

ACADÉMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITÉ DE VERSAILLES - SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ PARIS - ÎLE-DE-FRANCE - OUEST

ANNÉE 2012

N°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR
VACHON Baptiste
né le 22 Novembre 1984 à Clermont-Ferrand

TITRE :

**Profil et motivations
des signataires d'un
contrat d'engagement de service public**

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2012

Le Doyen
Pr Djillali ANNANE

Le Président du jury
Pr Pierre-Louis DRUAIS

Vu et Permis d'imprimer
La Présidente de l'Université

ACADÉMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITÉ DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
U.F.R. DES SCIENCES DE LA SANTÉ PIFO

ANNÉE 2012

N°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME
D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VACHON Baptiste
né le 22 Novembre 1984 à Clermont-Ferrand

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2012

TITRE :

**Profil et motivations
des signataires d'un
contrat d'engagement de service public**

Le Doyen
Pr Olivier DUBOURG

Le Président du jury
Pr Pierre-Louis DRUAIS

Vu et Permis d'imprimer
Le Président de l'Université

UNIVERSITÉ DE
VERSAILLES
ST-QUENTIN-EN-YVELINES



**ACADÉMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITÉ DE VERSAILLES - SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ PARIS - ÎLE-DE-FRANCE - OUEST**

ANNÉE 2012

N°

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**PAR
VACHON Baptiste**
né le 22 Novembre 1984 à Clermont-Ferrand

TITRE :

**Profil et motivations
des signataires d'un
contrat d'engagement de service public**

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2012

JURY :

Président du jury : Pr Pierre-Louis DRUAIS
Membres du jury : Pr Philippe de MAZANCOURT
Pr Thierry LEBRET
Dr Patrice LEFLOCH-PRIGENT
Dr Elisabeth MAUVIARD
Dr Michel VILLIERS MORIAMÉ

Directeur de thèse : Pr Pierre-Louis DRUAIS

Remerciements :

À M. le professeur Pierre-Louis Druais qui me fait l'honneur de diriger cette thèse et qui a avant tout été l'un de mes maîtres de stage.

À M. le docteur Erik Bernard sans qui l'étude n'aurait pas pu être réalisée.

À M. le docteur Michel Villiers, mon tuteur durant ces trois années d'internat, que j'ai le plaisir de retrouver comme membre de mon jury.

Aux membres du jury qui prennent le temps de juger mon travail.

À Mmes Marjorie Soufflet-Carpentier et Corinne Regnard, de le DGOS et à M. Bernard Chenevière du CNG pour leur aide à la création et diffusion de mon questionnaire.

À mes maîtres de stages ambulatoires, les Dr Françoise Bernard, Pascale Molinié, Robert Lestrat, Claude Piriou et Didier Potier, pour leur apprentissage quotidien du métier qui est bientôt le mien.

Aux médecins et professionnels de santé qui m'ont aidé et encouragé, en particulier la communauté médicale sur Twitter.

À l'AMPc et ses vieux qui m'ont donné le goût de l'engagement.

Au SRP-IMG et à l'ISNAR-IMG pour leurs combats quotidiens

À ReAGJIR qui me comptera bientôt dans ses rangs

À mes coloc' et compagnons aux antipodes. Rédiger ma thèse sur Tahiti était une gageure ; voilà qui est fait !

À mes parents qui m'ont toujours encouragé. J'espère qu'ils sont fiers de moi aujourd'hui !

À ma sœur préférée, que je martyrise depuis des années mais qui a quand même réussi à être diplômée et embauchée avant moi !

À Virginie qui me rend la vision du monde plus agréable. Merci pour ton aide et ton soutien toutes ces années.

