

UNIVERSITE TOULOUSE III- Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Année 2013

N° 2013 TOU3 1075

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN  
MEDECINE SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 3 OCTOBRE 2013

PAR GRASSAUD Marie-Hélène

SUJET DE LA THESE :

**DETERMINANTS DU CHOIX DU LIEU D'INSTALLATION EN  
ZONE DEFICITAIRE POUR LES INTERNES AYANT  
SOUSCRIT AU CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE  
PUBLIC**

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Noël WUITHIER

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Daniel ROUGE

Assesseur : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Professeur Elie SERRANO

Assesseur : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Membre invité : Monsieur le Docteur Noël WUITHIER

## **Dédicaces aux membres du Jury**

Monsieur Le Professeur Daniel ROUGE,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur Le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous suis reconnaissante pour l'aide que vous m'avez apportée au cours de mon Internat et pour votre engagement envers les étudiants. Soyez assuré de ma gratitude.

Monsieur Le Professeur Elie SERRANO,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur Le Professeur Pierre MESTHE,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur Le Docteur Noël WUITHIER,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous suis reconnaissante du temps que vous avez pris pour moi et de votre soutien. Soyez assuré de ma gratitude.

## **Dédicaces personnelles**

A Monsieur Benoît MAGREZ du Centre National de Gestion pour votre aide dans la diffusion de ce questionnaire.

A mes parents, merci pour votre soutien tout au long de ces années.

A mes Maîtres de stage ambulatoire pour leur apprentissage du métier de médecin généraliste.

A tous les professionnels de la maison de santé pluriprofessionnelle de Vic-Fezensac, et en particulier à Dominique, Juliette, Emilie, Pascale et Elodie pour votre aide.

A mes anciens co-internes de Auch pour tous ces moments passés ensemble, merci pour votre aide et votre soutien et en particulier à Mathieu et Jean-Baptiste pour avoir donné un peu plus de gaieté à nos stages.

A Amélie, nous ne t'oublierons pas.

## Table des matières

1. Introduction	3
1.1. Démographie médicale	3
1.2. Les aides à l'installation	4
1.3. Le Contrat d'Engagement de Service Public	5
1.4. Etude	5
1.4.1. Justification	5
1.4.2. Objectif principal	6
1.4.3. Objectif secondaire	6
2. Matériel et Méthode	7
2.1 Type d'étude	7
2.2. Questionnaire	7
2.3 Population cible	8
2.4 Envoi du questionnaire	8
2.5 Recueil et analyse des données	8
2.6 Considérations éthiques	8
3. Résultats	9
3.1. Taux de réponses	9
3.2. Facteurs personnels	9
3.3. Facteurs professionnels	9
3.3.1. Mode d'exercice	9
3.3.2. Permanence des soins	10
3.3.3. Structures à moins de dix minutes	10
3.3.4. Professionnels de santé à moins de dix minutes	11
3.3.5. Structures et professionnels de santé à moins de trente minutes	11
3.3.6. Conditions matérielles	12
3.3.7. Organisation du travail	12
3.3.8. Temps de travail	12
3.3.9. Congés	13
3.3.10. Aspect financier	13
3.4. Facteurs environnementaux	13
3.5. Autres facteurs	13
3.6. Influence des différents facteurs	14
4. Discussion	15
4.1. Biais et limites de l'étude	15
4.1.1. Méthode de diffusion	15

4.1.2 Population cible	15
4.1.3. Hypothèses à tester	15
4.1.4. Résultats	15
4.2. Objectif principal	17
4.2.1. Les facteurs personnels, éléments primordiaux du choix	17
4.2.2. Le mode d'exercice	18
4.2.3. L'organisation du travail : dans la structure et en réseau	19
4.2.4. Les facteurs environnementaux	21
4.2.5. Quatre groupes de facteurs ont une influence plus modérée	21
4.2.6. Les congés	23
4.3. Objectif secondaire	23
4.3.1. Favoriser l'installation de maisons de santé pluriprofessionnelles en zones déficitaires	23
4.3.2. Développer une politique d'aménagement du territoire	24
4.3.3. Aider à l'équipement du cabinet, mettre à disposition des locaux	24
4.3.4. Prendre en compte les besoins des conjoints	24
4.3.5. Développer les stages ambulatoires en zones déficitaires	25
4.4. Nouvelles questions	25
5. Conclusion	26
Références bibliographiques	27
Liste des abréviations	28
Annexe : Questionnaire	30

# 1. Introduction

## 1.1 Démographie médicale

Depuis quelques années, en France, la démographie médicale est un sujet qui est devenu de plus en plus important.

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2013, le nombre de médecins inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins en activité régulière est de 199419 dont 91539 médecins généralistes correspondant à une densité de 138,6 pour 100000 habitants. Le nombre de médecins généralistes en activité régulière a diminué de 1% en un an et du fait de leur moyenne d'âge de 52 ans ; 24,8% sont susceptibles d'arrêter leur activité d'ici à 2018 (1). Ceci entraînant une baisse des effectifs globaux du fait d'un nombre de départs en retraite supérieur au nombre de médecins formés. Le nombre de médecins généralistes atteindrait son point le plus bas en 2019.

De plus, la population Française devrait augmenter de 10% d'ici à 2030, entraînant une majoration de la baisse de la densité médicale.

Les sorties de la vie active ne se compenserait qu'à partir de 2020 (2).

Mais le nombre et la densité de médecins actuels sont globalement suffisants. Ce que l'on constate actuellement, c'est une répartition inégale des médecins sur le territoire avec des variations de densité importante au niveau régional, qui étaient en moyenne de 10% pour les médecins généralistes en 2006 (2).

Ces variations sont plus importantes au niveau départemental et surtout entre les bassins de vie d'une même région (1). En effet, pour les médecins généralistes libéraux, 90% des inégalités de répartition se trouvent entre les bassins de vie d'une même région et 10% entre les régions (3).

La baisse des effectifs pouvant accentuer à termes ces disparités géographiques.

Les médecins sont localisés de manière préférentielle dans les communes urbaines, celles avec un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) en premier puis celles sans CHU. Les communes périurbaines et les espaces à dominantes rurales étant moins pourvus. D'ici 2030, la proportion de médecins devrait augmenter dans les pôles urbains, ceci au dépend en particulier des communes rurales. En ce qui concerne les médecins généralistes, ils seraient surtout localisés au niveau des communes urbaines sans CHU (2).

En 2007, le temps d'accès aux soins de proximité était globalement satisfaisant, 95% de la population se situant à moins de quinze minutes de ces services. Concernant les médecins généralistes, moins de 1% de la population, vivant dans 4% des communes, en était située à plus de quinze minutes. Cela concernait environ 600000 personnes vivant dans des zones essentiellement rurales ou montagneuses et cumulant également l'éloignement aux autres équipements et services (4).

Devant ces disparités géographiques, des zones dites déficitaires ont été définies.

Elles sont déterminées par les Agences Régionales de Santé (ARS) autour des points d'implantation prioritaires identifiés dans la partie ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins, les critères étant laissés à l'appréciation des ARS. Elles se concentrent sur des zones dites « fragiles », où l'offre doit être consolidée et susceptibles d'accueillir un projet structurant pour l'organisation du premier recours. Les critères d'éligibilité sont :

- un périmètre géographique tenant compte d'un découpage reconnu par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques,
- et une densité d'omnipraticiens inférieure à 30% ou plus de la densité de France métropolitaine,
- avec un plafonnement de la part de la population vivant dans ces zones.

Ce zonage constitue le cadre d'application des mesures visant à assurer une meilleure répartition des professionnels de santé. Ces mesures proviennent des collectivités territoriales et pour partie de l'Etat (5).

