



HAL
open science

Le CESP dans l'Ouest, un moyen de lutte contre la désertification médicale ? Qui sont les signataires ? Quel avenir ?

Margot Rousset

► To cite this version:

Margot Rousset. Le CESP dans l'Ouest, un moyen de lutte contre la désertification médicale ? Qui sont les signataires ? Quel avenir ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02565070

HAL Id: dumas-02565070

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02565070>

Submitted on 10 May 2021

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

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Margot ROUSSET

Née le 20 avril 1990 à Montpellier

**Le CESP dans l'ouest,
un moyen de lutte
contre la
désertification
médicale ? Qui sont
les signataires ? Quel
avenir ?**

**Thèse soutenue à Rennes
le 24 octobre 2019**

devant le jury composé de :

Eric BELLISSANT

Professeur CHU Rennes / *Président*

Emmanuel OGER

Professeur CHU Rennes / Membre du jury

Didier MYHIE

Professeur associé / Membre du jury

Patrick AIRAUD

Médecin de l'ARS / Membre invité

André BADOUL

Médecin généraliste / directeur de thèse

Professeurs des Université – Praticiens Hospitaliers

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISSOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale

TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN- FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri- opératoire

Maitre de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie

MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

Merci à Pr BELLISSANT d'avoir accepté de présider ma thèse.

Merci à Pr OGER, Pr MYHIE et Dr AYRAUD d'être membres de mon jury.

Merci à Dr BADOUL d'avoir accepté de m'accompagner dans la rédaction et la conception de ma thèse.

Merci à Laurence de m'avoir accompagné dans la rédaction de mon questionnaire afin d'avoir le meilleur taux de réponse possible.

Merci à mes parents de m'avoir soutenu et de m'avoir donné l'envie de travailler et de voyager.

Merci à mon frère. Tu as fait de ton rêve une réalité, tu peux être fier de toi.

Merci à Laëla pour tous ces bons moments, à Elsa mon binome.

Merci à Flou le sudiste.

Merci aux princesses, mes amies pour toujours.

Merci à Mélanie, mon amie depuis 20 ans.

Merci à Maïna, ma colloque, mon expatriée.

Merci à Agathe, la rapatriée.

Et enfin merci à l'homme de ma vie. Tu m'as soutenu depuis le début, tu es mon moteur. On a tant de choses à construire. Je suis tellement fière de ce que tu réalises jour par jour. Demain ton projet prendra forme et je serais à tes côtés. Je t'aime.

Table des matières

Professeurs des Université – Praticiens Hospitaliers	2
Maitre de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers	6
REMERCIEMENTS	8
1 – INTRODUCTION	12
1-1 – Les médecins généralistes en France	12
1-1-1 Le rôle du médecin généraliste	12
1-1-2 La démographie médicale	12
Graphique 1 : densité de médecin par région dans les différents pays de l'OCDE (2015) (10)	13
GRAPHIQUE 2 : Pyramide des âges des médecins selon le sexe en 1990 et 2015(11,12)	14
GRAPHIQUE 3 : pyramide des âges des médecins généralistes en 2018 (12)	14
GRAPHIQUE 4 : Part des libéraux et des remplaçants entre l'année 2011 et 2015(11)	15
GRAPHIQUE 5 : Evolution du numéris clausus(11)	16
CARTOGRAPHIE 1 : Densité médicale des généralistes (nombre de médecin/10000 habitants) en 2018	17
1-1-3 Les activités libérales changent	18
GRAPHIQUE 6 : Distribution de la part des médecins installés en groupe par tranche d'âge en 2015(11)	18
1-1-4 Les facteurs favorisant l'installation	19
1-2 La région Bretagne et Pays de Loire : spécificité	21
Tableau 1 : Facteurs influençant et indicateurs associés(19)	21
CARTOGRAPHIE 2 : Attractivité théorique des bassins de vie sur les jeunes médecins généralistes(19)	22
CARTOGRAPHIE 3 : Variation du nombre de médecin généraliste entre 2010 et 2019 par département et nombre de nouveaux inscrits	23
1-3 Les solutions envisagées	24
1-3-1 Les solutions mises en place	24
1-3-2 La loi HPST	25
1-3-3 La cartographie de l'ARS	26
CARTOGRAPHIE 4 : Les différentes zones en Bretagne et Pays de Loire	26
1-3-4 Les différentes aides de l'ARS et la CPAM (37–39)	27
1-3-5 Le CESP	29
TABLEAU 2 : Répartition régionale des allocataires du CESP(41)	29
2 – METHODOLOGIE	31
2-1 Questionnaire	31
2-2 Population cible	31
2-3 Recueil et analyse des données	31
2-4 Contenu du questionnaire	31

3	– RESULTATS	33
3-1	Taux de réponse	33
3-2	Statut des signataires	33
3-3	Facteurs influençant personnels	34
3-4	Facteurs influençant professionnels	35
3-5	Le mode d'exercice	36
3-5-1	Le secteur géographique	37
3-5-2	Le temps de travail	37
3-5-3	Le type de cabinet	37
3-6	Le CESP	38
3-6-1	Connaissance du Contrat	38
3-6-2	La signature du CESP	39
3-6-3	Evaluation du CESP	39
4	– DISCUSSION	43
4-1	Les résultats	43
4-1-1	Taux de réponse	43
4-1-2	Les biais	43
4-1-3	Les signataires	44
4-1-4	Les facteurs personnels	44
4-1-5	Les facteurs professionnels	44
4-1-6	Le mode d'exercice	45
4-1-7	Le CESP	45
4-2	Enquête nationale, résultats similaires	47
4-3	Le CESP , Un avis mitigé(47–49)	48
4-4	La loi santé 2022, ce qui pourrait changer	49
4-2-1	Favoriser l'installation des médecins en zone fragile	49
4-2-2	Favoriser les stages en ambulatoire	49
4-2-3	Encourager à l'exercice coordonné	50
4-2-4	Soutenir les nouvelles formes d'exercice	50
	GRAPHIQUE 7 : nombre de médecins généralistes en âge de la retraite (8)	50
4-2-5	Déléguer certaines taches	51
4-2-6	Déployer la télémédecine	51
4-2-7	Le numéris clausus : sa suppression à l'entrée 2019	51
4-2-8	Le recrutement de 400 médecins généralistes	51
4-2-9	Les CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé	52
5	- Conclusion	53
6	- Bibliographie	55

ANNEXE 1 : Cartographie zonage bretagne 2018	61
ANNEXE 2 : Cartographie zonage Pays de Loire 2018	62
Questionnaire : Impact du CESP sur l'installation des médecins généralistes dans l'ouest	63

1 – INTRODUCTION

1-1 – Les médecins généralistes en France

1-1-1 Le rôle du médecin généraliste

Depuis la réforme de 2004 (1), le médecin généraliste est considéré comme un acteur de santé de premier recours. Les patients doivent se référer au médecin généraliste qui après son expertise et ses premiers soins dirige le patient si nécessaire vers les services d'urgence ou vers les spécialistes.

Il peut devenir le médecin traitant du patient limitant ainsi l'errance médicale et la surconsommation des soins par les patients (les patients étant pénalisés par un remboursement moindre de leur consultation s'ils ne consultent pas leur médecin traitant).

Il est garant du dossier médical du patient, permettant de regrouper tous les documents de santé le concernant dans la plus stricte confidentialité.

1-1-2 La démographie médicale

Depuis une dizaine d'année, nous sommes confrontés à des problèmes de raréfaction et de répartition inégale des professionnels de santé.(2,3) Actuellement, nous sommes à 3,4 médecins pour 100 000 habitants mais nous allons observer une diminution à l'horizon 2020 du nombre de médecins du fait d'un pourcentage de médecins âgés de plus de 55 ans de 45%. (4,5)

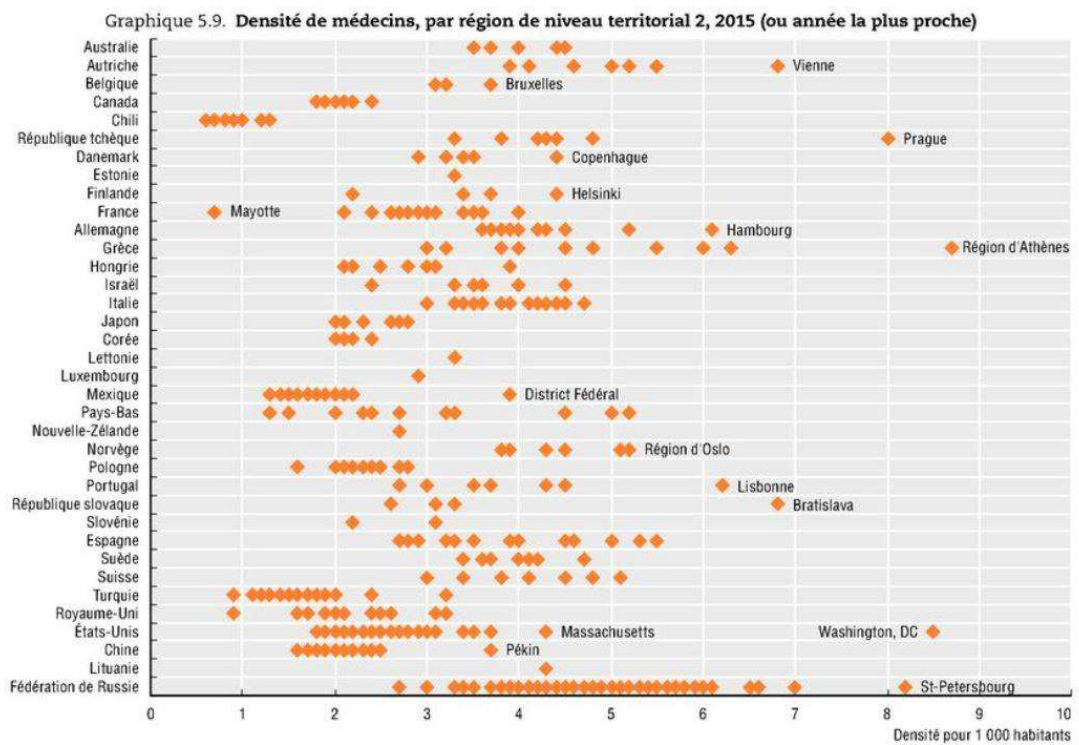
Selon les statistiques de l'OCDE (6), en France à ce jour les médecins de <35 ans représentent 13% alors que les médecins de 55 à 64 ans représentent 32,9%.

Sur les 100 000 médecins généralistes, 67% ont une activité libérale.(7)

Nous observons également une augmentation du nombre de médecins généralistes retraités gardant une activité professionnelle (10% des médecins généralistes).(8)

La France est un des pays de l'OCDE ayant un nombre de médecin pour 1000 habitants dans les plus faible. (9)

Graphique 1 : densité de médecin par région dans les différents pays de l'OCDE (2015)
(10)



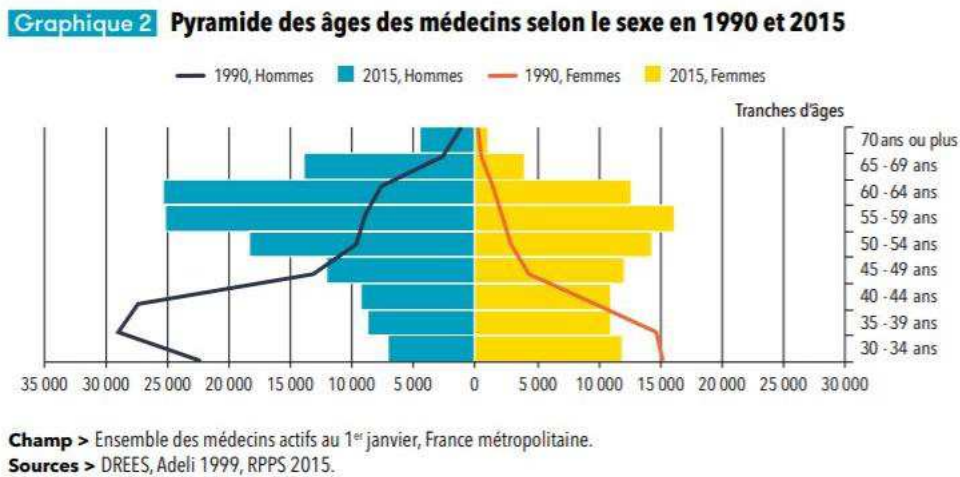
1-1-2-1 L'âge et le sexe des médecins généralistes

L'âge moyen des médecins généralistes est actuellement de 57,1 ans avec 47,5% de femmes.

Chez les médecins de moins de 35 ans, les femmes représentent 64,71% et chez les médecins entre 35 et 44 ans, 56,28% (selon les statistiques de l'OCDE pour l'année 2017).(6)

Au 1^{er} janvier 2015, les médecins actifs de plus de 60 ans représentaient 28% des médecins, contre 8% en 1990. (11)

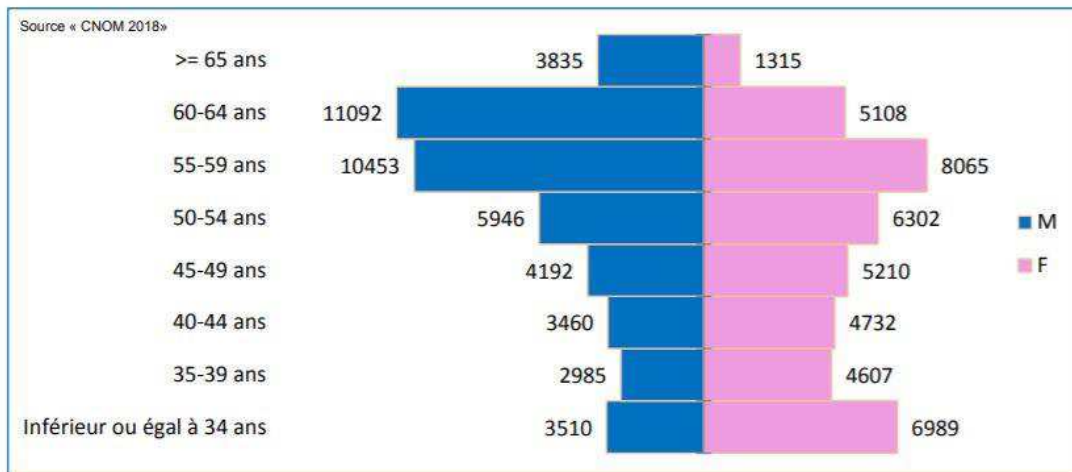
GRAPHIQUE 2 : Pyramide des âges des médecins selon le sexe en 1990 et 2015(11,12)



Sur ce graphique, nous pouvons observer que le nombre de femmes médecins est actuellement majoritaire chez les moins de 50 ans et que la majorité des médecins ont plus de 50 ans.

En 25 ans, la pyramide des âges s'est inversée laissant présager une diminution du nombre de médecins dans les années à venir si le nombre de médecins formés n'augmente pas suffisamment.

