

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

CESP : une réponse à la désertification médicale ?

**Enquête qualitative auprès de médecins généralistes signataires
exerçant dans la région des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 04 avril 2024 à 18h

au Pôle Formation

par Flora DUFOSSE

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseur :

Madame le Docteur Andrée GOMBERT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Liste des abréviations..... | 4 |
| Introduction..... | 5 |
| I-Démographie médicale..... | 5 |
| II-Aides proposées..... | 5 |
| III-CESP..... | 5 |
| IV- Question de recherche..... | 6 |
| Matériels et Méthode..... | 8 |
| I-Choix de la méthode..... | 8 |
| II-Recrutement..... | 8 |
| III-Caractéristique de l’investigatrice..... | 8 |
| IV-Guide d’entretien..... | 9 |
| V-Déroulement des entretiens..... | 9 |
| VI-Cadre éthique et règlementaire..... | 9 |
| VII-Analyse..... | 9 |
| Résultats..... | 10 |
| I-Caractéristiques des participants..... | 10 |
| II-Caractéristiques des entretiens..... | 11 |
| III-Connaissance du dispositif..... | 13 |
| A) Prise de connaissance du CESP..... | 13 |
| B) Connaissance des clauses du contrat avant la signature du CESP..... | 13 |
| IV-Motivations et Freins à la signature du CESP..... | 14 |
| A) Motivations à la signature..... | 14 |
| B) Freins à la signature..... | 16 |
| V-Retentissement de la signature d’un CESP..... | 17 |
| A) L’aide financière : une aide précieuse..... | 17 |
| B) Le projet professionnel..... | 18 |
| C) L’activité actuelle : un exercice enrichissant mais épuisant..... | 22 |
| D) Le projet à la fin de l’engagement..... | 24 |
| VI- L’avis sur le CESP..... | 24 |
| A) Les points positifs du dispositif..... | 24 |
| B) Les points négatifs du dispositif..... | 26 |
| C) Focus sur l’avis concernant le suivi et l’accompagnement promis du CESP..... | 28 |
| D) Bilan global de leur expérience..... | 31 |

| | |
|--|-----------|
| E) Avis des signataires sur l'efficacité du dispositif | 32 |
| VII- Les pistes d'amélioration | 34 |
| Discussion..... | 38 |
| I -Force et faiblesses | 38 |
| A) Forces de l'étude | 38 |
| B) Faiblesses de l'étude | 38 |
| II- Une connaissance partielle du dispositif | 39 |
| III- L'expérience du CESP | 40 |
| A) Un avantage financier prédominant | 40 |
| B) Une installation compliquée | 41 |
| C) Un accompagnement inégal | 42 |
| D) Un exercice en zone sous dotée satisfaisant mais conséquent | 43 |
| IV-Le CESP : un dispositif efficace ? | 44 |
| A) Profil des signataires..... | 44 |
| B) Déterminants du lieu d'installation en zone sous dotée | 44 |
| C) Le CESP : le bon dispositif ? | 45 |
| Conclusion..... | 47 |
| Références | 48 |
| Annexe | 51 |

Listes des abréviations

- APL : Accessibilité potentielle localisée
- ARS : Agence régionale de santé
- CAIM : contrat d'aide à l'installation des médecins
- CDE : contrat de début d'exercice
- CESP : contrat d'engagement au service public
- CNG : centre national de gestion
- COSCOM : Contrat de stabilisation et de coordinations des médecins
- COTRAM : Contrat de transition pour les médecins
- CPP : comité de protection des personnes
- CSTM : Contrat de solidarité territoriale médecin
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- ECN : épreuve classante nationale
- HPST : Hôpital, Patients, santé, territoires
- PIAS : Praticien isolé à activité saisonnière
- PTMG : Praticien territorial de médecine générale
- PTMR : Praticien territorial médical de remplacement
- ZAC : Zone d'action complémentaire
- ZAR : Zone d'accompagnement régional
- ZIP : Zone d'intervention prioritaire

Introduction

I. Démographie médicale

Depuis quelques années, la question de l'égalité d'accès aux soins est omniprésente dans le débat public français. Et ceci pour la bonne raison qu'il existe en France, depuis un certain temps, des territoires où l'accès aux soins, notamment au soin de premier recours, est devenu un parcours du combattant. A ce jour, entre 9 et 12% de la population française, soit entre 6 et 8 millions de français, vit dans un « désert médical » (1). Ces « déserts médicaux » sont définis grâce à un indicateur (APL) créé par la DREES, qui permet de tenir compte de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale mais aussi de l'âge de la population et de l'activité des médecins (2). Ces zones se sont situées tout d'abord dans les communes rurales ainsi que dans les communes qui cumulaient souvent les fragilités et qui étaient donc les moins attractives (population générale plus âgée, services publics moins nombreux et desservis, couverture numérique moins bonne, etc...). Mais cela s'est étendue désormais aux villes bien desservies au point où même l'Ile de France contient des zones sous dotées (Annexe 1). Et les projections démographiques semblent pointer vers une amplification des inégalités territoriales en France dans les prochaines années avec une diminution de l'offre médicale et une augmentation de la population et donc des besoins (3).

II. Aides proposées

Devant cette inégalité d'accès aux soins, les pouvoirs publics, à travers les différents gouvernements, ont tenté de réagir en proposant plusieurs aides différentes afin d'améliorer l'offre de soins. Pour rétablir une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire et les attirer vers les déserts médicaux, les aides proposées essaient de toucher le plus de praticiens en ciblant différentes étapes de leur vie professionnelle: que ce soit l'aide à l'installation (PTMG, CAIM, CDE, aides locales), l'aide pour l'exercice en zone sous dotée (COSCOM, le COTRAM, le CSTM, le Pias et l'exonération fiscale de la permanence des soins en zone sous dotée), l'aide pour les remplacements (PTMR), ou l'aide à la formation (ouverture de stage en cabinet de ville pour les étudiants de deuxième et troisième cycle, CESP) (4)(5).

III. CESP

Une des aides proposées est le Contrat d'Engagement au Service Public dit CESP, qui a été créé en 2009 suite à la loi HPST. Ce CESP est une mesure incitative qui permet de financer

les études d'un étudiant. En échange, ces étudiants s'engagent à s'installer dans une zone sous dotée à la fin de leurs cursus d'une durée égale à la durée où ils ont perçu l'allocation. Il concerne toutes les spécialités qui sont déficitaires en médecine et en odontologie mais la grande majorité des contrats concerne la médecine générale. Les étudiants pouvant en bénéficier étaient les étudiants à partir de la deuxième année de médecine jusqu'en 2019, puis à partir de la quatrième année depuis la réforme de 2019 (6).

L'allocation attribuée aux étudiants est de 1200 euros bruts par mois, imposable. Elle est financée à 100% par l'assurance maladie, à partir des fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Le CESP prévoit en cas de rupture de contrat une clause de remboursement (remboursement total des sommes perçues avec une majoration selon la date de rupture du contrat). Un accompagnement et un suivi individualisé fourni par l'ARS pendant la formation et pendant l'installation est prévu dans le contrat. Les signataires du CESP ont donc l'obligation d'exercer dans les ZIP et les ZAC qui sont les zones les plus fragilisées en termes d'accès aux soins, définies par chaque ARS.

Selon le bilan réalisé par le CNG, depuis sa création en 2011 et jusqu'en 2021, le nombre cumulé de contrat proposé aux étudiants de médecine est de 5 432 (7). Ce nombre de postes offerts a eu une nette augmentation de la première à la campagne de 2021. Les pouvoirs publics misent donc sur ces contrats pour améliorer l'accès aux soins, d'autant plus que le CESP est toujours un dispositif présent dans les propositions de loi du gouvernement actuel. Cependant en parallèle, la part de CESP signés par rapport aux postes offerts est en baisse depuis la campagne 2019-2020 pouvant se corréliser avec une baisse d'attractivité récente des CESP pour les étudiants et internes.

IV. Question de recherche

Une recherche bibliographique a été effectuée sur le CESP grâce aux moteurs de recherche suivant : SUDOC, CAIRN, Pépite Lille, google scholar. Les mots clefs qui ont été les plus utilisés étaient [CESP], [désertification médicale], [zone sous dotée], [mesure incitative], [vécu] et [médecine générale]. Les travaux ressortant de cette recherche se concentraient sur le profil des signataires, sur les facteurs rentrant en jeu dans leur choix du lieu d'installation, ou bien sur l'efficacité du dispositif (8-11). Une seule thèse s'est concentrée sur l'expérience des signataires d'un CESP dans la région du Pays de la Loire (12). Et cette question du vécu des signataires semblait pertinente à recueillir dans la région des Hauts-de-France. En effet, la région des Hauts-de-France a 72,4 % de son territoire qui est éligible aux aides proposées par

le gouvernement (dont 44 territoires de vie en ZIP, 111 en ZAC et 31 en ZAR), ce qui équivaut à plus de 4,6 millions d'habitants qui se trouvent dans une situation de difficulté d'accès aux soins (13) (annexe 2). C'est donc un territoire propice au CESP. Ainsi, la question du retour d'expérience des signataires de la région se pose : comment s'est passé leurs expériences ? Et quelle vision ont-ils de l'utilité du CESP dans le contexte de désertification médicale ?

L'objectif principal de la thèse est donc de recueillir le vécu des médecins signataires d'un CESP exerçant dans les Hauts-de-France afin de déterminer ce qu'ils ont pensé du dispositif et de son application. L'objectif secondaire est de déterminer les pistes potentielles d'amélioration.

Matériels et méthode

I. Choix de la méthode

Ce travail a pour objectif de recueillir le vécu et l'expérience de médecins généralistes. La méthode utilisée qui a semblé la plus appropriée dans ce contexte était donc la méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Concernant la technique de recueil des données, il a été décidé de réaliser des entretiens individuels semi dirigés. L'avantage de cette technique par rapport à d'autre est qu'elle permet une plus grande liberté d'expression et de spontanéité des réponses, dans un environnement plus intimiste (sans peur du jugement d'autres pairs par exemple). De plus, cette technique est plus facile à mettre en place car cela permet à chaque médecin de convenir d'une date qui lui convient plutôt que de convenir d'une date commune. L'étude a suivi les recommandations « COREQ » (annexe 3).

II. Recrutement

La population cible était donc les médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France et ayant souscrit à un CESP. Les critères d'exclusion étaient : être encore étudiant (externe ou interne), non thésé, exercer en dehors de la région, ou exercer une autre spécialité que la médecine générale.

Pour le recrutement des participants, l'ARS des Hauts-de-France a été sollicité pour récupérer les noms et les coordonnées des signataires. Mais par souci de protection des données et de confidentialité, elle n'a pas souhaité les faire parvenir directement. Elle a cependant accepté de faire suivre un mail à ces médecins (annexe 4). Ainsi s'ils désiraient participer à la thèse, ils pouvaient recontacter l'investigatrice par téléphone ou par mail pour convenir d'un rendez-vous ensemble. Les participants ont été recrutés de septembre 2022 à décembre 2023.

III. Caractéristique de l'investigatrice

Les entretiens ont été menés par une unique chercheuse, autrice de la thèse, étudiante de troisième cycle puis médecin remplaçante, qui avait elle-même souscrit à un CESP. Afin de rester le plus neutre possible lors des échanges, son expérience personnelle avec le CESP n'a pas été évoquée aux participants. Elle n'avait aucune expérience concernant la réalisation d'entretien semi dirigé mais a entrepris un travail de recherche en amont concernant la réalisation d'étude qualitative (14).

IV. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit autour de 6 axes principaux : les caractéristiques des médecins interrogés, la connaissance et les motivations du CESP, l'avis concernant leur expérience du CESP, l'avis sur l'efficacité du dispositif et les axes d'amélioration (annexe 5.1). Il se composait de questions ouvertes. Il était modulable selon le déroulement de l'échange. Il a évolué suite aux deux premiers entretiens en rajoutant des questions concernant les relations avec l'ARS, concernant le travail en zone sous dotée ainsi qu'au sujet des freins à la signature (annexe 5.2).

V. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés jusqu'au 05 décembre 2023. Ils ont été effectués soit par téléphone, soit par visioconférence (par le biais de plateforme tel que zoom ou what's app), soit en présentiel dans un lieu choisi par le médecin. Le choix était laissé aux médecins afin qu'ils puissent se sentir le plus à l'aise et pour convenir au mieux à leur emploi du temps. Les entrevues ont été enregistrées avec un dictaphone de la marque Olympus VN-711PC. Par la suite, chaque enregistrement a été retranscrit mot pour mot en incluant les hésitations et les attitudes (rire, émotions) sur le logiciel Word.

VI. Cadre éthique et réglementaire

Une déclaration auprès du délégué à la protection des données de l'université de Lille a été réalisée et approuvée. Il n'a pas été nécessaire d'effectuer une demande auprès du CPP ni du comité d'éthique. La participation était basée sur le volontariat. A chaque début d'entretien, un rappel sur le sujet de la thèse a été fait et une demande de consentement orale pour la participation et l'enregistrement a été recueilli. Tous les enregistrements ont été effacés une fois la retranscription réalisée. L'anonymat a été respecté lors de la retranscription.

VII. Analyse

Une fois le verbatim obtenu, un codage ouvert puis axial a été réalisé pour chaque entretien sur le logiciel Excel. Des thèmes et sous thèmes ont été ainsi dégagés des entretiens. Puis, un tableau a été établi en mettant en relation et en regroupant les différents thèmes et sous thèmes des différents entretiens. Une triangulation des données a été faite avec une autre thésarde Mme DOHEN Noémie. L'analyse a été ainsi menée jusqu'à saturation des données. Saturation qui a été retrouvée au onzième entretien. 2 entretiens supplémentaires ont ensuite été accomplis sans qu'aucun autre thème ou sous thème n'en émerge.

Résultats

I. Caractéristiques des participants

Suite à la diffusion du mail par l'ARS et de sa relance en septembre 2023, 18 médecins ont contacté l'investigatrice. 1 médecin a été écarté devant la présence de critère d'exclusion et 1 médecin n'a pas fait suite aux mails pour la prise de rendez-vous malgré plusieurs relances. Les entretiens ont été réalisés dans l'ordre d'inclusion et ont été arrêtés au treizième entretien, deuxième entretien de consolidation.

| | Sexe | Age | Ville externat/ Ville internat | Activité professionnelle et type de structure | Année d'installation/ Début d'exercice (âge à ce moment-là) | Département d'exercice | Durée d'engagement du CESP | Année d'engagement du CESP |
|-----|------|-----|-----------------------------------|---|--|------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| M1 | H | 32 | Lille/Lille | ML+ EF dans une MSP | 2017 (à l'âge de 27 ans) | Nord | 5 ans | 2013 5eme année de médecine |
| M2 | F | 29 | Lille/Lille | ML dans une MSP | 2021 (à l'âge de 29 ans) | Pas de Calais | 4 ans | 2017 6eme année de médecine |
| M3 | F | 34 | Paris/Lille | ML dans un cabinet médical partagé | 2020 (à l'âge de 32 ans) | Nord | 8 ans | 2011 5eme année de médecine |
| M4 | H | 37 | Reims/Amiens | ML dans une maison de santé | 2016 (à l'âge de 31 ans) | Aisne | 6 ans | 2011 5ème année de médecine |
| M5 | F | 31 | Reims/Reims | ML dans une maison de santé | 2022 (à l'âge de 31 ans) | Aisne | 4 ans | 2017 5eme année de médecine |
| M6 | H | 36 | Reims/Amiens | ML dans un cabinet médical partagé | 2017 (à l'âge de 31 ans) | Aisne | 3 ans | 2013 1er année internat |
| M7 | F | 34 | Lille/Lille | ML+ Médecin Co dans un cabinet médical | 2017 (à l'âge de 29 ans) | Nord | 3-4 ans | 2012 ou 2013 1er année internat |
| M8 | F | 34 | Amiens/Amiens | ML dans un cabinet médical partagé | 2019 (à l'âge de 31 ans) | Oise | 7 ans et 8 mois | 2012 5eme année de médecine |
| M9 | F | 32 | Lille/Lille | ML+ MC dans une MP | 2022 (à l'âge de 28 ans) | Nord | 8-9 ans | 2014 4eme année de médecine |
| M10 | F | 30 | Lille/Lille | MS dans un centre de santé | 2021 (à l'âge de 28 ans) | Pas de Calais | 3 ans | 2018 1ère année d'internat |
| M11 | H | 30 | Toulouse/Grenoble | MS+ MLr dans un hôpital +cabinet médical | 2021 (à l'âge de 28 ans) | Nord | 6 ans | 2016 4eme année de médecine |
| M12 | H | 33 | Lille/Lille | ML+ MSU dans une MP | 2018 (à l'âge de 28 ans) | Nord | 8-9 ans | 2009 2eme année de médecine |
| M13 | H | 30 | Lille/Lille | ML dans une MP | 2022 (à l'âge de 29 ans) | Pas de Calais | 4 ans | 2018 1ère année d'internat |

Légende : EF : enseignant à la faculté ; MC : médecin de crèche ; Médecin Co : médecin coordinateur d'EHPAD ; ML : médecin libéral ; MLr : médecin libéral remplaçant ; MP : maison pluri professionnelle ; MS : médecin salarié ; MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ; MSU : maitre de stage universitaire

Le tableau ci-dessus décrit les caractéristiques des participants. Une carte permettant de visualiser la répartition géographique des intervenants est disponible en annexe 6.

