



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-Médecine

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les déterminants expliquant la poursuite ou le changement du lieu
d'installation du médecin généraliste ayant souscrit un CESP à la
fin de son engagement dans la région des Hauts-de-France, une
étude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 22 mai 2025 à 18 heures
Au Pôle Formation
Par Sophie Maton

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence Richard

Assesseur :

Madame le Docteur Sophie Augros

Directeur de Thèse :

Madame le Professeur Anita Tilly

Avertissement

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

Liste des sigles

ARS	Agence Régionale de Santé
CAPSO	Communauté d'Agglomération du Pays de Saint-Omer
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS	Communauté Professionnelles Territoriales de Santé
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
MG	Médecin(s) Généraliste(s)
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Table des matières

Résumé	p. 6
Introduction	p. 7
Matériels et Méthodes	p. 9
1. Type d'étude	p. 9
2. Participants	p. 9
3. Recueil des données	p. 9
4. Analyse des données	p. 10
5. Aspects éthiques et réglementaires	p. 10
6. Grille de qualité	p. 10
Résultats	p. 11
1. Caractéristiques des MG interrogés	p. 11
2. Vécu du CESP	p. 12
3. Fondations du choix du lieu d'installation	p. 13
4. Regard du MG sur sa patientèle	p. 13
5. Satisfaction de l'exercice professionnel choisi	p. 14
6. Quête d'un équilibre entre vie professionnelle et personnelle	p. 15
7. Difficultés d'exercice en zone sous-dotée	p. 16
8. Stratégies adoptées face aux difficultés rencontrées	p. 17
9. Perspectives d'avenir	p. 18
10. Facteurs pour promouvoir l'installation en zone sous-dotée	p. 19
11. Schéma de modélisation	p. 21
Discussion	p. 22
1. Résultats principaux	p. 22
a. Déterminants liés aux fondations du choix du lieu d'installation et au cadre de vie	p. 22

b. Déterminants liés aux conditions d'exercice et à l'épanouissement professionnel	p. 22
c. Réaction des MG	p. 23
d. Suivi postinstallation des signataires du CESP	p. 24
2. Comparaison à la littérature	p. 24
3. Forces et limites	p. 25
4. Perspectives	p. 25
Conclusion	p. 27
Références bibliographiques	p. 28
Annexes	p. 30

Résumé

Introduction : Face à l'inégale répartition géographique des médecins, le ministère de la Santé a mis en place le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP). 14 ans après la création du CESP, ses signataires ayant terminé leur engagement se sont-ils maintenus dans leur lieu d'installation en zone sous-dotée ?

Objectif : Aboutir aux déterminants qui expliquent la poursuite ou le changement du lieu d'installation du médecin généraliste ayant souscrit un CESP.

Méthode : Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée réalisée entre novembre 2023 et décembre 2024. Des entretiens individuels compréhensifs auprès de huit médecins généralistes ayant terminé ou terminant un CESP dans les Hauts-de-France ont été enregistrés, retranscrits, codés par deux chercheurs.

Résultats : Les déterminants identifiés dépendent d'éléments en lien avec le vécu du CESP, les fondations du choix du lieu d'installation, le regard du médecin généraliste sur sa patientèle, la satisfaction de l'exercice professionnel choisi, la quête d'un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, les difficultés d'exercice en zone sous-dotée, les stratégies adoptées face aux difficultés rencontrées.

Conclusion : La décision de rester ou de partir de son lieu d'installation en zone sous-dotée dépend de déterminants multiples et ne se résume pas au fait d'exercer en zone sous-dotée. Ces déterminants sont liés aux éléments fondateurs du choix du lieu d'installation, au cadre de vie, aux conditions de travail et à l'épanouissement professionnel. Aucun médecin généraliste interrogé n'a quitté l'exercice en zone sous-dotée. La perte de sa capacité de résilience et la perspective d'un avenir professionnel incertain sont génératrices de réflexion sur un possible départ du lieu d'installation pour un autre type d'activité, un autre mode d'exercice ou une zone mieux dotée.

Mots-clés : zone déficitaire en médecins, médecin générale, ARS, mesures incitatives.

Introduction

La problématique de la démographie médicale et de l'accès aux soins primaires est un sujet d'actualité partagée par de nombreux pays européens.⁽¹⁾ Différents dispositifs sont mis en place tels que Impulseo en Belgique.⁽²⁾

Depuis 2010, la proportion des spécialistes médecins généralistes (MG) parmi les médecins en activité régulière baisse : 47 % en 2010 par rapport à 42 % en 2023 sur les 197 417 médecins en activité régulière.⁽³⁾ **[Annexe 1]**

Au 1^{er} janvier 2023, le tableau de l'Ordre des médecins recense 82 058 MG, tous modes d'exercice et en activité régulière, soit une baisse de 12 % depuis 2010.⁽⁴⁾ **[Annexe 2]**

Face à l'inégale répartition géographique des médecins, les pouvoirs publics ont défini depuis 2005 des zones sous-dotées pour y déployer des mesures permettant d'attirer et de maintenir ces professionnels de santé.⁽⁵⁾

Entre 9 et 12 % de la population française vit aujourd'hui dans un désert médical, soit entre 6 et 8 millions de personnes.⁽⁶⁾

Dans son rapport de 2019 ⁽⁷⁾, le D^r Augros a effectué l'évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. Ce rapport présente l'ensemble des aides proposées. Ces aides incitatives s'articulent sur 3 niveaux : les aides conventionnelles (avantages pécuniaires), les aides de l'État (garanties de revenus) et les aides des collectivités locales (bourses d'études).

Parmi l'ensemble des aides de l'État, le ministère de la Santé a mis en place le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), avec l'objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée.⁽⁸⁾

Le CESP a été créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Il a été, dans un premier temps, exclusivement proposé aux étudiants et internes en médecine, puis a été étendu aux étudiants en odontologie. Le signataire du CESP s'engage à exercer son

activité de soins dans un ou plusieurs lieux d'exercice spécifiques proposés par les Agences Régionales de Santé (ARS) dans des zones où la continuité des soins fait défaut, pour une durée égale à celle pendant laquelle lui aura été versée l'allocation. Le CESP est proposé depuis la rentrée 2010-2011 aux étudiants et aux internes en médecine. Le nombre cumulé de CESP offerts en médecine entre les campagnes 2010-2011 et 2019-2020 s'établit à 4 794. Au 31 décembre 2020, parmi les 1 468 internes de médecine, 1 274 ont choisi la médecine générale, soit 86,8 %.⁽⁹⁾

Les déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au CESP ont été étudiés en 2013 par Marie Hélène Grassaud. Ces déterminants retrouvés sont liés à la qualité de l'environnement personnel et professionnel avec la présence de services publics et sanitaires de proximité. Elle pose la question dans sa discussion « Les signataires du CESP se maintiendront-ils dans leur lieu d'engagement ? »⁽¹⁰⁾

Au 1^{er} septembre 2020, 14 MG ayant souscrit un CESP étaient libérés de leur engagement dans les Hauts-de-France.⁽¹¹⁾

14 ans après la création du CESP, les MG ayant honoré leur contrat sont-ils restés dans leur lieu d'engagement ? Le contrat permet-il une installation pérenne de médecins en zones déclarées déficitaires ?

Quel est le ressenti des MG des Hauts-de-France depuis leur installation et ayant terminé leur engagement d'un CESP ?

Y a-t-il un suivi par l'ARS postinstallation ?

L'objectif de ce travail est d'aboutir aux déterminants qui expliquent la poursuite ou le changement du lieu d'installation du MG. Les données issues de la thèse seront transmises à l'ARS dans le but d'améliorer le dispositif.

Matériels et Méthodes

1. Type d'étude

Cette étude qualitative s'est appuyée sur une approche inspirée de la théorisation ancrée.

2. Participants

La population étudiée était constituée de MG installés dans les Hauts-de-France et terminant ou ayant terminé leur engagement d'un CESP.

Au moins 75 % de l'engagement devait être effectué afin d'augmenter le nombre de MG pouvant être recrutés. Le recrutement des participants s'est effectué sur la base d'un intermédiaire, l'ARS des Hauts-de-France, à partir d'un e-mail présentant la recherche et transmis aux MG concernés [**Annexe 3**] et par le système boule de neige.

3. Recueil des données

Des entretiens compréhensifs ont été menés en présentiel par la doctorante sur le lieu de travail du MG. Le guide d'entretien, dont la rédaction était exigée pour la déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), est disponible en [**Annexe 4**]. Celui-ci a évolué avec les entretiens et il commençait par une question ouverte : « Racontez-moi ce qui vous a amené à souscrire un CESP ». Les entretiens ont été enregistrés par un enregistreur vocal sur l'ordinateur de la doctorante et sur son téléphone (ASUS X509J[®] et OnePlus Nord2[®]) et une prise de notes en direct permettait de répertorier le langage non verbal. Le respect des règles d'anonymat était rappelé en début d'entretien. À l'issue de chaque entretien, une retranscription intégrale anonymisée était effectuée sur GoogleDocs[®] par la doctorante. Le code d'anonymisation était créé par ordre croissant suivant la chronologie des entretiens, en utilisant la lettre M (pour « médecin ») suivie du numéro correspondant à l'entretien (premier entretien : M1 ; deuxième entretien : M2, etc.). Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants concernés. La fin du recueil a été déterminée par la saturation théorique des données, caractérisée par l'absence de l'identification de nouveaux thèmes

confirmés par deux entretiens.