## **1.2 Les aides à l'installation**

Les différentes aides à l'installation mises en place, toutes incitatives, sont (6) :

- Pour celles financées par l'Etat : des exonérations d'impôts sur le revenu et de charges sociales pour une installation en zone de redynamisation urbaine ou en zone de revitalisation rurale (ZRR), des possibilités d'exonération de taxe professionnelle uniquement en ZRR, une exonération d'impôts sur le revenu perçu au titre de la permanence des soins à hauteur de 60 jours par an en zones déficitaires.

- Pour celles financées par l'Assurance Maladie : l'option démographie permet aux médecins exerçant en groupe ou en pôle en zones déficitaires de bénéficier d'une aide forfaitaire à l'investissement et d'une aide à l'activité, le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), le dispositif des « praticiens territoriaux de médecine générale » et la dérogation au parcours de soins pour les nouveaux installés en zone déficitaire permettant aux patients de ne pas être pénalisés s'ils ne consultent pas leur médecin traitant.

- Pour celles financées par les collectivités territoriales, applicables dans les zones déficitaires : la prise en charge de tout ou en partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins, la mise à disposition de locaux, d'un logement, le versement d'une prime d'installation, d'une prime d'exercice forfaitaire pour les professionnels exerçant à titre libéral, des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants ainsi que des indemnités d'étude et de projet professionnel pour les étudiants s'engageant à y exercer.

## **1.3 Le contrat d'engagement de service public**

Le CESP a été créé par l'Article 46 de la Loi du 21 Juillet 2009 ou Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) (7). Il s'agit d'un contrat réalisé entre un étudiant en médecine et le Centre National de Gestion (CNG) de la deuxième année d'étude jusqu'à la dernière année d'Internat. Il permet à l'étudiant de recevoir une allocation mensuelle de 1200 Euros brut (8) jusqu'à la fin de ses études avec en contrepartie un engagement à exercer dans un lieu dit déficitaire : où l'offre de soins est insuffisante, dont la liste est établie par le CNG sur proposition des ARS avec une priorité pour les ZRR et les zones urbaines sensibles.

La durée de l'engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation a été versée avec un minimum de deux ans. L'exercice peut être libéral, salarié ou mixte (9). Celui-ci peut être situé dans une autre région que celle où les études ont été réalisées. Il est également possible de changer de lieu d'exercice au sein d'une même région ou dans une autre région au cours de l'engagement.

Tout au long des études, les étudiants sont accompagnés par l'ARS dans le cadre du suivi de leur projet professionnel (10).

Le contrat peut être résilié rendant le signataire redevable d'une indemnité. Celle-ci correspond à la somme des allocations perçues par le bénéficiaire et de la fraction des frais d'étude engagés. Pour les médecins ayant exercé, la somme est dégressive en fonction de la durée d'engagement et du temps d'exercice réalisé (11).

Il a été mis en œuvre à la rentrée universitaire 2010-2011 (12).

Jusqu'à présent, 544 contrats ont été signés, 190 par des internes et 354 par des étudiants d'années inférieures.

L'engagement n°2 du « Pacte Territoire et Santé » prévoit de mettre à disposition des étudiants 300 contrats par an jusqu'en 2017 (6).

## **1.4 Etude**

### **1.4.1 Justification**

Devant ce problème de répartition des médecins, des études ont été réalisées afin de connaître les déterminants à l'installation des internes et des médecins (13).

Le CESP est un contrat d'apparition récente qui concerne uniquement les zones déficitaires.

Selon la thèse de Baptiste VACHON (14), les signataires du CESP ont un profil (en particulier origine rurale) et des motivations (se mettre au service de la population des

zones de faible densité médicale, existence d'un projet professionnel dans ces zones avant la signature) particuliers.

Nous pouvons nous interroger sur les déterminants à l'installation des signataires du CESP et en particulier sur les critères du choix du lieu d'installation parmi la liste des zones déficitaires.

La plupart des études concernent les souhaits des internes.

Pour connaître les déterminants réels de l'installation et non les souhaits, il nous a paru intéressant de nous adresser à ceux ayant un projet défini.

Il nous a semblé pertinent de nous intéresser aux internes, plus proches de l'installation que les étudiants des années inférieures, avec certainement un projet mieux défini.

Les éléments retrouvés dans cette étude pourront servir à définir des mesures à mettre en place pour attirer les signataires dans un lieu.

### **1.4.2 Objectif principal**

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les principaux déterminants susceptibles de permettre le choix de la zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au CESP.

### **1.4.3 Objectif secondaire**

L'objectif secondaire est d'identifier les mesures potentielles à mettre en place pour favoriser l'installation en zone déficitaire.

## **2. Matériel et Méthode**

### **2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale, de prévalence réalisée par questionnaire.

### **2.2. Questionnaire**

Il s'agissait d'un questionnaire électronique, réalisé sur Google Drive, comprenant 15 items (Annexe).

Il débutait par une lettre d'introduction.

Puis deux questions permettaient de sélectionner les réponses, l'une portant sur l'année d'études et l'autre sur le fait d'avoir un projet d'installation défini ou non.

Les questions relatives aux variables étudiées venaient ensuite, elles correspondaient :

- Aux facteurs personnels : stage(s) réalisé(s) dans le lieu, remplacement(s) effectué(s) dans le lieu, possibilité de travail du conjoint, proximité de la famille, proximité d'amis, proximité du lieu d'origine, qualité de vie.

- Aux facteurs professionnels : le mode d'exercice, la permanence des soins, les structures environnantes à moins de dix minutes, les professionnels de santé à moins de dix minutes, les structures et les professionnels de santé à moins de trente minutes, les conditions matérielles, l'organisation du travail, le temps de travail, les congés, l'aspect financier. Ces facteurs étaient eux aussi divisés en différents déterminants potentiels.

- Aux facteurs environnementaux : les caractéristiques géographiques, climatiques et touristiques du lieu, la présence de services publics, d'une école et d'une crèche à moins de trente minutes, l'accès par les moyens de transport, la présence d'infrastructures de loisirs et culturelles, le profil social des patients.

Pour chacun des facteurs, une réponse « pas d'influence » était proposée.

Une question « Y a-t-il d'autres facteurs ayant influencé ton choix et lesquels ? » permettait aux internes de rajouter des éléments non proposés.

Le questionnaire a été lu et corrigé par mon Directeur de thèse et par le CNG.

Sa compréhension et sa faisabilité ont été évaluées auprès d'internes et de membres de ma famille.

Son temps de remplissage était inférieur à 5 minutes.

### **2.3. Population cible**

Elle correspondait aux internes ayant signé un CESP et ayant un projet d'installation défini.

Les critères d'inclusion étaient donc : avoir signé un CESP, être interne et avoir un projet d'installation définie (même s'il n'avait pas pu aboutir).

### **2.4. Envoi du questionnaire**

Celui-ci a été réalisé par le Centre National de Gestion qui a accepté de faire le relais entre les signataires et moi.

Il l'a envoyé par e-mail à l'ensemble des signataires (étudiants de la deuxième année d'étude à la fin de l'Internat soit 544 personnes) au mois de Mai.

Une relance a été faite au mois de Juin.

### **2.5. Recueil et analyse des données**

Les données ont été recueillies sur Google Drive sous la forme d'un tableur.

Les réponses des étudiants qui n'étaient pas internes, n'avaient pas signé le CESP ou n'avaient pas de projet professionnel ont été exclues.

L'analyse descriptive a été réalisée sur le logiciel Excel, après report des données, avec calcul des effectifs et des pourcentages.

### **2.6. Considérations éthiques**

Le questionnaire a été déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Les réponses étaient anonymes.

### 3. Résultats

#### 3.1. Taux de réponses

J'ai recueilli 169 réponses.