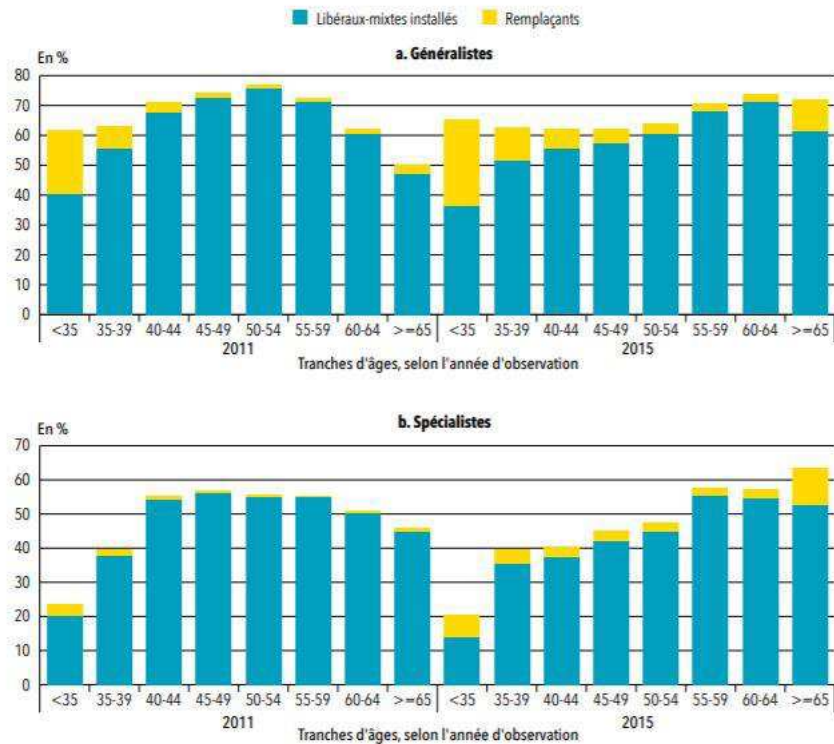
GRAPHIQUE 3 : pyramide des âges des médecins généralistes en 2018 (12)



Sur ce deuxième graphique, nous observons également une majorité de médecins de plus de 55 ans (soit 45% des médecins généralistes) et une féminisation de la profession (58% des médecins de moins de 55 ans sont des femmes contre 36% des médecins de plus de 55 ans).

GRAPHIQUE 4 : Part des libéraux et des remplaçants entre l'année 2011 et 2015(11)

Graphique 1 Part des libéraux installés et des remplaçants parmi les médecins, selon l'âge et l'année d'observation



Note > Afin de rendre les champs comparables entre les deux années, les praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé ont été retirés du champ des « libéraux ou mixtes » en 2015.

Champ > Ensemble des médecins actifs au 1^{er} janvier, France entière.

Sources > DREES, Adeli 2001, RPPS 2015.

Sur ce graphique, deux éléments à noter : le nombre de médecins généralistes en âge de la retraite qui ont toujours une activité libérale est en nette augmentation (+20% environ) et le nombre de médecin de moins de 35 ans qui s'installent a diminué de 5% environ.(13)

1-1-2-2 Le numéris clausus et les ECN

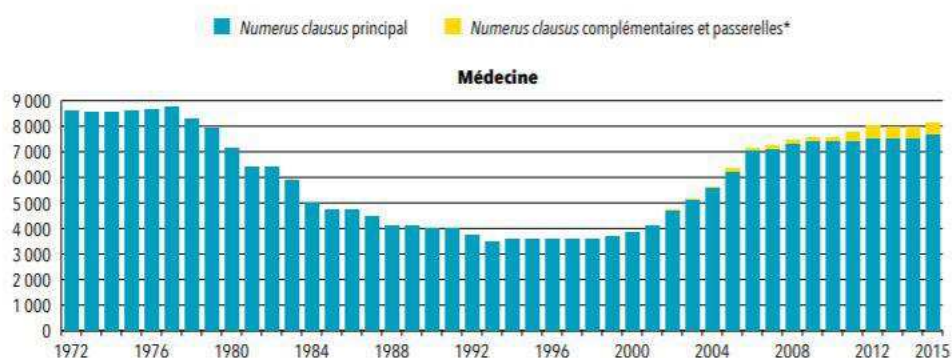
Suite à une nette augmentation des médecins dans les années 80, le numéris clausus créé en 1971 a diminué de façon drastique pour atteindre moins de 4000 étudiants/an en 1993. Depuis les années 2000, il augmente tous les ans pour essayer de répondre au remplacement des départs à la retraite. (11)

De plus, le numéris clausus a été régionalisé afin de limiter la diversification de la démographie médicale.

Les études médicales durent au minimum 9 ans pour un médecin généraliste, donc une augmentation du numéris clausus a un effet retardé sur la démographie médicale expliquant en partie la situation actuelle.

GRAPHIQUE 5 : Evolution du numéris clausus(11)

Graphique 1 Évolutions du *numerus clausus* pour les quatre professions médicales et pharmaceutiques depuis son instauration



En 2004, les ECN (examen national classant) sont créées. Cet examen national est obligatoire en fin de deuxième cycle d'étude médicale. Il permet aux étudiants de choisir en fonction de leur classement leur spécialité et leur région. Malheureusement, certaines spécialités ont des places vacantes chaque année : la médecine générale, la médecine du travail, la psychiatrie et la santé publique.

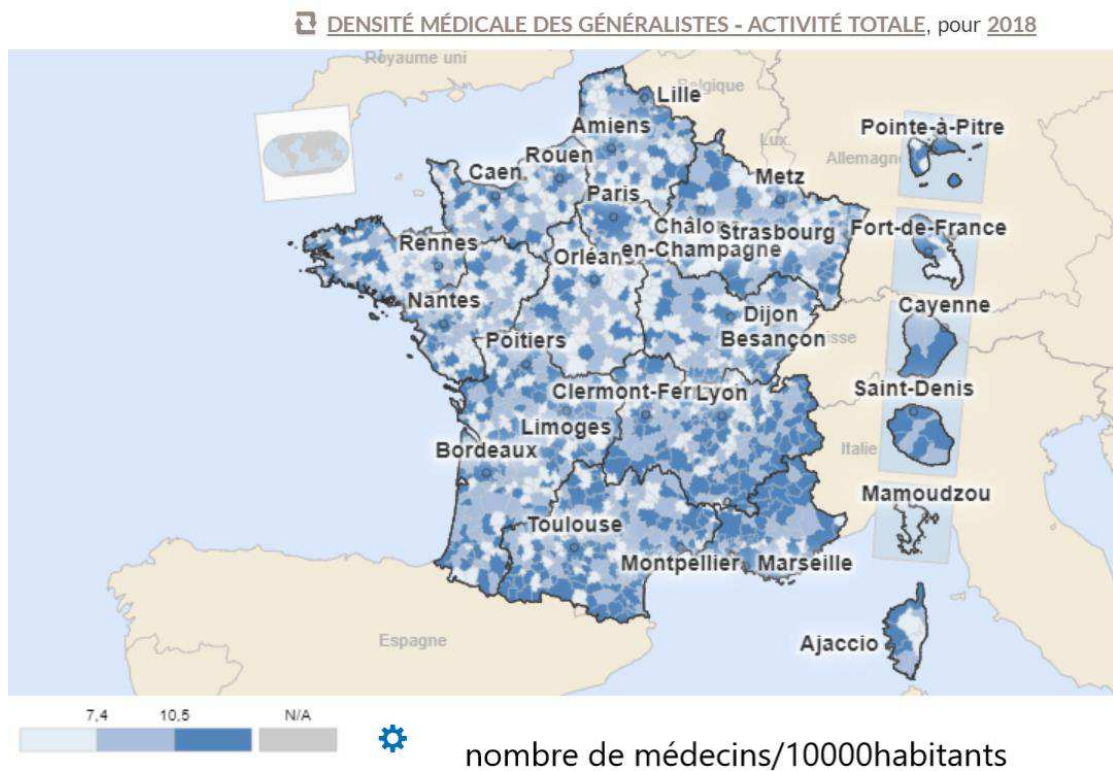
La spécialité de la médecine générale permettait d'accéder à différentes activités : les urgences, la gériatrie, les soins palliatifs, la médecine scolaire, l'angiologie, la médecine esthétique. Cela entraîne une diminution du nombre de médecins qui travailleront en tant que médecin généraliste au terme de leur cursus.

Ce phénomène devrait être limité par la modification de la répartition des spécialités aux ECN 2017.

1-1-2-3 La répartition inégale des médecins généralistes

Malgré les différentes règles mises en place afin de régionaliser et de réguler le nombre de médecins et du fait d'une liberté d'installation des médecins, la démographie médicale est inégale en France. Certaines zones géographiques sont nettement moins pourvues en médecin.(2,14,15)

CARTOGRAPHIE 1 : Densité médicale des généralistes (nombre de médecin/10000 habitants) en 2018



Chaque région est concernée par ce problème. Nous observons tout de même un gradient nord/sud et un facteur « grande ville ». Le centre de la France est le plus touché à l'heure actuelle. Mais au vu de l'évolution démographique médicale et de la population française, le phénomène risque de s'accroître dans d'autres territoires.

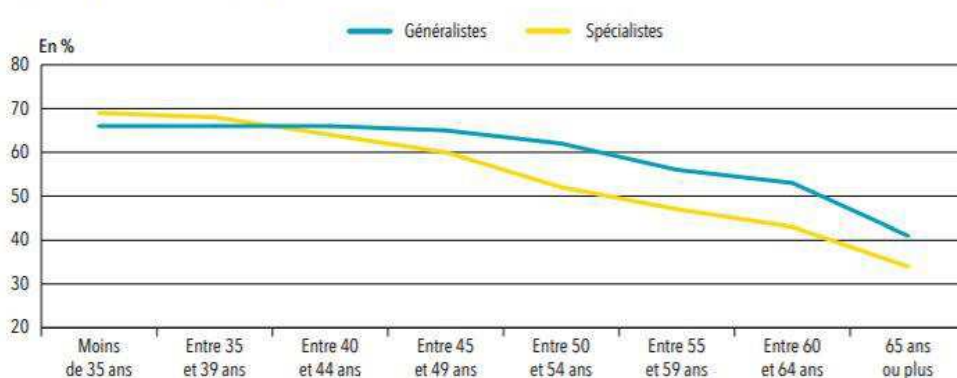
1-1-3 Les activités libérales changent

1-1-3-1 Le travail en groupe : un souhait des nouvelles générations

L'activité en groupe (en moyenne 2/3 médecins dans la même structure) se majore depuis les 20 dernières années.(16) (17) En 1980, seul 30% des médecins travaillaient en groupe, 43% en 1998 et 54% en 2009.(3) Et lors de l'analyse de l'enquête baromètre santé médecin généralistes par l'IRDES et l'INPES en 2010,(18) on note que les médecins de moins de 40 ans sont 80% à travailler en groupe. Ce critère fait d'ailleurs parti des critères majeurs d'installation, selon l'étude du CGET de 2015, pour les jeunes médecins.(19)

GRAPHIQUE 6 : Distribution de la part des médecins installés en groupe par tranche d'âge en 2015(11)

Graphique 3 Distribution de la part des médecins installés en groupe (ou société) en 2015, par tranche d'âges



Note > Ces ratios sont calculés comme le nombre de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe ou sous forme de société rapporté à l'effectif de l'ensemble du champ considéré ci-dessous. À noter que les remplaçants sont exclus du calcul, car il n'est pas possible de déterminer la forme de la structure où ils exercent dans les sources.

Champ > Ensemble des professionnels actifs libéraux exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1^{er} janvier, France entière.

Sources > DREES, RPPS 2015.

L'état favorise également ce système de fonctionnement avec un objectif de majorer le nombre de maison de santé pluridisciplinaire dans la loi santé de 2022.

1-1-3-2 Le temps de travail

En mars 2012, la DREES et l'observatoire régional de la santé du Pays de Loire ont publié une étude concernant le temps de travail des médecins généralistes (20)

Au total, 78% des médecins déclarent travailler plus de 50h par semaine et consultent environ 9 demi-journées par semaine.

Les femmes déclarent travailler en moyenne 53h/semaine soit 10% de moins que les hommes (59h/semaine en moyenne), et le nombre de demi-journées travaillées est également inférieur de 7% en moyenne pour les femmes.

Le nombre de consultations par an réalisé par les femmes est inférieur de 24% (4150 consultations par an en moyenne pour les femmes, 5440 pour les hommes). Et 50% des femmes ont moins de 4000 consultations par an (contre 25% des hommes).

De plus, les médecins de moins de 46 ans travaillent en moyenne 55h par semaine (soit 5% de moins que les plus de 46ans).

Le métier se féminisant et les jeunes souhaitant moins travailler, les médecins partant à la retraite ne seront pas remplacés à 100% du temps de travail et du nombre de consultations annuel équivalent par médecin. Cela pourra aggraver la situation démographique médicale.(21)

1-1-4 Les facteurs favorisant l'installation

Selon une étude récente de 2015 du CGET, différents critères d'installation des jeunes médecins ont été établis. (19,22-24)

1-1-4-1 Les facteurs majeurs

Les facteurs majeurs observés sont :

- ***La qualité et le cadre de vie***, les médecins favorisant de plus en plus leur vie personnelle, ce critère leur paraît essentiel pour pouvoir travailler un secteur donné.

- ***L'existence d'un projet professionnel collectif***, entendons par là l'activité professionnelle de groupe et les projets de maison de santé pluridisciplinaire. Ceci est en lien direct avec la modification de l'activité et le nombre croissant de médecin souhaitant travailler en groupe.
- ***La possibilité d'emploi du conjoint sur le territoire***. Aujourd'hui, les jeunes médecins libéraux sont plus mobiles et s'adaptent plus à l'activité professionnelle du conjoint. Ils sélectionneront leur secteur professionnel en fonction de ces critères.

1-1-4-2 Les facteurs secondaires

Il y a également des facteurs secondaires à prendre en compte :

- ***L'accompagnement dans les démarches*** d'installation par différents biais : l'ARS, les communes, les confrères déjà installés
- ***La présence à proximité de confrères et de paramédicaux***. Cela rejoint le critère majeur de l'existence d'un projet professionnel collectif
- ***La proximité des différents équipements médicaux*** tel que la radiographie, le laboratoire d'analyse médicale ou la pharmacie
- ***La proximité d'un service d'urgences*** donc également d'un service hospitalier
- Et ***la proximité des services*** (commerces, écoles, transports en commun)

L'ensemble de ces critères joue un rôle prépondérant dans l'installation des jeunes médecins généralistes.

1-

1-4-3 Les facteurs négatifs

Certains facteurs ont une influence négative sur le choix d'installation : le risque d'isolement professionnel (densité de médecin généraliste inférieur à 7,5/10 000 habitants) et la surcharge de travail (activité supérieure à 25% de la moyenne nationale).

1-2 La région Bretagne et Pays de Loire : spécificité

Ces deux régions sont attractives par deux aspects principaux : le climat et la proximité mer/campagne. Avec 4 CHU, Angers, Brest, Nantes et Rennes.

On observe dans ces deux régions une grande variabilité de densité de population avec une densité de population importante en bord de mer et une désertification des campagnes.(25–29)

Selon l'étude du CGET (Commissariat général à l'égalité des territoires) de 2015, les facteurs influençant l'installation des jeunes médecins ont été établis, permettant de réaliser une carte par bassin de vie définissant les secteurs à faible, moyenne et forte attractivité.

Tableau 1 : Facteurs influençant et indicateurs associés(19)

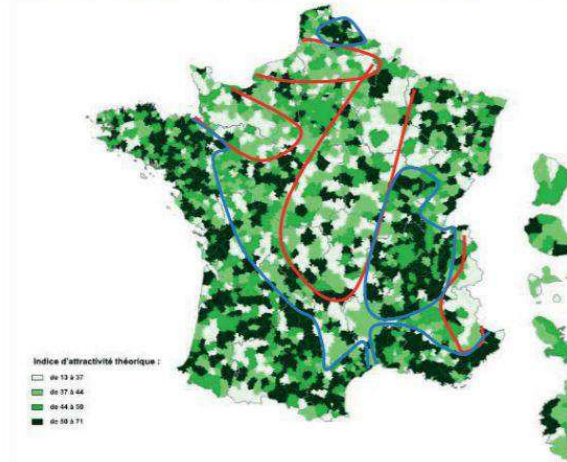
	Facteurs et critères	Indicateurs associés ¹
Rang 3	Possibilité d'exercer dans une MSP	Présence d'une maison ou pôle de santé
	Possibilité d'exercer dans un cabinet de groupe	Part des médecins exerçant en cabinet de groupe ou société dans l'ensemble des médecins généralistes libéraux
	Cadre de vie agréable	Solde migratoire
Rang 2	Insertion du conjoint	Part des emplois CSP +
	Présence généraliste	Densité de MG comprise entre 7,5 et 12,5 MG pour 10 000 habitants
	Crainte surcharge travail	Activité des MG supérieure de 25 % à la moyenne nationale
	Crainte isolement professionnel	Densité MG inférieure à 7,5 pour 10 000 habitants (soit inférieure de 25 % à la moyenne nationale)
Rang 1	Proximité d'un service d'accueil des urgences	BV dont la moitié de la population est localisée à moins de 30 minutes d'un service d'urgence
	Proximité services médicaux	Présence ou non d'un cabinet de radiologie
		Présence ou non d'un laboratoire d'analyse médicale
	Présence professionnels paramédicaux	Densité des paramédicaux (IDE + MK, orthophonistes, podologues + dentistes) > 19 / 10 000 hab. (soit supérieure de 25 % à la moyenne nationale)
	Potentiel d'activité limité	Activité annuelle des MG inférieure de 25 % à la moyenne nationale (actes C + V)
		Densité de population inférieure à 31 hab. / km ²
	Présence services, équipements infrastructure	Indicateurs synthétique de densité en équipements de gamme intermédiaire
		Présence d'une gare
Exercice dans une ville de taille moyenne	BV à moins de 30 minutes d'une gare TGV	
		BV situé à moins de 30 minutes d'une ville de 20 000 à 100 000 hab.