4. Analyse des données

L'analyse était inductive, à l'aide d'une approche inspirée de la théorisation ancrée. La doctorante a travaillé à partir de l'ouvrage *Initiation à la recherche qualitative en santé*, rédigé sous la direction de J.-P. Lebeau.⁽¹²⁾ Le codage des verbatims était effectué sur GoogleDocs®. Pour chaque entretien, l'identification des thèmes émergents était réalisée de manière indépendante par la doctorante et un autre chercheur (Stéphane Baudoux, docteur en MG), permettant la triangulation de l'analyse. La doctorante se chargeait ensuite d'identifier les thèmes principaux et de rechercher leurs connexions, avant de passer à l'analyse de l'entretien suivant. Le repérage des thèmes récurrents entre les différents entretiens a permis l'identification des concepts supérieurs **[Annexe 5 et 6]** à l'origine de la modélisation finale.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants donnaient leur consentement oral en début d'entretien. Ils étaient informés de leur droit de rétractation à tout moment jusqu'à l'anonymisation des données. Après retranscription anonymisée, les enregistrements audio étaient stockés sur un espace de disque dur chiffré (Kingston SSD Ironkey Vault Privacy®). Ils ont été conservés jusqu'à l'édition d'un article avant d'être supprimés. Cette étude incluait uniquement des professionnels de santé et n'explorait que leurs pratiques professionnelles ; elle était donc hors Loi Jardé et l'avis du comité d'éthique du CNGE n'était pas indispensable **[Annexe 7]**. Une demande a été enregistrée auprès de la CNIL sous le n° 2022-298 le 22/11/2022 **[Annexe 8]**.

6. Grille de qualité

Afin de garantir la qualité scientifique de ce travail qualitatif, une grille d'analyse « COREQ » a été utilisée **[Annexe 9]**.⁽¹³⁾

Résultats

Huit entretiens se sont déroulés du 28 novembre 2023 au 16 décembre 2024 (tableau). La durée des entretiens était comprise entre 25 et 43 minutes (avec une moyenne de 34 minutes). Après les six premiers entretiens, la saturation théorique des données a été atteinte et les deux derniers ont permis de le confirmer.

1. Caractéristiques des MG interrogés

Les MG interrogés étaient de jeunes médecins entre 34 et 40 ans, tous en couple, avec un ou deux enfants sauf pour un médecin. Six MG avaient terminé leur engagement du CESP et deux terminaient leur engagement. Tous les MG exerçaient dans une zone dite sous-dotée au moment de leur engagement. Un MG s'était installé immédiatement après la fin de son Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale. Quatre MG étaient restés sur leur premier lieu d'installation après 2 mois à 2 ans de remplacement. Un MG avait quitté un cabinet de groupe pour intégrer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et un autre MG avait quitté un cabinet de groupe pour un exercice seul transitoire en attendant l'intégration dans une MSP.

Tableau - Caractéristiques des MG interrogés.

Participants	Sexe	Âge (ans)	Situation familiale	Durée du CESP (années)	Statut CESP	Mode d'exercice	Durée d'entretien (minutes)
M1	Masculin	35	Marié, sans enfant	6	Terminé	Groupe	32
M2	Féminin	35	Pacsée, 2 enfants	4	Terminé	Groupe	25
M3	Masculin	35	Marié, 2 enfants	7	1 an à rendre	Groupe	35
M4	Féminin	35	Mariée, 1 enfant	6	Terminé	Seule	32
M5	Masculin	34	Marié, 2 enfants	8	2 ans à rendre	Groupe	43
M6	Masculin	36	Marié, 2 enfants	6	Terminé	Groupe	33
M7	Masculin	36	Marié, 2 enfants	6	Terminé	Seul	39
M8	Masculin	40	Marié, 2 enfants	5	Terminé	Seul	32

2. Vécu du CESP

Des MG interrogés étaient satisfaits de leur souscription au CESP. Ce dernier était facile à obtenir et pouvait motiver à s'installer en zone sous-dotée. Il permettait une levée de l'obstacle relatif à l'indépendance financière pendant les études : « *J'avais arrêté mon job étudiant parce que c'était pas forcément compatible avec la vie des études de médecine [...] la proposition financière pendant les études a fait que ça m'a motivé.* » (M1)

L'accompagnement de l'ARS pendant les études était selon eux soit suffisant soit insuffisant.

Les MG interrogés mettaient en évidence des incohérences à propos du zonage. Ces incohérences étaient génératrices d'inquiétude et d'incertitude : « *La carte avait changé mais on ne les avait pas prévenus, des gens qui avaient prévu des installations [...] on leur a appris, ben, qu'ils ne pourraient pas le faire, qu'ils pouvaient pas s'installer là alors que tout était prévu.* » (M1) Les MG exprimaient comme essentiel d'avoir des garanties pour un projet d'installation.

Des MG interrogés considéraient l'ARS comme assez souple avec l'obtention d'une possible dérogation : « *Comme il y a plein de médecins à l'hôpital, c'est considéré comme si ce n'était pas sous-doté. Mais toutes les villes autour l'étaient donc ça m'a permis d'avoir une dérogation en zone sous-dotée.* » (M1)

Les MG interrogés percevaient ce dispositif comme une aubaine, car ils avaient déjà initialement le projet de s'installer en zone sous-dotée : « *On me proposait de me verser de l'argent pour faire ce que j'avais déjà prévu de faire.* » (M5)

Pour les premiers souscripteurs du contrat, ils avaient un ressenti d'expérimentateur étant les premiers à le signer : « *C'était l'incertitude [...] on signait un contrat qui était assez vide et au niveau juridique assez léger.* » (M3) Ce sentiment était pourvoyeur de craintes devant l'inconnu.

Des MG interrogés ressentait un sentiment d'abandon après l'installation avec une absence de suivi de l'ARS en postinstallation : « *On m'avait dit qu'on reviendrait vers moi à la fin du CESP [...] ça n'a pas été fait du tout.* » (M2)

Ce suivi était décrit comme pouvant être utile afin de recueillir leurs difficultés et d'améliorer le dispositif : « *J'aurais bien aimé au moins un entretien [...] pour savoir comment ça s'était passé, pour avoir un retour, pour justement les générations en cours et futures [...] que ça serve.* » (M4)

3. Fondations du choix du lieu d'installation

Des MG interrogés décrivaient leur choix de lieu d'installation comme une absence de sacrifice. Ils ressentaient une liberté de choix devant l'étendue des zones sous-dotées : « *J'ai pu vraiment choisir quasiment tout le département pour m'installer [...] c'était la liberté, d'une certaine manière, de m'installer quand même où je le voulais.* » (M4)

Des MG interrogés ressentaient leur exercice comme étant égal peu importe le territoire : « *J'ai fait quelques remplacements dans des zones qui étaient considérées comme sur-dotées, j'ai pas forcément vu la différence.* » (M1)

Le choix du lieu était une décision prise en couple : « *On a regardé à deux sur la carte, on a dit ouais c'est bon, ça nous plaît et puis voilà.* » (M3)

Les MG interrogés ressentaient le besoin de garder leurs repères en s'installant dans un territoire qu'ils connaissaient : « *[...] mon programme de base, c'était de devenir médecin généraliste et de me réinstaller là d'où je venais.* » (M5)

Les MG interrogés appréciaient leur cadre de vie : « *C'est vraiment le cadre de vie tranquille et pépère.* » (M5)

Des MG interrogés s'étaient sentis accompagnés par l'ARS au moment de leur installation : « *J'avais ce suivi avec l'ARS au début [...] c'était un peu rassurant aussi de savoir que j'étais pas seule [...] c'était un peu stressant, mais voilà je savais que j'étais quand même encadrée.* » (M4)

D'autres MG interrogés avaient ressenti une pression de l'ARS pour l'installation. Cette pression était décrite comme génératrice d'une précipitation du choix du lieu d'installation : « *Au départ, j'étais partie plutôt pour m'installer sur ce genre de projet là (MSP). Et bon au final, comme ça n'avancait pas et que l'ARS me mettait un peu la pression pour m'installer, je me suis installée avec ma collègue actuelle.* » (M2)

Des MG interrogés ressentaient un sentiment d'avoir été dupés par l'ARS : « *[...] je le ferais un peu différemment, je ne dis pas que je ne m'engagerais pas parce que c'était intéressant [...] je demanderais aussi plus [...] d'assurance écrite etc., sur les accords qui avaient été mis en place.* » (M2)