Sommaire

Sommaire	3
Liste des sigles	5
1 Résumé.....	6
2 Abstract	7
3 Introduction	8
3.1 Répartition des médecins sur le territoire	8
3.1.2 Ce que souhaitent les IMG, les remplaçants et les jeunes installés.....	9
3.1.3 Les zones sous-dotées	10
3.1.3.2 Découverte de ces zones dans le cursus français	11
3.1.3.3 L'exercice dans ces zones.....	12
3.2 Les aides à l'installation	13
3.2.1 Les aides existantes.....	13
3.2.2 Le CESP	13
3.3 Principaux déterminants pour un exercice en zone rurale : revue de la littérature.	15
3.4 Pourquoi une étude ?.....	17
3.4.1 Un contrat récent.....	17
3.4.2 Quelles motivations ?.....	18
3.5 Les motivations des étudiants sont-elles en accord avec les attendus de la loi ?.....	18
4 Étude	19
4.1 Objectif principal de l'étude	19
4.2 Objectifs secondaires	19
4.3 Matériels & Méthode	19
4.3.1 Intervention	19
4.3.2 Échantillon	20
4.3.3 Observation	20
4.3.4 Questionnaire	20
4.3.5 Analyses statistiques	22
4.3.6 Considérations éthiques	22
5 Résultats :	23
5.1 Caractéristiques démographiques et sociologiques de l'échantillon, profil de motivation des signataires	23
5.2 Étude des corrélations	30
5.2.1 Selon la spécialité envisagée : médecine générale ou une autre spécialité.....	30
5.2.2 Selon l'origine déclarée : rurale ou urbaine.....	31
5.2.3 Selon le projet professionnel.....	32
5.2.4 Selon la situation matrimoniale.....	32
5.2.5 Influence de l'accompagnement de la part de l'ARS.....	33
6 Résultats qualitatifs.....	35
7 Discussion	39
7.1 Forces et faiblesses du travail	39
7.2 Résultat principal et interprétation.....	40
7.3 Résultats secondaires et interprétation.....	41
7.3.1 Différences entre externes et internes	41
7.3.2 Différences selon la spécialité.....	42
7.3.3 Différences selon l'origine	42
7.3.4 Différences selon le projet professionnel.....	43
7.3.5 Différences selon la situation matrimoniale.....	43
7.3.6 Différences selon l'accompagnement par l'ARS	43
7.4 Hypothèses.....	43

7.4.1	Pourquoi ces résultats sont observés ?	43
7.4.2	Nouvelles questions	44
7.5	Changements déjà observés	45
7.6	Autres méthodes, autres études	46
8	Annexes.....	47
8.1	Questionnaire diffusé	47
8.2	Prière médicale de Maïmonide	56
8.3	Serment médical.....	57
9	Bibliographie.....	58
10	Déclaration de conflits d'intérêt	60

Liste des sigles

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CNG : Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES/DESC : Diplôme d'Études Spécialisées / Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMG : Département de Médecine Générale

DU/DIU : Diplôme Universitaire / Diplôme InterUniversitaire

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GRIS : Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IMG : Interne de Médecine Générale

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

LLE : Liste des Lieux d'Exercice

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire/Pluriprofessionnelle

NHSC : *National Health Service Corps* (en anglais)

NSP : Ne Sait Pas / Ne Se prononce Pas

PAPS : Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

SSA : Service de Santé des Armées

WASP : *White Anglo-Saxon Protestant* (en anglais)

1 Résumé

Introduction : Les zones rurales semblent peu appréciées, en tout cas peu attractives pour les jeunes médecins. Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) a été créé en 2009 afin de structurer et territorialiser l'offre de soins en garantissant la présence de jeunes médecins dans les régions qui ont le plus besoin d'eux.

Matériels & Méthodes : L'objectif principal de l'étude était de définir les motivations et le profil des étudiants ayant signé un CESP.

Le questionnaire en ligne a été envoyé aux 308 signataires des promotions 2010-2011 et 2011-2012. Il comprenait des questions qui permettaient de définir le profil et les connaissances des signataires. Il comprenait également des motivations illustrées pour lesquelles les signataires devaient estimer leur adhésion.

Résultats : 68,5 % des signataires ont répondu.

Il en ressort que le profil des signataires est un externe de 25 ans, en couple, sans enfant, d'origine rurale. Il se destine à la médecine générale libérale, ne souhaite pas exercer seul, à plus de 2km de son lieu de domicile. Il souhaite garder un pied à la faculté. Il a un projet professionnel, en lien avec la liste des lieux d'exercice proposée. Il ne souhaite pas rompre le CESP.

Leurs motivations à la signature d'un CESP sont : la mise au service des populations des zones mal desservies, la préexistence d'un projet professionnel dans ces zones avant la signature, et le besoin financier.

Discussion : L'effet d'aubaine est présent. Les signataires sont des étudiants qui avaient déjà un projet et qui ont signé un CESP afin de bénéficier de l'allocation mensuelle.

La plupart des critères sont les mêmes que dans la littérature internationale.