Ce tableau (étude CGET 2015) reprend les différents critères établis et leurs indicateurs associés utilisés pour définir l'attractivité des différents bassins de vie.

Selon les critères établis, les bassins de vie à faible attractivité théorique en Bretagne sont de 7,5% et de 16,3% en Pays de Loire. Les bassins de vie à forte attractivité théorique sont de 24,8% en Bretagne et 14,7% en Pays de Loire.

CARTOGRAPHIE 2 : Attractivité théorique des bassins de vie sur les jeunes médecins généralistes(19)

Illustration 1
L'attractivité « théorique » des bassins de vie sur les jeunes médecins généralistes



Source : Estimation d'après Insee (Recensement de la population et Base permanente des équipements)
Note : Discretisation effectuée avec la méthode des quartiles

Concernant les bassins de vie présentant les plus faibles indices d'attractivité théorique, 2 bassins de vie concernent le département de la Mayenne (Lassay-les-Châteaux et Ambrières-les-Vallées).

Dans les bassins de vie les plus attractifs en théorie, le bassin de vie de Savenay en Loire-Atlantique et le bassin de vie de Ploërmel dans le Morbihan font partie des 20 bassins de vie les plus attractifs en France.

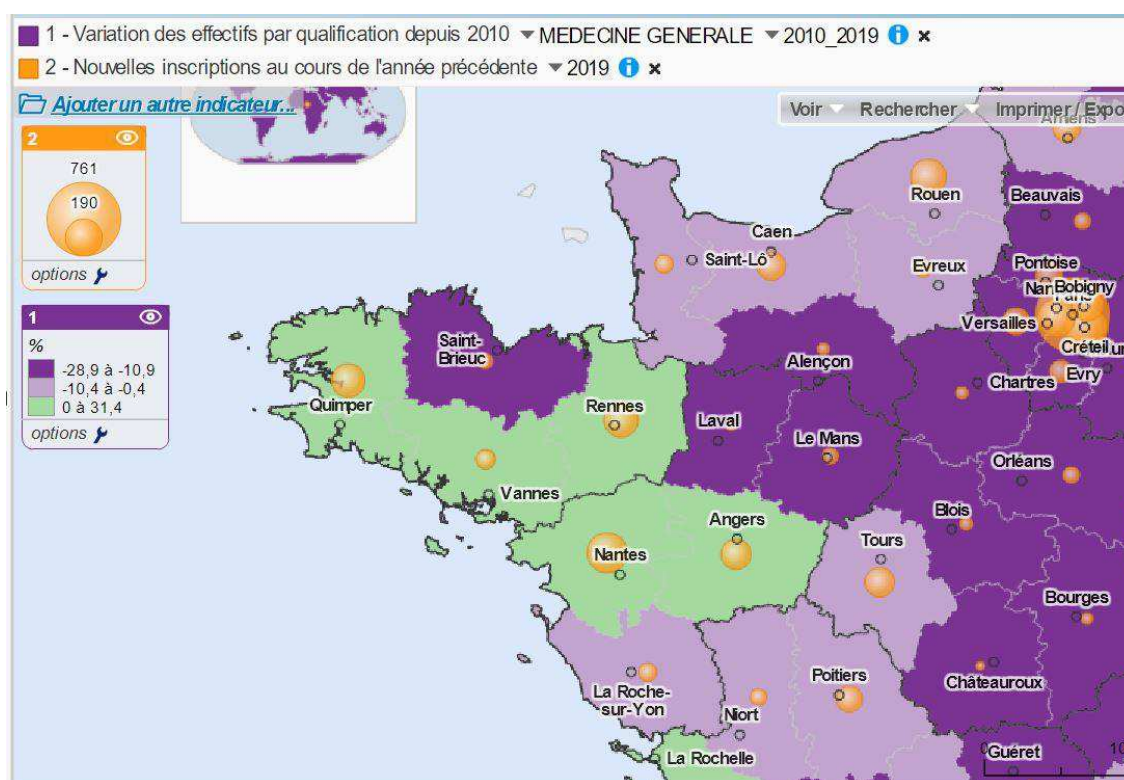
Mais dans les faits, les secteurs à faible attractivité réelle évalués selon le nombre d'installation des médecins généralistes sur les 3 dernières décennies sont de 33% en Bretagne et 34% en Pays de Loire et les secteurs à forte attractivité sont de 16,5% pour la Bretagne et 15% en Pays de Loire.

Le nombre de nouveaux inscrits aux conseils de l'ordre est égal à 424 pour l'année 2018 dans chacune des deux régions.

Le nombre de médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre est également équivalent avec 4490 médecins généralistes en Bretagne (pour 3 336 643 habitants) soit 1,34 médecin/1000 habitants et 4585 en Pays de Loire (pour 3 787 411 habitants) soit 1,21 médecin/1000 habitants.

La disparité de l'offre de soins est notable dans les 2 régions. Les régions côtières sont correctement pourvues ainsi que la périphérie des grandes villes (mais certaines exceptions sont à noter comme les villes de Laval, Le Mans, Saint Briec et la côte maritime des Cotes d'Armor et de la Vendée). En Bretagne, la région centre est au plus bas et dans le Pays de Loire, le département de la Mayenne est le plus touché.

CARTOGRAPHIE 3 : Variation du nombre de médecin généraliste entre 2010 et 2019 par département et nombre de nouveaux inscrits



Cette carte réalisée via la cartographie interactive de la démographie médicale du Conseil de l'ordre national des médecins permet d'associer la variation du nombre de médecins généralistes entre 2010 et 2019 par département et le nombre de nouveaux inscrits en 2019.

On observe une nette diminution du nombre de médecins généralistes dans les départements des Cotes d'Armor (-10,9%), de la Mayenne (-15,1%) et de la Sarthe (-15,5%).

Les départements du Finistère, du Morbihan, de l'Ille-et-Vilaine et du Maine-et-Loire ont une augmentation d'environ 3% du nombre de médecin généraliste. Le département de la Loire-Atlantique note quant à lui une augmentation de 11,2%.

En corrélation, le nombre de nouveaux inscrits au conseil de l'ordre est plus importants dans les départements présentant une augmentation du nombre de médecin (154 dans le Finistère, 162 dans l'Ille-et-Vilaine, 125 dans le Maine-et-Loire, 219 en Loire-Atlantique) et faible dans les départements observant une diminution du nombre de médecins généralistes (31 dans les Cotes d'Armor, 13 en Mayenne, 37 dans la Sarthe).

1-3 Les solutions envisagées

1-3-1 Les solutions mises en place

Face à la problématique de démographie médicale, le gouvernement français a tenté de mettre plusieurs solutions en place : (3,9,30)

- Augmenter le nombre de médecins formés. Ceci ne peut se faire que de façon progressive car les CHU et les facultés doivent revoir leur organisation afin d'accueillir plus d'étudiants. De plus, avec la durée des études, cette solution présentera ses premiers effets dans une dizaine d'année. En 2015, selon les statistiques de l'OCDE, la France est un des pays formant le moins de médecins (9/100 000habitants). En comparaison, au Royaume Uni c'est 12,83/100 000 habitants, en Allemagne 11,28/100 000 habitants, en Espagne 13,03/100 000 habitants...(6)
- La régionalisation du numérus clausus afin d'adapter au mieux les besoins médicaux au plus près du secteur géographique, sachant que 65% des internes souhaitent rester travailler dans la région où ils étudient
- Encourager la prolongation de l'activité professionnelle en retardant l'âge de départ à la retraite
- Favoriser d'autres modes de consultation tel que la télémédecine.

- Avoir recours aux médecins étrangers
- Et enfin les incitations financières tel que le PTMG, le CESP, les avantages fiscaux

1-3-2 La loi HPST

La loi Hôpital, patient santé territoire a été promulguée le 21 juillet 2009.(31,32) Elle a pour objectif :

- La modernisation des établissements publics de santé
- L'amélioration de l'accès au soin sur l'ensemble du territoire
- Et l'organisation territoriale du système de santé avec la création entre autres des ARS (agence régionale de santé) se substituant aux ARH (Agence régionale de l'hospitalisation)

C'est dans ce cadre-là que le CESP et le PTMG sont créés. (33,34)

Le CESP est le Contrat d'Engagement Service Public, contrat signé entre l'étudiant en médecine ou en odontologie et le CNG (Centre National de Gestion) en prévision d'une installation future (libérale, salariée ou mixte) dans un territoire donné (zone d'action complémentaire ou zone d'intervention prioritaire).

Le PTMG est le pacte territoire médecine générale, un contrat entre un médecin qui s'installe dans ces mêmes territoires et l'ARS afin de lui assurer un minimum financier mensuel pendant 2 ans afin d'avoir le temps de créer sa patientèle ainsi qu'une protection sociale améliorée en cas d'arrêt maladie ou congés maternité.

1-3-3 La cartographie de l'ARS

Les secteurs géographiques sont définis par des territoires vie-santé. (35,36) L'évaluation se fait selon plusieurs critères. En 2018, pour réévaluer la cartographie, la nouvelle méthodologie s'appuie sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) prenant en compte :

- L'activité de chaque praticien (en nombre de consultations)
- Le temps d'accès au praticien
- Le recours aux soins par classe d'âge

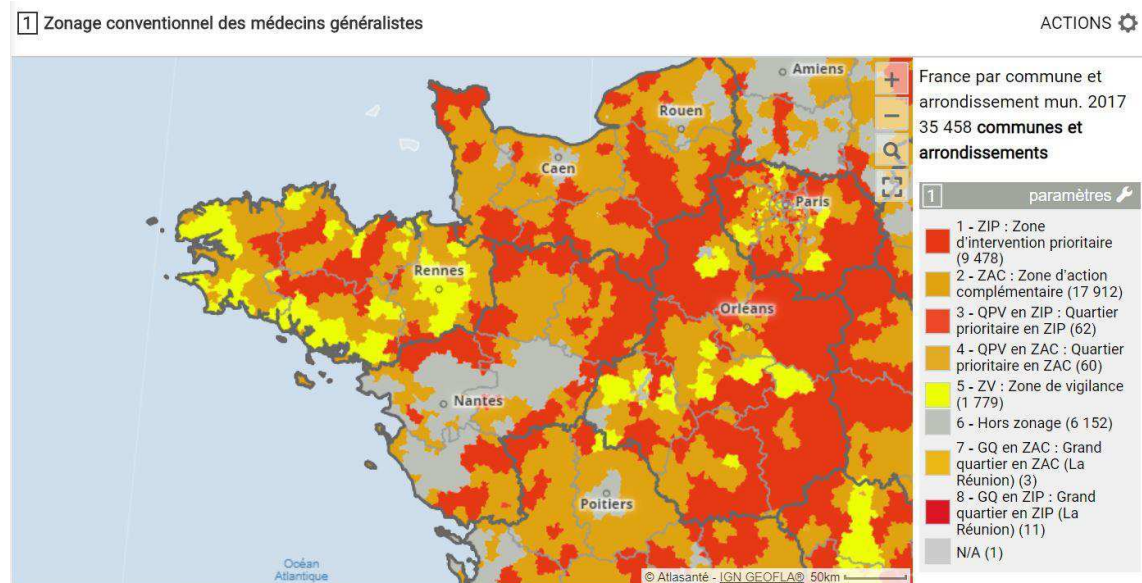
Cela permet une évaluation du nombre de consultations accessibles/an/habitant dans un territoire de vie-santé.

Les zones sont de 3 types :

- Zone de vigilance,
- Zone d'actions complémentaires (ZAC) et
- Zone d'intervention prioritaire (ZIP).

La carte de 2014 a été revue en juin 2018 pour répondre plus précisément aux besoins en temps réel.

CARTOGRAPHIE 4 : Les différentes zones en Bretagne et Pays de Loire



Nous pouvons constater que les ZIP de Bretagne et de Pays de Loire correspondent aux zones à plus faible densité de population et en zone rurale.

En Bretagne, les ZIP se concentrent sur le secteur centre Bretagne et les frontières avec les régions environnantes. En Pays de Loire, la Mayenne et la Sarthe sont les régions les plus touchées avec une quasi-totalité des secteurs considérés en ZIP ou ZAC. La Vendée est principalement touchée dans la moitié sud est, la Loire-Atlantique est concernée par des ZIP sur sa frontière nord avec l'Ile et Vilaine. Le Maine et Loire est concerné dans son secteur est, frontalier avec la région Centre et la région Aquitaine.

On peut observer dans les 2 régions que les grandes agglomérations et leurs périphéries sont considérées en Zone de Vigilance ou Hors zonage selon les ARS.

1-3-4 Les différentes aides de l'ARS et la CPAM (37-39)

Trois contrats peuvent être signés avec l'ARS et le médecin lors de son installation :

- **Le PTMG** (Pacte Territoire de Médecine générale) est un contrat d'une durée d'un an renouvelable une fois. Le médecin qui s'installe en zone ZIP ou ZAC s'engage à réaliser minimum 165 consultations par mois pour bénéficier d'une rémunération mensuelle assurée de 6900€ brut et d'une protection sociale étendue avec une allocation de 1552,5€ par mois en cas d'arrêt de >7jours (maximum 3 mois) et une allocation de 3105€ brut par mois durant le congés maternité(maximum 3 mois).
- **Le PTMA** (Pacte Territoire de Médecine Ambulatoire) est un contrat de 3 ans. Le médecin installé en ZIP ou ZAC s'engage à travailler 9 demi journées par semaine, être remplacé en cas d'absence et faire au moins 165 consultations par mois pendant 3 mois pour bénéficier d'une protection sociale étendue : 3105€ par mois (pendant 3 mois) en cas de congés maternité, un forfait de 1138€ brut en cas de congés paternité et un complément de 1552,5€ en cas de congés maladie de >7jours pour un maximum de 3 mois.
- **Le PTMR** (Pacte Territoire Médecin Remplaçant) est un contrat de 1 an renouvelable (maximum 3 ans pour un médecin thésé non installé et 6 ans pour un étudiant en médecine) non cumulable avec le PTMG ou le PTMR. Le médecin s'engage à remplacer en ZIP ou ZAC et réaliser >5000 consultations par an à temps plein (ou >2500 à temps partiel). En contrepartie, il bénéficie d'une rémunération complémentaire d'un montant forfaitaire annuel (4600€ pour un temps complet, 2300€

pour un temps partiel), d'une rémunération complémentaire (maximum 3 mois) en cas d'arrêt maladie ou un versement en cas de congés maternité ou paternité.

Il existe également des aides conventionnelles prises en charge par la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie). Ces contrats sont tri partîtes : le médecin, l'ARS et la CPAM.