4. Regard du MG sur sa patientèle

Des MG interrogés avaient le sentiment d'être utiles en répondant à un réel besoin des patients en s'installant en zone sous-dotée : « *Je suis arrivée et j'étais un peu [...] attendue comme le messie.* » (M4)

Des MG interrogés appréciaient leurs patients : « *Je pense vraiment qu'on a des patients bienveillants.* » (M4)

Selon eux, les patients leur correspondaient : « *Je trouve que ma patientèle me ressemble maintenant.* » (M1)

Ils avaient le sentiment de s'être investis dans l'éducation de leur patientèle : « *On les éduque sur ce qui est urgent, pas urgent [...], ils savent quand est-ce qu'il faut vraiment embêter la secrétaire ou pas.* » (M1)

Des MG interrogés percevaient une meilleure reconnaissance de leur statut de médecin dans les zones sous-dotées avec un sentiment d'obtenir plus de respect : « *On est reconnu à notre valeur, on est respectés.* » (M5)

Des MG interrogés ressentaient des difficultés à faire face à des patients décrits comme étant de plus en plus exigeants : « *[...], c'est "Amazon Prime", c'est "Medical Prime" maintenant, ils veulent tout, tout de suite.* » (M7) Ils percevaient un sentiment de servir d'exutoire aux patients face aux difficultés d'accès aux soins : « *[...] ils le savent que c'est compliqué d'avoir l'accès aux soins. Donc, ils le savent et pourtant, ils nous le font..., pas payer, je n'irai pas jusqu'à payer, pas à ce point-là. Mais oui, ils nous font part de leur, de leur impatience, de leur irritabilité.* » (M2)

5. Satisfaction de l'exercice professionnel choisi

Des MG interrogés exprimaient leur satisfaction à exercer en cabinet de groupe ou en MSP. Ils percevaient l'exercice en groupe comme un outil de progression grâce aux échanges de pratique : « *Ça permet d'échanger sur des cas, sur des conseils de prise en charge et disons des petits groupes d'échanges de pratiques.* » (M1)

Le travail en collaboration avec des paramédicaux était perçu comme un atout : « *Moi, mon infirmière ASALEE [...] ça me fait gagner du temps, tous les patients diabétiques, on les voit en alternance une fois sur deux.* » (M1)

Ils ressentaient une motivation générée par le groupe et une meilleure ambiance de travail : « *L'équipe est très motivée [...] y a vraiment plutôt une bonne ambiance.* » (M3)

Selon eux, le travail en groupe permettait d'obtenir un équilibre de vie plus facilement avec une plus grande aisance à s'organiser, une répartition et une délégation des tâches : « *Je me suis dit que l'objectif c'était de développer la MSP [...] attirer de nouveaux médecins pour avoir moins de pression, être plus tranquille sur l'avenir, répartir les rôles.* » (M3)

Le travail en groupe permettait de poser plus facilement un cadre : « *On a un fonctionnement de cabinet de groupe ici où on a tous le même discours et donc c'est plus facile de dire non.* » (M1)

D'autres MG interrogés exprimaient leur satisfaction à exercer seul. Ils ressentait un sentiment de liberté dans leur exercice. Ils expliquaient avoir peur d'être bloqués ou contraints par un exercice en groupe : « *Je me sens libre, j'ai pas de compte à rendre.* » (M4)

Des MG interrogés ressentait comme essentiel de développer le bien-être au travail en s'octroyant des temps de détente afin de se déconnecter du travail. Ce bien-être était également obtenu grâce à des locaux de qualité et à la présence d'un secrétariat physique : « *Le secrétariat aussi physique, je pense que ça c'est quelque chose d'indispensable parce que finalement la secrétaire elle finit par connaître les patients.* » (M1)

6. Quête d'un équilibre entre vie professionnelle et personnelle

Des MG interrogés avaient le sentiment d'avoir atteint un équilibre de vie entre leur exercice professionnel et leur vie personnelle : « *J'ai une vie de famille, je pense que je gère bien les deux, que je suis présent pour mes enfants, que je ne suis pas tout le temps en train de travailler.* » (M5)

Ils expliquaient avoir obtenu cet équilibre avec la mise place et l'acceptation de limites dans leur exercice. Ces limites permettaient d'apporter des soins de qualité aux patients et de se libérer du temps pour se ressourcer : « *Je l'accepte [...] parce que je sais que je ne peux pas dépasser un certain seuil [...] pour mon équilibre personnel, familial et [...] pour bien soigner les patients.* » (M4)

Ces limites étaient établies en nombre de patients, en nombre de consultations par jour, en périmètre de visite à domicile, en activités professionnelles extérieures au cabinet : « *J'ai dû faire un choix, j'ai arrêté de travailler à l'EHPAD.* » (M4)

Ils décrivaient ce cadre comme étant nécessaire pour limiter le risque de burn out : « *Dans le canton voisin [...] y avait un jeune médecin [...] ça a dérapé tout doucement, jusqu'à ce qu'il explose, jusqu'à ce qu'il arrête [...] son exercice.* » (M3)

Des MG interrogés avaient le sentiment d'être contraint de déborder du cadre qu'ils avaient établi : « *On ressent des demandes qui explosent [...] et on prend à chaque arrêt un peu les plus urgents.* » (M5)

Des MG interrogés ressentaient un sentiment de culpabilité du fait d'être contraints d'établir ces limites et du fait de prendre des congés : *« Je parlais donc régulièrement sans remplaçant et bon toujours cette histoire de culpabilité qui revient un petit peu, de laisser à la fois les gens sans médecin mais surtout de répartir la charge sur les collègues. »* (M5)

Des MG interrogés envisageaient de changer d'exercice dans le but d'atteindre un équilibre de vie : *« Après la PMI, ça pourrait être intéressant [...] ça reste, soyons honnêtes, des horaires, bon, voilà, relativement légers. »* (M2)

7. Difficultés d'exercice en zone sous-dotée

Les MG interrogés étaient inquiets de l'aggravation de la désertification médicale. Ils observaient un déséquilibre important entre les installations et le nombre de départs de MG : *« [...] depuis que je me suis installé en 2018, on a dû avoir 2 installations pour 5-6 départs. »* (M5)

Ils observaient davantage de difficultés à adresser leurs patients aux autres spécialistes : *« [...] avec le temps on est devenus sous-dotés en beaucoup trop de choses. Notamment, la pneumologie, notamment l'ORL, notamment la dermatologie où ça devient très compliqué, même la gastro. »* (M6)

Les MG interrogés ressentaient un sentiment d'être un régulateur de l'urgence en réalisant davantage de tri des demandes d'avis aux autres spécialistes : *« Là on est en train de devenir un, plus un régulateur de l'urgence que réellement à soigner tout le monde. »* (M6)

Des MG interrogés observaient davantage de situations d'abandon de soin : *« Ce qui peut arriver régulièrement, c'est plus l'abandon des soins. »* (M5)

Des MG interrogés expliquaient devoir faire davantage de visites à domicile sur un périmètre plus important : *« [...] Je fais 2 matinées de visites par semaine, et ça ne fait que monter [...] je ne vois pas trop d'autres solutions pour ces gens que d'y aller quand même. »* (M5)

Des MG interrogés décrivaient des prises en soin plus lentes avec pour conséquence plus de consultations au cabinet et des arrêts de travail plus longs : *« On voit souvent des patients revenir et revenir pour les mêmes symptômes en attendant d'avoir le résultat d'un examen ou d'un avis spécialisé. Puis bon, on voit aussi que les arrêts de travail s'allongent quoi. Et là pour le coup, on a la pression de la sécu. »* (M2)

Ils expliquaient être contraints de devoir adresser leurs patients sur un périmètre de soin plus important : « *On leur fait faire de la route sur des situations, sur des personnes très fragiles donc on dégrade un peu leur prise en charge.* » (M6)

Des MG interrogées observaient un pool de médecins remplaçants plus limité en zone sous-dotée : « *Le vivier est plus limité.* » (M5)

Des MG interrogés expliquaient que leurs difficultés d'exercice en zone sous-dotée étaient génératrices de sentiment d'impuissance ou de mal travailler : « *On voit bien qu'on est impuissants sur certaines pathologies quoi, et qu'on a aucune possibilité à leur proposer en plus.* » (M2)

Ces difficultés énoncées étaient intriquées avec celles de la profession de médecin généraliste indépendamment du lieu d'installation. Il était pointé une progression de la désertification médicale sur tout le territoire national, la dévalorisation de la profession, le poids des responsabilités et la lourdeur administrative ainsi qu'un sentiment de devoir se démener.