Les médecins interrogés avaient donc une moyenne de 32,5 ans (médiane 32 ans), avec une quasi parité. Ils s'étaient en moyenne engagés pendant 5,5 ans (médiane 5 ans). Ils se sont installés en moyenne à l'âge de 29,6 ans.

II. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 28 minutes (le plus court ayant une durée de 15 minutes 05 secondes et le plus long une durée de 38 minutes et 23 secondes). Sur les 13 entretiens, 5 se sont réalisés en visioconférence grâce à l'application zoom® ou l'application what's app®, 3 ont été réalisés en présentiel dans le cabinet médical du participant et 5 ont été réalisés par téléphone.

Les extraits des entretiens cités par la suite seront identifiés par MX, X étant l'ordre chronologique des entretiens tel que M1 : paroles du premier médecin interrogé, M2 : paroles du deuxième médecin...

| Participants | Durée de l'entretien | Lieu de l'entretien |
|------------------|----------------------|--|
| Médecin 1 (M1) | 31min43 | Téléphone |
| Médecin 2 (M2) | 15min05 | Présentiel : Cabinet médical du médecin 2 |
| Médecin 3 (M3) | 27min42 | Zoom® |
| Médecin 4 (M4) | 27min11 | What's app® |
| Médecin 5 (M5) | 24 min55 | Zoom® |
| Médecin 6 (M6) | 18min52 | Téléphone |
| Médecin 7 (M7) | 36min16 | Téléphone |
| Médecin 8 (M8) | 38 min23 | Téléphone |
| Médecin 9 (M9) | 17min54 | Zoom® |
| Médecin 10 (M10) | 38min04 | Zoom® |
| Médecin 11 (M11) | 24min15 | Téléphone |
| Médecin 12 (M12) | 31min50 | Présentiel : cabinet médical du médecin 12 |
| Médecin 13 (M13) | 35min52 | Présentiel : cabinet médical du médecin 13 |

La modélisation des résultats de cette étude a abouti à l'élaboration du schéma explicatif ci-dessous qui sera détaillé en tableau au fil des résultats obtenus. Le code couleur utilisé sera :

-le vert qui représentera les points positifs du CESP

-l'orange qui représentera les points négatifs du CESP

Contrat d'Engagement au Service Public

CONNAISSANCE DU DISPOSITIF

- Transmission de l'information
- Connaissance du CESP et des zones sous dotées

SIGNATURE DU DISPOSITIF

- Motivations à la signature
- Freins à la signature

UTILITE DU CESP

- Usage de l'aide financière
- Accompagnement de l'ARS

INSTALLATION

- Activité avant l'installation
- Aides utilisées
- Choix du lieu
- Complications

ACTIVITE PROFESSIONNELLE ACTUELLE

- Satisfaction globale
- Charges et qualité de travail

LEGENDE :

- ★ Avantages perçus du CESP
- ⚡ Inconvénients perçus du CESP

Avis global du CESP

- Satisfaction ?
- Efficacité du CESP ?
- Problématique soulevée

Axes d'améliorations

- Cartographie
- Souplesse des conditions
- Accompagnement ARS
- Communication
- Attractivité du métier

III. Connaissance du dispositif

A) Prise de connaissance du CESP

| | | |
|---|--|---|
| Mode de transmission | Par le biais des facultés (9/13) | <i>M1 « à l'occasion de la rentrée. A l'accueil de tous les étudiants par le doyen, il y avait une présentation par le doyen et par une personne de l'ARS »</i> |
| | Par le bouche-à-oreille (5/13) | <i>M6 « je pense que c'était pendant une discussion avec des amis et c'était par le biais de collègues internes » M13 « C'était du bouche-à-oreille...oui du bouche-à-oreille »</i> |
| Moment de découverte | Avant l'externat (4/13) | <i>M2 « nous en avait parlé au début de nos études mais bon en P1-P2, on ne pense pas à ça » M10 « Je réfléchis un petit peu, alors je pense qu'ils nous en avaient parlé en 2e année de médecine »</i> |
| | Pendant l'externat (9/13) | <i>M9 « Si je ne dis pas de bêtise ça devait être au début de mon externat »</i> |
| Contexte poussant les étudiants à réfléchir au CESP | Etudiants ayant besoin de travailler en plus des études (6/13) | <i>M8 « En fait, moi tous les étés, j'ai toujours travaillé depuis la P1 pour pouvoir soulager mes parents » M9 « et avec les stages qui se profilaient en tant qu'externe pour l'été, je ne pouvais pas me permettre de travailler pendant les vacances d'été comme j'avais pu le faire sur les années précédentes »</i> |
| | Changement dans la situation familiale (2/13) | <i>M7 « Oui enfin ce qui s'est passé au départ, c'est que pendant l'externat j'ai perdu mon papa, en D3, et je me posais la question de l'avenir financier etc. Et de savoir comment j'allais terminer de financer mes études. C'était quand même un changement de situation familiale »</i> |

B) Connaissance des clauses du contrat avant la signature du CESP

| | | |
|---|--|---|
| Description du CESP par les signataires | Travail en zone sous dotée en contrepartie d'une aide financière (13/13) | <i>M12 « Il l'a présenté comme une aide de l'état pour essayer de pallier aux déserts médicaux [...] en échange de quoi on va vous verser une compensation financière pendant toute la durée de vos études, enfin tant que vous signez le contrat »</i> |
| | Obligation d'installation (fausse croyance) (5/13) | <i>M7 « La contrepartie est de s'installer dans une zone » M8 « j'ai appris que c'était une installation, qu'on s'engageait à s'installer dans un désert médical »</i> |
| | Opportunité du salariat (1/13) | <i>M10 « Je savais qu'il y avait l'opportunité du salariat, pas forcément là où je travaille actuellement, mais tout ce qui est Filieris donc ça, ça me rassurait pas mal »</i> |

| | | |
|--|--|---|
| | Classement réservé aux ECN (1/13) | <i>M2 « ma belle-sœur me l'a présenté dans le sens où elle a pris le CESP car grâce à ça elle a pu avoir la spécialité qu'elle désirait (l'ophtalmologie). Si elle ne l'avait pas signé, je ne pense pas qu'elle aurait pu l'avoir »</i> |
| | Incertitude du lieu d'installation (3/13) | <i>M1 « on savait que la carte allait changer tous les 2 ans à peu près et que par conséquent on n'aurait aucune certitude sur le lieu d'installation »</i> |
| Méconnaissance des zones sous dotées | Idée floue/idée pré conçu des zones (4/13) | <i>M2 « Surtout que je voulais travailler près d'ici et qu'une compagne par ici, ça allait forcément être en zone sous dotée » M4 « J'étais parti sur l'idée que toute la région était sous-dotée, que ça soit la C**** ou les Hauts-de-France »</i> |
| | Absence de connaissance (2/13) | <i>M6 « je ne connaissais pas les zones sous dotées »</i> |
| Action réalisée pour prendre une décision éclairée | Vérifier la cartographie avant la signature (8/13) | <i>M6 « j'ai regardé un peu à l'époque il y avait une carte, si je me souviens bien, qui montrait les zones sous dotées qui appartenaient au dispositif » M10 « je savais que, en regardant le zonage, le zonage de l'ARS, je n'allais pas avoir de soucis pour trouver un travail qui me convienne au niveau personnel »</i> |
| | Faire des projections démographiques (1/13) | <i>M7 « Mais quand on regardait, qu'on analysait la carte plus précisément, sur le bassin d**** il y avait une projection de la démographie médicale à 10 ans. On savait qu'en 2012 il y avait déjà 55% des médecins qui avaient plus de 55 ou 65 ans. Donc dans ma tête, je m'étais dit qu'il y avait beaucoup de chance, comme la carte devait être revu dans 2 ans, que ça bascule »</i> |
| | Aucune vérification de cartographie (2/13) | <i>M8 « c'était peut-être ma faute aussi je ne savais pas, j'ai signé et puis après j'ai regardé où sont les zones désertiques »</i> |
| | Faire des stages en médecine générale pour confirmer le choix de spécialité (1/13) | <i>M1 « j'ai décidé de ne pas m'engager directement tant que je n'avais pas réalisé un stage dans au moins l'une des deux disciplines pour pouvoir confirmer ce choix »</i> |

IV. Motivations et Freins à la signature du CESP

A) Motivations à la signature

| | | |
|--|---------------------|--|
| Aide financière : motivation principale | Opportunisme (9/13) | <i>M11 « Vu que le projet de départ rentrait dans les cases et ça fait des sous » M12 « Qu'on me proposait d'être payé pour quelque chose que j'avais envie de faire en rentrant en médecine »</i> |
|--|---------------------|--|

| | | |
|---|---|--|
| | Besoin financier (4/13) | <p><u>Financement des études (1/13)</u></p> <p><i>M11 « Et après moi j'avais bossé avant, je reprenais des études. Du coup, j'avais un peu de sous d'avance, mais comme j'en n'avais plus assez pour finir, j'ai pris le CESP pour financer la fin »</i></p> <p><u>Pallier aux difficultés financières (3/13)</u></p> <p><i>M5 « ça ne peut que m'apporter du bon, en tout cas sur le plan financier vu les difficultés financières à l'époque »</i></p> <p><i>M9 « Tout simplement les moyens. Euh j'ai une famille qui n'est pas forcément très, très riche. On ne va pas se mentir. Donc mine de rien, le loyer ça a un prix, la vie ça a un prix »</i></p> |
| | Bénéfice secondaire (6/13) | <p><u>Avoir une indépendance (5/13)</u></p> <p><i>M2 « la part financière car j'étais dépendante de mes parents »</i></p> <p><u>Investir dans son projet professionnel (1/13)</u></p> <p><i>M7 « Dans ma tête, ça me permettait de m'installer dans une situation matérielle plus stable sur le secteur où j'allais m'installer »</i></p> |
| Volonté de participer au service public | Volonté de travailler où on a besoin d'eux (5/13) | <p><i>M1 « je n'ai pas envie de la faire dans une zone sur dense en médecin généraliste, je veux plutôt aller travailler dans une zone sous médicalisée [...] je veux travailler là où on a besoin de moi »</i></p> <p><i>M3 « c'était le fait d'aller dans une zone qui manquait de médecin, ça me parlait »</i></p> |
| | Satisfaction personnelle (1/13) | <p><i>M6 « une certaine reconnaissance en partant dans les zones sous dotées [...] il y a une satisfaction personnelle aussi à faire ça donc voilà on va aider où il faut »</i></p> |
| Projet professionnel en accord avec le CESP | Choix de la médecine générale acté (8/13) | <p><i>M2 « c'est quand je me suis fixé sur la médecine générale que je me suis dit « ok je prends le CESP » »</i></p> <p><i>M8 « je savais très bien qu'à terme je voulais faire médecine générale »</i></p> |
| | Pas de souhait de remplacement (1/13) | <p><i>M1 « je n'ai jamais eu envie de remplacer avant même d'avoir fait de la méd gé, je trouve inintéressant le travail du remplaçant euh, donc je n'avais pas envie de remplacer »</i></p> |
| | Idée de lieu d'exercice voulu s'incluant dans une zone sous dotée (13/13) | <p><u>Secteur précis déjà connu (4/13)</u></p> <p><i>M12 « Et en fait, moi quand je suis entrée dans les études de médecine j'avais dans le projet de faire médecin généraliste plutôt du côté de chez moi, à W**** ou aux alentours et je savais qu'on était plutôt déjà dans des zones un petit peu sous dotées »</i></p> |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| | | <p><u>Secteur large souhaité (6/13)</u></p> <p><i>M3</i> « qu'on manquait de médecin un peu partout donc ce ne serait pas vraiment un gros blocage »</p> <p><i>M4</i> « Je n'étais pas inquiet par rapport à ça. Je voulais m'installer dans une région qui était déjà sous-dotée, donc je n'ai pas eu à réfléchir longtemps avant de signer »</p> <p><u>Attrait de la médecine rurale (4/13)</u></p> <p><i>M5</i> « je comptais dans tous les cas exercer la médecine générale à la campagne »</p> |
| Aucun sacrifice à réaliser perçu | Rassurer par la cartographie (5/13) | <p><u>Nombreux choix et évolution vers un agrandissement des zones</u></p> <p><i>M12</i> « Si, je me souviens bien, je m'étais dit « ça ne peut qu'aller moins bien ». C'est-à-dire que là il y a B****, mais potentiellement à mon avis il y aura d'autres trucs en plus, donc ça va...ça va être... la carte va être de pire en pire »</p> |
| | Aucun inconvénient à contracter le CESP de prime abord (5/13) | <p><i>M1</i> « En fait je ne voyais pas d'inconvénient de faire le CESP »</p> <p><i>M8</i> « ça ne m'engageait à rien de particulier puisque c'est déjà vers quoi je tendais [...] Après quand j'ai vu que les engagements n'allaient pas m'engager outre mesure puisque j'avais déjà dans l'idée d'être en zone rurale ça collait bien »</p> |

B) Freins à la signature

| | | |
|---|---|--|
| Incertitude sur le projet professionnel | Hésitation sur le choix de spécialité / mode d'exercice (6/13) | <p><i>M9</i> « mais je n'étais pas encore sûr de mon exercice en tout début d'étude, ça s'est vite profilé quand même et donc du coup j'ai signé »</p> <p><i>M13</i> « Mais ce que moi je ne voulais pas, m'enfermer dans un...Enfin le fait qu'on ait plus le choix, entre guillemets, de sa spécialité m'avait...ce que je considérais comme ne plus avoir le choix de sa spécialité m'avait totalement freiné »</p> |
| Crainte de la part de la famille | Crainte de l'engagement (2/13) | <i>M9</i> « Ma mère (rigole). Ma mère (rigole) Elle avait peur de l'engagement. Elle ne voulait pas que je m'engage comme ça pour une question financière » |
| Réticences sur certaines clauses du contrat | Peur de s'engager dans un contrat (d'autant plus si la durée de l'engagement est importante) (5/13) | <p><i>M5</i> « j'avais peur de l'engagement »</p> <p><i>M11</i> « Et bien le côté engagement, le côté obligatoire »</p> <p><i>M6</i> « mais c'est sûr que si j'avais à m'engager pendant mon externat et être bloqué 10 ans, non je ne l'aurais pas fait »</p> |

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| | Peur de la perte de liberté sur le lieu d'installation (3/13) | <i>M12 « La peur effectivement que ça change, la peur quand même de ne pas pouvoir vraiment choisir où est ce que je vais m'installer ou de me retrouver dans une zone vraiment très dure, très pauvre, et difficile à... enfin quelque chose ou je ne me serais pas bien senti »</i> |
| | Remboursement important si rupture du CESP (1/13) | <i>M11 « Voilà le fait qu'après on n'a plus trop le choix parce que notamment avec les pénalités, si on doit rembourser, ça fait quand même un joli pactole »</i> |
| Mauvaise connaissance du CESP | Mauvaise compréhension du classement ECN réservé aux CESP (2/13) | <i>M7 « Je n'étais pas vraiment au clair avec les histoires de classement différent par rapport aux spécialités et aux villes »</i> |
| | Peur de l'obligation d'installation (1/13) | <i>M10 « L'installation, c'est un peu...ça me fait encore un peu peur »</i> |