- **Le CAIM** (Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins) est un contrat de 5 ans. Le médecin s'engage à travailler en ZIP un minimum de 2,5 jours par semaine, à participer à la PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoires) et à travailler en groupe (cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire, ...). En contrepartie il recevra la somme de 50 000€ de la CPAM.
- **Le COSCOM** (Contrat de Stabilisation et de Coordination des Médecins), un contrat de 3 ans renouvelable. Le médecin travaillant en ZIP exerçant en groupe peut bénéficier d'une aide financière de 5000€ par an. En cas d'activité hospitalière associée, un supplément de 1250€ peut être additionné et en cas d'accueil d'étudiant en médecine générale (Maitre de Stage Universitaire) une somme de 300€ par mois est ajoutée.
- **Le COTRAM** (Contrat de Transition pour les Médecins) intéresse les médecins de plus de 60 ans qui accueille un nouveau médecin de <50ans afin d'envisager son départ à la retraite. Ce contrat a une durée de 3 ans renouvelable une fois. Le médecin doit travailler en zone ZIP pour en bénéficier. La CPAM s'engage à lui verser l'équivalent de 10% de ses honoraires par an avec un maximum de 20000€ par an.
- **Le CSTM** (contrat de Solidarité territoriale Médecin) concerne les médecins ne travaillant pas en ZIP qui prévoient de travailler une partie de leur temps professionnel en ZIP. La CPAM verse alors un supplément équivalent à 25% des honoraires lors des activités en ZIP avec un maximum de 50000€ par an.

La complexité du système peut se lire.

1-3-5 Le CESP

Le CESP est créé par la loi HPST.(31,32) (40)C'est un contrat entre un étudiant en médecine en 2eme année minimum et l'ARS de sa région qui consiste en une allocation mensuelle durant toutes ses études, jusqu'à obtention de sa thèse, par le CNG (centre national de gestion) de 1200€ brut par mois. En contrepartie l'étudiant en médecine s'engage à s'installer dans une zone où l'offre médicale fait défaut selon la cartographie en vigueur au moment de son installation (actuellement les ZIC et le ZAC) et après accord de l'ARS durant un temps équivalent au temps où il a pu bénéficier du dispositif avec un minimum de 2 ans.

Depuis sa création pour l'année 2010/11, environ 400 postes s'ouvrent chaque année (286 pour les étudiants en médecines et 235 pour les internes en 2018) sur le plan national. Lors de la première année de création, seul 37,3% des contrats proposés ont été signés, en 2015 79,8% été signés. Au total, en début 2018, nous comptons 1692 signataires dont 1339 en médecine. (41,42)

En Bretagne, nous comptons en 2018 : 53 signataires en médecine et 49 signataires en Pays de Loire. Ces 2 régions sont considérées à plus faible attractivité par rapport aux autres régions françaises (Ile de France, Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine en tête).(41)

TABLEAU 2 : Répartition régionale des allocataires du CESP(41)

Tableau 17 : Répartition régionale des allocataires

CESP signés	Médecine				Odontologie		Ensemble			
	Etudiant	Interne	Total Médecine	% Médecine	Etudiant Odontologie	% Odontologie	Etudiant	Interne	Total	%
Auvergne-Rhône-Alpes	53	130	183	13,7	41	11,6	94	131	224	13,2
Bourgogne-Franche-Comté	32	44	76	5,7		0,0	32	44	76	4,5
Bretagne	17	36	53	4,0	37	10,5	54	37	90	5,3
Centre-Val de Loire	18	39	57	4,3		0,0	18	39	57	3,4
Grand Est	23	58	81	6,0	93	26,3	116	59	174	10,3
Hauts-de-France	27	84	111	8,3	53	15,0	80	86	164	9,7
Ile-de-France	75	148	223	16,7	39	11,0	114	152	262	15,5
Normandie	20	83	103	7,7		0,0	20	84	103	6,1
Nouvelle-Aquitaine	43	108	151	11,3	12	3,4	55	112	163	9,6
Occitanie	42	67	109	8,1	33	9,3	75	67	142	8,4
Pays de la Loire	12	37	49	3,7	17	4,8	29	38	66	3,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	16	17	33	2,5	28	7,9	44	18	61	3,6
France métropole	378	851	1 229	91,8	353	100,0	731	867	1 582	93,5
Guadeloupe	42	31	73	5,5		0,0	42	32	73	4,3
Guyane		1	1	0,1		0,0	0	1	1	0,1
La Réunion	4	18	22	1,6		0,0	4	18	22	1,3
Martinique		14	14	1,0		0,0	0	14	14	0,8
DOM-TOM	46	64	110	8,2	0	0,0	46	65	110	6,5
Ensemble	424	915	1 339	100	353	100,0	777	932	1 692	100,0

Les signataires sont à 49% des femmes et 51% des hommes avec un âge moyen à 24,2 ans pour les étudiants et 26,6 ans pour les internes.

Les étudiants en 1^{er} et 2nd cycle sont :

21% en DFGSM 2, 19% en DFGSM 3, 15% en M1, 22% en M2, 22% en M3.

Les internes signataires en DES de 3 ans sont 70% en 1ere année, 24% en 2eme année, 6% en 3^{ème} année avec 75% des signataires en médecine générale.

Au 31 décembre 2016, 399 étudiants signataires étaient prévisionnellement en fin d'internat sur le plan national dont 170 installés et 229 en attente. En Bretagne, il y avait 9 installations et 8 en Pays de Loire.

Il y a également 35 ruptures de contrats dont les motifs sont divers : choix de poste aux ECN, modification du projet professionnel, inadéquation entre poste offert et projet initial, rupture d'étude, décès ou démission sans motif).

Déjà en 2014 des propositions sont faites pour modifier le CESP au vu du faible nombre de signataires par rapport au nombre de contrats proposés comme par exemple assouplir le CESP en réduisant la durée de l'engagement de moitié et en permettant un exercice partiel en zone dite déficitaire plutôt qu'une installation pleine et entière. Voire de supprimer le CESP et renforcer le PTMG qui cible les médecins au moment de leur installation. (43)

2 – METHODOLOGIE

L'étude est quantitative, descriptive et transversale.

2-1 Questionnaire

Il a été réalisé sur LimeSurvey. Le questionnaire a été validé par mon directeur de thèse et par les représentants du CESP des 2 ARS correspondants.

Le lien du questionnaire a été transmis par messagerie électronique par le biais des représentants du CESP des ARS Bretagne et Pays de Loire à la population cible.

Ce mail envoyé une première fois au mois de février 2018 a été renvoyé une deuxième fois au mois de Mars 2018.

2-2 Population cible

Les sujets inclus sont les étudiants, internes en médecine générale et médecins généralistes installés signataires du CESP dans ces 2 régions.

Les facultés concernées sont Brest et Rennes pour la Bretagne et Angers et Nantes pour la région Pays de Loire.

2-3 Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies sur Limesurvey sous la forme d'un tableur. L'analyse descriptive a été réalisées sur le logiciel R Commander après report des données.

2-4 Contenu du questionnaire

Le questionnaire se présente sous 2 formes en fonction du statut du signataire : installé ou non installé. Les questions sont similaires mais posées différemment (au futur ou au présent).

Le questionnaire est anonyme.

Le questionnaire présente 4 volets :

- Identité du signataire : sexe, statut marital, âge, statut professionnel lors du questionnaire, stage en libéral, obtention de la thèse, faculté d'étude.
- Les facteurs d'installation personnels influençant leur installation (définis selon différentes études) et les facteurs professionnels
- Le type d'activité envisagée ou réalisée (pour les installés) : temps de travail, lieu de travail
- Le CESP : année d'étude de signature, obtention d'information sur le dispositif et un tableau listant 4 critères (argent, installation, contrainte, annulation) étalonné sur 3 variables a évalué par l'échelle de Lickert (pas du tout/un peu/moyennement/fortement d'accord et sans opinion)(44,45)

3 – RESULTATS

3-1 Taux de réponse

Après 2 relances, j'ai obtenu 56 réponses sur 102 signataires soit 54,9%. 3 ont été exclues car le questionnaire n'avait pas été totalement remplis par les répondants.

Au total 53 sujets ont été inclus dans l'analyse soit 51,9%

3-2 Statut des signataires

Il y a 35 femmes et 18 hommes soit 66,04% de femmes et 33,96% d'hommes.

84,91% sont en couples (45) et 15,09% sont célibataires. 25 répondants ont un ou des enfants, soit 47,17% et 28 n'en ont pas (soit 52,83%).

14 répondants sont thésés, 33 non thésés et 6 n'ont pas répondu.

5 répondants sont externes soit 9,43% des répondants. La moyenne d'âge est de 29,19 ans

Les facultés d'internat représentées sont : Angers (40,43%), Brest (8,51%), Nantes (21,28%) et Rennes (25,53%). 2 personnes sont issues de facultés autres : Caen et Montpellier (probablement originaires de ces facultés, ils ont décidé de s'installer dans d'autres régions).

	Sous classe	Nombre	Pourcentage
Sexe	Homme	18	33.96%
	Femme	35	66.04%
Statut marital	Celibataire	8	15.09%
	En couple	45	84.91%
Enfants	Sans enfant	28	52.83%
	Avec enfant	25	47.17%

3-3 Facteurs influençant personnels

6 critères ont été définis d'après différentes études référencées comme des critères importants pour l'installation des jeunes médecins :

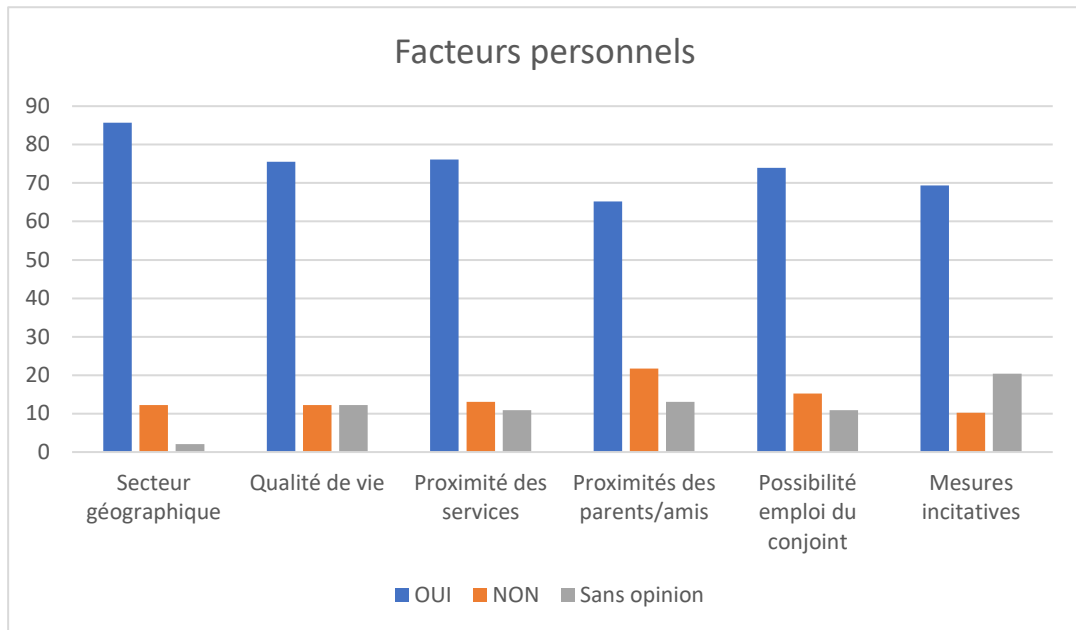
- le secteur géographique
- la qualité de vie (loisir, culture)
- la proximité des services (commerces, écoles..)
- la proximité des parents/amis
- la possibilité d'emploi du conjoint
- les mesures incitatives

Ces 6 critères pouvaient être notés de 1 à 5 (non pas du tout, plutôt non, sans opinion, plutôt oui, oui tout à fait) selon l'échelle de Lickert. Les réponses « non pas du tout » et « plutôt non » ont été regroupées et les réponses « plutôt oui » et « oui tout à fait » également.

Ce regroupement des réponses permet de réaliser des tests statistiques du Chi 2.

Les résultats sont les suivants (en pourcentage) :

	OUI	NON	SANS OPINION
Secteur géographique	85,71	12,24	2,04
Qualité de vie	75,52	12,24	12,24
Proximité des services	76,09	13,04	10,87
Proximités des parents/amis	65,22	21,74	13,04
Possibilité emploi du conjoint	73,91	15,22	10,87
Mesures incitatives	69,38	10,20	20,41



Selon le test du Chi² de comparaison de fréquence, les personnes en couple considèrent la possibilité d'emploi du conjoint statistiquement important avec un Chi² calculé à 7,96 (dF=2, p=0,019).

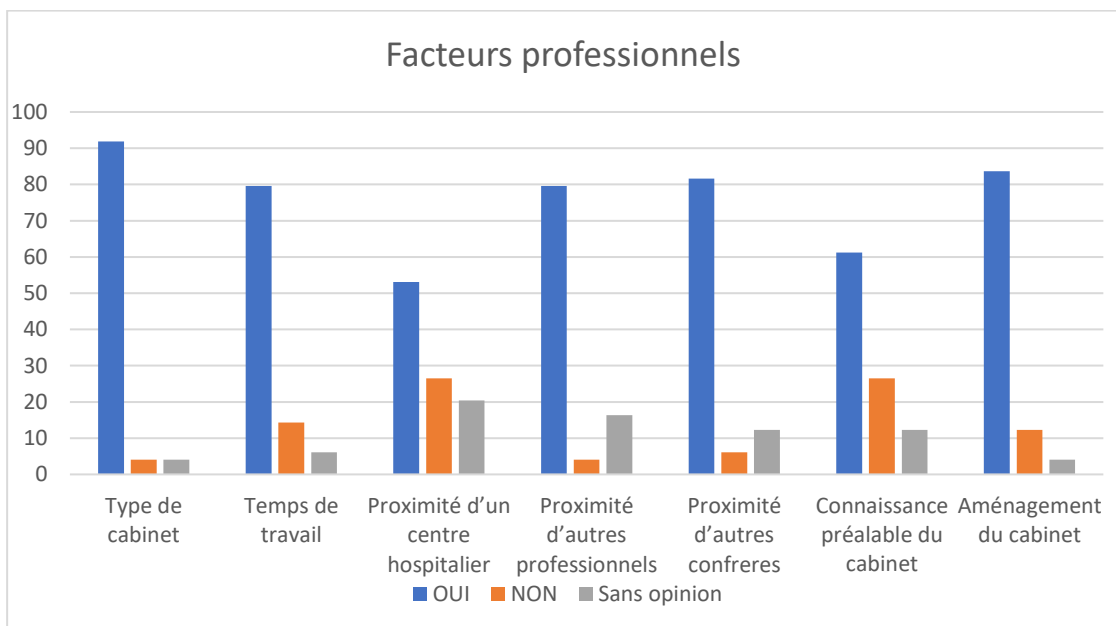
3-4 Facteurs influençant professionnels

Les facteurs professionnels sont au nombre de 7, établis selon les critères retrouvés dans les différentes études réalisées auprès des médecins généralistes :

- Le type de cabinet (Maison de santé pluridisciplinaire, cabinet de groupe, installation seul)
- Le temps de travail
- La proximité d'un centre hospitalier
- La proximité d'autres professionnels de santé (médical ou paramédical)
- La proximité d'autres confrères médecins généralistes
- La connaissance du cabinet via les stages ou les remplacements
- L'aménagement du cabinet

Selon la même échelle de Lickert, les 7 critères devaient être évalués, les résultats en pourcentage sont les suivants :

	OUI	NON	SANS OPINION
Type de cabinet	91.84	4.08	4.08
Temps de travail	79.59	14.28	6.12
Proximité d'un centre hospitalier	53.06	26.53	20.41
Proximité d'autres professionnels	79.59	4.08	16.33
Proximité d'autres confrères	81.63	6.12	12.24
Connaissance préalable du cabinet	61.23	26.53	12.24
Aménagement du cabinet	83.67	12.24	4.08



3-5 Le mode d'exercice

Le mode d'exercice de la médecine générale comprend 3 critères : le secteur géographique, le nombre de demi journées travaillées et le type de cabinet. Les personnes incluses ont été séparées en 2 sous groupes : les externes, les internes et médecins généralistes remplaçants (au total 36 répondants) et les médecins installés (au total 12).