8. Stratégies adoptées face aux difficultés rencontrées

Des MG interrogés utilisaient la téléexpertise comme outil pour faire face aux difficultés d'accès aux autres spécialistes. L'outil était décrit comme efficace mais chronophage : « *Les téléexpertises, c'est vraiment bien pour tout ce qui est dermato, avis de médecine interne, [...] de l'hémato également [...] je trouve que c'est super bien pour palier un petit peu à ce problème là.* » (M5)

Des MG interrogés se formaient à l'utilisation de matériel tel que la spirométrie pour augmenter leurs compétences et diminuer leur adressage aux autres spécialistes : « *Là où avant on les envoyait systématiquement voir le pneumologue, maintenant, on leur fait leur spirométrie nous-mêmes, on fait le suivi et on n'envoie que vraiment si on est en difficulté.* » (M6)

D'autres MG continuaient à appeler directement leur confrère quand leur réseau leur permettait : « *Je trouve que ça marche encore plutôt sur mon secteur de prendre le téléphone et d'appeler. Je le réserve vraiment à des cas importants, graves, et urgents.* » (M5)

Des MG interrogés expliquaient que la CPTS leur permettait une réflexion de groupe sur des problématiques de territoire et leur apportait une aide : « *On fait partie d'une CPTS ici, où on réfléchit à des solutions pour trouver une possibilité pour les gens très fragiles.* » (M5)

Des MG interrogés jugeaient la création de MSP comme la solution pour rendre attractive les zones sous-dotées : « [...] *actuellement, pour un jeune, ne pas s'installer en MSP [...] c'est presque une erreur [...]. Moi, au départ, j'étais pas forcément un grand convaincu, maintenant, je le suis [...] je pense que c'est le seul chemin à suivre.* » (M3)

Des MG interrogés percevaient les communautés d'agglomération comme d'une grande aide dans leur projet d'installation : « *Dans le cadre du montage de la maison de santé, j'étais en contact avec la CAPSO donc j'avais eu, j'avais aussi ce levier-là que j'ai pu actionner, qui est un levier de proximité pour le coup.* » (M6)

Des MG interrogés expliquaient que l'accueil d'internes SASPAS permettait d'améliorer leur pratique et de mieux absorber la charge de travail en leur dégageant du temps de soin : « *J'aime bien aussi ce que les SASPAS apportent [...] y a un échange [...] qui permet une bonne prise en charge des patients.* » (M5) « *C'est beaucoup plus facile de gérer toutes les demandes avec un SASPAS [...] tout ce qui déborde de la journée.* » (M5)

9. Perspectives d'avenir

Des MG interrogés se projetaient dans l'avenir sur leur lieu d'exercice. Ils exprimaient s'être investis dans leur projet puis leur exercice professionnel. Tout cet investissement était décrit comme un frein à partir : « *Tout ce qu'on a construit ici, les murs, l'organisation, les collègues qu'on connaît, la patientèle que je connais et que j'aime bien [...] Repartir à zéro de tout, je pense que c'est aussi un peu difficile.* » (M1)

Des MG interrogés avaient participé à la création de MSP qui était perçue comme une réussite et une motivation à poursuivre son exercice : « [...] *on a du résultat comme ici, vous voyez 12 paramédicaux et 8 médecins. On apporte vraiment quelque chose aux gens.* » (M3)

Des MG interrogés ressentaient une incertitude de poursuite d'exercice face à une perspective d'avenir incertain : « *Là on est quand même un peu dévalorisés depuis quelques années. Je ne sais pas exactement pourquoi mais un peu de partout, autant au niveau financier qu'au niveau tâches qu'on doit faire, qu'au niveau reconnaissance [...] je ferai le point à 50 ans pour voir ce que je fais [...] je pense, si on continue sur la même pente, ça ne sent pas bon. Je ferai autre chose.* » (M3)

Ils ressentait une peur pour le futur face à l'accumulation des difficultés liées à leur exercice en zone sous-dotée et les contraintes de leur profession : « Si on ne peut plus faire soigner les gens qui en ont vraiment besoin. Je ne suis pas sûr d'arriver à le supporter. Je pense que ça peut me faire changer, de changer de fonction. » (M6)

Des MG interrogés préféraient leur exercice de remplaçant à celui de MG installé : « J'aimais bien mon activité de remplaçant parce que justement, ça, ça changeait. On n'était pas toujours au même endroit, on voyait pas toujours les mêmes patients, on n'avait pas la charge forcément administrative complète qu'on a aujourd'hui, les problèmes de logiciel à gérer et puis la comptabilité. » (M2)

10. Facteurs pour promouvoir l'installation en zones sous-dotées

La découverte du territoire et l'expérience du terrain par le stage pouvaient être un vecteur d'installation et d'augmentation du pool de remplaçants sur le territoire sous-doté : « Je pense que le fait d'avoir des étudiants [...] est forcément un vecteur de futurs remplaçants puis d'installation si les gens s'y plaisent. » (M5)

Des MG interrogés ressentait comme indispensable la réalisation de la maîtrise de stage et l'amélioration des conditions d'accueil des internes : « [...] Inciter les médecins installés sur le secteur à se former pour pouvoir être maître de stage, je pense que c'est quelque chose de vraiment important pour pouvoir recruter. » (M6)

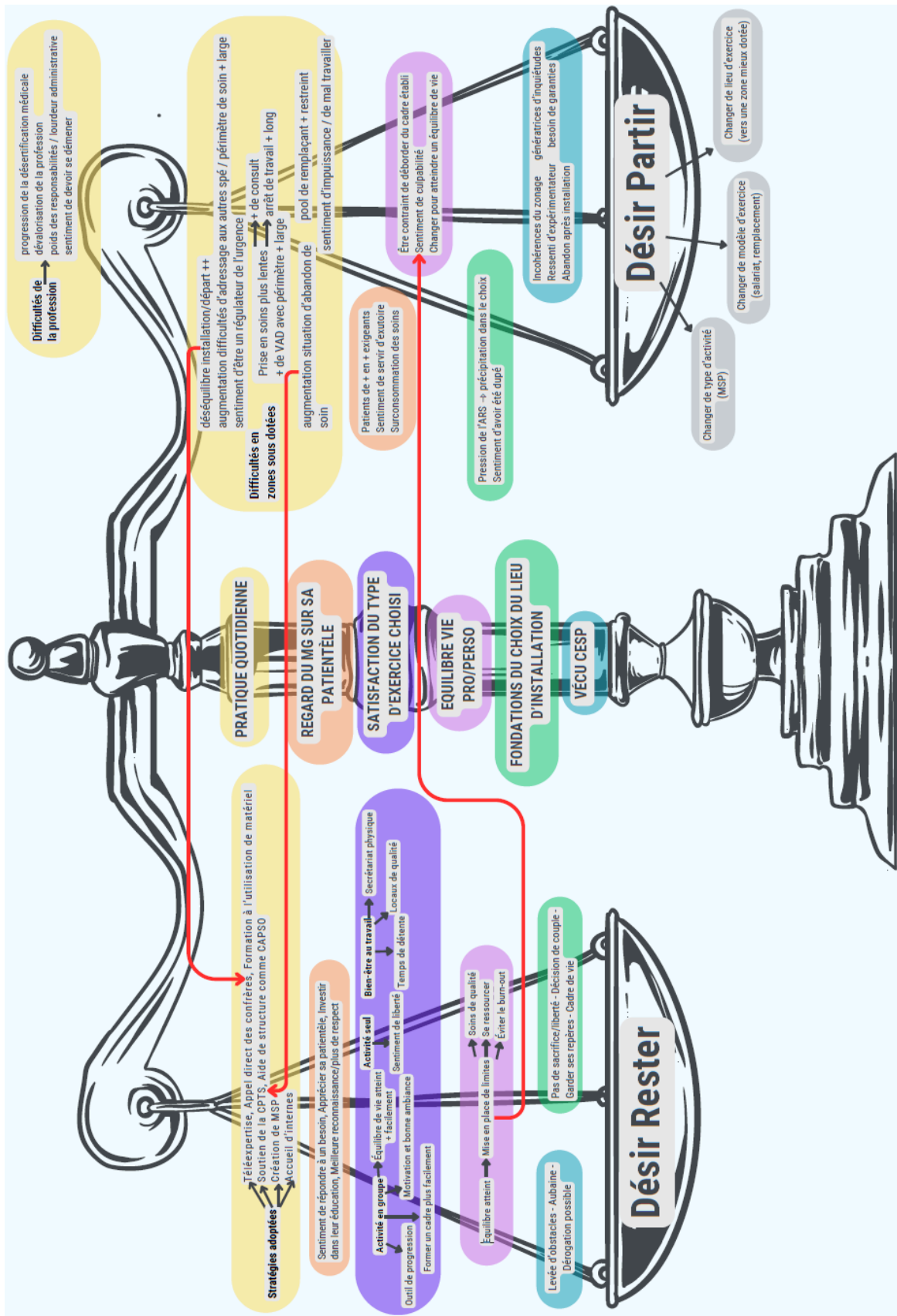
Des MG interrogés percevaient les méthodes coercitives comme inefficaces : « C'est compliqué, de forcer les gens à s'installer à un endroit, ça ne marchera jamais vraiment je pense. » (M5)