V. Retentissement de la signature d'un CESP

A) L'aide financière : une aide précieuse

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Vecteur d'autonomie | Acquisition d'une indépendance vis-à-vis de la famille (6/13) | <i>M8 « oui pour la vie personnelle pouvoir m'investir dans les charges du couple et puis soulager mes parents [...] c'était pour décharger un petit peu l'entourage qui m'a beaucoup aidé financièrement »</i> <i>M12 « Perso, elle m'a permis, en fait, de devenir indépendant de mes parents sans avoir à travailler plus que mes études médicales »</i> |
| Utilisation à des fins personnelles | Prendre en charge les charges du quotidien (9/13) | <i>M9« Le quotidien...Le quotidien, le loyer, le... L'alimentation, les activités. Enfin voilà dans le quotidien »</i> <i>M13 « Donc concrètement, le CESP a servi à payer mes impôts. Donc ça m'a permis d'avoir 2 ans, comme si je ne payais pas d'impôts »</i> |
| | Financement de projet personnel (6/13) | <i>M1 « Ça m'a permis euh d'acheter un véhicule »</i> <i>M4 « Ça m'a permis d'avoir un peu d'argent pour faire une belle fête pour me marier »</i> <i>M10 « j'ai acheté une maison pendant l'internat alors que mon conjoint était au chômage »</i> |
| | Epargne (2/13) | <i>M8 « De base j'épargne facilement donc j'ai mis de côté mais ce n'était pas fait volontairement, en me disant « ça permettra de m'acheter le PC de mon cabine » »</i> |
| Pallier à des difficultés financières | Remboursement des crédits (1/13) | <i>M5 « donc j'avais des factures importantes, des crédits que j'avais dû faire pour soigner donc ça m'a servi à payer tout ça »</i> |

| | | |
|---|---|---|
| Aide pour les études | Sérénité pour la fin des études (5/13) | <p><i>M9 « c'était quand même plus confortable au niveau de la vie étudiante avec un supplément en plus de la paye de l'externat. Donc non ce n'est pas négligeable [...] qui m'a permis de tenir toute mes études sans être en difficulté »</i></p> <p><i>M12 « Ça m'a permis...moi je le vois comme quelque chose qui m'a permis de ne pas avoir à chercher un job étudiant pour pouvoir vivre correctement toutes mes études médicales »</i></p> |
| Investissement dans le projet professionnel | Implantation dans le secteur voulu (1/13) | <p><i>M7 « Je savais que plutôt de reprendre un appartement à L****, là j'avais la possibilité éventuellement de pouvoir commencer à regarder pour m'acheter quelque chose, commencer à m'implanter dans la zone »</i></p> |

B) Le projet professionnel

| | | |
|---|---|--|
| | Installation/ Début d'activité après la fin de l'internat (3/13) | <p><i>M1 « Mon projet professionnel était déjà fixé dès mon NI, je savais que j'allais m'installer rapidement [...] Le CESP a pour but une installation le plus vite possible. Pour moi, c'était la vision que j'avais du dispositif, c'est pour ça que j'avais été thésé durant mon internat »</i></p> <p><i>M10 « Au niveau de mon activité, donc je suis salarié depuis novembre 2021, j'ai commencé 3 semaines après avoir terminé mon DES, en sachant que j'ai passé ma thèse en octobre 2021 »</i></p> |
| Activité professionnelle après la fin de l'internat | | <p><u>Report de la date de thèse pour réaliser des remplacements (3/13)</u></p> <p><i>M2 « Et j'ai reculé ma date de thèse car si je la faisais trop tôt je devais m'installer plus rapidement »</i></p> <p><i>M8 « parce que justement j'avais envie de voir différents cabinets pour voir ce qui m'allait le mieux : avec secrétaire ou sans secrétaire, en cabinet seul, ou à 3 à 4, en MSP »</i></p> |
| | Report de l'installation (10/13) | <p><u>Remplacements pour préparer la thèse (7/13)</u></p> <p><i>M4 « j'ai juste mis du temps à préparer ma thèse »</i></p> <p><i>M5 « que j'ai signé un contrat d'adjointe où je suis restée adjointe pendant 2 ans et demi et puis à l'installation [...] certes j'ai trainé parce que je n'ai pas passé ma thèse tout de suite »</i></p> |
| | | <p><u>Report d'installation à cause du retard de mise en place du projet professionnel (1/13)</u></p> <p><i>M3 « J'avais le projet d'installation mais mon confrère n'avait pas pu faire son projet de départ à cause du COVID donc c'est pour ça que j'ai relancé en été 2020 »</i></p> |

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Le choix du lieu de travail | Lieu choisi suite à une expérience professionnelle (7/13) | <p><u>Dans le lieu où a été réalisé le stage d'internat (3/13)</u></p> <p>M1 « Je me suis installé à l'endroit de mon SASPAS [...]. En fait, j'ai fait mon stage dans une structure, dans laquelle je me suis installé par la suite, et qui s'est avérée être en zone sous médicalisée »</p> <p>M2 « heureusement que j'ai trouvé ici parce que j'y étais en SASPAS »</p> <p><u>Dans le lieu où ont été réalisés les remplacements (4/13)</u></p> <p>M9 « En fait, j'ai commencé à remplacer ma collègue de la maison, enfin de la maison médicale où je suis actuellement. Et puis, voilà après de fil en aiguille, ça s'est bien passé. Je me suis installée »</p> | |
| | Lieu proche du secteur d'origine (5/13) | <p>M8 « Moi comme c'était à 10 minutes d'où je viens, c'était parfait »</p> <p>M10 « Après ça me faisait peut-être un petit peu moins peur car je connaissais un peu où je mettais les pieds au niveau de la population »</p> | |
| | Lieu choisi selon la situation du conjoint (1/13) | <p>M9 « Au départ, je pensais dans le v****, en fait plus proche de L**** et finalement pour contraintes familiales, mon conjoint est venu dans le secteur et c'est là que j'ai commencé à remplacer.</p> | |
| | Selon l'opportunité disponible sur la zone (7/13) | <u>Reprise de la place d'un médecin retraité (5/13)</u> | <p>M6 « j'ai repris derrière un médecin qui partait à la retraite »</p> |
| | | <u>Création d'un projet avec d'autres confrères (2/13)</u> | <p>M8 « C'est un cabinet qu'on a créé avec mon collègue. C'était un ami de la fac qui a fait un CESP aussi »</p> <p>M13 « Euh donc je suis installé dans une maison de santé pluri professionnelle qu'on a créé nous-mêmes avec des confrères et amis »</p> |
| | | <u>Disponibilité de poste salarié (1/13)</u> | <p>M10 « mais je travaille là-bas plus parce que le poste m'intéressait que parce que S**** m'intéressait [...] Mais c'est plus le poste que l'endroit qui m'a attiré »</p> |
| | Disponibilité d'aide financière dans la zone (1/13) | <p>M5 « Mon installation, je pouvais la faire ailleurs mais au final je l'ai fait ici parce que je savais qu'il y avait cette aide-là. »</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| Influence du CESP sur le projet professionnel | Pas d'influence (7/13) | <p>M4 « Je ne fais pas parti des gens chez qui ça a influencé leur devenir »</p> <p>M9 « ça n'aurait pas forcément, je pense, influencé radicalement mon choix d'installation parce que c'était déjà prédéfini »</p> |
| | Influence sur le choix de spécialité (1/13) | <p>M3 « mon internat c'était deux ans après ma signature et il n'y avait pas de poste en gériatrie [...] ça m'a orienté à finalement choisir la médecine générale [...] ça m'a orienté dans le fait de réfléchir vraiment sur mon projet »</p> |
| | Influence sur le choix d'exercice (1/13) | <p>M10 « Mais si je n'avais pas eu le CESP, je n'aurais pas vu cette annonce et j'aurais fait des remplacements comme les autres internes de médecine générale. Je n'aurais pas forcément cherché un poste comme celui que j'ai actuellement »</p> |
| | Réflexion sur le lieu d'installation (5/13) | <p>M6 « ça m'a orienté dans les zones où je pouvais m'installer »</p> <p>M10 « Enfin donc oui, ça aurait changé au niveau professionnel. Je ne travaillerais peut-être pas où je travaille actuellement si je n'avais pas eu le CESP »</p> <p>M12 « parce que le CESP a eu une sorte d'importance sur où est ce que j'ai fini [...] ça a quand même réduit le nombre d'endroits que j'ai envisagé pour m'installer parce qu'il y en a certains, qui ne collaient pas avec le CESP »</p> |
| Les autres aides utilisées pour l'installation | Pas d'aide financière supplémentaire (4/13) | <p><u>Peu de connaissance de l'existence d'autre aide (1/13)</u></p> <p>M1 « Alors je n'avais pas vraiment connaissance d'autres dispositifs mis en place à part le CESP »</p> |
| | | <p><u>Rémunération suffisante avec le CESP : pas de nécessité d'avoir une autre aide (4/13)</u></p> <p>M1 « Je n'ai pas bénéficié non plus d'aide financière à l'installation, peut être que j'y avais droit mais je ne m'y suis pas intéressé parce que j'estimais avoir déjà bénéficié d'assez d'aide avec le CESP »</p> |
| | | <p><u>Pas éthique de demander plus (2/13)</u></p> <p>M3 « C'est-à-dire que je n'ai pas osé réclamer quoi que ce soit d'autre »</p> |
| | | <p><u>Pas de volonté d'avoir un nouveau contrat (3/13)</u></p> <p>M4 « je n'ai eu aucune autre aide [...] Et je n'avais pas envie de signer d'autres aides au risque d'avoir un goût amer à la fin comme avec le CESP »</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p><u>Dissuader par les instances</u> (1/13)</p> <p>M4 « <i>Lorsqu'on a voulu me présenter d'autres aides, on m'a dit que j'avais déjà le CESP donc que les autres aides n'étaient pas forcément nécessaires</i> »</p> |
| | Aide financière (8/13) | <p><u>Le CRAI et le CDE</u> (4/13)</p> <p>M9 « <i>En rapport avec l'ARS, j'ai eu le CRAI et le CDE. Le CDE, il n'a clairement pas du tout servi parce qu'en zone sous médicalisée clairement le budget est déjà explosé dès le départ. Donc voilà clairement il m'a été complètement inutile</i> »</p> |
| | | <p><u>Exonération d'impôts</u> (1/13)</p> <p>M4 « <i>Ça concernait la zone de revitalisation rurale et donc on est exonéré d'impôts pendant 5 ans avec un dégrèvement dégressif les 3 premières années après les 5 ans</i> »</p> |
| | | <p><u>PTMG</u> (1/13)</p> <p>M7 « <i>j'ai dû prendre le dispositif praticien territorial [...] était un petit filet de sécurité</i> »</p> |
| | | <p><u>Aide départementale</u> (1/13)</p> <p>M8 « <i>le conseil départemental de l'**** qui a donné une aide financière pour garder ces deux médecins qui ne peuvent plus venir là</i> »</p> |
| | | <p><u>Aide venant de la mairie</u> (1/13)</p> <p>M12 « <i>J'ai eu une aide de la mairie de 10 000 euros ici pour m'installer alors que j'avais prévu de m'installer mais ils avaient promis dans la campagne électorale de participer financièrement à l'arrivée d'un nouveau médecin</i> »</p> |
| | | Aide humaine (5/13) |
| | <p><u>Accueil par les acteurs locaux : les mairies</u> (3/13)</p> <p>M9 « <i>j'ai été bien accueillie par la mairie de ma ville aussi. Qui elle, pour le coup a bien aidé pour l'installation</i> »</p> | |
| | | |

C) L'activité actuelle : un exercice enrichissant mais épuisant

| | | |
|--|--|---|
| Satisfaction de son travail en zone sous dotée | Cadre de travail et équipe de travail plaisant (7/13) | <i>M3 « je suis contente de mon cadre de travail » M13 « Ah oui. J'aime bien ce que je fais [...] Bah, moi j'ai créé tout moi-même donc je ne peux pas dire que j'ai des mauvaises conditions de travail, c'est moi qui ai tout créé »</i> |
| | Activité fidèle à leur vision du travail en zone sous dotée (3/13) | <i>M2 « Oui bien sûr [...] Ça correspond à la vision que je me faisais » M7 « je suis toujours une passionnée de médecine générale, j'aime ce que je fais » M13 « Donc c'est parce que j'adore ce que je fais, je me lève le matin, je vais revenir ici, je repars au soir, je suis content »</i> |
| | Travail en salariat sécurisant (1/13) | <i>M10 « Ouais, j'en suis satisfaite. Je trouve que le salariat, ça protège quand même bien et c'est sécurisant. Donc ça me convient bien »</i> |
| | Sentiment d'être utile à la population (1/13) | <i>M3 « On rend service à la population parce qu'on manque de médecins »</i> |
| | Ambiance rurale agréable (2/13) | <i>M8 « c'est le côté rural qui correspond en fait à l'idée que j'avais. C'est-à-dire par rapport à la relation avec les patients on suit toute la famille, on connaît les voisins. »</i> |
| Conditions de travail en zone sous dotée | Charge de travail importante (9/13) | <u>Quantité de travail de plus en plus conséquente lié à la zone sous dotée (8/13)</u> <i>M4 « qu'on est débordé de travail » M8 « Après le côté sous doté, moi je ne vois que la charge de travail [...] la charge de travail elle est juste impossible »</i> |
| | | <u>Charges de travail importante sans lien avec la zone sous dotée (3/13)</u> <i>M11 « Tout le monde appelle au cabinet, ils n'ont pas de médecin traitant. Qu'on soit en zone sous dotée ou pas, c'est quand même le bazar pour tout le monde »</i> |
| | | <u>Engendrant une diminution de la qualité de travail (1/13)</u> <i>M7 « probablement une souffrance des qualités de travail lié à la baisse de la démographie médicale, à l'augmentation de la consommation du soin et forcément qui dit baisse de démographie médicale dit difficulté d'avoir plus de temps dédié à l'organisation, à la coordination et à la réflexion et ça pour moi c'est très délétère sur la qualité de travail »</i> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Une gestion administrative compliquée et non apprise en faculté (2/13)</p> | <p>M8 « Moi j'ai passé une semaine à galérer pour savoir comment déclarer un arrêt de travail de la femme de ménage et à chaque fois je finissais en pleurs en disant « mais moi je ne suis pas patronne, je suis médecin, chacun son job » »</p> <p>M13 « La Sécu, ils m'ont...ils m'envoient un courrier comme quoi je leur dois 70€ parce que j'ai coté...en fait ils ont pris en compte 2 fois une feuille de soin papier. Du coup, je suis mis en demeure hein, j'ai 2 mois pour rembourser la somme donc j'ai ramené mon chéquier. [...] Donc tu vois, c'est ça, c'est ça qui...toutes les complications des médecins qui sont installés en libéral. [...]Au départ, je me disais « Oh, ces médecins, c'est des râleurs », mais non, il y a le côté que tu connais que quand t'es installé »</p> |
| | <p>Une installation financièrement pas rentable (2/13)</p> | <p>M8 « Bon franchement, déjà financièrement je pense qu'il n'y a aucun intérêt à s'installer »</p> |
| Impact personnel sur les signataires | <p>Sensation de sacrifice de la vie personnelle (3/13)</p> | <p>M6 « on sacrifie beaucoup de notre vie privée M7 « Et à côté de ça, il y a aussi le versant vie personnelle et forcément quand il y a une dégradation de la qualité dans la vie professionnelle il y a forcément une dégradation de la qualité de vie personnelle" »</p> |
| | <p>Impact psychologique négatif sur le refus de prise en charge de nouveaux patients (4/13)</p> | <p>M12 « Et derrière, moi j'ai pris le téléphone pendant 4 ans à peu près. J'ai...je suis passé au télé secrétariat depuis un an et demi, 2 ans et avant je prenais tous les appels « désolé je ne prends plus, désolé je ne prends plus ». C'était dur psychologiquement autant pour moi que pour eux »</p> <p>M13 « Donc bon, c'est un peu frustrant parfois parce qu'on doit réguler »</p> |
| Mise en place de moyens permettant un équilibre vie professionnelle et vie personnelle | <p>Avoir un réseau professionnel (2/13)</p> | <p>M3 « Moi j'ai été soutenu par les pharmaciens, les cliniques du coin, les infirmières parce qu'on travaillait déjà ensemble, on avait déjà cet esprit de réseau [...] Oui, on n'est pas isolé. J'ai un CHU à côté en cas de besoin. Je suis quand même dans un cabinet de groupe, ce qui est très appréciable. Je suis dans un secteur avec des intervenants avec qui j'ai l'habitude de travailler, avec qui ça se passe bien »</p> |
| | <p>Avoir un secrétariat (2/13)</p> | <p>M12 « Mais là, au moins, j'ai ce secrétariat qui fait barrière et du coup je m'occupe de mes patients. Je continue à en prendre par ci par là »</p> |