114 réponses ont été exclues :

- 90 des répondants n'étaient pas internes.
- 2 n'avaient pas précisé l'année d'étude.
- 21 internes n'avaient pas de projet d'installation.
- 1 interne n'avait pas signé le CESP.

55 réponses ont été analysées.

Le taux de participation pour les 190 Internes ayant signé le CESP était donc de 28,95%.

#### 3.2 Facteurs personnels

**Tableau 1 : Influence des facteurs personnels**

Facteurs personnels	Effectifs	Pourcentages (%)
Stage(s) effectué(s) dans le lieu	17	30,91
Remplacement(s) effectué(s) dans le lieu	7	12,73
Possibilité de travail du conjoint	23	41,82
Proximité de la famille	35	63,64
Proximité d'amis	18	32,73
Proximité du lieu d'origine	28	50,91
Qualité de vie	41	74,55
Pas d'influence	0	0

Les facteurs personnels avaient une influence dans 100% des cas (n=55).

#### 3.3. Facteurs professionnels

##### 3.3.1. Mode d'exercice

Le mode d'exercice avait une influence dans 87,27% des cas (n=48).

L'exercice en cabinet seul et hospitalier en avait une pour 9,09% des internes (n=5), en cabinet de groupe pour 49,09% (n=27), en maison de santé pluriprofessionnelle pour 45,45% (n=25), l'exercice salarié extra-hospitalier pour 7,27% (n=4), et l'exercice mixte pour 14,55% (n=8).

L'exercice libéral a représenté 78,18% des réponses (n=43) parmi lesquelles on retrouvait un exercice uniquement en libéral à 81,4% (n=35) et un exercice en groupe à 90,7% (n=39).

### **3.3.2. Permanence des soins**

Pour 45,45% (n=25) des personnes ayant répondu, la permanence des soins avait une influence pour le choix du lieu.

3,64% des répondants ne voulaient pas faire de garde (n=2), 16,36% (n=9) ne voulaient pas faire de garde en nuit profonde, 25,45% (n=14) voulaient une régulation des gardes et 10,91% (n=6) la présence d'une maison médicale de garde.

Concernant le nombre de gardes de semaine par mois, 10,91% (n=6) voulaient en faire moins de 3 ; 1,82% (n=1) plus de 4 et aucun n'a répondu pour un nombre de 3 à 4 par mois.

Par rapport au nombre de gardes de week-end, 1,82% (n=1) voulaient en faire au moins une par mois ; 7,27% (n=4) une tous les un à deux mois et 7,27% (n=4) voulaient plus de deux mois entre deux gardes de week-end.

Au total 96,36% (n=53) des personnes ayant répondu voulaient participer à la permanence des soins.

### **3.3.3. Structures à moins de dix minutes**

Leur présence avait une influence sur le choix du lieu dans 41,82% des cas (n=23).

La présence d'un centre hospitalier de proximité était déterminante pour 21,82% (n=12) des internes, celle d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour 27,27% (n=15), celle de réseaux de soins de proximité pour 3,64% (n=2) et celle d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile pour 10,91% (n=6).

### 3.3.4. Professionnels de santé à moins de dix minutes

**Tableau 2 : Influence de la présence des professionnels de santé à moins de dix minutes**

Professionnels à moins de 10 minutes	Effectifs	Pourcentage (%)
Laboratoire d'analyses médicales	27	49,09
Pharmacie	37	67,27
Infirmiers Diplômés d'Etat	34	61,82
Kinésithérapeute	26	47,27
Sage-Femme	6	10,91
Podologue	6	10,91
Psychologue	9	16,36
Orthophoniste	3	5,45
Dentiste	12	21,82
Services sociaux	14	25,45
Pompiers	11	20
Médecin pratiquant l'échographie	2	3,64
Pas d'influence	15	27,27

Ils avaient une influence sur le choix du lieu d'installation dans 72,73% des cas (n=40).

### 3.3.5. Structures et professionnels de santé à moins de trente minutes

**Tableau 3 : Influence de la présence des structures et professionnels de santé à moins de trente minutes**

Structures et professionnels à moins de 30 minutes	Effectif	Pourcentage
Centre Hospitalier Général	36	65,45
Cabinet de radiographie avec échographie	29	52,73
Service d'Hospitalisation à Domicile	11	20
Centre Médico-Psychologique ou Centre Médico-Psycho-Pédagogique	8	14,55
Service de Protection Maternelle et Infantile	11	20
Spécialistes libéraux ou hospitaliers	17	30,91
Service Médicale d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	26	47,27
Pas d'influence	15	27,27

Ils avaient une influence chez 72,73% des répondants (n=40).

### 3.3.6. Conditions matérielles

Les conditions matérielles avaient une influence sur le choix du lieu d'installation chez 58,18% des personnes ayant répondu (n=32).

L'informatisation avec un logiciel médical pour la gestion des dossiers, des prescriptions ainsi que la qualité des locaux professionnels pour 52,73% (n=29), la présence de locaux de réunion pour 7,27% (n=4) et d'une salle de repos pour 14,55% (n=8).

### 3.3.7. Organisation du travail

**Tableau 4 : Influence de l'organisation du travail**

Organisation du travail	Effectif	Pourcentage (%)
Présence d'un secrétariat	31	56,36
Projet de télémédecine	6	10,91
Projet de santé pour le territoire	9	16,36
Bonne entente et dynamique de l'équipe	31	56,36
Possibilité de se faire remplacer	12	21,82
Visites à effectuer	10	18,18
Pas de visite à effectuer	2	3,64
Pas d'influence	13	23,64

Elle avait une influence pour 76,36% des répondants (n=42).

### 3.3.8. Temps de travail

Il avait une influence pour 56,36% des personnes ayant répondu (n=31).

Parmi celles ayant répondu et pour lesquelles le temps de travail avait une influence, il était de :

- Moins de 8 heures par jour pour 5,45% (n=3).
- 8 à 9 heures par jour pour 27,27% (n=15).
- Plus de 9 heures par jour pour 14,55% (n=8).
- Moins de 4 jours par semaine pour 3,64% (n=2).
- 4 à 5 jours par semaine pour 34,55% (n=19).
- Plus de 5 jours par semaine pour 5,45% (n=3).

### 3.3.9. Congés

Ils avaient une influence sur le choix du lieu d'installation pour 25,45% des répondants (n=14).

L'influence était de 3,64% (n=2) pour le fait d'avoir moins de 7 semaines de congés par an ; de 14,55% (n=8) entre 7 et 8 semaines et de 7,27% (n=4) pour plus de 8 semaines de congés par an.

### 3.3.10. Aspect financier

58,18% (n=32) des internes ayant répondu lui attribuait une influence.

Les avantages fiscaux pour 27,27% (n=15), le fait d'avoir un revenu assuré pour 32,73% (n=18), le fait d'être propriétaire des locaux pour 10,91% (n=6) et le fait d'être locataire des locaux pour 14,55% (n=8).

## 3.4. Facteurs environnementaux

**Tableau 5 : Influence des facteurs environnementaux**

Facteurs environnementaux	Effectif	Pourcentage (%)
Caractéristiques géographiques climatiques et touristiques	29	52,73
Présence de services publics à moins de 30 minutes	16	29,09
Présence d'une école à moins de 30 minutes	27	49,09
Présence d'une crèche à moins de 30 minutes	15	27,27
Accès par les moyens de transport	9	16,36
Présence d'infrastructures de loisirs et culturelles	12	21,82
Profil social des patients	14	25,45
Pas d'influence	14	25,45

Leur influence était rapportée chez 74,55% (n=41) des répondants.