Mots-clés : CESP, déserts médicaux, démographie médicale, médecine générale, installation, zone mal desservie, aide à l'installation

2 Abstract

Introduction: Rural area seems disliked, at least they are less attractive for young practitioners. The CESP (*Contrat d'Engagement de Service Public*, in french) was created in 2009 in order to structure and territorialize the medical supply. The CESP provide young doctors in areas where they are most needed.

Methods: The main purpose of the study was to define motivations and sociological profile of the students who signed a CESP.

The online questionnaire was sent to the 308 students of 2010-11 and 2011-12 sessions. Questions were to define contractor's profile and their agreement with illustrated motivations.

Results: 68.5% of contractors answered.

Contractor's profile is: non-resident student, 25 years old, in couple, without child, from rural area. He wants to be a family doctor, won't practice alone, 2km faraway his residence. He wants help the medicine faculty. He has a professional project, linked to the practice place list. He won't break the contract.

Theirs motivations to sign a CESP are: being useful to undeserved area, the fact they already have such a professional project before they contracted, and financial needing.

Discussion: There is a windfall effect. Contractors are students who already have a project, they signed a CESP in order to earn the grant.

Key-word: CESP, medical desert, medical demography, family practice, installation, undeserved area, installation assistance

3 Introduction

3.1 Répartition des médecins sur le territoire

3.1.1 Démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2011, la France compte 199 987 médecins inscrits aux tableaux de l'Ordre des médecins en activité régulière quelle que soit leur spécialité. Parmi eux, 46,7 % (n = 93 394) sont des généralistes (1). Ce qui correspond à 1 médecin généraliste pour 677 habitants. On retrouve également le rapport 148 médecins généralistes pour 100.000 habitants.

Au niveau national, 27,7 % des généralistes libéraux de premier recours ont 55 ans et plus (2). On peut donc s'attendre à plusieurs dizaines de milliers de départs en retraite dans la décennie à venir.

La baisse des effectifs globaux sera la conséquence d'un nombre de médecins formés inférieur à celui des départs, que ce soit les départs en retraite ou les dévissages de plaque. Les augmentations du numerus clausus ne sont pas encore suffisantes pour assurer le renouvellement de la population médicale.

Jusqu'en 2018, les sorties de la vie active ne seraient donc pas compensées par les entrées (en ce qui concerne les médecins) (3). À cette date le nombre de médecins sera stable mais la population, elle, se sera accrue. Le nombre de médecins par habitant va donc continuer à diminuer.

Ce n'est qu'à partir de 2025 que la population médicale sera majoritairement composée de médecins de moins de 45 ans (4).

En 2007, l'écart interrégional maximal entre la densité de MG la plus dotée et la moins dotée était de 50 % ; en 2007 la population résidant sur un territoire considéré comme problématique en terme d'accès au généraliste n'excède pas 5 % de la population totale métropolitaine (5). Avec l'évolution de la démographie médicale dans les deux prochaines décennies, cette proportion ne va cesser de croître.

Mais les écarts interrégionaux ne sont pas les plus pertinents. Les nouvelles générations s'installent de façon préférentielle dans les départements qui ont une faculté de médecine (1). Il existe donc un déséquilibre entre les départements avec faculté (qui sont une trentaine) et les autres départements de leur région. Chaque région de France métropolitaine, à l'exception de la Corse, a une faculté de médecine allant de la première année au troisième cycle. Les écarts intra-régionaux sont donc parfois plus importants que les écarts entre les régions elles-mêmes. La moyenne régionale en Île-

de-France est de 142 médecins généralistes pour 100.000 habitants. Cette moyenne ne reflète pas l'écart que l'on peut trouver entre le département de la Seine-et-Marne (77) et la Ville de Paris (75). La densité varie de 109 généralistes pour 100.000 habitants pour le 77 à 222 généralistes pour 100.000 habitants pour le 75.

Le début de la vie active des jeunes médecins s'effectue pour leur grande majorité (79,5 %) là où ils ont été formés (4). Puis à terme, un médecin sur deux s'installe dans sa région de formation (1). La mobilité interrégionale postérieure à la première installation des médecins généralistes était faible. Mais la réforme du troisième cycle en 2004, avec la création des ECN, a peut-être modifié le comportement des jeunes généralistes. En effet, ils choisissent, comme toutes les autres spécialistes, la région dans laquelle ils veulent et peuvent être formés. Cette région peut être différente de la région des deux premiers cycles.