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| | Gérer son temps de travail (3/13) | <p>M2 « Après je ne pense pas que je fais les horaires que les vieux médecins faisaient donc je ne me mets pas la pression de voir absolument tout le monde le même jour »</p> <p>M12 « Essayer de gérer mon temps perso autant que celui pro du mieux possible, j'ai mis plein de choses en place : Télé secrétariat, maîtrise de stage, une demi-journée off coupée dans la semaine. Et pour l'instant, ça se passe bien »</p> |
|--|-----------------------------------|--|

D) Le projet à la fin de l'engagement

| | | |
|--|--|---|
| Pas de changement envisagé | <u>Fin de contrat déjà réalisé</u> : pas de changement (3/13) | <p>M6 « oui, je ne suis pas partie, je suis toujours au même endroit pour l'instant »</p> |
| | <u>Honore encore l'engagement</u> : pas de changement dans le futur (9/13) | <p>M12 « Oui, oui, je ne pense plus à l'engagement. Je ne pense plus du tout au temps qu'il me reste à faire. C'est quelque chose que j'ai complètement shunté parce que oui, je suis bien ici »</p> <p>M13 « Oui j'aurais fait exactement la même chose. Et après l'engagement je compte rester ici, j'ai investi dans la maison de santé, je vais être propriétaire de ma maison de santé donc c'est pour travailler dedans »</p> |
| Changement de lieu d'exercice envisagé | Changement envisagé seulement si rupture du contrat de salarié (1/13) | <p>M10 « Et, s'ils me renouvellent le CDD, je pense que je resterai. Par contre, s'ils mettent fin au contrat [...] bah je ne pense pas que je m'installerai à S****, je pense que j'irai ailleurs [...] Bah je pense que je ferai des remplacements et puis l'installation ça sera suivant là où je me sentirais bien, plus que de me dire sous dotée ou non sous dotée »</p> |
| | Regret de l'installation, changement d'exercice (1/13) | <p>M8 « Moi j'ai comme projet de soit partir en PMI ou soit à la fin de mon engagement de partir refaire des remplacements [...] Mais à terme, oui c'est sûr pour 2027 dès que je ne suis plus engagée, je vais vraiment partir »</p> |

VI. L'avis sur le CESP

A) Les points positifs du dispositif

| | | |
|--------------|------------------------------|--|
| Rémunération | L'avantage principal (13/13) | <p>M6 « le facteur financier ça, il ne faut pas se voiler la face »</p> <p>M12 « la rémunération qui du coup, en fait, oui c'était d'être proposé d'être payé pour faire quelque chose que j'avais déjà prévu en rentrant en médecine [...] En vrai, à part financier...je ne vois pas trop d'autre avantages»</p> |
|--------------|------------------------------|--|

| | | |
|---------------------|--|--|
| | Pouvoir avoir la rémunération avant de devoir respecter sa part du contrat (1/13) | <i>M10 « Là on a déjà l'argent et après c'est à nous de répondre à nos engagements, mais plus dans un second temps, ça se fait en deux parties donc c'est bien d'avoir ce côté positif et après d'avoir un temps divisé entre les deux »</i> |
| Souplesse de l'ARS | Possibilité de retarder l'installation post internat (2/13) | <i>M1 « j'ai constaté la souplesse du CESP que je ne soupçonnais pas c'est notamment le fait que les étudiants ne passent pas leur thèse mais volontairement la retardent pour pouvoir retarder leur installation d'autant de temps »</i> |
| | Permet certains aménagements pour pouvoir correspondre au CESP (5/13) | <i>M9 « Enfin je sais que même mon ami qui m'avait conseillé effectivement ça au départ, elle, elle est partie sur Paris et elle a quand même pu bénéficier de son CESP sans soucis. Donc je me dis qu'il y a quand même des aménagements possibles même si on veut changer de région donc c'est pas mal »</i> <i>M10 « Mais avec le CESP, on a le droit à l'erreur. Enfin, on m'a fait comprendre que si je ne trouvais pas de contrat tout de suite, on pouvait s'arranger, ça pouvait attendre un petit peu. Donc j'ai eu des moments de stress où je ne savais pas trop, j'avais l'arrière-pensée du CESP mais je ne me suis jamais sentie piégée ou je n'ai jamais eu la crainte de devoir le rembourser »</i> |
| Cartographie | Zonage permettant un large choix de lieu d'installation (1/13) | <i>M10 « Au niveau des zones, ils étaient assez larges. En plus, le zonage au niveau des Hauts-de-France, il est quand même bien »</i> |
| | Zones qui seront de plus en plus larges avec le temps donc moins contraignant (2/13) | <i>M1 « de nos jours le CESP me paraît moins contraignant qu'à mon époque parce que dans les 10 ans à venir ne vont faire qu'accroître la désertification médicale donc il y aura de plus en plus de zones étendues donc ce sera de moins en moins risqué de signer un contrat de CESP »</i> |
| | Cartographie interactive bien réalisée et compréhensible (1/13) | <i>M11 « Ouais, dans les Hauts-de-France, c'était assez bien, c'était bien précis par commune avec les codes couleurs et les trucs. Et si je me souviens bien, autour de C****, c'était un peu moins... C'était un peu moins facile à lire »</i> |
| Bénéfice secondaire | Classement réservé aux ECN (3/13) | <i>M8 « un très gros avantage que j'ai découvert après, au niveau de l'internat, on avait des places réservées alors je ne sais plus trop comment ça fonctionnait »</i> |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| | Place privilégiée lors des choix du stage SASPAS (1/13) | <p><u>Avantage proposée dans d'autre région</u></p> <p>M11 « Après je sais aussi, ce que je ne savais pas en le prenant, mais au dernier choix de stage en médecine générale, pour le stage libre, enfin chez les praticiens, j'étais prioritaire pour choisir le truc »</p> |
| Pas de contrainte majeur | Peu d'investissement de la part des signataires (5/13) | <p>M9 « ça ne m'a pas demandé un investissement très conséquent par rapport à l'aide que j'ai pu en retirer financièrement qui m'a permis de tenir toute mes études sans être en difficulté »</p> <p>M10 « c'est quand même moins contraignant que d'autres dispositifs proposés par l'ARS, que je ne connais pas très bien [...] Et puis après, il n'y a pas trop trop de contreparties derrière. Je n'avais pas l'impression d'avoir un goulot d'étranglement quoi »</p> |

B) Les points négatifs du dispositif

| | | |
|--------------|---|---|
| Cartographie | Inadéquation entre le zonage de l'ARS et la réalité du terrain (6/13) | <p>M3 « Et bien, j'avais regardé les zonages quand je suis arrivée et j'avais vu des trucs qui me semblaient un peu aberrant »</p> <p>M12 « Sachant que ouais, c'était parfois...c'était difficile à comprendre la carte par rapport à ce qui se passait sur le terrain »</p> |
| | Rigidité du zonage (4/13) | <p>M1 « le seul problème c'est que pour m'accueillir ils ont eu besoin de déménager les locaux, euh à 200 mètres de là où c'était actuellement. Sauf que 200 mètres plus loin c'était une autre ville qui n'était pas dans la délimitation à cette époque-là des zones sous médicalisées »</p> <p>M3 « Mais en fait, ce n'était pas vraiment un territoire sur doté et accessoirement j'étais dans un cabinet qui était à 800 mètres d'une zone qui était, elle, étiquetée sous dotée »</p> |
| | Retard de mise à jour (5/13) | <p>M3 « La mise à jour n'est pas bonne »</p> <p>M8 « Et aussi ce qui est important c'est que je ne sais plus de quand date la dernière carte de zonage mais elle était en retard [...] Le problème c'était ce retard de carte, le fait que ça soit renouvelé tous les 5 ans »</p> |
| | Appréhension du changement imprévisible de carte (4/13) | <p><u>Instabilité du lieu d'installation</u></p> <p>M8 « Donc il y avait quand même ce stress de savoir « est-ce que ça va rester ou pas » »</p> <p>M11 « les cartographies, la manière en fait, c'est un peu...c'est un peu anxiogène parce que par exemple, sur tous les textes qui sont disponibles en ligne, ils disent « oui, en gros on doit s'installer dans les zones déficitaires par rapport à la cartographie, celle en place au moment où on s'installe ». Donc ça veut dire que si on a défini un projet par exemple</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | <i>cette année et que la carte elle change dans 2 ans, mais que nous on commence l'internat maintenant et qu'on s'installe dans 3 ans, et bien, d'après les textes, on ne sait pas trop mais à priori ce qu'on a défini comme projet aujourd'hui ne rentrera pas forcément dans les clous demain »</i> |
| Clauses du contrat jugées trop contraignantes et peu détaillées | Obligation d'installation (3/13) | <i>M2 « La seule contrainte c'est que dès qu'on est thésé on doit s'installer et ça ce n'était pas forcément dans mon projet de base, mais bon comme j'avais signé c'est tout je me suis installée. J'aurai bien aimé remplacer un petit peu plus » M8 « déjà financièrement je pense qu'il n'y a aucun intérêt à s'installer. A refaire je reste remplaçante »</i> |
| | Conditions de remboursement jugées trop strict (3/13) | <i>M12 « Parce que là je m'en rends plus compte mais c'est vrai qu'avec déjà tout ce que j'ai fait, je serai à peine à la moitié de mon remboursement de CESP. Ça fait quand même une sacrée somme parce que, de ce que je me souviens, il fallait rembourser tout ce qu'on avait touché plus 20 000€ »</i> |
| | Clauses non exhaustives dans le contrat (4/13) | <i>M8 « Mais c'est vrai que je n'avais pas eu énormément d'infos sur les petites lignes » M10 « J'avais appelé pour avoir des renseignements par rapport au CESP parce que je ne savais pas à quel point c'était contraignant ou pas. En fait je ne savais pas si par exemple le fait d'avoir un rempla fixe, un contrat de collaborateur, c'était bon, si le salariat c'était bon, si travailler à l'hôpital, c'était bon. Enfin il y avait plein de clauses vraiment précises qui n'étaient pas forcément détaillées sur internet ou sur mon contrat »</i> |
| | Peu de précision concernant le choix de spécialité et le mode d'exercice (1/13) | <i>M3 « Je ne suis pas sûr qu'ils avaient ouvert des postes en gériatrie, quand ils m'ont fait signer mon contrat. Ils me l'ont un peu fait à l'envers. Du coup ils me l'ont fait signer en tant que médecin généraliste. [...] Et j'aurai pu faire le DESC après, mais je n'aurai pas pu l'utiliser parce qu'avec le CESP, je l'ai appris en arrivant dans la région, je n'aurai pas eu le droit de travailler à l'hôpital, donc il m'aurait demandé de rembourser mon contrat »</i> |
| Complications lors de l'installation | Perte de liberté ressentie (6/13) | <i>M6 « on a besoin d'une certaine liberté, on peut s'en priver de bouger pendant 3 ans mais rien ne garantit que je pourrais rester dans le coin pendant 10 ans » M8 « Qu'on puisse m'imposer d'aller à plusieurs kilomètres toute seule dans un endroit que je ne connais pas où tout le réseau familial est ailleurs, non en fait »</i> |

| | | |
|--|---|---|
| | Négociation nécessaire pour l'installation (7/13) | <i>M3 « Et au final, j'ai eu des soucis pour m'installer au moment où il a fallu que je m'installe. J'ai obtenu une dérogation après de multiples démarches dont une pétition faite par la mairie signée par quasiment tous les patients du cabinet et un certain nombre de confrère également »</i> |
| | Une attente de validation pour leur installation angoissante (3/13) | <i>M4 « Mais c'est vrai que c'était assez stressant parce que je n'étais pas certain de m'installer jusqu'au dernier moment »</i> |
| | Incompatibilité immobilière dans les zones sous dotées (2/13) | <i>M3 « Mais voilà il y avait eu un refus pour 800 mètres même en leur disant « il n'y a pas de locaux dans la zone sous dotée que vous me proposez, et là j'ai des locaux qui sont adaptés et qui sont tous aux normes [...]. Moi le seul local qu'on m'a proposé ça sentait le moisi, il y avait des moquettes au mur dans la zone sous dotée, c'était absolument impensable d'y accueillir des patients »</i> <i>M7 « En réalité, on signe sur une zone sous dotée mais pour trouver un cabinet, c'est hyper compliqué quoi »</i> |