## 3.5 Autres facteurs

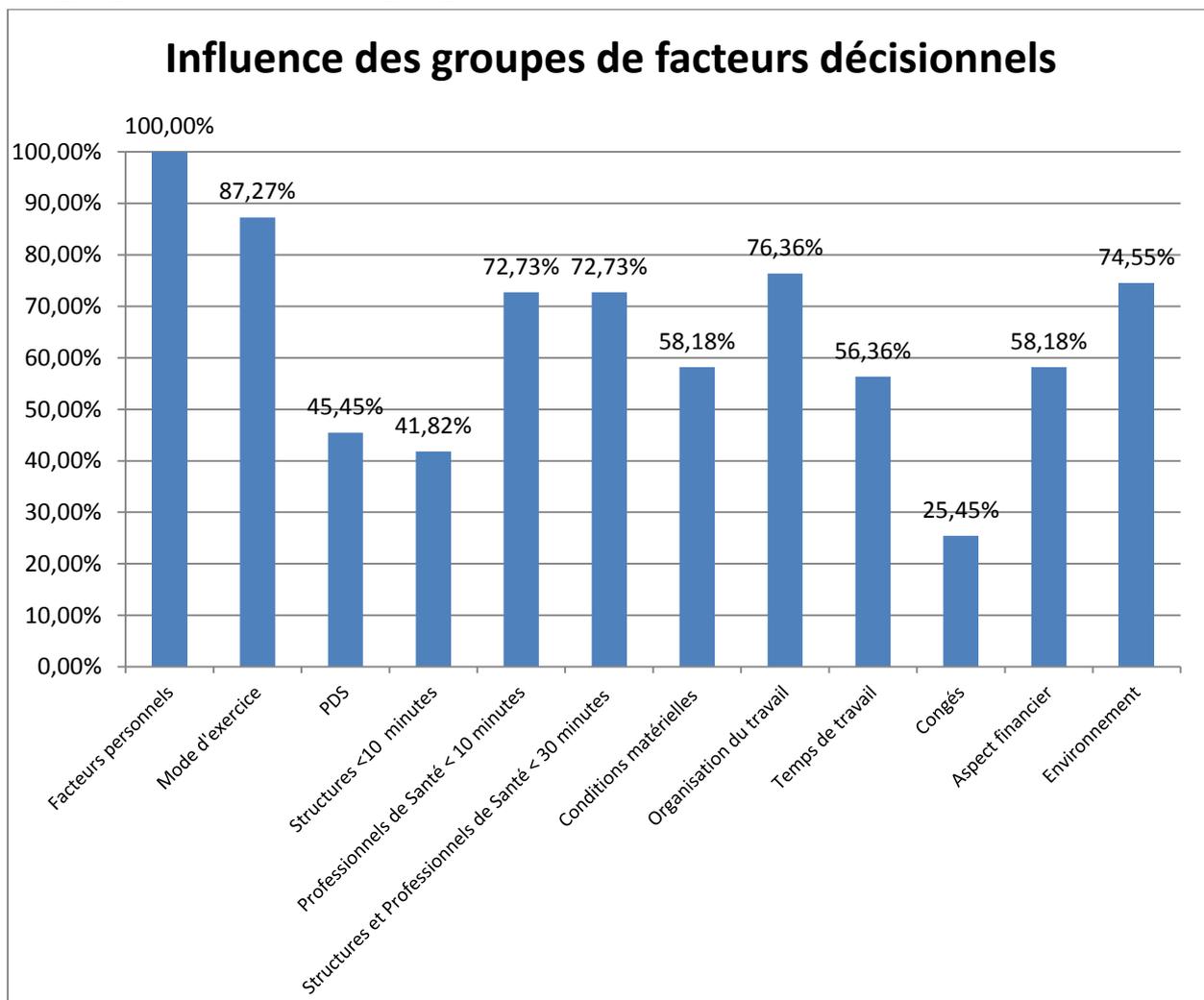
Dix internes ont énoncés d'autres facteurs :

- Le fait que la zone soit sous-médicalisée, dans l'une des régions les plus sous-médicalisées.
- La volonté d'exercer en milieu rural.
- La cartographie restreinte des lieux.
- La proximité du lieu d'habitation (à deux reprises).
- Aider un parent médecin.

- Les tarifs immobiliers.
- Le travail dans un service d'urgences SMUR avec des moyens suffisants.
- Quitter la région parisienne pour les enfants.
- L'isolement géographique, le travail auprès de populations ne recevant que très peu de soins médicaux.

### 3.6. Influence des différents facteurs

Graphique 1 : Influence des groupes de facteurs décisionnels



PDS : Permanence Des Soins.

## **4. Discussion**

Cette étude permet de répondre à la problématique posée : identifier les principaux déterminants du choix du lieu d'installation pour les internes ayant souscrit au CESP.

### **4.1. Biais et limites de l'étude**

#### **4.1.1. Méthode de diffusion**

Celle-ci (par e-mail) a pu engendrer un biais de sélection. En effet, il est possible que l'accès à internet ait pu être difficile pour certains.

Nous avons eu connaissance, au cours de l'étude, d'un interne ayant signé le CESP et n'ayant pas reçu le questionnaire, nous lui avons donc renvoyé. Mais nous pouvons alors supposer que cela s'est produit pour d'autres internes.

Ces deux éléments ont pu limiter le nombre de réponses.

#### **4.1.2. Population cible**

Dans cette étude, nous n'avons pris en compte que les internes qui ont un projet d'installation défini. Certains, en début d'internat particulièrement, n'ont sans doute pas encore de projet déterminé. Ces critères ont pu limiter le nombre de réponses.

#### **4.1.3. Hypothèses à tester**

Celles-ci s'intéressent essentiellement à l'exercice ambulatoire et à la médecine générale, alors que le CESP permet également de travailler en tant que salarié et s'adresse aux étudiants de toutes spécialités. Il s'agit là aussi d'une limite de l'étude.

Ces hypothèses ont été influencées par les opinions de l'auteur de l'étude, je suis signataire du CESP et interne en médecine générale.

#### **4.1.4. Résultats**

Notre étude présente un faible taux de réponses (28,95% des internes qui ont signé un CESP), il semble difficile de généraliser les résultats.

Nous n'avons pas différencié les réponses en fonction du sexe ni en fonction du caractère en couple ou célibataire ni en fonction d'autres caractéristiques personnelles. Nous avons

considéré que nous recherchions les déterminants généraux au choix du lieu d'installation, c'est-à-dire pour l'installation d'un médecin quel que soit son sexe ou ses caractéristiques personnelles. En effet, lorsque les communes cherchent un médecin, elles ne se posent pas la question du sexe de celui-ci.

Nous n'avons pas pris en compte le fait que le répondant soit un interne de médecine générale ou d'une autre spécialité. Or, il est possible que les réponses soient différentes entre ces deux groupes.

Le fait de ne pas avoir pris en compte le caractère célibataire ou en couple, pose le problème de l'interprétation des résultats concernant la possibilité de travail du conjoint dans le choix du lieu d'installation. En effet, nous ignorons si ceux n'ayant pas répondu à cette question n'ont pas de conjoint ou bien si le métier de celui-ci n'a pas d'influence dans le choix.

Le fait de ne pas avoir différencié les internes ayant des enfants de ceux n'en ayant pas, peut poser la question de l'interprétation des résultats concernant la présence d'une école ou d'une crèche.

Douze internes ont répondu à la fois « exercice en cabinet de groupe » et « exercice en maison de santé pluriprofessionnelle », les deux réponses ayant été prises en compte. Nous ne pouvons donc pas savoir dans quelle proportion chacun de ces éléments se situe. Cette double réponse peut-être due au fait:

- que les internes veulent exercer en groupe quel que soit le mode de regroupement,
- qu'ils ne connaissent pas les différences entre ces modes d'exercice, en particulier celui en maison de santé pluriprofessionnelle,
- qu'ils leur paraissent équivalents,
- ou encore qu'ils n'ont pas encore fait leur choix.