3-5-1 Le secteur géographique

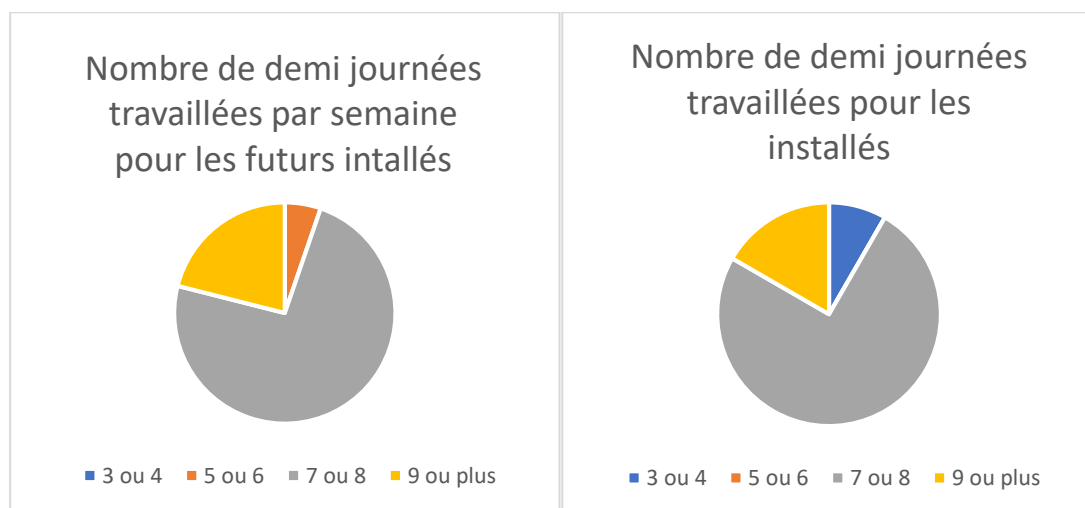
Concernant le secteur de travail imaginé pour leur activité future, les personnes interrogées s'imaginent à 39,47% en zone rurale, 57,89% en zone semi rurale et 2,63% en milieu urbain.

3-5-2 Le temps de travail

Le temps de travail était défini en nombre de demi-journées.

Les futurs installés prévoient un temps de travail de 7/8 demi-journées pour 73,68%, 9 demi-journées pour 21,05% et 5/6 demi-journées pour 5,26%.

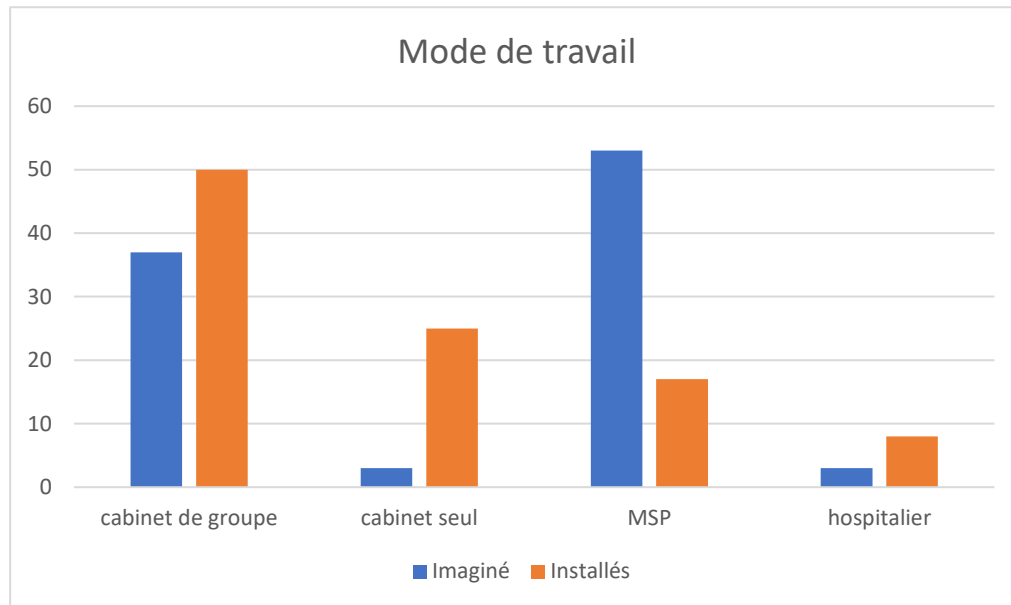
Les médecins installés travaillent 3-4 demi-journées pour 8,33%, 7-8 demi-journées pour 75% et plus de 9 demi-journées pour 16,67%.



3-5-3 Le type de cabinet

Le lieu de travail souhaité : (résultats en pourcentage)

	Imaginé	Installés
Cabinet de groupe	36,84	50
Cabinet seul	2,63	25
Maison de santé pluridisciplinaire	52,63	16,67
Hospitalier	2,63	8,33



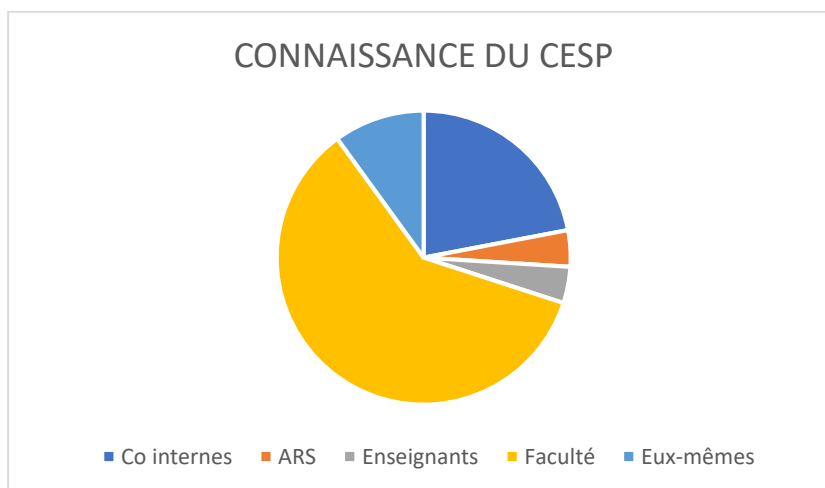
Le travail en cabinet de groupe ou en MSP est un souhait des futurs médecins généralistes et un type de travail pour 60% des médecins installés.

3-6 Le CESP

3-6-1 Connaissance du Contrat

Les signataires ont eu connaissance du CESP par différents biais :

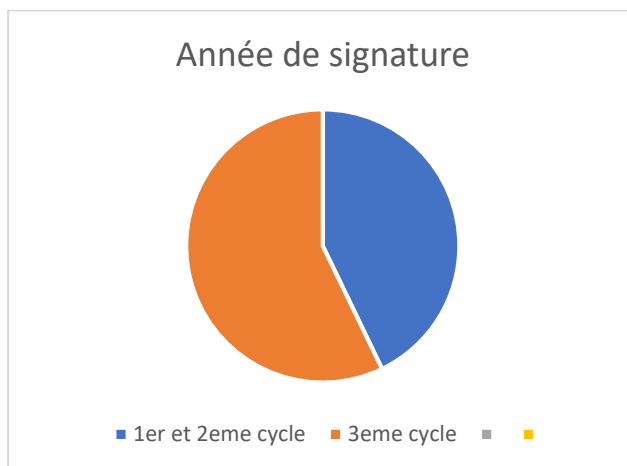
- Leur co-internes, co-externes pour 22,45%
- Les ARS pour 4,08%
- Les enseignants pour 4,08%
- La faculté pour 59,18%
- Et « par eux-mêmes »(médias, propre recherche) pour 10,2%



3-6-2 La signature du CESP

La signature du CESP a été réalisé :

- En DFGSM2: 6,12%
- En DFGSM3 : 6,12%
- En M1 : 18,37%
- En M2 : 8,16%
- En M3 : 4,08% soit 42,85% en premier et deuxième cycle d'étude médicale
- En T1 : 48,98%
- En T2 : 8,16% soit 57,15% en troisième cycle d'étude médicale



3-6-3 Evaluation du CESP

Le CESP a été évalué selon l'échelle de Lickert et 4 grands critères : le projet professionnel, l'aspect financier, travailler en zone déficitaire et l'annulation du contrat

Ces 3 notions ont été séparés en 3 phrases :

Travailler en zone déficitaire :

- Travailler en zone déficitaire est une nécessité
- Travailler en zone déficitaire ne me dérange pas
- Je partirais dès que possible

Le projet professionnel :

- J'avais mon projet avant la signature
- Cela a fait évoluer mon projet
- C'est une contrainte d'installation pour moi

L'aspect financier :

- J'ai eu besoin de cet apport financier pour poursuivre mes études
- C'est un plus financier
- Cet argent est une aubaine

L'annulation du contrat :

- Je regrette mais je continue
- J'ai pensé annuler le contrat
- J'ai annulé ou je prévois de le faire

Les résultats sont les suivants (en pourcentage):

	OUI	NON	Sans opinion
Travailler en zone déficitaire est une nécessité	79.59	6.12	14.29
Travailler en zone déficitaire ne me dérange pas	83.68	12.24	4.08
Je partirais dès que possible	4.08	71.43	24.49
J'avais mon projet avant la signature	59.19	36.73	4.08
Cela a fait évoluer mon projet	40.81	51.02	8.16
C'est une contrainte d'installation	48.98	36.73	14.29
Besoin de cet apport pour mes études	53.06	42.86	4.08
C'est un plus financier	95.92	2.04	2.04
Cet argent est une aubaine	44.9	44.9	10.2
Je regrette mais je continue	6.12	83.67	10.2
J'ai pensé à annuler le contrat	63.27	26.53	10.2
J'ai annulé ou je prévois de le faire	2.04	86.83	6.12

Afin d'analyser plus précisément les avis des signataires, j'ai réalisé un test du Chi 2 de comparaison de fréquences. L'hypothèse nulle correspond à l'indépendance entre les 2 échantillons testés, l'hypothèse H1 correspond à une dépendance entre les 2 échantillons avec un $p < 0,05$.

J'ai comparé chaque phrase entre elle et les résultats notables sont les suivants :

- « c'est une contrainte d'installation » et « travailler en zone déficitaire ne me dérange pas »
Chi2 calculé = 15, Chi2 reference = 4 avec un $p=0,005$
- « c'est une contrainte d'installation » et « je partirais dès que possible »
Chi2 calculé=12,44 Chi2 reference=4 avec un $p=0,014$
- « c'est un plus financier » et « cela a fait évoluer mon projet »
Chi2 calculé=12,44 Chi2 reference=4 avec un $p=0,014$
- « cet argent est une aubaine » et « travailler en zone déficitaire est une nécessité »
Chi2 calculé=9,98 Chi2 reference=4 avec un $p=0,04$
- « cet argent est une aubaine » et « j'avais besoin de cet apport pour mes études »
Chi2 calculé=21,56 Chi2 reference=4 avec un $p=0,002$
- « je regrette mais je continue » et « travailler en zone déficitaire est une nécessité »
Chi2 calculé=13,59 Chi2 reference=4 avec un $p=0,008$
- « je regrette mais je continue » et « je partirais dès que possible »
Chi2 calculé=14,88 Chi2 reference=4 avec un $p=0,005$
- « je regrette mais je continue » et « c'est une contrainte d'installation »
Chi2 calculé=10,1 Chi2 reference=4 avec un $p=0,03$
- « j'ai pensé annulé le contrat » et « je partirais dès que possible »
Chi2 calculé=12,5 Chi2 reference=4 avec un $p=0,014$
- « j'ai pensé annulé le contrat » et « c'est une contrainte d'installation »
Chi2 calculé=17,41 Chi2 reference=4 avec un $p=0,001$
- « j'ai pensé annulé le contrat » et « c'est un plus financier »
Chi2 calculé=9,54 Chi2 reference=4 avec un $p=0,048$
- « j'ai pensé annulé le contrat » et « je regrette mais je continue »
Chi2 calculé=20,51 Chi2 reference=4 avec un $p=0,0003$
- « j'ai annulé ou je prévois de le faire » et « je partirais dès que possible »
Chi2 calculé=33,76 Chi2 reference=4 avec un $p=0,0000008$

- « j'ai annulé ou je prévois de le faire » et « c'est une contrainte d'installation »
- Chi2 calculé=9,47 Chi2 reference=4 avec un p=0,05

Pour résumer, ceux qui considèrent que c'est une contrainte d'installation ont également pensé à annuler le contrat ou regrettent et continuent ou encore prévoient de partir dès que possible même s'ils considèrent que travailler en zone déficitaire ne les dérange pas.

Ceux qui le voient comme un plus financier considèrent que cela a fait évoluer leur projet mais ont pensé à annuler le contrat.

4 – DISCUSSION

4-1 Les résultats

4-1-1 Taux de réponse

Le taux de réponse est correct avec 51,9% des signataires concernés qui ont répondu au questionnaire. 34% sont originaires des facultés bretonnes (CHU Brest et CHU Rennes) et 61,71% des facultés du Pays de Loire (Nantes et Angers).

4-1-2 Les biais

4-1-2-1 Biais de sélection

Nous pouvons constater un biais de sélection avec 2/3 de répondants originaires de la région Pays de Loire et 1/3 de Bretagne alors que le nombre de signataires est supérieur en Bretagne. Peut-être un problème de diffusion du questionnaire.

Un autre biais de sélection est observé sur le nombre de signataires en troisième cycle majoritaire dans l'étude alors que le nombre de signataires est plus important en 1^{er} et 2nd cycle d'étude médicale. (42) Seul 9,43% sont externes.

4-1-2-2 Biais de non réponse

Un biais de non réponse est à prendre en compte également avec un taux de réponse à 51,9%.

4-1-2-3 Biais de subjectivité

Etant signataire du CESP, l'étude présente un biais de subjectivité avec un questionnaire adapté à mes interrogations. Ce biais est corrigé par la validation du questionnaire par Dr BADOUL, directeur de la thèse et par les référents CESP des 2 régions étudiées.

4-1-3 Les signataires

Ceux sont majoritairement des femmes (66,4%) et 84,91% des signataires sont en couple. 52,83% ont des enfants.

La moyenne d'âge est à 29,19 ans.

4-1-4 Les facteurs personnels

Nous pouvons observer que le secteur géographique est pour plus de 80% des signataires un critère important. Les critères de qualité de vie, de proximité des services et de possibilité d'emploi du conjoint sont, pour plus de 70% des signataires, des critères également importants. Ces critères sont peut-être influencés par le statut marital et la présence d'enfant(s) chez les répondants au questionnaire.

L'absence de ces conditions influence aujourd'hui la raréfaction médicale dans des bassins de vie de faible attractivité.

Certains secteurs géographiques des deux régions concernées observent un vieillissement des populations, une diminution des services de proximité et une diminution des possibilités d'emploi ce qui peut engendrer la diminution du nombre de médecin dans ces territoires.

Les zones actuellement considérées en ZIP (zone d'intervention prioritaire) sont des zones à faible densité de population, avec peu d'offre d'emploi et éloignées des pôles d'activité et des grandes villes.

4-1-5 Les facteurs professionnels

Dans notre étude, certains facteurs sont pour plus de 80% des signataires, des critères essentiels à leur installation : le type de cabinet (travail seul, en groupe, en MSP), l'aménagement du cabinet et la proximité d'autres confrères. Les jeunes médecins considèrent aujourd'hui leur cadre de travail comme un élément essentiel. Ils ne veulent pas être seuls au cabinet mais également dans le territoire. Peut-être par peur de devoir faire face à une demande trop importante de soins de la population et l'impossibilité de répondre à leur demande.