C) Focus sur l'avis concernant le suivi et l'accompagnement promis du CESP

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| Moyens de communication | Réunion en présentiel (4/13) | <u>Réunion collective avec d'autres signataires (2/13)</u> <i>M1 « l'accompagnement de base était sous la forme de réunions de tous les signataires des CESP quel que soit la spécialité médicale quel que soit leurs niveaux d'études [...] réunion qui était une réunion semi régulière avec l'ARS à L**** [...] C'était assez formel »</i> |
| | | <u>Réunion individuelle (3/13)</u> <i>M5 « je l'avais rencontré une première fois au tout début de la signature du CESP »</i> |
| | Mails (9/13) | <i>M4 « On a parfois des relances, un mail »</i> <i>M5 « une interlocutrice qui m'envoyait des mails de temps en temps »</i> |
| | Appel téléphonique (5/13) | <i>M6 « j'ai eu un appel de l'ARS »</i> <i>M9 « Après j'ai eu des contacts téléphoniques mais très épisodique »</i> |
| Contenu des échanges spontanés | Date de remaniement des cartographies (3/13) | <i>M1 « pour que l'ARS nous annonce la nouvelle cartographie »</i> <i>M2 « ils nous ont parlé vite fait que la carte des déserts médicaux aller être remaniée en 2022 »</i> |
| | Présentation des aides post installation (1/13) | <i>M2 « qui nous a présenté toutes les aides post installation »</i> |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>Connaitre leur situation et aider à l'avancée des projets professionnels (9/13)</p> | <p><i>M5 « interlocutrice qui m'envoyait des mails de temps en temps pour prendre des nouvelles : voilà est ce que j'avais un projet professionnel, est ce que je comptais m'installer et à quelle date, est-ce que je recherchais des remplacements, etc... »</i></p> |
| <p>Avis positif de l'accompagnement</p> | <p>Aide pour concrétiser le projet professionnel (5/13)</p> | <p><u>Proposition de postes/ de remplacements</u> (2/13)</p> <p><i>M5 « je lui avais déjà envoyé un mail pour avoir des pistes de remplacement parce que je voulais essayer d'autres remplacements ailleurs mais tout en restant dans le coin [...] Et c'est aussi entre guillemet grâce à elle que j'ai pu euh faire des remplacements à F**** »</i></p> <p><i>M10 « Là, c'est même elle qui m'a trouvé mon poste en me disant « ça, ça pourrait vous intéresser. Vous pouvez vous rapprocher du département pour le poste » »</i></p> |
| | | <p><u>Aide pour la demande de dérogation</u> (3/13)</p> <p><i>M11 « J'ai pensé à résilier mon CESP en me disant « Bah ça ne va jamais rentrer dans les clous ». Et en fait, du coup, en disant ça à l'ARS, ils m'ont dit « Ah non ne vous inquiétez pas, dites-nous un peu quel est votre projet exact ? Et on va voir si on peut faire une dérogation » et ils ont fait ça. Et voilà »</i></p> |
| | <p>Echanges adaptés et suffisants (4/13)</p> | <p><i>M5 « Pour ma part, c'était bien adapté. Au final tous les 3 à 6 mois c'est suffisant »</i></p> <p><i>M11 « Des échanges avec l'ARS qui répondent assez vite, qui répondent de manière assez pertinente, qui font des projections avec vous assez facilement »</i></p> |
| | <p>Une référente appréciée pour son accessibilité et son approche rassurante (6/13)</p> | <p><i>M7 « j'avais trouvé l'interlocutrice que j'avais eu déjà très sympathique »</i></p> <p><i>M10 « C'était la référente au niveau de l'ARS qui a été très, très sympa en fait [...] Il n'y a pas eu de souci, elle était très accessible, et répondait tout de suite aux questions. Elle était très rassurante. Même au début de mon contrat ça ne se passait pas très bien [...] Elle m'avait répondu tout de suite, en fait elle était très accessible. Donc au niveau de l'accompagnement, c'était top »</i></p> |
| <p>Flexibilité et souplesse de l'ARS appréciée (1/13)</p> | <p><i>M11 « donc ils sont assez flexibles, ça viendra sûrement dans le fil de l'entretien, mais moi je les ai trouvés très, très flexibles. À partir du moment où on a un projet cohérent qui s'inscrit dans la repopulation des zones sous denses [...] ils m'ont dit « Ah mais non mais non ne vous inquiétez pas si vous restez à T**** et aux alentours, ça fait partie des zones assez sous denses donc attendez, on va regarder quel type</i></p> | |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | | <i>de dérogation on peut faire » et c'est eux qui m'ont inventé un plan pour pas que je rembourse. Donc je peux que leur dire merci »</i> |
| | Bonne coordination entre les ARS lors de changement de région (1/13) | M11 « Et après, les Hauts-de-France et autour de C**** quoi, du coup, les communications c'était bien effectué [...] Et puis tout ça de manière assez fluide, très sympa. C'était plutôt...plutôt une bonne surprise » |
| | Pas de nécessité d'accompagnement (2/13) | M7 « Donc personnellement, je n'ai pas eu besoin de l'accompagnement de l'ARS » |
| Avis négatif de l'accompagnement | Quantité insuffisante de contacts : suivi irrégulier (5/13) | M2 « Je pensais qu'ils allaient faire ça tous les ans, des rappels de projets, ou savoir où on en était mais au final non [...] C'est la seule fois où ils sont venus vers moi. Après plus aucun contact » M3 « Ce n'est pas un mail ou deux par an qui font qu'on avance » |
| | Mauvaise qualité d'accompagnement (6/13) | <u>Pression de l'ARS concernant le projet professionnel</u> (4/13) M10 « Un moment ils nous ont relancé pour savoir un peu notre projet professionnel, j'étais un peu dans le flou. [...] Euh, j'ai peut-être un peu plus de pression que mes co-internes qui eux doivent juste trouver des rempla et puis il n'y a pas de souci » M12 « je crois qu'il avait une petite pression quand même à l'installation qui serait dans les points négatifs, les inconvénients » |
| | | <u>Contradiction des propos échangés</u> (2/13) M8 « « oui mais nous on fait quoi en attendant là il y a un projet qui est en train de se former et est-ce qu'on s'engage ? » « Oui, oui vous pouvez » et au final « non en fait ce n'est pas possible » » |
| | | <u>Absence de réponse aux demandes des signataires</u> (3/13) M4 « L'ARS au début elle répond, elle me dit que c'est possible et puis à la fin elle ne répond plus à mes mails ni à mes appels [...] J'avais même été black-listé[...] L'accompagnement a été très mauvais » M13 « Et puis, pas de réponse, rien, on ne sait pas trop quoi, comment, combien de temps [...], les contacts avec l'ARS c'est...c'est compliqué. C'est compliqué franchement. Et puis aucune visibilité, aucune anticipation et aucune possibilité d'avoir un contact avec quelqu'un pour discuter de la situation » |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p><u>Trop rigide sur le zonage : ne prend pas en compte le projet professionnel (3/13)</u></p> <p>M3 « ils peuvent mettre un gros coup d'arrêt à des projets [...] qu'on a fini par me répondre : de toute manière comme votre projet ne sera pas accepté, vous n'avez qu'à aller remplacer en zone sous dotée, vous commencerez à rembourser vos années, en attendant de trouver autre chose. »</p> <p>M8 « l'ARS est resté fermé en disant « non ce n'est plus éligible » et le désert médical commençait, de mémoire à même pas 2 km à côté »</p> |
| | Accompagnement non uniforme, référent dépendant (3/13) | <p>M10 « Actuellement, je pense que ça dépend vraiment des personnes référentes. Parce que selon les échos que j'en ai eus, suivant les régions, ils sont plus ou moins stricts, ils accompagnent plus ou moins bien. J'ai l'impression que les règles ne sont pas les mêmes partout. Il y a plus ou moins de laxité »</p> |
| | Absence d'accompagnement ressenti par des signataires (7/13) | <p><u>Aucun accompagnement à l'installation (5/13)</u></p> <p>M2 « je me suis installée ici sans aucune aide de leur part »</p> <p>M3 « Je ne me suis pas sentie très accompagnée dans mon projet »</p> <p>M8 « Non, on a été complètement lâché »</p> <p><u>Sentiment d'abandon par l'ARS et de colère (4/13)</u></p> <p>M4 « nous a complètement délaissé »</p> <p>M6 « c'est pour ça que j'étais complètement largué »</p> <p>M8 « Et ce qui a été même risible, enfin avec le recul, c'était risible mais sur le coup on avait été très en colère [...] « vous vous inquiétez maintenant mais en fait on s'est débrouillé comme des grands ». C'était honteux parce que ça a été compliqué d'avoir des infos »</p> |

D) Bilan global de leur expérience

| | | |
|---|---|---|
| Satisfaction globale de leur expérience | Plus d'avantages que d'inconvénient (10/13) | <p>M1 « Si c'était à refaire, je le referais exactement de la même façon, la crainte de l'installation qui est de devoir rester au même endroit toute ma vie est beaucoup moins vrai que ce que l'on pense. [...] je ne changerai pas, et si c'était à refaire, en connaissant ma vie future, j'aurais signé deux ans plus tôt »</p> |
| Avis mitigé | A cause des complications lors de l'installation (2/13) | <p>M3 « J'ai failli me dire que j'allais résilier, après financièrement c'était très compliqué à ce moment-là parce que mon mari était au chômage. Je pense que si mon mari n'avait pas été au chômage, j'aurais résilié »</p> |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Regret de l'adhésion au dispositif | Contrainte d'installation trop importante (1/13) | <i>M8 « Moi, si je devais le refaire maintenant, je ne prendrais pas le risque [...] Moi si c'était à refaire, je ne le referais pas parce que si on m'impose même si c'est à 50 bornes de différence, d'aller à tel endroit exactement, je ne le signerais pas »</i> |
|------------------------------------|--|---|

E) Avis des signataires sur l'efficacité du dispositif

| | | |
|--|---|--|
| Utilité du CESP | Permettre d'aider les étudiants indécis à choisir l'exercice en zone sous dotée (3/13) | <i>M1 « Je pense que le CESP est un dispositif qui a permis à des jeunes de se poser la question d'aller travailler ailleurs que dans une zone sur dense » M11 « Je pense que c'est une bonne manière d'inciter les gens. Ça peut aider des gens qui sont un peu à la limite de se poser la question ou pas. Ça peut faire pencher la balance »</i> |
| | Permettre à certains étudiants de continuer leurs études (5/13) | <i>M11 « La mesure en elle-même, elle est, elle est très bien pour les gens qui n'ont pas les moyens de se payer les études. C'est un bon moyen d'avoir un accès à des études qui sont longues et qui, du coup, à la longue coûte cher. Donc ça c'est bien, ça démocratise un peu l'accès à la médecine »</i> |
| | Mesure incitative à l'installation en sécurisant et en ancrant les médecins dans les territoires (5/13) | <i>M1 « mesure efficace pour inciter les personnes à s'installer dans une zone sous dense » M3 « Après pourquoi pas, je pense qu'il y a des jeunes médecins qui en ont besoin, justement pour se sécuriser, pour se lancer dans une installation » M10 « Bah parfois sécuriser les médecins au niveau financier, ce qui permet de les arranger sur des projets professionnels qui peuvent ainsi permettre d'ancrer les médecins dans la zone »</i> |
| | Le CESP : un outil parmi tant d'autre (4/13) | <i>M12 « Donc en vrai non je pense que ce n'est pas forcément... C'est bien de le faire dans le sens où on nous propose plein de trucs et s'il y en a certain qui attire au moins une personne, bah tant mieux »</i> |
| | Le CESP : une réponse transitoire (1/13) | <i>M7 « La réponse est peut-être transitoire sur les 10 prochaines années, parce que les estimations montrent que ce sont les 10 prochaines années qui vont être dur »</i> |
| Dispositif non efficace pour lutter contre la désertification médicale | Opportunisme majoritaire (6/13) | <i>M1Je pense que c'est une mesure non efficace pour les personnes comme moi car moi, que j'ai signé ou non le CESP, je m'installais probablement au même endroit en autant de temps. [...] je ne pense pas que c'est efficace de leur donner de l'argent alors qu'à la fin objectivement leur projet était le même » M2 « Non, parce que euh, je pense que ceux</i> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <i>qui vont le signer, ce sont ceux qui ont déjà l'intention d'aller s'installer dans un désert médical »</i> |
| | Nombre d'adhérent pas assez important (2/13) | <i>M11 « Ouais donc ce n'est clairement pas le CESP qui résout le problème. Je pense que c'est assez évident pour tout le monde. Mais c'est une bonne idée. Je ne sais même pas combien de personnes par promo signent le truc et tout ce que ça représente ? Mais déjà en termes de chiffre, de nombre, je pense que c'est mineur mais vraiment très mineur quoi. Et donc ça ne peut pas résoudre le problème »</i> |
| | Le dispositif n'est pas assez attractif (9/13) | <p><u>L'aspect financier seul n'est pas assez attractif (7/13)</u></p> <p><i>M9 « Voilà, ceux qui ne sont pas prêts à ce genre d'exercice, ne viendront pas, même avec le CESP [...] Ce n'est pas l'argent qui va attirer les gens en zone sous médicalisée s'ils n'ont pas envie en fait. Donc je ne pense pas que ce soit à lui seul, en tout cas en termes de dispositif, ce n'est pas suffisant »</i></p> <p><i>M13 « Mais de toute façon, s'il suffisait de faire un gros chèque pour qu'il y ait des médecins dans les zones, euh, je veux dire on propose déjà 30 000€/ 50 000€, c'est déjà énorme et il n'y aurait plus de zones sous dotées déjà, hein. Ils font ça déjà depuis plusieurs années, et il y a encore des zones sous dotées, alors si ça marchait... »</i></p> <p><u>L'installation est encore un frein important (3/13)</u></p> <p><i>M3 « Après je n'ai pas promu le CESP après autour de moi, parce que ça a été trop compliqué pour m'installer »</i></p> <p><i>M11 « avec tous les soucis qui vont avec et toutes ces problématiques matérielles et administratives qui empêchent...qui sont un vrai frein à l'installation quoi. C'est tellement lourd que ça ne donne pas envie aux nouveaux de s'installer, je pense »</i></p> <p><u>Mauvaise mise en application du dispositif (2/13)</u></p> <p><i>M3 « l'idée générale peut être bonne, la mise en œuvre à mon avis [...] Donc je pense que la mise en œuvre n'est pas bonne »</i></p> <p><i>M8 « Mais il faudrait que ça soit plus modulable »</i></p> |

| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| | Améliorer la répartition des médecins n'est pas la solution (3/13) | <p>MI « Mais en réalité ce n'est probablement pas la mesure qui abolira les déserts médicaux, la seule mesure qui permettra cela est l'augmentation du nombre de médecin généraliste. Et essayer de pallier à la désertification médicale par l'exercice coordonné, par l'incitation à l'installation ou même la coercition à l'installation en zones sous denses ne règlera pas le problème »</p> <p>M10 « Bah je trouve que c'est un peu une goutte d'eau dans l'océan. (Rire) Euh. Les déserts médicaux, ce ne sont pas 2-3 villes par-ci, par-là, c'est vraiment tout un bassin de population. Et puis même les zones qui ne sont pas considérées comme sous dotées au niveau de l'ARS, en réalité c'est une catastrophe aussi [...] Il n'y a pas... il n'y a juste pas assez de médecin pour un bassin de population »</p> |
| Problématiques soulevées par le CESP | Problème éthique (2/13) | <p><u>Le CESP : un non choix pour les étudiants en situation de précarité</u></p> <p>MI « Mais dans ce cas-là, on peut se questionner sur l'éthique de dire « comme il y a des étudiants qui sont pauvres, on leur offre un dispositif qui va les aider à s'en sortir mais à leur dépend par la suite ». Et c'est cette façon de penser qui serait discriminante »</p> |
| | Risque d'opportunisme sur le choix de spécialité et de ville aux ECN (1/13) | <p>MI « il y a eu un autre type d'opportunisme avec des gens qui étaient soit de mauvaise foi ou pas tout à fait sûr de leurs résultats aux ECN et qui signaient un CESP avec le pari de se dire « si je suis seul à vouloir ophtalmo avec le CESP, je sais que j'ai un poste dédié pour moi quelque soit mon classement aux ECN » »</p> |

VII. Les pistes d'amélioration

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Communication sur le dispositif | Augmenter les moyens de communications (1/13) | M6 « je pense déjà qu'il faut en parler beaucoup plus » |
| Adapter les conditions du CESP | Modifier l'aide financière (2/13) | <u>L'adapter au coût de la vie</u> (2/13) |
| | | <p>M11 « il va falloir sûrement s'adapter un peu à la vie, à l'augmentation du prix de la vie »</p> <p><u>La rendre non impossible</u> (1/13)</p> <p>M2 « Et aussi que l'aide ne soit pas impossible »</p> |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| | Développer les clauses de façon plus précise (3/13) | <i>M10 « Bah du coup, peut être détailler un petit peu plus le contrat. Par exemple, s'il y a une rupture de contrat, combien de temps on a pour le remboursement. Combien de temps on a pour donner nos engagements, est-ce qu'il y a une limite ? Est-ce que par exemple les arrêts maladies, les congés maternité, ça compte ? Enfin voilà, détaillez vraiment, suivant les problématiques qu'ils ont à l'ARS »</i> |
| | Permettre/faciliter le remplacement (2/13) | <i>M9 « je pense que pour le côté remplacement ce serait bien de permettre d'en faire. On devrait avoir une petite période de remplacement, ne serait-ce que pour vraiment tester les zones où on veut s'installer. Ça serait vraiment sympa, ça permet de voir la population qu'on va avoir »</i> |
| | Assouplir les conditions de remboursement (2/13) | <i>M3 « Peut-être qu'il y aurait plus de signataires si justement, le fait qu'il y ait cette contrainte de remboursement était plus souple » M4 « il y aurait plus d'étudiants qui pourraient le signer si les conditions de résiliation étaient plus souples. »</i> |
| | S'engager sur la carte établie au moment de la signature du contrat (1/13) | <i>M1 « si je devais, moi, apporter des modifications [...] la première serait une chose qui me paraît indispensable, c'est que l'engagement de l'étudiant à s'installer dans une zone sous médicalisée se fasse sur la base de la carte en vigueur à la date de l'engagement et non pas de la carte en vigueur à la date de l'installation »</i> |
| Révision de la cartographie | Plus de transparence sur les choix des zones sous dotées (4/13) | <i>M11 « Mais bon...Pareil les cartographies, selon les régions, ce n'est pas toujours aussi bien fait dans l'une que dans l'autre. C'est un peu le système de pourquoi telle ou telle cartographie ou tel ou tel choix de commune [...] Après je ne connais pas, je ne sais pas comment c'est calculé, je ne sais pas de quoi ils ont besoin pour faire leur zonage [...] savoir un peu comment ça a été calculé, comment ça s'adapte »</i> |
| | Plus de souplesse sur les zones sous dotées (5/13) | <p style="text-align: center;"><u>Elargir les zones (2/13)</u></p> <p><i>M3 « être moins strict et rigide sur les cartographies exactes pour pouvoir que le CESP soit parfait. »</i> <i>M6 « d'élargir un peu les zones »</i></p> <p style="text-align: center;"><u>Prendre en compte les conditions immobilières lors de l'installation (2/13)</u></p> <p><i>M3 « prendre en compte les conditions d'installation c'est important [...] Et le projet d'installation, si on veut des installations pérennes, il faut que ça se passe dans un endroit où on se sente bien aussi »</i></p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p><u>Prendre en compte les projets professionnels des signataires (3/13)</u></p> <p>M8 « Ils devraient demander, je ne sais pas si c'est faisable, dans quel coin on pensait vouloir s'installer (moi, par exemple, j'étais propriétaire de ma maison à ce moment-là donc je savais que ça allait être dans ce secteur-là précisément) pour pouvoir anticiper en se disant « il y a tant de médecins signataires du CESP qui ont comme souhait de s'installer là » et du coup ils pourraient essayer d'être moins arbitraire »</p> |
| | Réaliser la cartographie en adéquation avec le terrain (5/13) | <p><u>Avis des acteurs locaux (3/13)</u></p> <p>M3 « je trouve que c'est un peu déconnecté des acteurs du terrain [...] Qu'il y ait aussi un avis du territoire »</p> |
| | | <p><u>Mise à jour plus régulière (5/13)</u></p> <p>M11 « Le fait de la mettre à jour tous les 5 ans, c'est peut-être un peu compliqué pour s'adapter à la réalité du terrain. Et ça masque des...ça empêche des gens de s'installer à des endroits peut-être où il y a besoin aussi »</p> |
| Proposer des projections de la cartographie (2/13) | <p>M7 « ce qui aurait pu être super rassurant c'est d'avoir l'état de la projection à la date de fin d'internat »</p> | |
| Rendre attractif le métier de médecin généraliste en zone sous dotée | Déramatiser l'exercice en zone sous dotée (3/13) | <p><u>Par le biais de stages et de remplacements</u></p> <p>M7 « Je pense qu'il faut favoriser les stages chez les médecins généralistes »</p> <p>M9 « je sais que le stage d'interne, ça peut être pas mal pour ceux qui ne connaissent pas trop le secteur : ça donne envie de parfois d'y retourner et de devenir remplaçant ou associé. Enfin voilà. Mais si on ne connaît pas, on n'y va pas en fait »</p> |
| | Proposer des aides supplémentaires en zone sous dotée (3/13) | <p><u>Aide administrative (1/13)</u></p> <p>M7 « On arrive dans des niveaux de demande de soin où on ne peut pas être PDG, directeur des ressources humaines, gestionnaire du personnel et puis en même temps médecin. Ce n'est pas possible donc pour moi, si on veut garder l'activité libérale, on doit avoir des aides administratives »</p> |
| | | <p><u>Aide financière à l'installation (2/13)</u></p> <p>M13 « une prime pour ton prêt professionnel, un apport pour ton prêt professionnel dans une zone sous dotée, un prêt à taux 0 pour une MSP ? [...] mettre une vraie aide à l'installation dans les zones sous dotées parce que ce qui est actuellement en place ce n'est pas des aides à</p> |