Un interne a répondu aux trois items « exercice seul », « exercice en groupe » et « en maison de santé pluriprofessionnelle », de même, les trois réponses ont été analysées. Nous ne pouvons donc pas, là non plus, savoir quelle est la proportion réelle de chacun de ces facteurs. On peut supposer que cet interne veut exercer en libéral quel que soit le mode ou qu'il n'a pas encore choisi celui-ci.

Quatre répondants ont fini leur internat. Leurs réponses portant sur de réels déterminants et non sur des facteurs potentiels, nous ont semblé intéressantes. Nous les avons retenues.

Lorsqu'aucune réponse n'était donnée, nous avons considéré que le facteur énoncé n'avait pas d'influence.

Certains internes ayant reçu le questionnaire ont dit qu'ils n'avaient finalement pas signé le contrat. Nous pouvons nous demander si d'autres, dont les réponses ont été analysées, étaient dans ce cas. Cela pose donc le problème de l'interprétation des résultats.

Nous pouvons également nous poser la question de savoir si les internes avaient tous un projet d'installation défini ou bien si leurs réponses concernaient un souhait.

## **4.2. Objectif principal**

Malgré le faible taux de réponses de notre étude, il s'agit de la première s'intéressant aux déterminants du choix du lieu d'installation des internes ayant souscrit au CESP. Plusieurs éléments méritent d'être soulignés :

### **4.2.2. Les facteurs personnels, éléments primordiaux du choix**

Les internes ayant souscrit au CESP et qui ont un projet d'installation sont tous influencés par un élément personnel.

Les plus importants sont la qualité de vie (74,55%) et la proximité de la famille (63,64%). Même si l'activité professionnelle est importante, la qualité de vie personnelle et familiale l'est au moins autant.

Dans une enquête réalisée pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) par BVA en 2007 (15), trois attentes prioritaires en matière d'installation étaient retrouvées et la principale était l'épanouissement personnel et familial, ce qui va dans le même sens que notre étude.

Le rôle primordial de la qualité de vie est également retrouvé dans la thèse de Pascal GICQUEL qui est énoncée en premier parmi les quatre principaux critères pour l'installation en zone rurale retenus dans son étude (16).

Dans l'enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Rhône-Alpes auprès des internes en Médecine Générale de la région (17), la qualité de vie privée et familiale est de très loin l'élément qui prime le choix de carrière.

Il apparaît également que le conjoint a un rôle important dans ce choix (41,82%). Il doit pouvoir s'épanouir et cela passe aussi pour lui par la possibilité d'un emploi.

Sur ce point, notre étude retrouve les mêmes résultats que l'enquête pour le CNOM, pour laquelle la compatibilité du choix du lieu d'installation avec la profession du conjoint ou ses attentes était le deuxième critère de choix pour l'installation (15).

Dans la thèse de Pascal GICQUEL, le rôle du conjoint fait également partie des quatre principaux déterminants pour l'installation en zone rurale (16).

De même, selon une enquête de l'Association des Internes de Médecine Générale de Rennes (AIMGER), le principal critère personnel de choix du lieu d'installation est le lieu d'exercice professionnel du conjoint à 67% (18).

Il semble important pour les internes d'avoir une connaissance de leur futur lieu d'exercice, que ce soit du fait de relations existantes (proximité de la famille, du lieu d'origine à 50,91% ou d'amis à 32,73%) ou du fait d'y avoir exercé en tant que stagiaire (30,91%) ou remplaçant (12,73%) même si ces deux derniers éléments sont les moins importants dans le choix. Ce résultat est à discuter du fait que, dans notre étude, nous ne savions pas la proportion d'internes ayant réalisé au moins un stage ambulatoire ni ayant effectué des remplacements.

#### **4.2.2. Le mode d'exercice**

Le mode d'exercice représente le deuxième facteur déterminant à 87,27%.

Celui-ci est majoritairement libéral (78,18%) avec une part importante pour l'exercice en groupe que ce soit en cabinet de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle (90,7%).

Ces données sont en accord avec les aspirations des jeunes médecins déjà évoquées dans la thèse de Pascal GICQUEL (16).

Dans l'enquête de l'URML de Rhône-Alpes, 85,2% des internes pensant exercer en libéral (79%) souhaitaient que ce soit en groupe (17).

Dans celle de l'AIMGER, l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle est plébiscité à 57% chez les internes souhaitant avoir une activité libérale (72%) (18).

L'exercice regroupé et coordonné permet d'améliorer les conditions et la qualité du travail :

- organisation du temps de travail,
- de la permanence des soins,
- des congés,
- une répartition des coûts,
- et l'absence d'isolement qui facilite les échanges.

Tout cela permet d'améliorer la qualité de vie professionnelle.

Ce mode d'exercice regroupé est pris en compte par les pouvoirs publics dans le cadre des mesures incitatives mises en place, en particulier l'option démographie.

### **4.2.3. L'organisation du travail : dans la structure et en réseau**

Le troisième facteur de choix du lieu d'installation est l'organisation du travail (76,36%). La présence d'un secrétariat ainsi que la bonne entente avec les autres professionnels de santé et la dynamique de l'équipe sont les déterminants majoritaires (56,36%).

La présence d'un secrétariat permet de gagner du temps de soins (diminution du temps administratif pour le professionnel). Il améliore les conditions et la qualité du travail (consultations sur rendez-vous et gestion des appels téléphoniques...).

Dans l'enquête de l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), les internes estimaient à 86,6% qu'un secrétariat était nécessaire dans la structure où ils exerceraient (19).

Le souhait d'une bonne entente et d'une dynamique d'équipe améliore la qualité des échanges et en particulier la possibilité de communiquer autour de problèmes rencontrés.

Cet élément avait été évoqué dans la thèse de Pascal GICQUEL où le critère relationnel faisait partie des quatre principaux déterminants à l'installation en zone rurale (16).

L'importance de la présence de professionnels de santé à moins de dix minutes ainsi que de structures et de professionnels de santé à moins de trente minutes sont retrouvées dans les mêmes proportions (72,73%).

Parmi les professionnels à moins de dix minutes, les plus déterminants dans le choix du lieu d'installation sont la présence d'une pharmacie, d'infirmiers diplômés d'Etat, d'un laboratoire d'analyses médicales et d'un kinésithérapeute.

L'importance de leur présence peut faire évoquer la volonté de créer « un réseau » de proximité pour une meilleure prise en charge des patients.

De plus, il existe des possibilités de regroupement de médecins avec les autres professionnels de santé, en particulier au sein des maisons de santé et des pôles de santé pluriprofessionnels, facilitant les échanges autour des patients, assurant une coordination des soins et améliorant la qualité des soins.

Dans l'enquête de l'ISNAR-IMG, environ 90% des internes souhaitaient la présence à proximité de leur lieu d'installation d'une pharmacie, d'un laboratoire d'analyses médicales et de paramédicaux libéraux (19).

Ces notions étaient également retrouvées dans l'enquête de l'AIMGER, où environ 60% des internes souhaitant la présence de paramédicaux (18).

Parmi les structures et les professionnels de santé à moins de trente minutes, les principaux ayant une influence sur le choix du lieu d'installation sont la présence d'un Centre Hospitalier Général, d'un cabinet de radiographie avec échographie et d'un SMUR.

Ces éléments montrent l'importance de structures et de services sanitaires de proximité pour l'amélioration du diagnostic et du suivi des patients.

La présence de spécialistes a une influence moins importante (30,91%). On peut supposer que les internes ont considéré que les spécialistes sont dans le Centre Hospitalier Général.