Le territoire sous-doté semblait avoir un fort potentiel de développement, notamment de création de MSP, structure pouvant attirer les jeunes MG motivés par le travail en groupe : « Y a du potentiel de développement [...] la MSP c'est un peu la concrétisation de ça [...] Et du coup, c'est aussi ça qui me motivait, c'était que, je savais qu'un jour j'allais être porteur de projet pour une MSP et ben ici tout est possible. » (M3)

Les aides financières et abattements fiscaux étaient des arguments supplémentaires mais insuffisants seuls : « Le canton voisin, c'est une zone de revitalisation rurale et y a des gros abattements d'impôts [...] et c'est ce qui a fait venir les médecins. » (M3)

Une amélioration de la collaboration ville-hôpital permettrait d'améliorer la pratique quotidienne du médecin : « *La relation ville-hôpital, ça reste quelque chose d'assez important. Savoir qu'on peut compter sur eux et vice versa, je pense que c'est important pour tout le monde même si on ne le fait pas assez.* » (M6)

11. Schéma de modélisation



Discussion

1. Résultats principaux

Les MG interrogés étaient de jeunes médecins entre 34 et 40 ans, tous en couple, avec enfants sauf pour un médecin. À la fin de leur engagement d'un CESP, l'ensemble des MG interrogés était resté en zone sous-dotée. Six MG sur les huit interrogés étaient restés sur leur premier lieu d'installation. Un MG avait quitté un cabinet de groupe pour intégrer une MSP et un autre MG avait quitté un cabinet de groupe pour un exercice seul transitoire en attendant l'intégration dans une MSP. La décision de rester ou de partir de son lieu d'installation semblait dépendre de différents déterminants. Parmi ces déterminants, on retrouvait ceux liés au choix du lieu d'installation et au cadre de vie et ceux liés aux conditions de travail.

a. Déterminants liés aux fondations du choix du lieu d'installation et au cadre de vie

Le vécu du CESP et les éléments fondateurs du choix du lieu d'installation étaient à la racine de cette décision. Le CESP était un dispositif perçu comme une aubaine pour des MG originaires ou non des zones sous-dotées et qui avaient initialement le désir de s'installer dans ces territoires. Les MG ne le vivaient pas comme un sacrifice. Le choix du lieu d'installation était une décision prise en couple. Il ne s'agissait pas uniquement d'un projet professionnel mais d'un projet de vie avec un environnement connu et décrit comme très agréable.

Le sentiment d'une pression mise par l'ARS pour l'installation pouvait précipiter le choix du lieu d'installation pouvant générer une frustration et un désir de quitter son exercice.

b. Déterminants liés aux conditions d'exercice et à l'épanouissement professionnel

Les MG étaient en quête constante d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Ils tentaient de cadrer leur activité avec la mise en place de limites, au prix pour certains d'un sentiment de culpabilité. Les MG étaient parfois contraints de

déborder du cadre établi face à des demandes croissantes. Un équilibre de vie non atteint pouvait être une raison participant au choix de quitter le lieu d'exercice actuel. Le type d'exercice, qu'il soit en groupe ou en cabinet individuel, était un choix personnel. Un désir de changer de type d'exercice pouvait être un motif de quitter le lieu d'exercice.

Le regard que le MG portait sur sa patientèle était un autre facteur. Le MG pouvait se sentir utile en répondant à un besoin avec des patients décrits comme respectueux et reconnaissants. Il pouvait aussi ressentir un sentiment de servir d'exutoire avec des patients plus exigeants, voulant tout, tout de suite.

La dégradation du système de soin était ressentie comme plus importante sur le territoire sous-doté avec un nombre insuffisant de médecins généralistes. Les MG décrivaient un accès aux autres spécialités plus complexe, responsable d'un allongement du temps des prises en soin des patients et d'un sentiment d'être devenu un régulateur de l'urgence. Ils observaient une augmentation des situations d'abandon de soins et pouvaient ressentir un sentiment d'impasse. Les MG ressentaient des difficultés à se faire remplacer face à un pool de remplaçants plus restreint.

Ces difficultés du territoire sous-doté s'ajoutaient aux difficultés propres à la profession de MG telles que la dévalorisation de la profession, le poids des responsabilités et la lourdeur administrative.

c. Réaction des MG

Pour faire face aux difficultés rencontrées, les MG avaient adopté des stratégies comprenant l'utilisation de la téléexpertise et la formation à l'utilisation de matériels (tels que la spirométrie, l'ECG ou la dermoscopie). La création de MSP semblait être stimulante et un investissement pour l'avenir pour certains MG.

S'investir dans l'accueil des internes permettait de faire découvrir le terrain mais aussi de créer un vivier pour de futurs remplaçants et de futures installations en zone sous-dotée.

Les MG qui étaient dans la perspective de quitter leur lieu d'installation avaient dépassé cette capacité de résilience et ressentaient une insatisfaction dans leur exercice au quotidien. Ils envisageaient un changement de type d'activité (préférence pour l'activité de remplaçant ou exercice salarié en PMI), de mode d'exercice (vers une MSP) ou de lieu d'exercice (vers une zone mieux dotée).

d. Suivi postinstallation des signataires du CESP

L'accompagnement de l'ARS en postinstallation était inexistant. Des MG soulignaient l'importance de mettre en place un suivi postinstallation pour recueillir les difficultés des MG après leur installation afin d'améliorer le dispositif.

2. Comparaison à la littérature

Le Dr Augros avait souligné, dans son rapport sur l'évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, que les déterminants de l'installation des jeunes médecins ne se résumaient pas à des considérations financières.⁽⁷⁾ Le désir de conserver ses attaches antérieures étaient mis en avant (lieu de naissance, de vie, d'études, de stage, etc.) ainsi que la qualité et le cadre de vie, un projet professionnel collectif et les possibilités d'emploi du conjoint.

Ce travail sur les déterminants au fait de rester ou de partir du lieu d'installation retrouvait des éléments similaires avec le besoin de garder ses repères avec une vie professionnelle et personnelle construite autour d'un environnement connu, l'obtention d'un équilibre entre la vie personnelle et professionnelle, un investissement dans un projet professionnel collectif.

Une enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) sur les difficultés et l'adaptation des MG face à l'offre de soins locale était menée entre 2018 et 2019 auprès de 3 076 MG.⁽¹⁴⁾ 7 médecins sur 10 jugeaient que l'offre de MG était insuffisante sur leur territoire. 8 médecins sur 10 déclaraient des difficultés de prise en charge de leurs patients. Plus de 3 généralistes sur 4 avaient du mal à adresser leurs patients aux autres spécialistes. Parmi les MG qui se plaçaient dans la perspective d'une baisse de l'offre de soins sur leur territoire (79 %), certains envisageaient de changer d'activité professionnelle ou de s'installer sur un autre territoire, ces proportions étant plus élevées pour les MG exerçant en zone sous-dense.

Les difficultés ressenties par les MG interrogés dans ce travail ainsi que leurs perspectives d'avenir se superposaient à celle de l'enquête de la DREES. Elles n'étaient cependant pas propres à l'exercice en zone sous-dotée. Ce ressenti semblait néanmoins perçu dans une proportion plus importante pour les MG exerçant dans des zones sous-dotées.

3. Forces et limites

D'après la recherche bibliographique réalisée sur la thématique du CESP, aucune étude antérieure n'avait exploré les déterminants du maintien ou non du MG ayant souscrit un CESP à la fin de son engagement.

La doctorante avait rencontré des difficultés à obtenir une sélection des MG concernés par la thèse, l'e-mail envoyé par l'ARS était adressé à tous les MG ayant souscrit un CESP et non ceux terminant ou ayant terminé leur contrat.

Pour maximiser les chances de recrutement, la doctorante avait élargi la population ciblée en intégrant des MG ayant effectué au moins 75 % de l'engagement.

L'échantillon était homogène, composé de participants jeunes médecins avec une situation familiale similaire.

Concernant la méthode, le codage en double aveugle et la triangulation des données ont permis d'augmenter la fiabilité de l'analyse et la validité de l'étude. La grille internationale COREQ a été utilisée comme ligne directrice dans la rédaction de ce travail. Un journal de bord était tenu par la chercheuse tout au long de l'étude, un extrait est présenté en **[Annexe 10]**. Initialement, la doctorante pensait réaliser au moins 10 entretiens mais au final 8 avaient été réalisés du fait d'une saturation théorique des données obtenue dès 6 entretiens sans nouveau codage.

Le déplacement de la doctorante au cabinet de chacun des MG permettait de limiter la déperdition d'information par la visioconférence. Un entretien était réalisé en présence des enfants du MG perturbant le déroulé de l'entretien et générant des difficultés de concentration de la doctorante et du MG et une possible perte d'information.

La doctorante ne connaissait pas les médecins interrogés, ceci permettait d'obtenir une expression libre.