Le temps de travail et la proximité de para médicaux sont, pour plus de 70% des signataires, des critères également à prendre en compte pour envisager leur installation.

Ces critères expliquent en partie la difficulté que les médecins en âge de la retraite peuvent avoir pour trouver un successeur (cabinet seul, départ à la retraite des confrères aux alentours et charge de travail importante).

4-1-6 Le mode d'exercice

Les futurs médecins généralistes signataires ayant répondu au questionnaire envisagent une activité en zone rurale pour 39,47% et 57,89% en zone semi-rurale.

Une majorité envisage donc de travailler en zone semi rurale.

Les signataires non installés envisagent une installation avec d'autres confrères pour 89,47% d'entre eux (en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire).

Les signataires installés sont 50% à travailler en cabinet de groupe et seulement 16,67% en maison de santé pluridisciplinaire. 25% travaillent seul.

Cette différence concernant les MSP s'expliquent par le nombre de MSP existantes en France.

Ce type de structure est plébiscité, soutenu par l'état et l'ARS et au cœur de la loi santé 2022 ce qui pourrait faire évoluer le nombre de médecins en MSP dans les années futures.

4-1-7 Le CESP

Les signataires inclus dans l'étude sont une majorité (57,15%) à avoir signé le contrat après les ECN (examen classant national). Ils ont une idée alors plus précise de leur activité professionnelle future et envisagent plus facilement leur avenir.

D'ailleurs, 59,19% d'entre eux confirment avoir eu leur projet d'installation avant la signature et 51% considèrent que le contrat n'a pas fait évoluer leur projet même si 48,98% considèrent le contrat comme une contrainte d'installation.

79,59% des répondants considèrent que travailler en zone déficitaire est une nécessité et 83,68% ne sont pas dérangés à l'idée de travailler en zone déficitaire. Ce qui implique que les signataires sont déjà sensibilisés au problème de désertification médicale. Pourtant 63,27% ont pensé annuler le contrat.

Concernant l'aspect financier, 53,06% considèrent avoir eu besoin de cet apport pour poursuivre leur étude et en parallèle 95,92% considèrent que c'est un plus financier.

L'effet d'aubaine est approuvé par 44,9% des répondants et réfuté par 44,9%.

Pour aller plus loin dans l'étude des résultats nous avons comparé les réponses à chaque phrase les unes aux autres un test du Chi 2 afin de comparer les fréquences.

L'hypothèse nulle est une indépendance entre les modalités et l'hypothèse H1 implique un lien entre les réponses aux phrases comparées avec un $p < 0,1$.

Certains liens paraissent logiques tels que :

- « c'est un plus financier » et « cela a fait évoluer mon projet »
- Ou « cet argent est une aubaine » et « travailler en zone déficitaire est une nécessité »

Mais certains sont très étonnants :

- « C'est une aubaine » et « j'avais besoin de cet apport pour poursuivre mes études »

Nous pouvons observer également un lien entre « je regrette » et « je partirai dès que possible ». Ces futurs médecins pourront au terme de leur contrat envisager une activité professionnelle dans des secteurs différents. Pour limiter ce phénomène, l'attractivité du cabinet médical et de l'entourage professionnel peuvent jouer un rôle prépondérant.

La difficulté actuelle se retrouve dans le fait que les jeunes actifs ont plus tendance à changer totalement d'activité professionnelle. Cela se retrouve dans l'activité médicale avec des médecins qui changent de lieu d'activité.

4-2 Enquête nationale, résultats similaires

Une enquête nationale a eu lieu entre janvier et février 2019 à propos des déterminants de l'installation par ANEMF, ISNAR IMG, REAGJIR, ISNI et SNJMG.(46)

15319 personnes ont répondu à leur questionnaire avec 60% de femme et 52% de moins de 40 ans.

72% des internes envisagent une activité libérale. Pourtant à ce jour, seuls 56% des médecins généralistes ont une activité libérale. (11)

Les déterminants personnels ont également été évalués.

Les facteurs prioritaires sont : la proximité familiale et les services publics pour 60% des internes et remplaçants.

Pour les installés, l'accessibilité des services publics, les équipements culturels et sportif et les transports arrivent en tête.

A noter que parmi les internes en couple, 86% pensent que le conjoint a une influence sur le projet d'installation et 77% des internes célibataires pensent que le conjoint aurait une influence sur leur projet. Chez les installés, 41% pensent que le conjoint aurait une influence sur le projet d'installation et 33% « pas du tout ». La profession du conjoint est à 42% une autre catégorie professionnelle, à 32% médecin et à 12% autre profession de santé.

Ces résultats corroborent les résultats de notre étude.

Concernant les facteurs professionnels, la présence sur le territoire d'autres professionnels de santé ou d'un hôpital est déterminant pour 87% des remplaçants, 81% des internes et 59% des installés. Les horaires et rythme de travail ont également une importance significative avec 82% des internes et 87% des remplaçants qui les considèrent déterminants.

Il est également observé que 85% des internes n'avaient pas encore de projet considéré bien défini.

Alors que dans notre étude 59,19% considèrent avoir leur projet avant la signature du contrat.

4-3 Le CESP , Un avis mitigé(47–49)

Une étude a été réalisée par l'ISNAR IMG et l'association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) entre mi-août et mi-novembre 2018. (50) 202 signataires ont répondu au questionnaire. Un tiers des répondants à l'étude avait suivi un premier cursus de formation avant d'entrer dans les études médicales. Cette question n'a pas été abordée dans notre étude. Les signataires avaient été informés du dispositif par leur faculté à 43,4%, les ARS pour 19,3% et leurs seniors ou collègues pour 20,2%. Comme pour notre étude l'information est le souvent transmise par la faculté.

Un élément est à noter : les signataires de 1^{er} et 2nd cycle sont 78,1% à déplorer un manque d'accompagnement par leur référent et 81,2% des signataires de 3eme cycle sont dans la même situation. Ce qui explique peut-être que 46% des répondants déclaraient ne pas avoir été informés de la modification du zonage par leur référent de l'ARS.

Le problème de la modification du zonage en inadéquation avec le projet professionnel initial au moment de la signature du contrat est mis en avant par cette étude.

Un autre sujet est également mis en avant par cette étude : la réalisation des stages en fonction du contrat. 58,9% des signataires accordent un intérêt à pouvoir réaliser leur stage dans les zones concernées par le dispositif avec un fléchage du parcours de formation en fonction du projet professionnel. Cela pourrait être également envisagé pour les externes et internes de médecine générale en stage ambulatoire. Ces stages pourraient peut-être influencer des activités professionnelles en ZIP ou ZAC pour des étudiants non signataires du CESP.

Concernant notre étude, on note que plus de la moitié des répondants ont signé le contrat en troisième cycle de médecine. Leur spécialité et leur région sont alors un peu plus définies et leur projet d'installation se précise.

On peut aussi en déduire que l'apport financier n'est pas forcément nécessaire à la poursuite de leurs études puisqu'un interne est rémunéré pendant ses semestres d'internat. Ce qui corrobore avec 95,92% des répondants qui ont estimé que « c'est un plus financier ». Ce qui n'est peut-être pas le cas pour les signataires en 1^{er} et 2nd cycle qui peuvent avoir besoin de cet apport financier pour la poursuite de leur formation.

4-4 La loi santé 2022, ce qui pourrait changer

Présentée en septembre 2018 par le président de la République, Emmanuel Macron, et la ministre de la Santé, Agnès Buzin, la loi santé 2022 a un objectif de réorganisation de la médecine par territoire avec une meilleure coordination des acteurs de la santé et un soutien aux soins de proximité. (51–53)

Les différentes modifications apportées à la médecine générale sont les suivantes.

4-2-1 Favoriser l'installation des médecins en zone fragile

Il est souhaité par le gouvernement un meilleur équilibre des installations des médecins généralistes (54) en favorisant les aides à l'installation suivant le zonage. Ce zonage a été mis à jour en juin 2018 et prend notamment en compte le niveau d'activité des médecins installés (temps partiel, temps plein), les besoins de soins de la population et la demande et l'offre des communes avoisinantes.(35)

Les zones d'intervention prioritaires concernent aujourd'hui 18% de la population française et les zones d'intervention prioritaire et les zones d'action complémentaire correspondent à 36% de la population.(51)

Les aides conventionnelles signées par le médecin, la CPAM et l'ARS concernent à ce jour 2400 praticiens sur le territoire.

Le PTMG ou PTMA a été signé par 1100 médecins.

Le CESP a été proposé à 3200 étudiants en médecine ou en dentaire depuis sa création et signé par 1692 étudiants dont 1389 en médecine. 88% de ces signataires exercent en libéral et environ 300 signataires sont installés.

4-2-2 Favoriser les stages en ambulatoire

Le nouvel objectif est de favoriser les stages en médecine générale dans les territoires fragiles. (55)

Pour développer ce type de stage, la maquette de l'internat de médecine générale a évolué avec une obligation de 2 stages ambulatoires (Stage de 1^{er} niveau et SASPAS). De plus le nombre de médecins accueillant des internes a augmenté. Les praticiens concernés travaillant en zone fragile peuvent obtenir un financement supplémentaire de 300€

mensuel et les internes qui réalisent leur stage en zone d'intervention prioritaire peuvent se voir attribuer une aide de 200€ mensuel pour le transport et le logement.

4-2-3 Encourager à l'exercice coordonné

Les étudiants en médecine sont une majorité à vouloir s'installer dans des maisons de santé pluridisciplinaires avec présence dans le territoire d'autres praticiens et de paramédicaux avec une activité professionnelle collective. C'est également le projet des ARS et de l'état. Selon l'enquête sur les déterminants à l'installation rédigée par le CNOM en avril 2018,(46) 45% des futurs professionnels(internes) souhaitent un exercice en MSP ou en cabinet de groupe et 27% en activité mixte (libérale et salariée) et seul 3% souhaitent une installation seul en cabinet. Dans notre étude 89,47% des étudiants signataires sont favorables à une installation en cabinet de groupe ou en MSP.

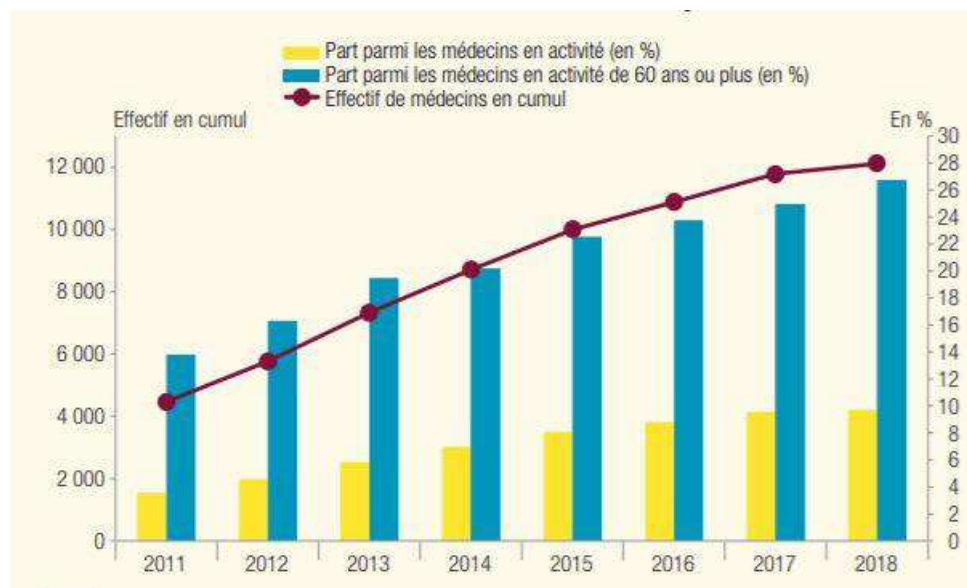
En 2017, il existait 910 MSP en France, en 2019 il y en a 1246 et 361 en projet soit une augmentation de 37%.

4-2-4 Soutenir les nouvelles formes d'exercice

Le premier objectif est de favoriser le travail en multi-site, c'est-à-dire un travail dans une ZIP en alternance avec une zone plus attractive associé à un soutien financier (majoration de 25% des honoraires pour les consultations réalisées en zone sous dotée).

L'état soutient également le cumul emploi retraite. Cela concerne actuellement 10% des médecins. Il permet de prolonger de 4 ans en moyenne la durée de l'activité.

GRAPHIQUE 7 : nombre de médecins généralistes en âge de la retraite (8)



4-2-5 Déléguer certaines tâches

Avec la création des MSP, il existe aussi la création de poste infirmier AZALEE. Ces infirmiers réalisent des consultations d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel afin de libérer du temps médical aux médecins et d'améliorer la prise en charge des patients présentant des pathologies chroniques.

De plus, les pharmaciens ont la possibilité de réaliser les vaccinations anti grippales. Enfin une nouvelle formation d'infirmiers en pratique avancée a été créée.

4-2-6 Déployer la télémédecine

La téléconsultation est remboursée par l'assurance maladie depuis fin 2018. Elle permet aux patients de consulter à distance leur médecin ou spécialiste.

Il existe également la télé-expertise, permettant au médecin d'accéder à un avis spécialisé à distance simplifié.

4-2-7 Le numérus clausus : sa suppression à l'entrée 2019

La formation médicale (médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique) ne sera plus accessible par un examen éliminatoire en fin de PACES mais par une formation commune évolutive permettant à terme le recrutement d'un plus grand nombre de médecin. Les études médicales étant longues, l'effet de cette réforme verra le jour d'ici une dizaine d'années.

4-2-8 Le recrutement de 400 médecins généralistes

L'ARS a annoncé le recrutement de 400 médecins généralistes en salariat dans les zones déficitaires. 200 postes intéressent une activité mixte entre un hôpital de proximité et le libéral et 200 postes intéressent des postes en libéral dans des zones électives. Cela n'augmente pas le nombre de médecin généraliste en activité mais permettra un meilleur contrôle de l'installation des médecins en fonction des besoins de la population.

4-2-9 Les CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

Cette entité permet aux professionnels d'un même territoire de s'organiser au mieux pour permettre une meilleure offre de soins aux patients. Ces projets sont soutenus par les ARS et le nombre de projets financés par les ARS sont en nette augmentation (+ 25% entre décembre 2018 et avril 2019).

5 - Conclusion

Le CESP a été créé pour influencer les futurs médecins dans une installation en zone d'intervention prioritaire ou en zone d'action complémentaire moyennant un apport financier durant leur étude mais dans les faits, les signataires sont presque 60% à avoir leur projet avant la signature. (56)

Le délai entre la signature du contrat et l'installation avec la modification des zonages est un frein à l'extension du système avec 49% des signataires qui considèrent le contrat comme une contrainte d'installation.

Après 10 ans d'existence et 3000 contrats proposés, seuls 1700 contrats ont été signés dans toute la France (dont 1339 en médecine). Les études étant longues, et les possibilités d'activité tellement variées, les étudiants en médecine sont peu nombreux à avoir un projet d'activité professionnelle bien définis ce qui freinent l'augmentation du nombre de contrats signés. Les engagements débutent à plus de 50% en 3eme cycle.

Au vu des souhaits d'activité des jeunes médecins (travail en groupe, installation en MSP) et la difficulté des médecins en âge de la retraite à trouver un successeur, les aides financières pourraient être plus utiles pour soutenir les médecins de >50 ans à revoir leur mode de travail et à envisager la création de structure permettant d'accueillir plusieurs médecins généralistes. D'autant que 96% des signataires considèrent que l'apport financier du CESP est un plus.

La proposition de stage en ZIP ou ZAC pour les internes en médecine générale permettra probablement de provoquer des installations dans des secteurs non envisagés initialement (61,6% considèrent que la connaissance préalable du cabinet est importante).

Mais la problématique de démographie médicale va continuer à évoluer défavorablement dans les dix prochaines années car le nombre de médecins en âge de la retraite augmente beaucoup plus rapidement que le nombre de nouveaux médecins prêts à s'installer.