Dans l'enquête de l'ISNAR-IMG, 89% des internes souhaitaient la présence d'un cabinet de radiographie avec échographie à moins de trente minutes, et moins de la moitié (41,8%) un Centre Hospitalier Général, ce dernier facteur y était moins important que dans notre étude (19).

L'enquête de l'AIMGER retrouvait ces deux éléments dans des proportions plus proches des nôtres (54%). Dans cette dernière, le pourcentage d'internes estimant nécessaire la proximité de spécialistes était presque similaire au nôtre (38%) (18).

L'ensemble de ces éléments montre l'importance de l'organisation sanitaire du territoire permettant d'améliorer l'accès aux soins.

Ceci correspond à la troisième attente prioritaire retrouvée dans l'enquête BVA pour le CNOM qui est la possibilité de pouvoir exercer le mieux possible sa discipline du fait de la présence d'un plateau technique complet (15).

Les structures à moins de dix minutes ont une influence moindre dans le choix du lieu d'installation (41,82%). Parmi les internes pour qui elles avaient une importance, la présence d'un EHPAD (27,27%) et d'un centre hospitalier de proximité (21,82%) étaient les deux principales.

Dans l'enquête de l'ISNAR-IMG, un centre hospitalier de proximité était nécessaire pour 46,3% des internes et un EHPAD pour 33,6% (19).

Ces structures interviennent également dans l'organisation sanitaire du territoire.

#### **4.2.4. Les facteurs environnementaux**

Ils occupent également une place importante dans le choix du lieu (74,55%).

Les principaux sont :

- les caractéristiques géographiques, climatiques et touristiques,
- la présence d'une école à moins de trente minutes,
- puis viennent les services publics et la présence d'une crèche à moins de trente minutes.

Le premier facteur, qui est le principal, peut être mis en relation avec le souhait de la qualité de vie.

Cela était évoqué dans l'enquête BVA avec le fait de vivre dans un cadre de vie agréable comme facteur d'épanouissement personnel (15).

Les facteurs suivants, montrent l'importance de services de proximité et de commodités à la fois d'un point de vue individuel mais également familial.

Ceux-ci sont retrouvés dans des proportions moindres que dans l'enquête de l'ISNAR-IMG (75% pour l'école) mais proches de celles de l'AIMGER (44%) (18) (19).

Les structures de loisirs ont un caractère moins important (21,82%), contrairement à ce que l'on pourrait penser vis-à-vis des jeunes générations.

Cela était identique dans l'enquête de l'AIMGER (29%) (18).

Cela nous permet d'évoquer l'importance d'un maillage du territoire d'un point de vue sanitaire mais également des commodités de la vie quotidienne.

#### **4.2.5. Quatre groupes de facteurs ont une influence plus modérée**

Parmi les conditions matérielles, deux facteurs ont une importance moyenne : l'informatisation et la qualité des locaux (52,73%).

L'informatisation avec un logiciel médical permet d'améliorer la gestion des dossiers des patients et les prescriptions.

Elle pourrait également permettre le travail en réseau avec les professionnels à distance (spécialistes, hôpital), et ainsi réduire l'isolement.

Son importance était plus grande dans l'enquête de l'ISNAR-IMG (95%) (19).

Concernant la qualité des locaux, on peut penser que travailler dans des conditions agréables permet d'améliorer la qualité du travail.

L'aspect financier ne présente pas non plus une influence importante (58,18%). Ceci est sans doute lié au fait que les internes doivent penser qu'en s'installant en zone déficitaire, ils auront du travail, et par là-même des revenus suffisants.

Ce résultat est concordant avec les éléments retrouvés dans la thèse de Pascal GICQUEL pour l'installation en milieu rural (16).

Les mêmes notions sont retrouvées dans des études s'adressant également à des internes et médecins intéressés par le milieu urbain (17) (18).

De même, le temps de travail n'est pas un déterminant majeur du choix du lieu d'installation (56,36%).

Les éléments qui ressortent de l'étude sont un exercice 4 à 5 jours par semaine et 8 à 9 heures par jour.

Ces valeurs correspondent à celles retrouvées dans les différentes enquêtes dans lesquelles le temps de travail souhaité était de 42 heures sur 9,2 demi-journées par semaine (17), (18), (19).

L'importance moindre du temps de travail en termes de choix d'installation peut s'expliquer par le fait:

- qu'il est difficile pour un interne de le prévoir,
- et que l'on peut gérer son emploi du temps surtout en groupe avec une meilleure organisation.

La permanence des soins a une influence modérée (45,45%).

On constate que les internes sont prêts en majorité à faire des gardes (96,65%), même en nuit profonde et non régulées.

Ceci peut être expliqué par le fait que :

- lorsque l'on veut s'installer en zone déficitaire, on peut se douter qu'il faudra assurer la permanence des soins,
- ils considèrent qu'elle fait partie de leur métier de médecin.

De plus, les internes n'ayant pas d'expérience des gardes en ambulatoire, sauf s'ils ont effectué des remplacements, ils n'ont peut-être pas assez de recul pour savoir comment ils assureront leurs journées de travail et les réponses aux appels au cours des gardes.

Dans l'enquête de l'ISNAR-IMG, ils étaient 78,3% à vouloir participer à la permanence des soins mais avec des gardes régulières pour 72% d'entre eux (19).

Dans celle de l'AIMGER, 94% des internes souhaitaient y participer dont 49% de manière régulée et 36% sans nuit profonde (18).

Le nombre de gardes de semaines ou de week-end n'a pas d'influence sur le choix.

Nous ne retrouvons pas le souhait d'une garde de semaine par mois et d'une garde de week-end par trimestre de l'enquête de l'URML Rhône-Alpes (17).

#### **4.2.6. Les congés**

Le temps de congés ne présente pas d'influence pour la majorité des internes (influence pour 25,45%).

En effet, il est possible de s'organiser avec les autres médecins, surtout si on est installé en groupe.

Notre étude ne retrouve pas ce que d'autres avaient mis en évidence concernant les souhaits des internes.

A savoir, pour l'enquête de l'ISNAR-IMG, en moyenne 7,33 semaines de congés par an et pour celle de l'URML Rhône-Alpes, 6,3 semaines (17) (19).

### **4.3. Objectif secondaire**

#### **4.3.1. Favoriser l'installation de maisons de santé pluriprofessionnelles en zones déficitaires**

En effet, l'exercice en groupe est devenu celui le plus demandé par les jeunes médecins. Les maisons de santé pluriprofessionnelles se développent actuellement et répondent aux souhaits des internes par la proximité non seulement d'autres médecins, mais également d'autres professionnels de santé dont la présence leur est essentielle. Il paraît donc important que les Communautés de Communes aident les professionnels de santé qui ont un projet, dans le financement de la réalisation de telles structures.

Ces mesures d'aide viennent en compléments de celles des ARS, des Conseils Régionaux et Généraux.

Cet objectif avait été énoncé par Madame Le Docteur Elisabeth HUBERT dans son Rapport « Mission de concertation sur la médecine de proximité » (20) et a été repris dans les Rapports de la Cour des Comptes de 2011 (3) et du Sénat (6). L'enquête BVA en 2007 l'avait également évoqué (15). Dans l'enquête de l'ISNAR-IMG, pour 69,5% des internes, une aide logistique et financière à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un cabinet de groupe correspondrait à leurs attentes (19).

### **4.3.2. Développer une politique d'aménagement du territoire**

Parmi les déterminants importants du choix du lieu d'installation, on retrouve la présence de structures de proximité sanitaires et de services publics. Or il semble que l'on tende plutôt actuellement vers une raréfaction de ces services (16).