On peut supposer que la mobilité interrégionale se fait essentiellement entre la fin du cursus et la première installation. Cette mobilité est amenée à augmenter dans les années à venir.

Les installations ont lieu préférentiellement dans les communes des pôles urbains.

Les communes rurales ne semblent pas attirer les médecins, généralistes ou spécialistes. En 2010, 23 % des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre ont choisi d'exercer leur activité en secteur libéral dans une commune rurale (1).

Ces données ne prennent pas en compte les éventuels emplois salariés créés en zone rurale.

3.1.2 Ce que souhaitent les IMG, les remplaçants et les jeunes installés

L'enquête de l'ISNAR-IMG montre que les IMG se tournent vers les DESC et DU/DIU pour diversifier leur futur exercice (6). Certains ne se destinent pas, du moins immédiatement, à l'exercice de la médecine générale, en particulier les internes inscrits au DESC de Médecine d'Urgence. Les autres estiment que leur formation initiale présente des lacunes ou bien souhaitent acquérir des compétences supplémentaires qui leur paraissent utiles à l'exercice de la médecine générale tel qu'ils le conçoivent et s'orientent vers les DU/DIU.

Or l'exercice en milieu rural permet une diversité importante (7). On retrouve une diversité d'un point de vue des gestes techniques (de gynécologie, des sutures, de la traumatologie, des prélèvements sanguins, etc.) du fait de l'éloignement ou de l'inaccessibilité des structures spécialisées (cabinet de gynécologue ou de sage-femme, service d'accueil des urgences, laboratoire d'analyses médicales...). Cette diversité se retrouve également en termes d'activité médicale.

L'exercice ne se cantonne pas au seul cabinet mais peut et devrait s'étendre aux EHPAD, à l'hôpital local, aux structures médico-sociales, etc.

La désaffection des jeunes généralistes pour les zones rurales ne peut donc pas s'expliquer par des raisons d'ordre professionnel.

Dans leur choix du lieu d'installation, les médecins sont davantage guidés par des raisons d'ordre personnel (cadre de vie, vie de famille, travail du conjoint, scolarisation des enfants) que par des considérations professionnelles (8).

Si l'on interroge les jeunes médecins installés à propos de l'installation comme l'a fait le CNOM en 2009-2010, on retrouve les attentes suivantes (1) :

- multiplier et diversifier les aides ;
- pas de mesures coercitives ;
- simplifier et alléger les charges administratives et financières ;
- revalorisation des revenus et/ou mise en place d'une diversification des modes de rémunération ;
- favoriser le travail en équipe et le développement de cabinet de groupe ;
- mieux faire connaître ce mode d'exercice durant les études ;
- mise en place d'une forme de compagnonnage.

3.1.3 Les zones sous-dotées

3.1.3.1 Zones rurales-Zones urbaines défavorisées

Comme on vient de le voir, les zones rurales semblent peu appréciées, en tout cas peu attractives pour les jeunes médecins. Mais elles ne sont pas les seules !

On peut définir deux types de zones défavorisées en termes d'accès aux soins, d'accès à un médecin généraliste : les zones rurales et les zones urbaines défavorisées. En France, il existe de nombreuses ZRR : zones de revitalisation rurales et des ZUS : zones urbaines sensibles.

La distinction urbain/rural n'est pas pertinente lorsque l'on parle d'accès aux soins. C'est le terme « undeserved » (mal desservi) qui est préféré dans les études internationales. Le problème d'accès aux soins est alors replacé dans un contexte de développement local et d'aménagement du territoire, au-delà d'une problématique simplement sanitaire.

Les zones mal desservies, en particulier les zones rurales, ont fait l'objet d'études étasuniennes et canadiennes.

Les étudiants se déclarant être originaires d'une zone rurale sont les plus à même d'exercer plus tard dans ces zones. Ils choisissent 2,3 fois plus que ceux originaires d'une zone « urbaine » d'exercer en zone rurale immédiatement après leur diplôme (9). Ce taux mesure la primo-installation et non le maintien à long terme de ces médecins dans ces territoires.