6 - Bibliographie

1. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
2. LECA A, BERLAND-BENHAIM C, AGRESTI P, NGAMPIO-OBELE-BELE U, MAUREY H, NICOLAS G, et al. Les déserts médicaux. Cah DROIT SANTE Jurid Hist Prospect. 2014;(19):190p.
3. BERLAND Y, Ministère des solidarités de la santé et de la famille. CD médicale. ParisF. Commission Démographie médicale : rapport. Paris: Ministère des solidarités, de la santé et de la famille; 2005.
4. BOUET P, BERNARD-CATINAT M, DELGA M-E, GRILLET G, MONIER B, POUILLARD J. Liberté d'installation, liberté d'exercice : quelle médecine pour quels médecins ? Paris: CNOM; 2003 juin p. 46p.
5. AMBROISE-THOMAS P, Académie Nationale de Médecine. (A.N.M.). Paris. FRA. La situation de la médecine générale en France : réflexions et propositions. [Internet]. Paris: Académie nationale de médecine; 2011 mai p. 4p. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=medecin%2A%20general%2A%20reflexi%2A%20propo%2A&_sort=auto&_start=1
6. OCDE. Statistiques de l'OCDE sur la santé [Internet]. OECD; Disponible sur: https://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd_bv_id=health-data-fr&doi=data-00541-fr
7. DREES. L'exercice ambulatoire des professionnels de santé [Internet]. [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche4-4.pdf>
8. DREES. Un médecin libéral sur dix en activité cumule emploi et retraite. déc 2018 [cité 30 juill 2019];(1097). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1097.pdf>
9. Observatoire National des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). Paris. FRA. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. 2 volumes. Paris: ONDPS; 2015 mai p. 2vol. (101; 145p.).
10. OCDE. Panorama de la santé 2017 : les indicateurs de l'OCDE [Internet]. OECD iLibrary. [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr
11. BARLET M, MARBOT C, Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA. Portrait des professionnels de santé : 2016. Paris: Ministère des finances et des comptes publics; 2016. 158p. (Panoramas de la DREES : Social.).
12. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2018 [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
13. BARANES D, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines. Ufr de Médecine Paris Ile-de-France Ouest. Garches. FRA / com. Étude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile

de France. [Internet]. 2016. Disponible sur:
http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=etud%2A%20frein%2A%20installati%2A&_sort=auto&_start=2

14. Commissariat Général à l'Égalité des Territoires. (C.G.E.T.). Paris. FRA. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. EN BREF. sept 2015;(4):4p.
15. ROUX A, ROQUES V. Liberté d'installation : Entre totem et tabou. Gest Hosp. 1 oct 2015;(549):478-81.
16. DREES. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. 2019 [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>
17. BAUDIER F, BOURGUEIL Y, EVRARD I, GAUTIER A, LE FUR P, MOUSQUES J, et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Quest Econ SANTE. sept 2010;(157):6p.
18. IRDES. Les politiques de lutte contre la désertification médicale. 2018;252.
19. CGET. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. [Internet]. 2015 [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/etude_jeunes_medecins_generalistes_cget_0.pdf
20. Jakoubovitch S, DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes. mars 2012;8.
21. DREES. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. 2019 [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
22. Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
23. RASSU C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France: une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.
24. RIGOT H, Université Paris Descartes. Paris. FRA / com. Installation des médecins généralistes en milieu rural : motivations, impact des mesures incitatives, premières constatations et perspectives. 2015.
25. DREES. Recueil d'indicateurs régionaux, Bretagne. avr 2011;2.
26. DREES. Recueil d'indicateurs régionaux, Pays de Loire. avr 2011;2.
27. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale, Factors associated with investment in an office medicine project by general practice residents. Santé Publique. 24 mars 2015;27(1):49-58.

28. ROZIER P, Université d'Angers. Angers. FRA / com. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013. 2015.
29. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. Santé Publique. 2014;26(1):65.
30. Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes. Paris. FRA. Pacte territoire santé 2 : Dossier de presse. Paris: Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes; 2015 nov p. 15p.
31. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
32. ministère de la santé et des sports. La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre [Internet]. [cité 21 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
33. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales. 2010-735 juin 29, 2010.
34. Les jeunes médecins craignent la fin de leur liberté avec la loi de santé. Med Fr. 31 déc 2014;(1237):18.
35. DGOS. Territoire de vie-santé - zonage médecin [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
36. BONTRON J-C, VOISIN L-M, VINCENT J, GUENEAU M. Dossier. Santé en milieu rural : réalités et controverses. POUR - GROUPE Rech POUR Educ Prospect - GREP. juill 2012;(214):25-171.
37. ARS Bretagne. Les aides pour les professionnels de santé en Bretagne [Internet]. 2018 [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Brochure%20aides%20V2018_V4.pdf
38. PERRIN C. Démographie médicale. Les aides à l'installation pour enrayer le déficit. CONCOURS Med. 1 mars 2006;128(8):366-8.
39. =Agence Régionale de Santé de Bretagne. (A.R.S.). Rennes. FRA. Médecins généralistes : le référent installation, l'interlocuteur de votre installation. BRETAGNE EN SANTE. juill 2014;(10):5.
40. CNG, ARS, Ministère des solidarités et de la santé. brochure cesp [Internet]. [cité 21 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_esp_a5.pdf
41. CNG. Données sur les contrats d'engagement de service public conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie - campagnes 2010/2011 à 2016/2017 [Internet]. 2018 [cité 21 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/Synth%C3%A8se_CESP_2018_VDT.pdf

42. CNG. Données sur les contrats d'engagement de service public - étudiants et internes en médecine - campagnes 2010/2011 à 2015/2016 [Internet]. [cité 21 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Testeur%20Plume/bilan_6ans.pdf
43. JARDEL A, Université de Rouen. Rouen. FRA / com. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands. 2014.
44. Statistiques descriptives Cours 2 Structure des variables [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <http://dadoun.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/Cours2-L2-2017-Dadoun.pdf>
45. Demeuse M. ECHELLES DE LIKERT OU METHODE DES CLASSEMENTS ADDITIONNES. :5.
46. CNOM, ISNAR-IMG, ISNI, REAGJIR, SNJMG. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés [Internet]. 2019 [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAte-d%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>
47. Phelipot A. 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 d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
48. Capaldi M. Impact du contrat d'engagement du service public sur l'installation des jeunes médecins généralistes en France [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
49. BRUAUX J. CESP : retour sur l'expérience de cette mesure par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 12 contractants ayant souscrit depuis 2010 en Pays-de-Loire [These d'exercice]. 2017. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/c812ad58-a70c-4566-80ca-9c39d677327f>
50. ISNAR-IMG, ANEMF. Résultats de l'enquête CESP [Internet]. 2019 [cité 18 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R%C3%A9sultats-enqu%C3%AAte-CESP-ISNAR-IMGANEMF-Mai-2019.pdf>
51. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022, un engagement collectif, dossier de presse [Internet]. 2018 [cité 21 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
52. Dossiers législatifs - LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé | Legifrance [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000038124322&type=general&typeLoi=proj&legislature=15>
53. Ministère des solidarités et de la santé. dossier de presse acces aux soins avril 2019 [Internet]. 2019 [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf

54. DUMONTET M, SAMSON AL, FRANC C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? Rev FRANCAISE Econ. 2016;31(4):221-67.
55. Concastie G. Évaluation des aides incitatives publiques à la réalisation de stage d'internat de médecine générale en zone fragile: Etude observationnelle rétrospective de l'influence des aides financières du conseil régional de Lorraine sur l'installation en zones déficitaires en médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
56. MUNCK S, MASSIN S, HOFLIGER P, DARMON P. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Sante Publique (Bucur). 1 janv 2015;27(1):49-58.

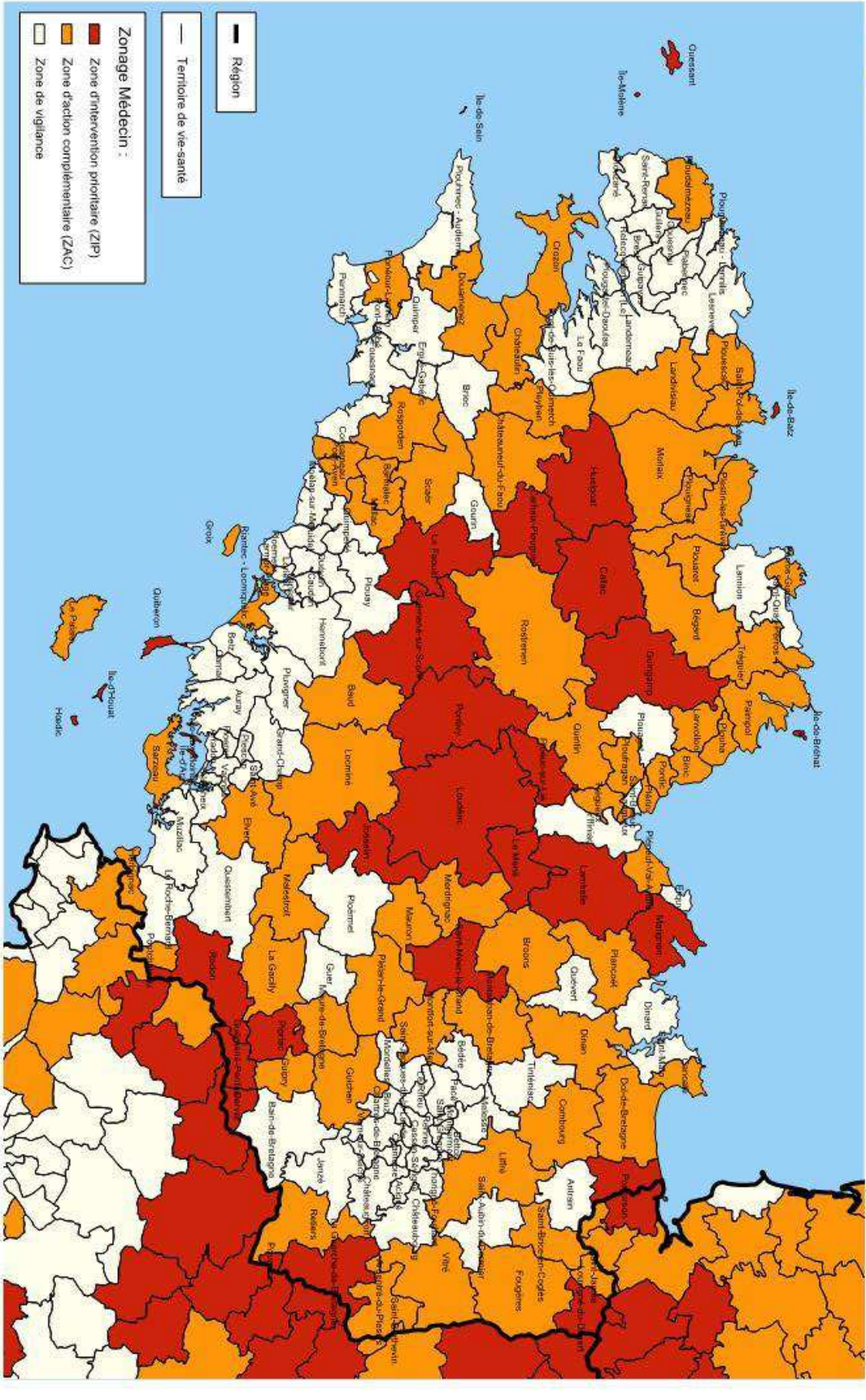
Listes des abréviations :

ANEMF association nationale des étudiants en médecine de France
 ARS agence régionale de santé
 CAIM contrat d'aide à l'installation médecin
 CESP contrat d'engagement service public
 CGET commissariat général à l'égalité des territoires
 CHU Centre Hospitalier Universitaire
 CNG Centre National de Gestion
 COSCOM contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins
 COTRAM contrat de transition pour les médecins
 CPAM Caisse Primaire d'Allocation
 CSTM contrat de solidarité territoriale médecin
 DES diplôme d'étude supérieure
 DGFSM Diplôme de Formation générale en sciences médicales
 DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 ECN Examen National Classant
 HPST Hôpital, Patient, Santé, Territoire
 INPES institut national de prévention et d'éducation pour la santé
 IRDES institut de recherche et de documentation en économie de la santé
 ISNAR IMG InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de médecine générale
 ISNI Intersyndicale Nationale des Internes
 M(1 2 ou 3) Master
 MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire
 OCDE Organisation de coopération et de développement économique
 PACES première année commune des études de santé
 PTMG pacte territoire médecine générale
 PTMA pacte territoire médecine ambulatoire
 PTMR Pacte territoire médecin remplaçant
 REAGJIR Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes installés et Remplaçants
 SNJMG Syndicat National Jeunes médecins généralistes
 ZAC Zone d'action complémentaire
 ZIP Zone d'intervention Prioritaire

ANNEXE 1 : Cartographie zonage bretagne 2018



Zonage Médecin - Juin 2018

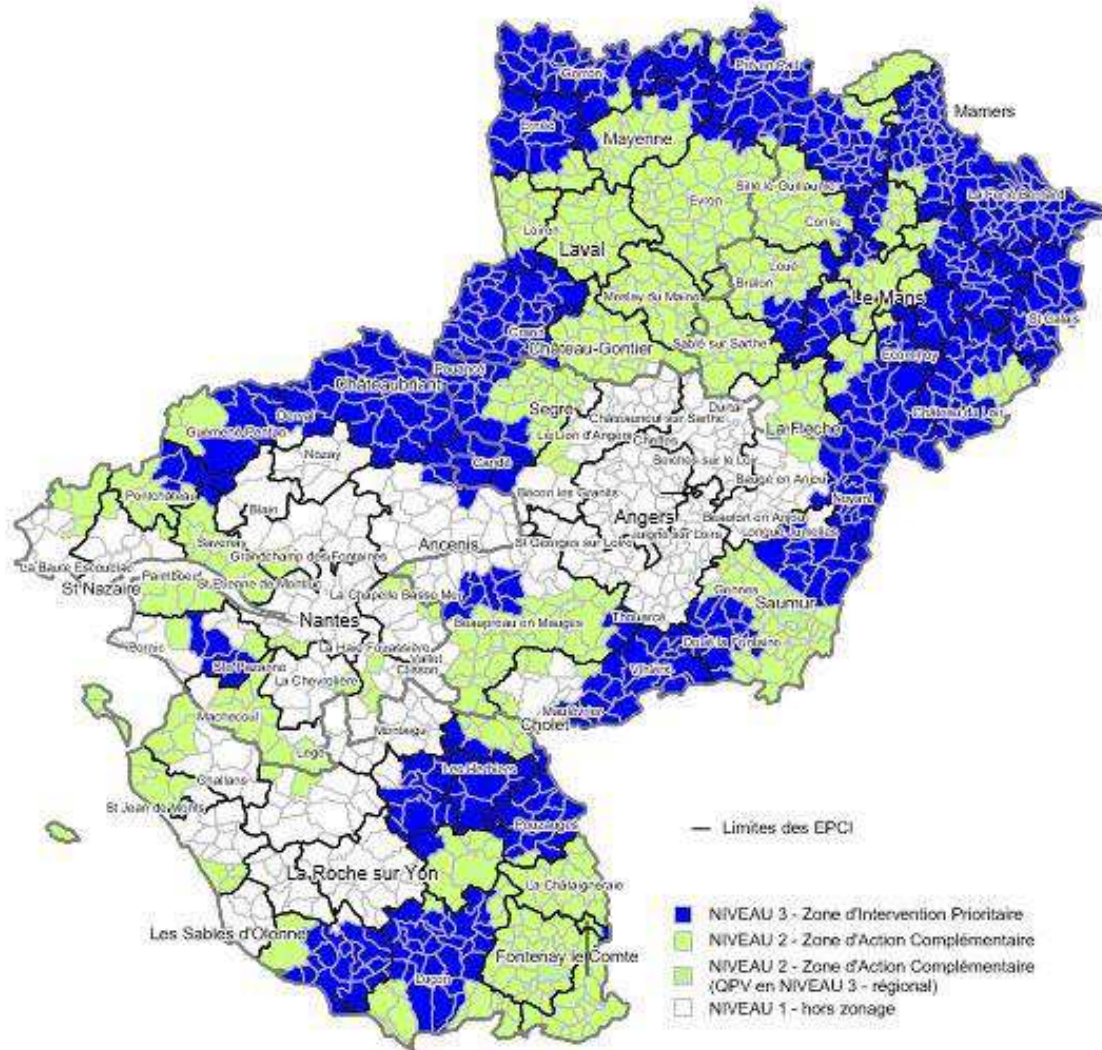


Source : Assurance maladie (SNSDS), RPPS, Arrêté Pays de Loire, Arrêté Normandie
 Réalisation ARS Bretagne, Juin 2018
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

ANNEXE 2 : Cartographie zonage Pays de Loire 2018



Zonage Médecin pour les Pays de la Loire



Questionnaire : Impact du CESP sur l'installation des médecins généralistes dans l'ouest

Bonjour,

Ma thèse porte sur l'impact du CESP sur l'installation des médecins généralistes dans l'Ouest.