Ainsi, comme l'avait énoncé le Professeur BERLAND dans son Rapport de l'Observatoire National Des Professions de Santé, il est nécessaire de développer une politique d'aménagement du territoire dans une problématique de développement local (services publics, commerces, moyens de communication modernes) (21).

D'après les résultats de notre étude, il semble également nécessaire de maintenir les structures sanitaires de proximité (EHPAD, Centre Hospitalier de Proximité) (22), mais également celles plus distantes comme les Centres Hospitaliers Généraux.

Cette politique d'aménagement du territoire pourrait également conduire à développer des emplois de proximité.

### **4.3.3. Aider à l'équipement du cabinet, mettre à disposition des locaux**

Il pourrait être également envisagé par les Communautés de Communes d'aider les jeunes médecins par l'achat de matériel, la prise en charge de l'informatisation du cabinet, la mise à disposition d'un local professionnel (15), mais également en proposant un logement.

Ces mesures avaient été évoquées lors des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS) (23).

### **4.3.4. Prendre en compte les besoins des conjoints**

Il est important que les Communautés de Communes se mobilisent pour entendre les problématiques des conjoints (travail, trajet, contacts...) et leur proposer une aide à l'insertion.

Ceci avait également été évoqué lors des EGOS (23).

### **4.3.5. Développer les stages ambulatoires en zones déficitaires**

Même si notre étude ne retrouve pas ce facteur comme l'un des plus importants dans le choix du lieu d'installation, il est intéressant d'évoquer cette mesure.

L'influence modérée (30,91%) de la réalisation d'un stage en zone déficitaire peut s'expliquer par le faible nombre de stages proposés dans ces zones.

Il est important d'inciter les médecins exerçant dans ces zones dites fragiles à devenir maître de stage. Ils prendront plus facilement contact avec des jeunes médecins qui découvriront ces lieux d'exercice (22).

### **4.4. Nouvelles questions**

Les signataires du CESP se maintiendront-ils dans leur lieu d'engagement ?

Cette question permettrait de savoir si le contrat est efficace et s'il permet une réelle installation de médecins en zones actuellement déficitaires.

Elle suppose une étude des médecins qui avaient signé le contrat à la fin de leur engagement. Il faudra attendre quelques années pour la réaliser afin d'avoir un nombre suffisant de participants.

## 5. Conclusion

Le CESP est l'une des mesures mises en place afin d'assurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire.

Notre étude s'est intéressée aux déterminants du choix du lieu d'installation des internes ayant signé le CESP avec également comme objectif de définir de potentielles mesures à mettre en place.

Notre enquête présente un taux de réponses faible. Ses résultats ne semblent donc pas généralisables. Malgré cela, il s'agit de la première étude s'intéressant aux déterminants du choix du lieu d'installation des internes ayant signé le CESP, il paraît donc tout de même intéressant de les énoncer.

La qualité de vie est le facteur principal retrouvé. Ceci est concordant avec les aspirations de la population générale actuelle.

L'exercice libéral n'est pas délaissé pour le salariat, bien au contraire, mais les jeunes médecins veulent exercer la médecine différemment de leurs aînés. En particulier, ils recherchent un exercice en groupe permettant les échanges et la coordination autour des patients. Ils veulent également se dégager du temps médical, ceci passant par la présence d'un secrétariat.

Afin de travailler dans les meilleures conditions, ils veulent avoir à proximité des professionnels de santé ainsi que des structures sanitaires. On peut ainsi évoquer leur besoin de travail en réseau ou en groupe.

L'environnement joue un rôle important dans leur décision d'installation. En particulier les services publics, importants pour leur vie professionnelle mais également familiale.

Les déterminants sont donc principalement liés à la qualité de l'environnement personnel et professionnel avec la présence de services publics et sanitaires de proximité.

Ces éléments sont concordants avec les souhaits et les déterminants d'installation des internes et des médecins retrouvés de manière générale.

Les mesures potentielles à mettre en place sont : favoriser l'installation des maisons de santé pluriprofessionnelles en zones déficitaires, développer une politique d'aménagement du territoire avec en particulier la nécessité de conserver les services publics, aider à l'équipement des cabinets médicaux, mettre à disposition des locaux ou des logements, prendre en compte les besoins des conjoints et développer les stages en zones déficitaires.

## **Bibliographie**

1. LEGMANN M., ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G., Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2013). Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2013.
2. ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. DREES, Dossiers Solidarité et Santé, N°12, 2009.
3. Rapport d'Application sur les Lois de Financement de la Sécurité Sociale de 2011, Cour des Comptes, Septembre 2011.
4. COLDEFY M., COM-RUELLE L., LUCAS-BABRIELLI V., Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. DREES, Etudes et Résultats, N°764, Juin 2011.
5. PODEUR A., LIBAULT D., Instruction N°DGOS/R2/DSS/2012/07 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la Santé Publique.
6. MAUREY H., Rapport d'Information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. SENAT, N°335, Février 2013.
7. Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 HPST Article 46 ayant créé l'Article L.632-6 du Code de l'Education.
8. Arrêté du 27 Juillet 2010 relatif au montant et aux modalités de versement de l'allocation prévue en application du Décret n°2010-735 du 29 Juin 2010.
9. Décret du 29 Juin 2010 n°2010-735 relatif au Contrat d'Engagement de Service Public modifié par le Décret n°2011-1542 du 15 Novembre 2011.
10. Arrêté du 27 Juillet 2010 relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires du Contrat d'Engagement de Service Public, d'attribution et de suspension de l'allocation prévue à l'Article L.632-6 du Code de l'Education modifié par l'Arrêté du 12 Octobre 2011.
11. Arrêté du 24 Juin 2011 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité modifié par l'Arrêté du 6 Mars 2012.

12. PODEUR A., Circulaire N° DGOS/RH1/2010/324 du 1<sup>er</sup> Septembre 2010 relative aux modalités de mise en œuvre du contrat d'engagement de service public.
13. SCHWEYER F.-X., Souhaits et aspirations des Médecins qui envisagent l'exercice de la Médecine Générale. Paris : ONDPS, 2008.
14. VACHON B., Profil et motivations des signataires d'un contrat d'engagement de service public. -61 pages, Thèse D'exercice : Médecine : Paris : 2012.
15. SLIMAN G., AUDIC Y., PERIGOIS E., Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, Enquête BVA, Mars 2007.
16. GICQUEL P., Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique. -83 pages, Thèse D'exercice : Médecine : Nantes : 2010 : N°003.
17. UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX de Rhône-Alpes, Etude des mutations de la médecine générale Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes, CAREPS - RAPPORT N°488, Février 2005.
18. Association des Internes de Médecine Générale de Rennes, Propositions sur l'installation des internes, Septembre 2012.
19. InterSyndical National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale, Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, ISNAR-IMG, Du 2 Juillet 2010 au 1<sup>er</sup> Janvier 2011.
20. HUBERT E., Rapport sur la Mission de concertation sur la médecine de proximité, 2010.
21. BERLAND Y., Rapport de l'Observatoire National des Professions de Santé, Synthèse, ONDPS, 2005.
22. DESCOURS C, Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Juin 2003.
23. PODEUR A., BERLAND Y., Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS), Synthèse des travaux des deux journées nationales (8 Février et 9 Avril 2008), Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et ONDPS, 2008.

## Liste des abréviations

AIMGER : Association des Internes de Médecine Générale de Rennes.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CNG : Centre National de Gestion.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

EGOS : Etas Généraux de l'Organisation de la Santé.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire.

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

SMUR : Service Médicale d'Urgence et de Réanimation.

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux.

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale.

## Annexe

### Questionnaire Thèse Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire.

Bonjour,

Je suis Interne en Médecine Générale.