L'étude s'intéressait aux MG ayant souscrit un CESP dans la région des Hauts-de-France. Les résultats ne pouvaient être généralisés au territoire national.

4. Perspectives

Les fondations du choix du lieu d'installation étaient un des déterminants permettant une installation plus ou moins pérenne. L'actualité semblerait se diriger vers des mesures de régulation des installations de plus en plus coercitives. Cependant, un assouplissement des règles permettant aux souscripteurs d'un CESP de rendre leur

année d'engagement par une période d'activité de remplaçant permettrait-il de diminuer un sentiment de pression et de prise de décision précipitée ?

Les participants à cette étude étaient de jeunes médecins généralistes. Ils exprimaient la perspective d'un avenir professionnel incertain. Ils pouvaient envisager de quitter leur lieu d'installation pour changer de type d'activité, de mode d'exercice ou de lieu d'installation. Leur carrière professionnelle ne semblait pas se diriger vers une carrière unique.

Y a-t-il des différences générationnelles de perspectives de carrière professionnelle entre les MG ? Un nouveau modèle de carrière du MG se dessine-t-il ?

Le D^r Anne-Laure Lenoir, de l'université de Louvain, a mené une analyse thématique dans le but d'identifier les déterminants des choix ayant influencé la trajectoire de carrière professionnelle des diplômés de médecine générale en Belgique francophone.⁽¹⁵⁾ Six trajectoires de carrières de MG ont été identifiées : stables, réaffirmées, de changement réactionnel, de changement inspiré, de changement par loyauté et les trajectoires mobiles. Des ajustements majeurs étaient parfois nécessaires pour rester dans la pratique. Lorsque les ajustements étaient impossibles, les MG quittaient l'exercice. Des aspirations professionnelles évolutives pouvaient conduire à des départs souhaités.

Une étude similaire sur le territoire français permettrait une meilleure compréhension des trajectoires de carrières des MG français.

Après avoir identifié leur besoin, proposer des actions de soutien aux MG se trouvant dans les trajectoires impliquant des ajustements majeurs pour continuer à pratiquer permettrait-il d'éviter des départs ?

Conclusion

La décision de rester ou de partir de son lieu d'installation en zone sous-dotée dépend de déterminants multiples et ne se résume pas au fait d'exercer en zone sous-dotée. Ces déterminants sont liés aux fondations du choix du lieu d'installation, au cadre de vie, aux conditions de travail et à l'épanouissement professionnel. Aucun médecin généraliste interrogé n'a quitté l'exercice en zone sous-dotée. La perte de sa capacité de résilience et la perspective d'un avenir professionnel incertain sont génératrices de réflexion sur un possible départ du lieu d'installation pour un autre type d'activité, un autre mode d'exercice ou une zone mieux dotée.

Références bibliographiques

1. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premier recours en Europe : Éléments de présentation. *Rev Fr Aff Soc.* 2006;(2):121-39.
2. Wallonie Familles Santé Handicap AVIQ [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Impulseo, le Fonds d'impulsion de la médecine générale. Disponible sur: <https://www.aviq.be/fr/impulseo>
3. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2023. *Cons Natl Ordre Médecins.* 1 janv 2023;137.
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs _ cartes, données et graphiques.pdf.
5. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V. Accessibilité aux médecins généralistes en France, Les méandres de la construction des zones sous-dotées. In: Représenter les territoires [Internet]. Rouen, France: Collège international des sciences territoriales (CIST); 2018 [cité 13 juin 2022]. p. 101-6. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01854414>
6. 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 [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-2821.pdf>
7. Rapport du Dr Sophie AUGROS, Déléguée nationale à l'accès aux soins. Septembre 2019 [Internet]. [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf
8. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. 2024 [cité 11 mars 2025]. Le contrat d'engagement de service public - CESP. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-t-de-service-public-cesp/>
9. Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière. Données sur les CESP conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie, campagnes 2010/2011 à 2019/2020 [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/2021_CESP_Etude.pdf
10. Grassaud MH. Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement de service public [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales de Rangueil; 2013.
11. Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière. Données sur les installations dans le cadre du dispositif CESP au 1er septembre 2020 [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/Bilan%20installations%20CESP%202020.pdf>

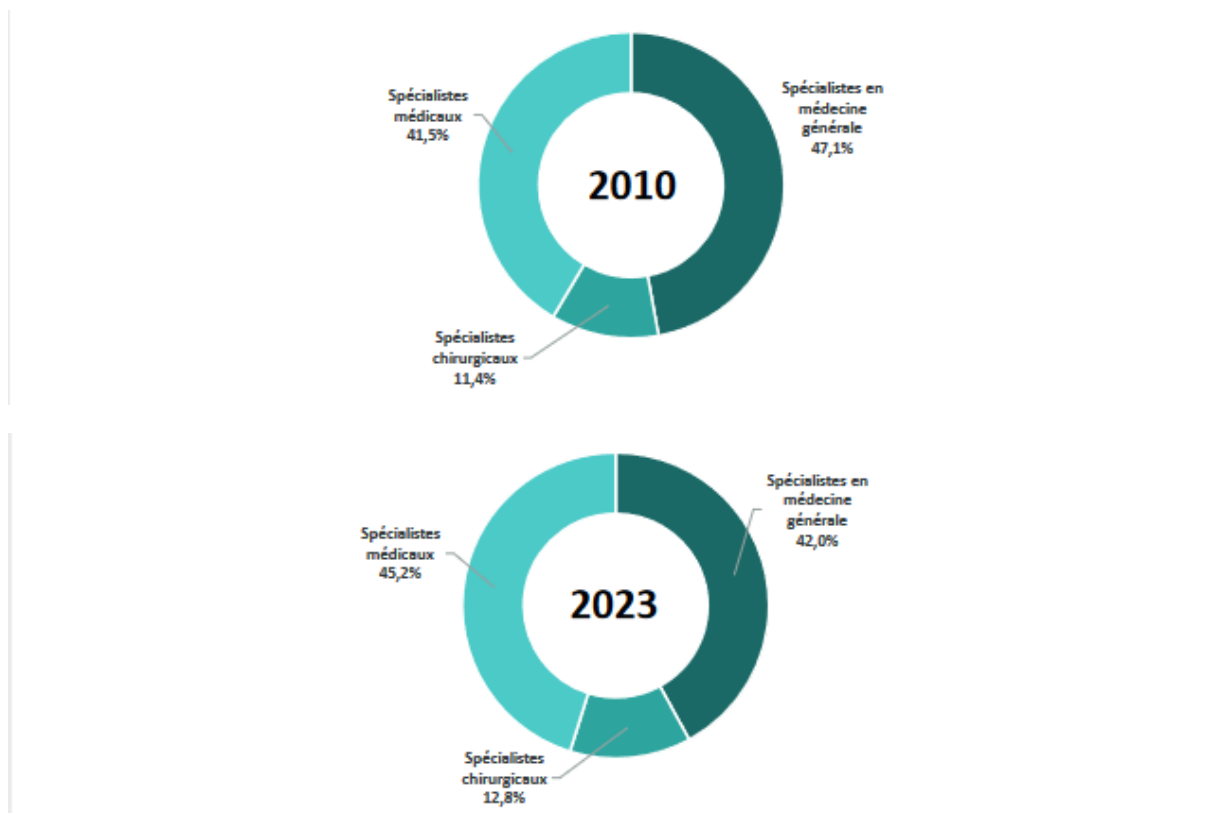
12. Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone, Lebeau Jean-Pierre, Aubin-Auger Isabelle médecin, Cadwallader Jean-Sébastien, Gilles de la Londe Julie, Lustman Matthieu, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud: Global média santé; 2021. 192 p.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
14. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locales. Études et Résultats. Janvier 2020. Numéro 1140 [Internet]. [cité 23 mars 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
15. Peltier A, Girard P. Exploration des trajectoires des carrières des diplômés en médecine générale. *Exercer*. 1 janv 2024;35(199):25-7.