| | | |
|-------------------------|--|---|
| | | <i>l'installation. [...]Je ne sais pas une exonération fiscale pendant les 2-3 premières années, des choses vraiment concrètes pour t'installer »</i> |
| | | <p><u>Revalorisation des actes (1/13)</u></p> <p>M5 « <i>il y a plusieurs choses à améliorer que ce soit sur le plan de la rémunération, sur le plan des visites à domicile, sur le plan de la prise en charge des patients globalement »</i></p> |
| | Promouvoir le travail en équipe coordonnée (1/13) | M7 « <i>Mais déjà rendre ça plus attrayant et valoriser la place du médecin généraliste, ça veut dire que le fait de pouvoir travailler en équipe coordonnée, c'est hyper intéressant »</i> |
| Accompagnement de l'ARS | Accompagnement à l'installation (4/13) | <p><u>Devenir l'intermédiaire entre les médecins entrants et sortants du monde du travail (2/13)</u></p> <p>M2 « <i>Mais après c'est par soi-même qu'on doit chercher des annonces des médecins qui partaient. Ce serait bien que ce soit eux qui fassent l'intermédiaire vu qu'on a un contrat avec eux »</i></p> |
| | | <p><u>Proposer des projets "clefs en main" (3/13)</u></p> <p>M5 « <i>effectivement présenter plus de pistes de remplacement, plus de postes, plus d'idées de remplacement à ceux qui le demandent »</i></p> |
| | Personnaliser l'accompagnement (2/13) | M5 « <i>demander au signataire quel type d'accompagnement il voudrait aussi, faire du cas par cas dès le début du CESP »</i> |
| | Améliorer la quantité et qualité des échanges (5/13) | <p>M2 « <i>Bref, la communication pourrait largement être amélioré »</i></p> <p>M6 « <i>avoir un peu plus de contact »</i></p> |

Discussion

I. Forces et faiblesses

A) Forces de l'étude

Cette étude était **la première à s'intéresser aux signataires d'un CESP de médecine générale dans la région des Hauts-de-France**. Elle a été réalisée au moment où les signataires avaient déjà fini leur internat et étaient installés ou postés. Ce qui a permis d'avoir le retour d'expérience de médecins ayant déjà une activité pérenne en zone sous dotée.

La population semble représentative des signataires de CESP avec quasi autant de femmes que d'hommes interrogés. Cette répartition est similaire à celle évoquée dans le bilan du CNG sur la répartition nationale des signataires (avec 51,4% de femmes ayant souscrit à un CESP de médecine) (7). Elle est assez hétérogène avec des médecins travaillant dans différents départements de la région et ayant des parcours différents.

La méthode utilisée était adaptée à la question de recherche. **La triangulation des données** a été réalisée, ce qui a permis d'améliorer la qualité de l'étude et de diminuer le biais d'interprétation.

B) Faiblesses de l'étude

Concernant le recrutement de la population cible, seul 18 médecins ont répondu aux mails relayés par l'ARS. De plus, aucun médecin travaillant dans la Somme n'a été interrogé. Ceci peut avoir engendré un **biais de sélection** car on peut se demander si les médecins ayant accepté de participer ne sont pas ceux qui avaient un regard plus critique sur le dispositif.

L'investigatrice n'avait pas d'expérience auparavant dans la réalisation d'entretiens semi dirigés. La formulation de certaines questions a pu influencer le médecin dans ses réponses. L'investigatrice a parfois posé des questions fermées ce qui a restreint l'expression complète des médecins sur le sujet. La technique s'est cependant améliorée au cours des entretiens. Ceci a pu engendrer **un biais d'investigation et de recueil**. L'investigatrice étant signataire d'un CESP, cela a pu induire un **biais de confirmation d'hypothèse**. Elle a essayé de réduire ce biais en ne communiquant pas son statut de signataire aux intervenants pour ne pas les influencer.

II. Une connaissance partielle du dispositif

Dans ce travail de recherche, on constate que la découverte du CESP dans les Hauts-de-France se fait majoritairement par **le biais des facultés de médecine** qui informent les étudiants de premier ou deuxième cycle de médecine au travers de réunions ou de fiches informatives. Le deuxième canal de transmission de l'information est le **bouche-à-oreille** principalement de la part d'autres signataires. Ces résultats sont en accord avec ceux d'une étude nationale réalisée par l'ISNAR IMG et l'ANEMF en 2018 (15).

Cependant, il apparaît que les signataires ne possèdent **pas une connaissance et une compréhension exhaustives et détaillées des termes du contrat**. Les médecins interrogés mentionnent de façon spontanée l'aide financière promise ainsi que la contrepartie d'exercer en zone sous dotée. Mais plusieurs médecins ont évoqué l'obligation d'installation avec une impossibilité de réaliser des remplacements, ce qui est vécu pour certains comme une faiblesse du dispositif. Pourtant, les remplacements sous certaines conditions et l'exercice salarié sont autorisés par le dispositif et peuvent constituer une forme de rendu de l'engagement (16). Il existe donc un **manque de clarté du contrat** sur la dimension de travail en zone sous dotée et cette incompréhension **pourrait écarter du choix du CESP des étudiants qui n'ont pas vocation à s'installer en libéral**. Ce qui représente une grande partie des étudiants, vu que seul 12% des médecins s'installent in fine en libéral à la fin de leurs études selon une enquête des syndicats nationaux d'interne (17). D'autres spécificités tels que les **critères de validation des périodes de travail** ne sont pas précisés dans le contrat comme l'a souligné M10.

Il existe aussi **un défaut d'information claire apporté aux étudiants**, qui est constaté par le manque d'information concernant les particularités du dispositif tel que le classement aux ECN réservé aux adhérents du contrat. Cela a pu freiner des étudiants de second cycle et retarder leur adhésion au contrat. Il n'y a **pas non plus d'information systématique apportée sur la cartographie des zones sous dotées** : la signataire M8 par exemple a signé le contrat sans avoir eu de renseignement auparavant sur les zones, engendrant des difficultés lors de l'installation. Il faut souligner cependant que des **outils sont disponibles** sur internet tels que Cartosanté (18) ou ReZone (19) permettant de visualiser concrètement les zones sous dotées de l'ensemble du territoire français et leurs aides associées. Mais la connaissance de ses outils semble peu généralisée : un seul signataire interrogé dans cette étude a mentionné la cartographie interactive, l'ayant utilisée et appréciée.

D'autres signataires ont souligné le manque **de transparence concernant la méthode de sélection des zones sous dotées**, qui semblait en inadéquation par rapport à la réalité qu'ils expérimentaient. Ceci appuie le **manque de communication de la part de l'ARS des Hauts-de-France** car ce sont bien les ARS elles-mêmes qui doivent assurer la détermination des zones sous dotées de leur territoire, en se basant sur une méthodologie nationale qui est définie par arrêté ministériel (20).

PISTES D'AMELIORATION : Ainsi, afin de permettre une meilleure adhésion et un meilleur vécu du dispositif, l'ARS devrait miser sur une **meilleure transmission des informations** concernant le dispositif, qui se doit d'être **plus détaillée et claire sur certaines clauses** afin d'éviter la diffusion de fausse croyance sur le dispositif. Concernant le choix du zonage, les signataires attendent une **meilleure transparence**, avec une certaine souplesse concernant les zones frontières qui sont des zones fragiles à risque de basculer dans les zones dites sous dotées. Les **outils disponibles doivent être présentés aux signataires** afin de faciliter leur réflexion sur leur projet professionnel

III. L'expérience du CESP

A) Un avantage financier prédominant

La rémunération promise du CESP était l'avantage principal décrit par les médecins interrogés. Grâce à elle, le CESP a ainsi été **vecteur d'autonomie** pour les signataires et a permis **d'améliorer leur confort personnel** en leur permettant de concrétiser des projets, d'investir mais également de financer leurs études en toute sérénité. Cependant cela **n'a pas permis d'investir financièrement dans leur projet professionnel** excepté pour une des signataires qui avait déjà un projet bien précis en tête. Ce qui peut s'expliquer par le fait que le CESP est proposé aux étudiants qui ne sont pas encore forcément assez avancé dans leur cursus pour avoir un projet élaboré. Certains signataires ont ainsi dû adhérer à **d'autres aides financières** (que ce soit celles financées par l'ARS ou les mairies) proposées au moment de leur installation afin de la financer. Tout ceci engendre de nouvelles démarches et obligations de la part des signataires du CESP. Surtout qu'il existe une multitude d'aide régionale et nationale à l'installation en zone déficitaire, ce qui peut complexifier les choses (4). Même s'il est à noter que certains signataires n'ont pas jugé nécessaire l'obtention d'autre aide financière, ou n'ont pas osé demander plus à cause du CESP.

PISTES D'AMELIORATION : Afin d'éviter la multiplication de démarche et de faciliter l'installation en zone sous dotée chez les bénéficiaires du CESP, **l'ARS aurait tout intérêt à proposer aux bénéficiaires du CESP une simplification des aides à l'installation, étant donné qu'ils y sont éligibles.** Cela pourrait ainsi bénéficier aux signataires qui n'ont pas osé demander ces aides à cause du CESP. Une autre proposition serait **d'augmenter la rémunération proposée**, en l'adaptant à l'inflation ou de séparer la bourse du CESP en une bourse pendant les études associée à une prime lors de l'installation.

B) Une installation compliquée

C'est au moment d'accomplir leur part du contrat que des signataires ont perçu le CESP comme une contrainte. Ceux ayant bien vécu leur installation sont les signataires ayant bénéficié d'un poste proposé par l'ARS ou ayant leur projet professionnel qui entrainait dans une zone sous dotée sans problème. Pour les autres, la plainte principale concernait la cartographie, qui était jugée **peu en accord avec la réalité du terrain** ou avec des **conditions immobilières peu adaptées**. Les **retards de mise à jour** amenaient une **difficulté à avoir un projet fiable du fait des changements imprévisibles de zonage**. Ainsi, sept signataires ont dû **négoier leur installation** à cause de ces problèmes de cartographie, avec une attente de validation de l'ARS angoissante. Cette difficulté d'installation concorde avec les résultats de l'enquête nationale de 2017 dans laquelle la région des Hauts-de-France était **parmi les régions les moins attractives en termes d'installation** pour les signataires d'un CESP, pouvant être lié à une moins bonne souplesse de son ARS (10). Cependant, dans notre étude, toutes les dérogations ont été accordées pour les signataires demandeurs, ce qui prouve tout de même une **certaine souplesse de l'ARS à posteriori**. Mais ne faudrait-il pas être plus souple sur la cartographie dès le départ afin d'améliorer le vécu des signataires ? Sur ce point, on peut noter que l'ARS des Hauts-de-France a **modifié son calcul de zonage en 2022**, en essayant de prendre plus en compte l'actualité du terrain. Ainsi a été créé les ZAR, spécificité régionale qui permettent d'étendre l'accès aux aides régionales à l'installation (13). Cependant, ces zones ne sont pas encore prises en compte dans les zones disponibles aux signataires d'un CESP. A contrario de l'ARS de Bretagne qui a intégré leurs zones d'actions renforcés dans le dispositif (21).

PISTES D'AMELIORATION : La cartographie doit donc être repensée. Les signataires proposent **une plus grande implication des acteurs locaux dans la décision du choix des zones sous dotées** : étant les plus à même de connaître leur territoire, ils pourraient être les premiers à évaluer la réelle difficulté d'accès aux soins. La prise en compte de la **réalité immobilière et de la faisabilité des projets** est également un point crucial à prendre en compte lors de la réalisation de cette cartographie. L'ouverture des ZAR aux signataires du CESP pourrait également être un point positif et éviter que ces zones frontières fragiles basculent dans les zones déficitaires.

S'engager sur la cartographie en vigueur au moment de leur signature a été proposé par les signataires mais semble compliqué à mettre en œuvre étant donné que les médecins non signataires peuvent faire changer la donnée concernant le nombre de médecin en activité sur une zone donnée.

C) Un accompagnement inégal

Au travers de cette étude, nous avons constaté que **l'accompagnement n'était pas uniforme selon les signataires et selon les référents** dans la région des Hauts-de-France, que ce soit les moyens de communications, la quantité ou la qualité des échanges. Certains bénéficiaires du CESP **n'ont pas trouvé un accompagnement à la hauteur : ils se sont sentis abandonnés par l'ARS** avec parfois des réponses contradictoires voir non adaptées. A l'inverse, d'autres ont **émis un avis plutôt positif** notamment lorsque leur référente était accessible, cohérente dans ses réponses et que des propositions de poste leur étaient apportées. Ce sont d'ailleurs ceux qui se sont sentis accompagnés dans leur projet qui ont la vision la plus positive du CESP montrant qu'il existe une **corrélation entre vécu du dispositif et accompagnement**. Cet accompagnement promis dans le CESP est **un atout qui n'est pas mis en valeur** et n'est pas assez exploité alors que les médecins sont demandeurs d'une aide à l'installation. Ces résultats sont corroborés dans l'enquête de l'ISNAR-MG réalisé en 2018 qui a eu plus de 200 réponses, où 81,2% des signataires déclarent ne pas avoir eu de référent d'accompagnement (15).

PISTES D'AMELIORATION : Les signataires attendent donc de l'accompagnement promis par l'ARS **un soutien réel des référents avec une personnalisation de leur accompagnement**. Les signataires ont besoin de se sentir soutenu lors de la création de leur projet professionnel avec des échanges plus réguliers. L'ARS pourrait **mettre en relation ces étudiants et les professionnels de santé** pour faciliter leur intégration dans une zone

sous dotée, voir leur proposer **des projets clefs en main directement**. Ces attentes concernant l'accompagnement sont similaires à celles exposées par les signataires de Lorraine dans le travail de Barthelemy Célia (22).