Dans le cadre de mon sujet de Thèse, j'ai réalisé un questionnaire s'adressant aux signataires du CESP qui ont élaboré un projet d'installation dans un lieu défini, même si celui-ci n'a pu aboutir.

Le but est de connaître les déterminants c'est-à-dire les facteurs qui ont motivé le choix de votre lieu d'installation.

Si aucun des facteurs énoncés n'a influencé votre choix, une case "Pas d'influence sur le choix" est à votre disposition.

Ce questionnaire est anonyme.

Une déclaration à la CNIL a été faite.

Son temps de remplissage est de 5 minutes.

Il vous est diffusé grâce au Centre National de Gestion et à la Direction Générale de l'Offre de Soins.

Les résultats vous seront envoyés.

Si vous avez besoin, vous pouvez me contacter à l'adresse: [marie-helene.grassaud@hotmail.fr](mailto:marie-helene.grassaud@hotmail.fr).

Merci pour votre participation.

Grassaud Marie-Hélène.

**En quelle année d'étude es-tu?**

**As-tu ou as-tu eu un projet d'installation défini?**

- Oui.
- Non.

**I) Parmi les facteurs personnels ci-dessous quel(s) est (sont) celui (ceux) qui a (ont) influencé ton choix de lieu d'installation?**

- Tu y as effectué un ou plusieurs stages.

- Remplacement(s) effectué(s) dans ce lieu.
- Possibilité de travail du conjoint.
- Proximité de la famille.
- Proximité d'amis.
- Proximité du lieu d'origine.
- Qualité de vie.
- Pas d'influence sur le choix.

**II) Concernant les facteurs professionnels, quel(s) est (sont) celui (ceux) qui a (ont) influencé ton choix de lieu d'installation: a) Par rapport au mode d'exercice:**

- Exercice en cabinet seul.
- En cabinet de groupe.
- En Maison de Santé Pluriprofessionnelle.
- Exercice Hospitalier.
- Exercice salarié Extra-Hospitalier (par exemple en Centre De Santé).
- Exercice mixte (libéral et salarié).
- Pas d'influence sur le choix.

**II) b) Par rapport à la Permanence De Soins:**

- Absence de garde.
- Absence de garde en nuit profonde.
- Régulation des gardes.
- Présence d'une Maison Médicale de Garde.
- Moins de trois gardes de semaine par mois.
- De trois à quatre gardes de semaine par mois.
- Plus de quatre gardes de semaine par mois.
- Au moins une garde de week-end par mois.
- Une garde de week-end tous les un à deux mois.
- Plus de deux mois entre deux gardes de week-end.
- Pas d'influence sur le choix.

**II) c) Concernant les structures environnantes à moins de dix minutes:**

- Présence d'un Centre Hospitalier de proximité.

- Présence d'un EHPAD.
- Présence de réseaux de soins de proximité (par exemple Soins Palliatifs).
- Présence d'un SSIAD.
- Pas d'influence sur le choix.

**II) d) Concernant les Professionnels de Santé environnants à moins de dix minutes:**

- Présence d'un Laboratoire d'Analyses Médicales.
- Présence d'une Pharmacie.
- Présence d'Infirmiers Diplômés d'Etat.
- Présence d'un Kinésithérapeute.
- Présence d'une Sage-Femme.
- Présence d'un Podologue.
- Présence d'un Psychologue.
- Présence d'un Orthophoniste.
- Présence d'un Dentiste.
- Présence de Services Sociaux.
- Présence de Pompiers.
- Présence d'un Médecin pratiquant l'échographie.
- Pas d'influence sur le choix.

**II) e) Concernant les structures et les Professionnels environnants à moins de 30 minutes:**

- Présence d'un Centre Hospitalier Général.
- Présence d'un cabinet de radiographie avec échographie.
- Présence d'une HAD.
- Présence d'un CMP/CMPP.
- Présence de la PMI.
- Présence de Spécialistes Libéraux ou Hospitaliers.
- Présence d'un SMUR.
- Pas d'influence sur le choix.

**II) f) Par rapport aux conditions matérielles:**

- Informatisation avec logiciel pour la gestion des dossiers, les prescriptions.

- Qualité des locaux professionnels (espace, état).
- Locaux de réunion.
- Salle de repos.
- Pas d'influence sur le choix.

**II) g) Concernant l'organisation du travail:**

- Présence d'un secrétariat.
- Projet de télémédecine.
- Projets de Santé pour le territoire (par exemple pour les Diabétiques).
- Bonne entente avec les autres Professionnels de Santé et dynamique de l'équipe.
- Possibilité de se faire remplacer.
- Visites à effectuer.
- Pas de visites à effectuer.
- Pas d'influence sur le choix.

**II) h) Concernant le temps de travail:**

- Moins de 8 heures de travail par jour.
- De 8 à 9 heures de travail par jour.
- Plus de 9 heures de travail par jour.
- Moins de 4 jours de travail par semaine.
- De 4 à 5 jours de travail par semaine.
- Plus de 5 jours de travail par semaine.
- Pas d'influence sur le choix.

**II) i) Concernant les congés:**

- Moins de 7 semaines de congés par an.
- De 7 à 8 semaines de congés par an.
- Plus de 8 semaines de congés par an.
- Pas d'influence sur le choix.

**II) j) Par rapport à l'aspect financier:**

- Avantages fiscaux.
- Revenu assuré.

- Tu seras propriétaire des locaux.
- Tu seras locataire des locaux.
- Pas d'influence sur le choix.

**III) Parmi les facteurs environnementaux ci-dessous, quel est (sont) celui (ceux) qui a (ont) influencé ton choix de lieu d'installation:**

- Les caractéristiques géographiques, climatiques et touristiques.
- La présence de Services Publics à moins de 30 minutes.
- La présence d'une école à moins de 30 minutes.
- La présence d'une crèche à moins de 30 minutes.
- L'accès par les moyens de transport.
- La présence d'infrastructures de loisirs et culturelles.
- Le profil social des patients.
- Pas d'influence sur le choix.

**IV) Y a-t-il d'autres facteurs ayant influencé ton choix et lesquels?**

**Merci.**

Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au Contrat d'Engagement de Service Public.

---

La démographie médicale Française se caractérise par des inégalités de répartition géographique conduisant à l'apparition de zones dites déficitaires. Des mesures d'aide à l'installation, dont le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) ont été mises en place. Afin d'identifier les principaux déterminants susceptibles de permettre le choix de la zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au CESP, une étude descriptive par questionnaire a été réalisée. La qualité de vie est le déterminant principal retrouvé. L'exercice en groupe ainsi que la présence de professionnels et de structures de santé sont également essentiels dans le choix du lieu. Les facteurs environnementaux, avec les services de proximité, ont aussi une importance. Les principaux déterminants du choix du lieu d'installation sont liés à la qualité de l'environnement aussi bien personnel que professionnel.

---

Mots clés : CESP, déterminants à l'installation, zones déficitaires.

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE.

---

Faculté de Médecine Rangueil- 133 Route de Narbonne- 31062 TOULOUSE CEDEX 04- France.

---

Directeur de thèse : WUITHIER Noël.

---

Determiners of installation place's choice in overdrawn area for resident students having subscribed to the CESP (Contrat d'Engagement de Service Public in French)

---

The French medical demography is characterized by disparities of geographical distribution leading to the appearance of overdrawn said areas. Installation assistance measures including the CESP were organized. In order to identify the main determiners susceptible to allow the choice of the overdrawn area for resident students having subscribed to the CESP, a descriptive study was realized by questionnaire. The quality of life is the main determiner found. The exercise in a group as well as the presence of professionals and health's structures are also essential in the place's choice. The environmental factors, with local services, also have an importance. The main determiners of installation place's choice are related to the quality of the environment personal as well as professional.

---

Key words: CESP, installation determiners, overdrawn area.