Vous pouvez m'aider en répondant à mon questionnaire qui vous prendra **environ 3 minutes**.

Merci d'avance

Margot R

Il y a 31 questions dans ce questionnaire.

Qui êtes vous?

Quel est votre sexe? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- homme
- femme

Quelle est votre année de naissance? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ. Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre situation maritale? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Célibataire
- En couple
- je ne souhaite pas répondre à cette question
- Autre

Avez vous un/des enfants? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui/Non

Etes vous externe? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui/Non

Quelle est votre formation?

Dans quelle ville avez vous passé votre baccalauréat? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre faculté d'externat? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '5 [Externe]' (Etes vous externe?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Amiens / Angers / Besancon / Bordeaux / Brest / Caen / Clermont Ferrand /Dijon /
Grenoble /Guadeloupe / La Reunion / Lille / Limoges / Lyon / Marseille /
Montpellier/Nimes/Nancy / Nantes / Nice / Paris V / Paris VI / Paris VII / Paris XI /
Paris XII / Paris XIII / Paris IDF-Ouest /Poitiers / Reims / Rennes / Rouen /
Saint Etienne / Strasbourg / Toulouse / Tours / Autre

Quelle était votre faculté d'externat? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '5 [Externe]' (Etes vous externe?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Amiens / Angers / Besancon / Bordeaux / Brest / Caen / Clermont Ferrand /Dijon /
Grenoble /Guadeloupe / La Reunion / Lille / Limoges / Lyon / Marseille /
Montpellier/Nimes/Nancy / Nantes / Nice / Paris V / Paris VI / Paris VII / Paris XI /
Paris XII / Paris XIII / Paris IDF-Ouest /Poitiers / Reims / Rennes / Rouen /
Saint Etienne / Strasbourg / Toulouse / Tours / Autre

Quelle est votre faculté d'internat? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '5 [Externe]' (Etes vous externe?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Amiens / Angers / Besancon / Bordeaux / Brest / Caen / Clermont Ferrand /Dijon /
Grenoble /Guadeloupe / La Reunion / Lille / Limoges / Lyon / Marseille /
Montpellier/Nimes /Nancy / Nantes / Nice / Paris V / Paris VI / Paris VII / Paris XI /
Paris XII / Paris XIII / Paris IDF-Ouest /Poitiers / Reims / Rennes / Rouen /
Saint Etienne / Strasbourg / Toulouse / Tours / Autre

Avez vous réalisé votre stage praticien? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '5 [Externe]' (Etes vous externe?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui / non / en cours

Avez vous réalisé votre SASPAS? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '5 [Externe]' (Etes vous externe?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui / Non / En cours

Etes vous thésé? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '5 [Externe]' (Etes vous externe?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui /non

Si oui, en quelle année?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '5 [Externe]' (Etes vous externe?)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ. Veuillez écrire votre réponse ici :

Avez vous réalisé votre stage en médecine libérale? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '5 [Externe]' (Etes vous externe?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- En cours
- Autre

Quel est votre exercice actuel?

Quel est votre statut actuel? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- externe
- interne en service hospitalier
- interne en libéral
- remplaçant non thésé
- remplaçant thésé
- médecin installé
- médecin-adjoint
- médecin-assistant

Installé en libéral combien de demi journées par semaine souhaiteriez vous travailler? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'médecin-adjoint' *ou* 'remplaçant non thésé' *ou* 'interne en libéral' *ou* 'interne en service hospitalier' *ou* 'externe' *ou* 'remplaçant thésé' à la question '15 [interneouremplaçant]' (Quel est votre statut actuel?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 2
- 3-4 (soit 2 journées par semaine)
- 5-6 (soit 3 journées par semaine)
- 7-8 (soit 4 journées par semaine)
- >9 (soit 5 journées par semaines)

Combien de demi journée travaillez vous par semaine? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'médecin-assistant' *ou* 'médecin installé' à la question '15 [interneuremplacant]' (Quel est votre statut actuel?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 2
- 3-4 (soit 2 journées par semaine)
- 5-6 (soit 3 journées par semaine)
- 7-8 (soit 4 journées par semaine)
- >9 (soit 5 journées par semaines)

Quel est le lieu de votre activité? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Amiens' *ou* 'Besancon' *ou* 'Bordeaux' *ou* 'Brest' *ou* 'Caen' *ou* 'Clermont Ferrand' *ou* 'Dijon' *ou* 'Grenoble' *ou* 'Guadeloupe' *ou* 'La Reunion' *ou* 'Lille' *ou* 'Limoges' *ou* 'Lyon' *ou* 'Marseille' *ou* 'Montpellier/Nimes' *ou* 'Nancy' *ou* 'Nantes' *ou* 'Nice' *ou* 'Paris V' *ou* 'Paris VI' *ou* 'Paris VII' *ou* 'Paris XI' *ou* 'Paris XII' *ou* 'Paris XIII' *ou* 'Paris IDF-Ouest' *ou* 'Poitiers' *ou* 'Reims' à la question '9 [internat]' (Quelle est votre faculté d'internat?) *et* La réponse était 'médecin-assistant' *ou* 'médecin-adjoint' *ou* 'médecin installé' à la question '15 [interneuremplacant]' (Quel est votre statut actuel?) *et* La réponse était 'Non' à la question '5 [Externe]' (Êtes vous externe?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rural
- Semi rural
- Urbain
- Autre

Votre activité libérale, dans quel secteur l'imaginez vous? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'médecin-adjoint' *ou* 'remplacant thésé' *ou* 'remplacant non thésé' *ou* 'interne en libéral' *ou* 'interne en service hospitalier' *ou* 'externe' à la question '15

[interneouremplacant]' (Quel est votre statut actuel?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rural
- Semi rural
- Urbain
- Autre

Dans quel type de structure travaillez vous? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'médecin-assistant' *ou* 'médecin installé' à la question '15

[interneouremplacant]' (Quel est votre statut actuel?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En cabinet seul
- En cabinet de groupe
- En maison de santé pluriprofessionnelle
- En structure(hospitalière, EHPAD, SSR..)
- Autre

Dans quel type de cabinet souhaiteriez vous travailler? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'médecin-adjoint' *ou* 'interne en service hospitalier' *ou* 'interne en libéral' *ou* 'remplacant non thésé' *ou* 'remplacant thésé' *ou* 'externe' à la question '15

[interneouremplacant]' (Quel est votre statut actuel?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En cabinet seul
- En cabinet de groupe
- En maison pluridisciplinaire
- En structure (hospitalière, EHPAD, SSR..)
- En pôle médical
- Autre

Quel est votre statut professionnel ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'médecin-assistant' *ou* 'médecin installé' à la question '15
[interneuremplacant]' (Quel est votre statut actuel?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Collaborateur
- Titulaire
- Salarié
- Autre

Quels sont les facteurs personnels qui ont compté pour votre choix d'installation? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'médecin-assistant' *ou* 'médecin installé' à la question '15
[interneuremplacant]' (Quel est votre statut actuel?)
Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, tout à fait	Pluôt oui	Sans opinion	Plutôt non	Non, pas du tout
Le secteur géographique (et/ou climatique)					
La qualité de vie (loisirs, culture..)					
La possibilité d'emploi de votre conjoint					
La proximité des parents ou amis					
La proximité des services (commerces, transports, écoles)					
Les mesures incitatives					

Quels sont les attraits personnels qui influenceront votre choix d'installation? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'médecin-adjoint' *ou* 'remplacant thésé' *ou* 'remplacant non thésé' *ou* 'interne en libéral' *ou* 'interne en service hospitalier' *ou* 'externe' à la question '15

[interneouremplacant]' (Quel est votre statut actuel?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Sans opinion	Plutôt non	Non, pas du tout
Le secteur géographique (et/ou climatique)					
La qualité de vie (loisirs, culture..)					
La possibilité d'emploi de votre conjoint					
La proximité des parents ou amis					
La proximité des services (commerces, transports, écoles)					
Les mesures incitatives					

Quels sont les aspects professionnels qui ont influencé votre installation?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies

La réponse était 'médecin-assistant' *ou* 'médecin installé' à la question '15

[interneuremplacant]' (Quel est votre statut actuel?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Sans opinion	Plutôt non	Non, pas du tout
Le type de cabinet (seul, groupe, MSP..)					
L'aménagement du cabinet et ses alentours					
La proximité d'un centre hospitalier (privé ou publique)					
La proximité d'autres professionnels de santé (IDE, kiné, pharmacie..)					
Le temps de travail					
La présence d'autres confrères dans le secteur					
La connaissance préalable du cabinet (lieu de stage, remplacement)					

Quels sont les aspects professionnels qui influenceront votre installation? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'médecin-adjoint' *ou* 'remplacant thésé' *ou* 'remplacant non thésé' *ou* 'interne en libéral' *ou* 'interne en service hospitalier' *ou* 'externe' à la question '15

[interneuremplacant]' (Quel est votre statut actuel?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Sans opinion	Plutôt non	Non, pas du tout
Le type de cabinet (seul, groupe, MSP..)					
L'aménagement du cabinet et ses alentours					
La proximité d'un centre hospitalier (privé ou publique)					
La proximité d'autres professionnels de santé (IDE, kiné, pharmacie..)					
Le temps de travail					
La présence d'autres confrères dans le secteur					
La connaissance préalable du cabinet (lieu de stage, remplacement)					

D'autres facteurs vous semblent ils importants et non cités ci dessus?

Veuillez écrire votre réponse ici

Le CESP et vous

En quelle année de formation avez vous signé le contrat? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

DFGSM2 (PCEM2) / DFGSM3 (DCEM1) / DFASM1 (DCEM2) / DFASM2 (DCEM3) /
DFASM3 (DCEM4) / 1ère année d'internat (TCEM1) / 2ème année d'internat (TCEM2) /
3ème année d'internat (TCEM3)

Par quel biais avez vous été informé de l'existence de ce contrat? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

des coexternes/cointernes / votre faculté de médecine / l'ARS / vos enseignants /Autre

Comment évaluez vous ces phrases? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	oui tout à fait	Plutôt oui	Sans opinion	Plutôt non	Non pas du tout
Je n'avais pas besoin d'argent mais c'est une aubaine					
C'est un plus financier					
J'avais besoin de cet apport pour poursuivre mes études					
J'avais mon projet d'installation avant la signature					
Cela a fait évoluer mon projet professionnel					
Cela a été (ou va être) une contrainte pour mon projet professionnel					
Travailler en zone déficitaire me paraît être une nécessité					
Travailler en zone déficitaire ne me dérange pas					
Je partirais dès que possible du secteur imposé					
J'ai pensé annuler le contrat					
Je regrette mais je continue					
J'ai annulé (ou je prévois de le faire prochainement) le contrat malgré les pénalités					

Avez vous autre chose à dire sur le dispositif?

Veillez écrire votre réponse ici : Merci beaucoup et bonne continuation!

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire

ROUSSET, Margot.- Le CESP dans l'Ouest, un moyen de lutte contre la désertification médicale ? Qui sont les signataires ? Quel avenir ?

71 feuilles.,4 illustrations., 7 graphiques., 2 tableaux., 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2019; N° .

La démographie médicale en France est depuis plusieurs années une préoccupation majeure des autorités. La population des médecins possède un âge moyen de 57.1 ans ; 45% ont plus de 55 ans : la diminution du nombre de médecins généralistes en activité va donc encore s'aggraver dans les prochaines années. Pour pallier à cette situation, l'état a mis en place plusieurs aides, dont le CESP (contrat d'engagement de service public) en 2009, par la loi HPST. Les régions Bretagne et Pays-de-la-Loire malgré leur attrait climatique et la présence de grandes agglomérations, sont également victimes de la désertification, principalement en zone rurale. L'étude a été réalisée, auprès des signataires du CESP engagés dans les régions Bretagne et Pays-de-la-Loire, entre février et mars 2018 (externes, internes, médecins remplaçants non thésés, médecins thésés), via un questionnaire anonyme réalisé sur Lime Survey et transmis par mail.

L'étude est quantitative, descriptive, et transversale. Les facteurs personnels principaux influençant l'installation sont : le secteur géographique ; et la qualité de vie. Les facteurs professionnels sont : le type de cabinet (groupe, maison de santé pluridisciplinaire) ; l'aménagement du cabinet ; et la présence d'autres confrères.

Le CESP représente un plus financier pour 95% des contractants ; il a été signé en 3e cycle pour plus de 50% d'entre eux. Il est un apport financier supplémentaire pour des étudiants en médecine qui envisagent déjà une activité en zone déficitaire. Mais sur 3000 postes proposés, seulement 1692 ont été signés. Pour avoir un impact significatif sur la désertification médicale, l'étude révèle donc qu'il serait intéressant de soutenir la création des maisons médicales ou des MSP, et proposer des stages en zones d'intervention prioritaire aux internes

Medical demography has been a major preoccupation for the French authorities for several years. The average age of general practitioners is 57,1 years old; 45% are older than 55 years old: the drop in the number of active general practitioners will undoubtedly worsen even more steadily in the coming years. In order to alleviate this situation, the state implemented a number of aids, one of which is the CESP (commitment contract towards public service) in 2009, by the HPST Law. Despite the pleasant weather conditions and a number of appealing urban areas, both Brittany and Pays-de-la-Loire regions are victims to this medical desertification, primarily in rural areas.

This study was carried out by emailing an anonymous survey to involved CESP signatories in Bretagne and Pays-de-la-Loire between February and March 2018 (extern medical students, intern medical students, surrogate general practitioners about to defend their doctoral thesis, general practitioners with PhD), via the online application LimeSurvey. This study is quantitative, descriptive and transversal. Primary personal factors influencing medical practice location are: geographic area; quality of life. Primary professional factors are: type of medical office (group, multidisciplinary group practice); office organization; presence of fellow colleagues. CESP constitutes a financial aid for 95% of contractors. More than 50% of them signed it during their 3rd cycle of studies. It represents an additional financial benefit to medical students already thinking about locating their activity in an underserved area.

But on the 3000 positions offered by the CESP, just 1692 were signed up for. In order to have a significant impact on medical desertification, this study demonstrates the benefits of both supporting the creation of multidisciplinary group practice or MSP, and offering internships to medical students in priority underserved areas.

Rubrique de classement : SANTE PUBLIQUE

Mots-clés : CESP, zones médicalement sous équipées, médecine générale, mesures incitatives, démographie médicale

Mots-clés anglais MeSH : Subsidies government, général practitioners, demographic analysis, health systems plans, areas medically underserved

Président : Pr Eric BELLISSANT

Assesseurs : Dr André BADOUL
 Pr Emmanuel OGER
 Pr Didier MYHIE
 Dr Patrick AIRAUD

JURY :