D) Un exercice en zone sous dotée satisfaisant mais conséquent

L'activité en zone sous dotée est une **activité appréciée** par les signataires qui retrouvent en cette activité une des raisons pour laquelle ils ont souscrit au CESP. Cependant la **charge de travail est plus conséquente** que prévu pour certains et cela a un impact sur une partie des médecins notamment sur leur qualité de travail et leur qualité de vie personnelle. Pour pallier à cette charge de travail, certains ont **aménagé leurs conditions de travail afin d'équilibrer leur vie personnelle et professionnelle**.

La seule signataire qui envisageait de se désinstaller de sa zone sous dotée à l'issu de son engagement le faisait notamment à cause de cette charge de travail avec une rémunération qui n'est pas à la hauteur du travail fourni. Le travail de Yann Lefebvre constate effectivement une charge de travail plus importante en zone sous dotée avec **une heure en moyenne de travail en plus par jour chez les médecins exerçant en zones sous dotées** du Nord Pas de Calais (23). Le CESP a donc à cœur d'installer des jeunes médecins généralistes dans une zone sous dotée mais qu'en est-il de les ancrer durablement dans ce territoire ?

PISTES D'AMELIORATION : Rendre attractif le métier de médecin généraliste en zone sous dotée est une mesure plébiscitée par les signataires. La vision de l'exercice en zone déficitaire est encore trop négative et permettre aux étudiants de découvrir **à travers des stages ou à travers des remplacements** la réalité de l'exercice serait un atout pour attirer plus de médecins à s'y installer. Cet axe est d'ailleurs pris en compte dans la loi adoptée suite à la stratégie « Ma santé 2022 » qui vise à favoriser le développement des stages ambulatoires préférentiellement dans les zones sous dotées et à encourager l'exercice coordonné (24).

Libérer du temps médical en diminuant les charges administratives est également une piste à creuser. Cette piste est aussi dans le viseur du gouvernement actuel (25). **La revalorisation du travail** en zone sous dotée est aussi un axe sur lequel il faudrait se pencher pour certains bénéficiaires du CESP, ce qui n'est pour l'instant pas prévu dans les objectifs du gouvernement.

IV. Le CESP : un dispositif efficace ?

A) Profil des signataires

Dans cette étude, on peut constater que le **CESP est un dispositif qui attire une certaine catégorie d'étudiant** : ceux ayant déjà une volonté d'exercice en zone sous dotée. Tous les signataires avaient effectivement un projet professionnel en tête, avec une zone plus ou moins définie. Le dispositif avait tendance également à **attirer les étudiants étant dans une situation financière plus précaire** avec la nécessité de travailler à côté de leurs études. Le CESP pourrait donc favoriser l'inégalité entre les étudiants venant d'un milieu plus modeste et ceux d'un milieu plus aisé. Cependant, la plupart de ces étudiants ont patienté jusqu'à ce que leur projet soit plus défini et n'ont pas forcément signé le CESP par nécessité.

Ainsi, **deux profils se sont démarqués** : ceux ayant profité de **l'effet opportuniste** du dispositif et ceux ayant un **besoin financier**. Ces résultats sont superposables à ceux de la thèse de B. Vachon et celle d'A. Phelipot (26) (11). Outre l'aide financière, la volonté de participer au service public a également été mentionnée par des signataires. **On peut donc se questionner sur l'efficacité du CESP qui semble attirer de façon majoritaire des étudiants qui ont déjà une vocation à s'installer en zone sous dotée.**

Les freins à la signature évoqués sont soit liés au **manque de connaissance du dispositif, soit inhérents au CESP** tel que la crainte de l'engagement, la peur de la perte de liberté sur leur choix de lieu d'installation ou bien les conditions de remboursement. Ce sont d'ailleurs des points qui ont également été cités comme inconvénients au CESP. L'incertitude concernant leur projet et les réticences de la famille entraînent également dans la balance bénéfice/risque du choix du CESP.

B) Déterminants du lieu d'installation en zone sous dotée

Dans cette étude, les signataires interrogés installés en libéral **se sont installés plus rapidement, en moyenne** à l'âge de 29,6 ans. Selon l'ordre des médecins, l'âge moyen des médecins généralistes nouvellement installés est de 35 ans actuellement (27). De plus, la plupart des signataires ont tout de même pu **expérimenter les remplacements** en décalant leur thèse soit de manière volontaire soit de manière involontaire. Cette période de remplacement, propice à la formation de la gestion d'une entreprise du cabinet, permet de découvrir des territoires tout en leur permettant d'acquérir une expérience de l'exercice

libérale. Certains signataires regrettent de ne pas avoir bénéficié plus longtemps de ce temps de remplacement et ont pu se sentir démunis lors de leur installation.

Concernant le lieu d'exercice, **le choix s'est fait en priorité dans des zones connues des médecins**, que ce soit à travers des stages, des remplacements ou même de par leur expérience personnelle. **La disponibilité de locaux dans la zone, la disponibilité de poste salarié proposé, d'aide financière supplémentaire et la compatibilité du lieu avec le lieu de travail du conjoint** ont été également des critères pour le choix du lieu d'installation. Ces paramètres sont finalement superposables à ceux retrouvés dans l'étude sur les déterminants aux choix de lieu d'installation chez les signataires d'un CESP (9). Mais, contrairement à cette étude, les médecins interrogés n'ont pas mentionné les facteurs environnementaux, probablement car la question n'a pas été approfondie dans notre étude.

Pour 7 signataires, le CESP n'a **pas eu d'influence** sur leur projet professionnel. Pour les autres, **le CESP les a restreints dans leur choix de lieu d'installation** et même pour un des médecins dans le choix de spécialité. **Cependant, sans le CESP, ces signataires auraient probablement exercé dans une zone limitrophe aux zones sous dotées et auraient tout de même contribué à améliorer l'accès aux soins.** Deux thèses nationales réalisées en 2017 s'intéressant à l'efficacité du CESP retrouvent des résultats similaires et auraient permis de conclure que le dispositif avait fait ses preuves en accélérant l'installation dans les zones sous dotées sans influencer leur choix sur leurs activités (10)(11).

C) Le CESP : le bon dispositif ?

L'avis des signataires concernant l'efficacité du CESP est mitigé. Bien qu'il soit décrit comme un outil permettant la réflexion sur le travail en zone sous dotée pour les étudiants indécis, et permettant à des étudiants en situation précaire de poursuivre sereinement leurs études, **il n'est pas jugé efficace pour lutter contre la désertification médicale.** La cause principale de cette désertification médicale est pour certains signataires une question de nombre total de médecin généraliste en activité et non pas sa répartition. **Ainsi de façon logique, le CESP qui a pour but une meilleure répartition des médecins ne pourrait pas agir sur cette problématique.** Il faut remarquer également que le CESP ne recueille qu'un **faible nombre d'adhérent**, ce qui est insuffisant face à l'ampleur de la désertification médicale. Concernant les Haut-de-France, au 1^{er} septembre 2020, il n'y a eu **que 251 contrats signés** depuis sa mise en application, ce qui représente très peu comparé à la totalité des médecins nécessaires à la repopulation médicale (28). Et de façon nationale, 62,9% des contrats offerts sont signés, ce qui montre un problème d'attractivité du contrat. Une partie des participants estiment que

l'aspect financier n'est pas un argument suffisant pour amener des professionnels de santé à s'installer en zone sous dotée. Ceci est retrouvé dans l'enquête réalisée en 2019 sur les facteurs déterminant à l'installation pour les étudiants et remplaçants (17). C'est là que pourrait justement intervenir **l'accompagnement de l'ARS** qui, bien réalisé, pourrait ajouter **une plus-value au CESP**.

Conclusion

Cette étude est la première à s'intéresser à l'expérience des signataires d'un CESP exerçant dans la région des Hauts-de-France, qui est une région avec un nombre important de zone déficitaire en médecin généraliste.

Dans cette étude, les signataires ont jugé le CESP peu efficace concernant la lutte contre la désertification médicale. Le CESP ne semble pas avoir joué son rôle de mesure incitative dans les Hauts-de-France, en attirant principalement des étudiants ayant déjà un projet professionnel d'exercice en zone sous dotée. L'influence du dispositif sur le lieu d'exercice reste modeste et sans lui, les signataires n'exerceraient probablement pas loin de leur zone actuelle. La question de l'avenir du dispositif est donc tout à fait légitime. Cependant, en recueillant le vécu des signataires, cette étude a permis de montrer que le CESP reste une expérience globalement satisfaisante pour les signataires de la région. La rémunération leur a permis de vivre sereinement leurs études et leur exercice est jugé satisfaisant malgré la charge de travail. Les faiblesses exposées relèvent pour la plupart d'une gestion superficielle de l'ARS. L'accompagnement et le suivi restent variables d'un signataire à un autre entraînant ainsi un vécu très différent du dispositif.

Le CESP a donc le mérite d'exister et d'essayer d'attirer les étudiants vers les zones sous dotées. Le gouvernement semble miser sur le maintien du dispositif, qui reste un outil dans l'arsenal proposé pour la lutte contre la désertification médicale. D'autant qu'effectivement, les zones sous dotées semblent être de plus en plus conséquentes avec le temps et donc moins contraignantes pour les futurs signataires.

L'ARS doit donc reprendre son rôle central dans le CESP en accompagnant de façon plus soutenu et plus individualisé les signataires, avec une meilleure communication et clarté sur le contrat. A l'inverse, elle doit laisser plus de place aux acteurs locaux concernant l'élaboration de la cartographie, et être le garant d'une cartographie juste, avec une mise à jour plus régulière. Les facultés de médecine doivent également proposer plus de stages en zone sous dotée afin de faire dédramatiser l'exercice aux étudiants, et le gouvernement doit se pencher sur l'allègement des charges administratives ainsi que sur la revalorisation des actes en zones sous dotées

Références

- (1) Hervé MAUREY et Jean-François LONGEOT. Rapport d'information n° 282 (2019-2020) fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, déposé le 29 janvier 2020.
- (2) Noémie Vergier, Hélène Chaput, Ingrid Lefebvre-Hoang. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les Dossiers de la DREES. Mai 2017, n°17
- (3) Marie Anguis, Maxime Bergeat, Jacques Pizarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Les Dossiers de la DREES. Mars 2021, n°76
- (4) JEDAT Vincent, DESNOUHES Alexandre, ANDRIEUX Marine *et al.*, « État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine », *Santé Publique*, 2022/2 (Vol. 34), p. 231-241
- (5) Assurance Maladie. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées. [En ligne].2023. [Consulté le 28/12/2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
- (6) Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le contrat d'engagement de service public (CESP). Le principe du CESP - [En ligne].2022. [Consulté le 28/12/2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
- (7) CNG. Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie. Campagnes 2011/2011 à 2020/2021. [En ligne].2022. [Consulté le 28/12/2023]. Disponible sur : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-07/Bilan_CESP2022_VFinale.pdf
- (8) Rousset Margot. Le CESP dans l'ouest, un moyen de lutte contre la désertification médicale ? Qui sont les signataires ? Quel avenir ? [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université de Rennes. 2019
- (9) Marie-Hélène Grassaud. Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au CESP. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université Toulouse. 2013
- (10) CAPALDI DUMONT Marion. Impact du contrat d'engagement du service public sur l'installation des jeunes médecins généralistes en France. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université de Lorraine. 2017

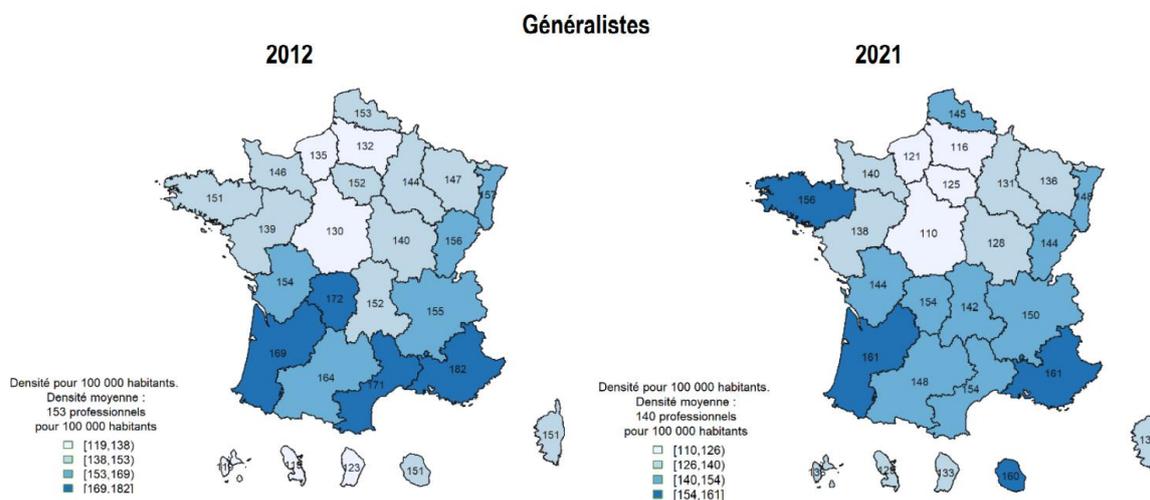
- (11) Audrey Phelipot. Quelle a été l'influence du « Contrat d'Engagement de Service Public » sur le choix de l'activité professionnelle de ses signataires ? Enquête nationale qualitative auprès de médecins signataires actuellement en exercice. [Thèse de Médecine Générale]. Université de Rennes. 2017.
- (12) Jonathan Bruaux. 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. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université de Nantes. 2017
- (13) L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation. [En ligne].2022. [Cité le 07/01/2024]. Disponible sur le site <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/lars-hauts-de-france-elargit-le-zonage-medecins-generalistes-et-etend-laces-aux-aides-0>
- (14) Jean-Pierre LEBEAU, Isabelle AUBIN-AUGER, Jean-Sébastien CADWALLADER, Julie GILLES DE LA LONDE, Matthieu LUSTMAN, Alain MERCIER et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global media santé ; 2021
- (15) ISNAR IMG. Résultats de l'enquête CESP de l'ISNAR-IMG de 2018. [En ligne]. 2019. [Consulté le 01/12/2023]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/190403-R%C3%A9sultats-de-lenqu%C3%AAt%C3%A9-CESP-de-lISNAR-IMG..pdf>
- (16) Ministère de la santé et de la prévention. Foire aux questions-médecine [En ligne] 2022 [consulté le 02/12/2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/la-foire-aux-questions-medecine>
- (17) CNOM. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés. [En ligne]. 2019. [Cité le 05/01/2024] Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAt%C3%A9-terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>
- (18) Cartosanté. [En ligne]. [Cité le 05/01/2024]. Disponible sur : <https://cartosante.atlasante.fr/>
- (19) ReZone. [En ligne]. [Cité le 05/01/2024]. Disponible sur : <https://rezonemed.ameli.fr/>
- (20) Ministre des solidarités et de la santé. Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
- Annexe1

- (21) PAPS Bretagne. Une bourse pour vos études grâce au CESP. [En ligne]. 2024. [Cité le 05/01/2024] Disponible sur : <https://www.bretagne.paps.sante.fr/une-bourse-pour-vos-etudes-grace-au-cesp-10>
- (22) Barthelemy Célia. Contrat d'engagement au service public : attentes d'accompagnement à l'installation des signataires lorrains. [Thèse de Médecine Générale]. Université de Lorraine. 2022
- (23) Lefebvre, Yann. Comparatif de l'activité des médecins généralistes entre zones normo et sous dotées du nord pas de calais. [Thèse de Médecine Générale]. Université de Lille. 2016
- (24) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- (25) Cabinet de M. François Braun. François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention, annonce 15 mesures pour réduire les tâches administratives des médecins et redonner du temps médical. [En ligne]. 08 février 2023 [cité le 05/01/2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/francois-braun-ministre-de-la-sante-et-de-la-prevention-annonce-15-mesures-pour>
- (26) Vachon B. Profil et motivations des signataires d'un contrat d'engagement de service public [Thèse de Médecine Générale]. Versailles. 2012.
- (27) SNIIRAM Assurance Maladie. Dynamique de démographie des médecins généralistes libéraux : nouvelles installations et cessations d'activité. [En ligne]. 2022. [Cité le 05/01/2024] Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/20231119_D%C3%A9mographie%20MG..pdf
- (28) CNG. Données sur les installations dans le cadre du dispositif CESP au 1^{er} septembre 2020. [En ligne]. 2020. [Cité le 05/01/2024] Disponible sur : <https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/Bilan%20installations%20CESP%202020.pdf>