Annexes

Annexe 1

Figure 13 de l'Atlas de la démographie médicale

Répartition des médecins en activité régulière selon les groupes de spécialités en 2010 et 2023



Annexe 2

Cartographie interactive de la démographie médicale

Conseil National de l'Ordre des Médecins

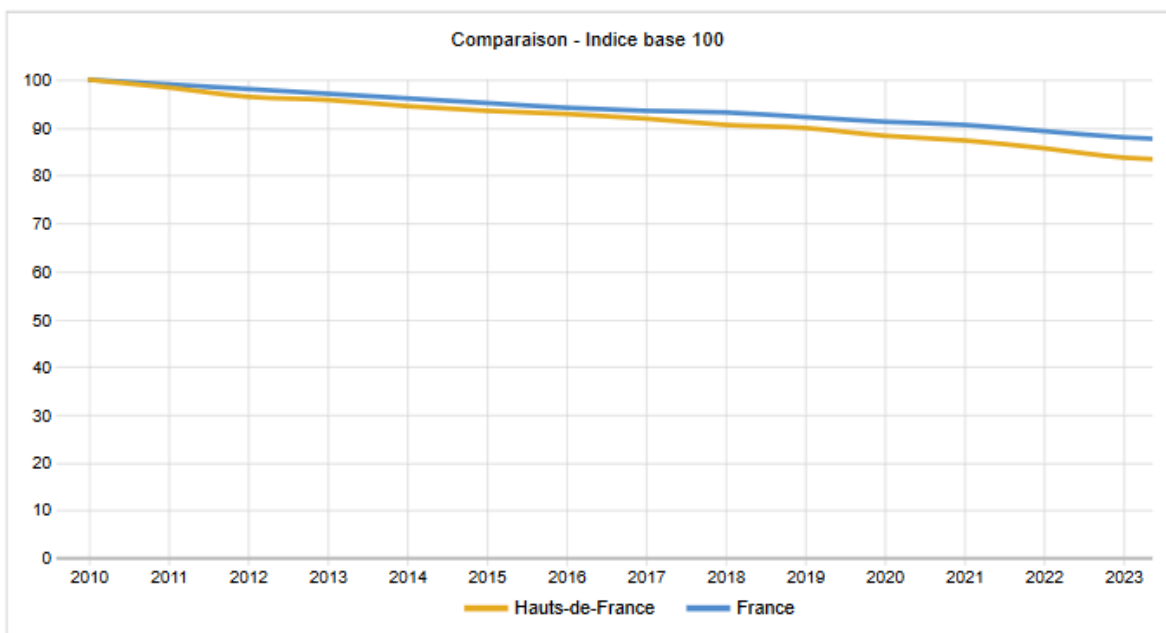
Effectifs des médecins généralistes, tous modes d'exercice, en activité régulière

Chiffres-clés 2023

France : 82 058
Nombre

Hauts-de-France :
7 017 Nombre

Graphiques et comparaisons



Documentation détaillée

Source : CNOM

Niveaux géos : Commune 2019, Bassin de vie 2012, EPCI 2019, Département 2019, Région 2019

Étendue(s) : France

Périodes : 2010...2024

Annexe 3

E-mail de présentation de la recherche et diffusé par l'ARS

Bonjour,

Je suis Sophie Maton, interne en médecine générale.

J'effectue une thèse sous la forme d'une recherche qualitative sur la thématique du CESP.

Pour cela, je recherche des médecins généralistes installés et qui terminent ou qui ont terminé leur engagement d'un CESP.

Si vous êtes dans cette situation, j'ai grandement besoin de votre participation pour aboutir à la réalisation de mon travail de recherche. Je vous serai donc très reconnaissante de me contacter afin de pouvoir convenir d'un rendez-vous.

Cordialement

Sophie Maton

Interne de médecine générale

Annexe 4

Guide d'entretien

MATON Sophie
Interne en médecine générale
Faculté de médecine de Lille

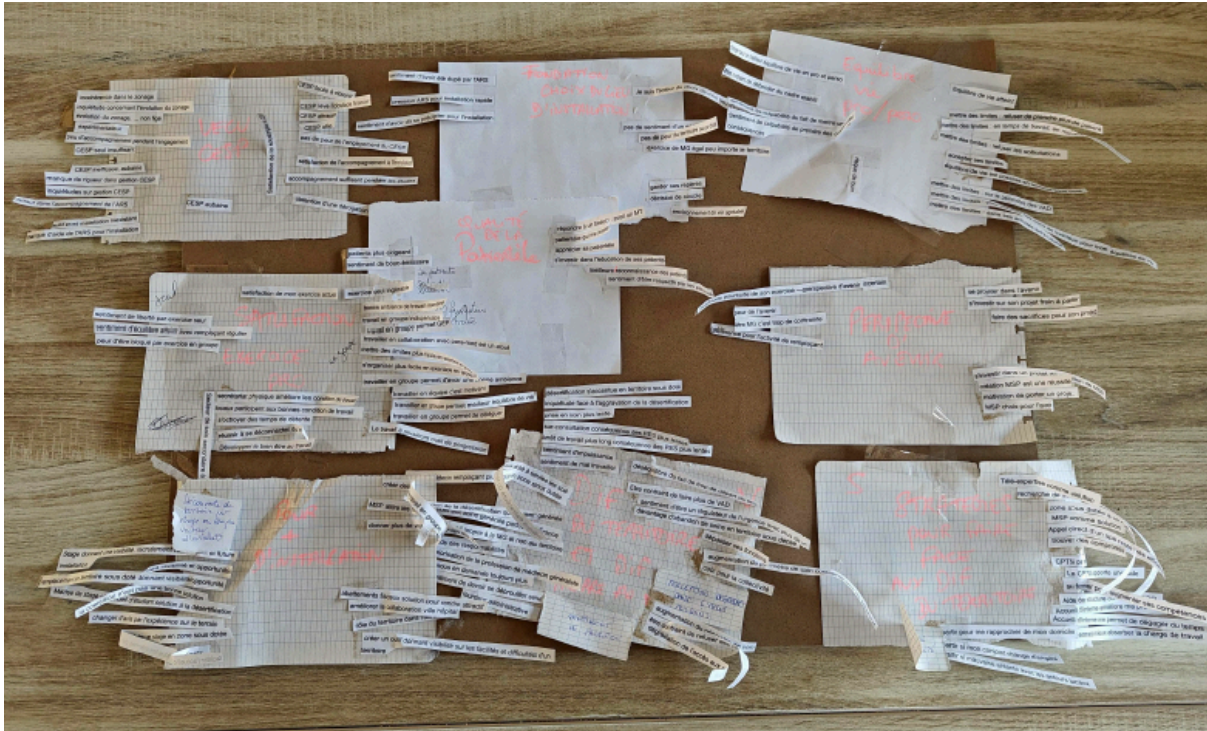
Question de recherche : "Quel est le ressenti des médecins généralistes des Hauts de France depuis leur installation et ayant terminé leur engagement d'un CESP?"

CANEVAS d'entretien

- Racontez moi ce qui vous a amené à souscrire un CESP
- Quels sont les éléments positifs de votre exercice en zone sous dotée ?
- Quelles sont les difficultés de votre exercice en zone sous dotée ?
- Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par l'ARS durant votre engagement ?
- Quels sont les éléments ayant participé à votre décision de rester en zone sous dotée ?
- Quels sont les éléments ayant participé à votre décision de quitter la zone sous dotée dans laquelle vous exercez ou avez exercé ?
- Comment imaginez-vous votre exercice dans les prochaines années ?
- D'après vous, quelles seraient les modifications à apporter au dispositif CESP pour améliorer le maintien des médecins dans les territoires sous dotés ?