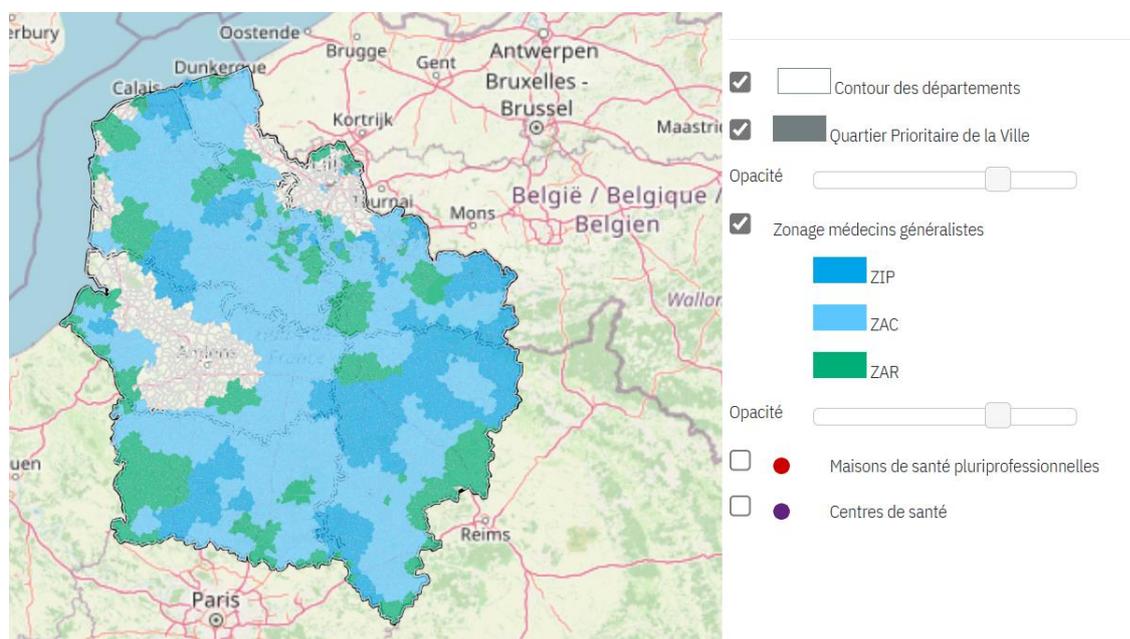
Annexe :

Annexe 1 : Densités régionales de médecins généralistes (anciennes régions), en 2012 et 2021

Source : DREES, mars 2021



Annexe 2 : Cartographie des zones sous dotée de la région des Hauts-de-France en 2022, disponible sur le site du PAPS des Hauts-de-France (13)



Annexe 3 : Recommandations COREQ

| Numéro | Item | Guide questions/description |
|---|--|--|
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1 | Enquêteur/animateur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? DUFOSSE Flora |
| 2 | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Interne de médecine générale puis médecin remplaçant |
| 3 | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Stage d'internat puis remplaçant en médecine générale |
| 4 | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Une femme |
| 5 | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Novice, formation via la lecture d'ouvrage et conseils du directeur de thèse |
| Relations avec les participants | | |
| 6 | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Oui pour deux participants et non pour les autres |
| 7 | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? objectif du projet de thèse pour un doctorat en médecine générale. L'entretien était pour un projet de thèse |
| 8 | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? L'enquêtrice réalisait les entretiens pour un projet de thèse. |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| Cadre théorique | | |
| 9 | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée |
| Sélection des participants | | |
| 10 | Échantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? Echantillonnage à participation volontaire |
| 11 | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? Informé par un mail envoyé par l'ARS avec mes coordonnées puis les volontaires me recontactaient soit par mail, soit par sms soit par appel téléphonique |
| 12 | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 13 participants |
| 13 | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? 1 participant n'a pas donné suite au message de relance pour se mettre d'accord sur le rendez-vous (aucune raison avancée) |
| Contexte | | |
| 14 | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? Dans le lieu souhaité par le participant (Cabinet) ou par visioconférence avec le logiciel de leur choix ou par téléphone |
| 15 | Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Non |
| 16 | Description de | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| | l'échantillon | Homme et femme âgés de 29 à 38 ans, ayant signé un CESP et exerçant dans la région des Hauts de France |
| Recueil des données | | |
| 17 | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Il existait un guide d'entretien semi-dirigé. Il n'y a pas de test au préalable |
| 18 | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? Non |
| 19 | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? Il existait un enregistrement audio uniquement. |
| 20 | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Les notes ont été prises pendant les entretiens individuels |
| 21 | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? 15min05 à 38min23 |
| 22 | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Jusqu'à suffisance des données |
| 23 | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| Analyse des données | | |
| 24 | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? 2 personnes |
| 25 | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Oui (clé USB) |
| 26 | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Déterminés à l'avance pour certains thèmes et d'autres ont été déterminés à partir des données |
| 27 | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Excel |
| 28 | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Non |
| Rédaction | | |
| 29 | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Oui des extraits de verbatim ont été utilisés, avec une identification anonyme de chacun. |
| 30 | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui |
| 31 | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui, mis en évidence par des titres |
| 32 | Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Oui |

Annexe 4 : mail envoyé aux potentiels participants

Bonjour,

Je suis interne en 6ème semestre de médecine générale et je réalise une thèse sur les CESP « *le CESP une réponse à la désertification médicale ? Enquête qualitative auprès des médecins généraliste signataires d'un CESP exerçant en Haut de France* » sous la supervision de mon directeur de thèse le Dr Ponchant Maurice.

Ma thèse a donc pour but de recueillir vos ressentis concernant votre CESP.

Je sollicite donc votre participation à un entretien semi dirigé d'environ 15-20 minutes au moment et au lieu qui vous conviendra le mieux.

Les résultats seront évidemment anonymisés lors de la retranscription. Je vous joins une fiche d'information.

Vous pouvez me contacter sur mon adresse mail ***** ou sur mon téléphone ***** si vous acceptez de participer pour qu'on convienne d'un rendez-vous.

Je vous remercie par avance.

Cordialement

DUFOSSE Flora

Interne de médecine générale de Lille

Annexe 5.1 : Guide d'entretien version 1

| | |
|---|--|
| Discours explicatifs de la thèse + consentement à demander pour l'enregistrement + anonymisation | La désertification médicale est un sujet au cœur du débat en ce moment : il y a énormément de zone sous dotée en France et beaucoup de mesures incitatives ont été mises en place. Le gouvernement est même en train de réfléchir à la mise en place de mesures coercitifs pour favoriser l'installation en zone sous dotée. J'ai donc voulu me concentrer sur une des mesures incitatives qui est le CESP. Mesure qui est une mesure mise en place depuis 2009, et que vous avez donc souscrit. Le but est donc de revoir avec les médecins qui ont souscrit au CESP ce qu'ils en ont pensés. Comment l'ont-ils vécu ? Ont-ils été satisfait du dispositif et est ce qu'il y a des choses à améliorer ou pas dans le futur. M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien ? Tout ce que vous me direz sera évidemment anonymiser. |
| Caractéristiques des médecins (plutôt quantitatif) | Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (âge, activité) Pouvez-vous décrire votre activité professionnelle ? (Mode exercice, ville, structure) En quelle année avez-vous signé le CESP ? Ou avez-vous réalisé vos études ? |
| Moyen de connaissance du CESP | Comment avez-vous connu le CESP ? Par quels moyens ? |

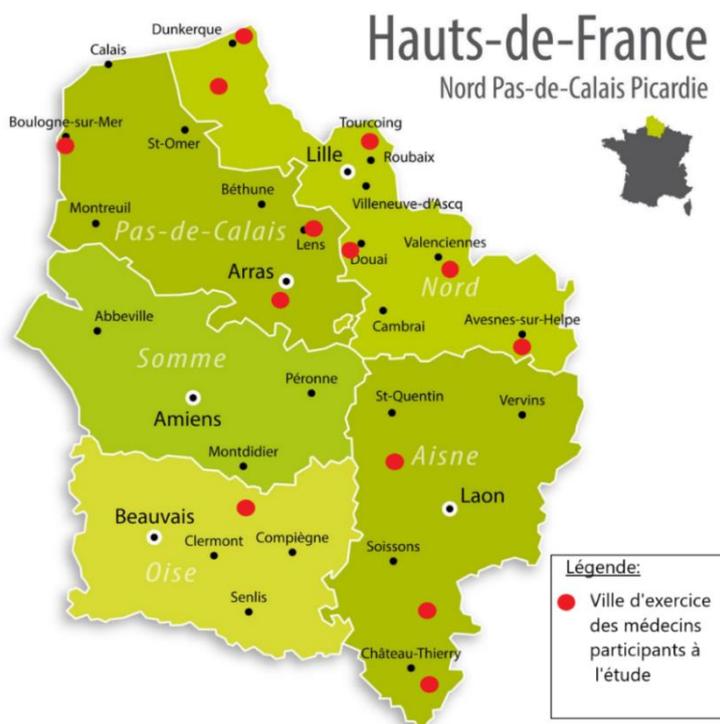
| | |
|--|--|
| Motivations à la signature | <p>Qu'est-ce qui vous a incité à signer/adhérer au CESP ?</p> <p>Quelles sont les raisons qui vous ont poussés à signer le CESP ?</p> |
| Avis sur le CESP | <p>En quoi votre aide financière a pu impacter votre vie étudiante ?</p> <p>En quoi l'aide financière a pu impacter votre vie personnelle ? vie professionnelle ?</p> <p>En quoi le CESP a-t-il influencé votre projet professionnel ?</p> |
| | <p>Quels sont les avantages du CESP ? Qu'avez-vous apprécié avec le CESP ?</p> |
| | <p>Quelles sont les contraintes du CESP ?</p> <p>Quels ont été les freins au CESP ?</p> <p>Quelles sont les obstacles que vous avez rencontrés ?</p> <p>Et si c'était à refaire ? Quel a été votre avis global sur votre expérience ?</p> |
| | |
| Pistes d'amélioration possibles du CESP | <p>Selon Vous, que pourrait on améliorer dans le CESP ?</p> <p>Qu'est ce qui pourrait favoriser l'adhésion au CESP ?</p> <p>Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le CESP ?</p> |
| Utilité du CESP pour la lutte contre les déserts médicaux | <p>Que pensez-vous du CESP concernant la lutte contre les déserts médicaux ? Pensez-vous que le CESP est un bon dispositif pour lutter contre les déserts médicaux ?</p> <p>Sur quoi peut-on miser pour lutter contre les déserts médicaux ?</p> |

Annexe 5.2 : Guide d'entretien version 2

| | |
|---|---|
| Discours explicatifs de la thèse + consentement à demander pour l'enregistrement + anonymisation | <p>La désertification médicale est un sujet au cœur du débat en ce moment : il y a énormément de zone sous dotée en France et beaucoup de mesures incitatives ont été mises en place. Le gouvernement est même en train de réfléchir à la mise en place de mesures coercitifs pour favoriser l'installation en zone sous dotée. J'ai donc voulu me concentrer sur une des mesures incitatives qui est le CESP. Mesure qui est une mesure mise en place depuis 2009, et que vous avez donc souscrit. Le but est donc de revoir avec les médecins qui ont souscrit au CESP ce qu'ils en ont pensés. Comment l'ont-ils vécu ? Ont-ils été satisfait du dispositif et est ce qu'il y a des choses à améliorer ou pas dans le futur.</p> <p>M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien ? Tout ce que vous me direz sera évidemment anonymiser.</p> |
| Caractéristiques des médecins (plutôt quantitatif) | <p>Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (âge, activité)</p> <p>Pouvez-vous décrire votre activité professionnelle ? (Mode exercice, ville, structure)</p> <p>En quelle année avez-vous signé le CESP ?</p> <p>Ou avez-vous réalisé vos études ?</p> |
| Moyen de connaissance du CESP | <p>Comment avez-vous connu le CESP ? Par quels moyens ?</p> |
| Motivations à la signature + Freins | <p>Qu'est-ce qui vous a incité à signer/adhérer au CESP ?</p> <p>Quelles sont les raisons qui vous ont poussés à signer le CESP ?</p> <p>Qu'est ce qui a pu vous freiner de signer ?</p> |

| | |
|--|---|
| Activité actuelle | Que pensez-vous de votre activité en zone sous dotée ? Êtes-vous satisfait de votre activité ? |
| Avis sur le CESP | En quoi votre aide financière a pu impacter votre vie étudiante ? En quoi l'aide financière a pu impacter votre vie personnelle ? vie professionnelle ? En quoi le CESP a-t-il influencé votre projet professionnel ? |
| | Quels sont les avantages du CESP ? Qu'avez-vous apprécié avec le CESP ? |
| | Quelles sont les contraintes du CESP ? Quels ont été les freins au CESP ? Quelles sont les obstacles que vous avez rencontrés ? Et si c'était à refaire ? Quel a été votre avis global sur votre expérience ? |
| | |
| Accompagnement et suivi par l'ARS | Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement promis dans le CESP ? Quels ont été les moyens de communications avec l'ARS ? |
| Pistes d'amélioration possibles du CESP | Selon Vous, que pourrait-on améliorer dans le CESP ? Qu'est ce qui pourrait favoriser l'adhésion au CESP ? Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le CESP ? |
| Utilité du CESP pour la lutte contre les déserts médicaux | Que pensez-vous du CESP concernant la lutte contre les déserts médicaux ? Pensez-vous que le CESP est un bon dispositif pour lutter contre les déserts médicaux ? Sur quoi peut-on miser pour lutter contre les déserts médicaux ? |

Annexe 6 : Carte de la répartition des participants



AUTEURE : Nom : DUFOSSE

Prénom : Flora

Date de soutenance : 04/04/2024

Titre de la thèse : CESP : une réponse à la désertification médicale ? Enquête qualitative auprès de médecins généralistes signataires exerçant dans la région des Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : CESP- désertification médicale- retour d'expérience- mesure incitative

Résumé : Pour répondre à la désertification médicale, le gouvernement a créé en 2009 le CESP qui permet aux étudiants de recevoir une allocation en échange d'un exercice en zone sous dotée une fois leurs études finies. L'objectif de cette étude était de recueillir le vécu des signataires d'un CESP exerçant dans les Hauts-de-France afin de déterminer ce qu'ils en avaient pensé et déterminer les axes d'améliorations potentiels. Une étude qualitative par entretien semi dirigé avec analyse par théorisation ancrée a été menée auprès de 13 signataires d'un CESP exerçant dans la région des Hauts-de-France. Le CESP est une expérience globalement satisfaisante pour les signataires. D'une part, la rémunération attribuée pendant leurs études leur a permis d'acquérir une indépendance financière et d'autre part, leur exercice en zone sous dotée est apprécié malgré la charge de travail plus conséquente. Ils ont cependant pointé du doigt certains aspects du dispositif : la cartographie non adaptée à la réalité du terrain, non actualisée et ne prenant pas en compte les possibilités immobilières, un manque d'information et de clarté apporté sur le contrat amenant à de fausses croyances (tel que l'obligation d'installation), et enfin un accompagnement variable d'un signataire à un autre et ayant déçu une partie des signataires. L'efficacité du dispositif est remise en cause par les signataires, d'autant que le CESP n'a pas joué son rôle de mesure incitative, en attirant principalement des étudiants ayant déjà un projet professionnel d'exercice en zone sous dotée. Mais en l'absence d'alternative, les signataires ont proposé des axes d'améliorations pour le CESP afin d'augmenter son nombre d'adhérent : apporter un vrai accompagnement personnalisé et régulier par l'ARS à tous les signataires, envisager une gestion plus transparente et plus souple de la cartographie, détailler de façon plus précise le contrat, et dédramatiser l'exercice en zone sous dotée en proposant des stages, en facilitant l'installation et en revalorisant les actes.

Composition du Jury :

Président : Professeur RICHARD Florence

Assesseur : Docteur GOMBERT Andrée

Directeur de thèse : Docteur PONCHANT Maurice