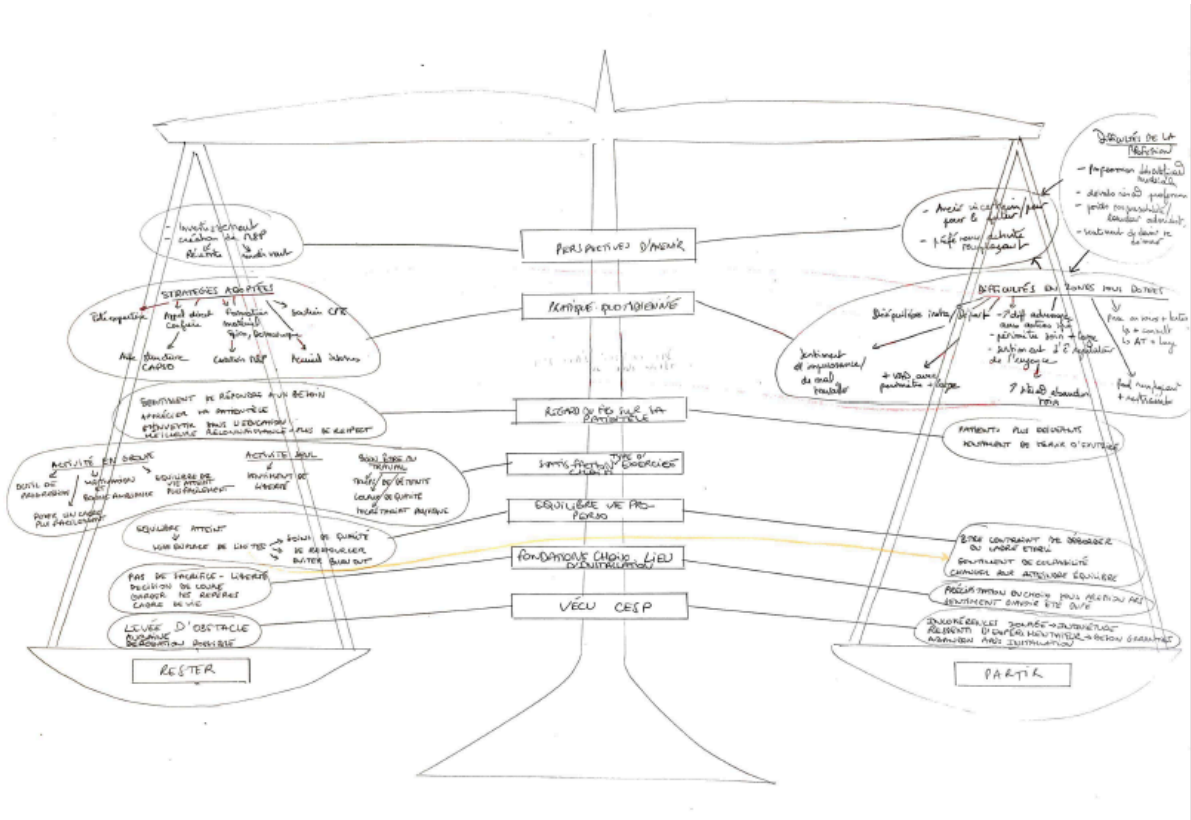
Annexe 5

Photo du tableau des grands concepts



Annexe 6

Brouillon du schéma de modélisation avec grands concepts



Annexe 7

E-mail de réponse du CNGE



RE: Demande d'avis du comité d'éthique du CNGE concernant ma thèse

26 Janvier 2023 11:11

Expéditeur : M. PERONNET

À: Sophie Maton

Bonjour,

Le comité d'éthique a émis un avis défavorable à la réalisation du projet « Les déterminants expliquant la poursuite ou le changement du lieu d'installation du MG ayant souscrit un CESP à la fin de son engagement dans la région des Hauts de France, une étude qualitative ».

Le document transmis est une fiche de thèse et non d'un protocole d'étude ce qui rend l'analyse approfondie du dossier impossible.

Toutefois s'agissant d'une enquête de pratiques professionnelles, l'avis éthique n'est pas indispensable

Vous en souhaitant bonne réception,
Cordialement
Marilyn PERONNET
Comité éthique CNGE

Annexe 8

Demande enregistrée auprès de la CNIL



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Les déterminants expliquant la poursuite ou le changement du lieu d'installation du médecin généraliste ayant souscrit un CESP à la fin de son engagement dans la région des Hauts de France, une étude qualitative.
Référence Registre DPO : 2022-298
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Sophie MATON

Fait à Lille,

Le 22 novembre 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 9

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) ? MATON Sophie
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 ? Formation via enseignement proposée à la faculté Henri Warembourg, via la lecture d'ouvrages 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 ? Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Les informations transmises via e-mail adressé à l'ARS
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 ? Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participants		
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Échantillonnage à participation volontaire
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Informés par un e-mail envoyé par l'ARS avec mes coordonnées puis les volontaires me contactaient par e-mail puis par effet boule de neige
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 8 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? 1 refus de participation faute de temps disponible pour me recevoir
Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Dans le cabinet médical de chacun des participants
15	Présence de	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Oui,

	non-participants	pour 1 entretien : les 2 enfants de 3 et 5 ans du participant
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Hommes et femmes âgés de 34 à 40 ans, ayant signé et terminé ou terminant 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 y a eu un entretien test au préalable avec un MG volontaire ayant souscrit un CESP
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 n'existait qu'un enregistrement audio
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) ? Des notes ont été prises pendant les entretiens individuels pour relever le langage non-verbal
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Entre 25 et 43 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? 10 entretiens étaient envisagés, mais saturation atteinte après 6 entretiens et confirmée par 2 entretiens supplémentaires
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, disponible en annexe de la thèse
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Google docs
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 10

Extrait du journal de bord

01/12/2022

RDV avec Anita

Ma demande à la CNIL a été validée, j'attends la réponse du comité d'éthique du CNGE (Anita va relancer Pr Messaidi pour ma fiche de thèse)

Triangulation des données avec [REDACTED] / sujet de thèse : [REDACTED].

11/02/2022

J'ai eu une réponse du comité d'éthique du CNGE, finalement comme il s'agit d'une enquête de pratiques professionnelles, l'avis éthique n'est pas indispensable.

J'ai essayé à plusieurs reprises de contacter [REDACTED], mais aucune réponse.

Je cherche toujours un co-interne pour ma triangulation des données.

J'ai RDV avec le [REDACTED] le 23/02 à 14h à son cabinet pour tester mon questionnaire d'entretien.

Je vais envoyer mon mail à l'ARS pour diffuser mon mail de demande d'entretien avec les MG ciblés par ma thèse.

16/03/2023

RDV avec Anita.

Je suis toujours à la recherche d'un cochercheur. J'ai laissé une annonce sur le groupe de la FAC, pas de réponse pour le moment.

J'ai envoyé mon mail à l'ARS, j'espère avoir des réponses rapidement.

J'ai discuté avec Anita de mon 1er entretien pour tester mon questionnaire, je me suis rendue compte que je ne laissais pas suffisamment le MT s'exprimer, je devais relancer davantage. J'ai laissé ma curiosité prendre le dessus pour certaines questions au lieu de me recentrer sur le sujet. Et enfin, mon entretien était trop court mais probablement aussi du fait que l'interlocuteur n'était pas en fin d'engagement.

Je dois aussi faire les étiquettes de l'entretien test pour m'exercer et l'envoyer à Anita pour qu'elle me corrige.

Je dois ajouter dans ma Méthode que j'ai effectué les enregistrements à partir de mon ordinateur et de mon téléphone et que je l'ai stocké ensuite sur un disque dur externe crypté, et qu'ils seront détruits après la thèse.

Je dois également ajouter que je vais utiliser la grille COREQ.

Anita m'a demandé de rédiger mon Intro et ma Méthode sous la forme article à partir du guide sur le site EXERCER.

02/07/2023

Petite pause de quelques mois nécessaire, arrêt puis arrêt patho puis congé maternité oblige.

Je n'ai toujours pas de cochercheur, ça m'inquiète, je vais faire une relance en septembre. Après 2 relances auprès de l'ARS pour transmettre mon mail de recherche de participants, j'ai enfin plusieurs réponses de MG des Hauts de France qui ont terminé ou qui terminent leur CESP.

Je leur donne RDV après la rentrée de septembre pour les rencontrer et réaliser mes entretiens :

- [REDACTED], en fin d'engagement, installé à [REDACTED] commune près de [REDACTED] téléphone : [REDACTED] mail : [REDACTED]

<p>AUTEURE : Nom : MATON Prénom : Sophie</p> <p>Date de soutenance : 22/05/2025</p> <p>Titre de la thèse : Les déterminants expliquant la poursuite ou le changement du lieu d'installation du médecin généraliste ayant souscrit un CESP à la fin de son engagement dans la région des Hauts-de-France, une étude qualitative</p> <p>Thèse - Médecine - Lille 2025</p> <p>Cadre de classement : Médecine générale</p> <p>DES + FST/option : Médecine générale</p> <p>Mots-clés : zone déficitaire en médecins, médecine générale, ARS, mesures incitatives.</p>
<p>Résumé :</p> <p>Introduction : Face à l'inégale répartition géographique des médecins, le ministère de la Santé a mis en place le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP). 14 ans après la création du CESP, ses signataires ayant terminé leur engagement se sont-ils maintenus dans leur lieu d'installation en zone sous-dotée ?</p> <p>Objectif : Aboutir aux déterminants qui expliquent la poursuite ou le changement du lieu d'installation du médecin généraliste ayant souscrit un CESP.</p> <p>Méthode : Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée réalisée entre novembre 2023 et décembre 2024. Des entretiens individuels compréhensifs auprès de huit médecins généralistes ayant terminé ou terminant un CESP dans les Hauts-de-France ont été enregistrés, retranscrits, codés par deux chercheurs.</p> <p>Résultats : Les déterminants identifiés dépendent de concepts en lien avec le vécu du CESP, les fondations du choix du lieu d'installation, le regard du médecin généraliste sur sa patientèle, la satisfaction de l'exercice professionnel choisi, la quête d'un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, les difficultés d'exercice en zone sous-dotée, les stratégies adoptées face aux difficultés rencontrées.</p> <p>Conclusion : La décision de rester ou de partir de son lieu d'installation en zone sous-dotée dépend de déterminants multiples et ne se résume pas au fait d'exercer en zone sous-dotée. Ces déterminants sont liés aux éléments fondateurs du choix du lieu d'installation, au cadre de vie, aux conditions de travail et à l'épanouissement professionnel. Aucun médecin généraliste interrogé n'a quitté l'exercice en zone sous-dotée. La perte de sa capacité de résilience et la perspective d'un avenir professionnel incertain sont génératrices de réflexion sur un possible départ du lieu d'installation pour un autre type d'activité, un autre mode d'exercice ou une zone mieux dotée.</p>
<p>Composition du Jury :</p> <p>Président : Pr Richard Florence</p> <p>Assesseur : Dr Augros Sophie</p> <p>Directeur de thèse : Pr Tilly Anita</p>