Une étude réalisée au Nouveau Mexique (États-Unis d'Amérique) retrouve trois facteurs favorisant l'exercice en zone « mal desservies » : ne pas venir de la capitale (c'est-à-dire venir d'une ville de moins de 100.000 habitants), être âgé de plus de 25 ans à l'inscription en médecine et être membre d'une minorité ethnique (ni WASP, ni Asiatique dans l'étude) (10). On peut penser que l'âge supérieur à 25 ans est un signe de réflexion. Cela concerne des étudiants s'étant tout d'abord engagés dans une autre filière puis ayant décidé d'intégrer la filière médicale.

D'autres facteurs sont retrouvés dans ces études étasuniennes ou canadiennes : avoir réalisé un stage en médecine rurale, avoir l'objectif d'exercer la médecine générale, d'exercer en milieu rural ou d'exercer auprès d'une population à faibles revenus et enfin être un homme.

Ces facteurs sont bien sûr cumulables et on ne retrouve que très peu de diplômés (1,8 %) n'ayant aucun de ces facteurs parmi ceux qui exercent la médecine rurale de premier recours (11).

Tous ces facteurs ne sont pas superposables en France. L'origine ethnique ne peut pas être un critère discriminant chez nous. Les autres facteurs sont essentiellement intrinsèques à l'étudiant et les pouvoirs publics n'y peuvent rien. Mais l'un des points semble facilement accessible aux autorités françaises : la formation médicale initiale avec la possibilité de réaliser un stage en médecine rurale.

3.1.3.2 Découverte de ces zones dans le cursus français

Dans le cursus médical français, ce stage de médecine rurale peut être réalisé à deux niveaux.

Il peut s'agir d'un stage de deuxième cycle, un stage d'externat, en médecine générale. Il est obligatoire depuis 1997. Malgré cette obligation, certaines facultés ne l'ont mis en place que tardivement. Or l'absence de stage pratique en médecine générale lors du deuxième cycle des études médicales ne permet pas aux étudiants de s'identifier à ce mode d'exercice (12). Sans ce stage, l'étudiant de deuxième cycle n'a accès qu'à des stages hospitaliers, essentiellement au CHU rattaché à sa faculté de formation. Les CHU se situent aux chefs-lieux de département ou de région.

La principale limite de ce stage en médecine générale, en ce qui nous concerne, est qu'il n'a pas forcément lieu en zone rurale ou « mal desservie ».

Il peut également s'agir d'un semestre d'internat, lors du troisième cycle de médecine générale. Les stages sont le plus souvent réalisés en hôpitaux généraux ou hôpitaux périphériques. L'un des stages est obligatoirement réalisé en médecine générale ambulatoire. Ils ont parfois lieu en zone rurale ou en zone urbaine sensible. Le nombre de stages obligatoirement hospitaliers étant passé à deux (sur les six semestres que compte l'internat de médecine générale), la multiplication des stages ambulatoires augmente la probabilité que l'un d'entre eux soit réalisé en zone « mal desservies ».

Quel que soit le lieu de stage ambulatoire de l'interne, le milieu d'exercice du maître de stage influence l'installation future du stagiaire (13).

D'après la littérature, adapter la formation médicale initiale en ayant recours aux stages au sein des hôpitaux généraux (pour les internes) et en médecine ambulatoire (pour tous) permet de sensibiliser les étudiants à ces formes de pratiques et donnent des résultats favorables (5). En ce sens, la structure des études médicales en France est sur la bonne voie.

L'exposition et les expériences positives de travail dans les zones « mal desservies », avec les minorités ou avec les migrants pendant les études médicales augmentent la probabilité d'exercice dans une zone « mal desservie » (14).

3.1.3.3 L'exercice dans ces zones

Quel que soit leur lieu d'installation, les jeunes médecins aspirent à exercer en groupe. L'exercice isolé, où qu'il soit, est voué à disparaître (4).

Dans les zones « mal desservies », les facteurs déterminant le choix du lieu d'exercice sont de trois ordres (15).

On retrouve tout d'abord des caractéristiques personnelles du médecin : être de sexe masculin, être en couple, avoir une connaissance de l'environnement où l'exercice est envisagé.

Ensuite, on retrouve les attentes sur le plan professionnel : exercer en cabinet de groupe, avoir la maîtrise de l'emploi du temps et de la charge de travail, obtenir et cultiver des relations de qualité avec les autres professionnels de santé du territoire. En somme, avoir un exercice satisfaisant de la profession.

Enfin, on retrouve les attentes personnelles : intégrer une communauté de taille adaptée, avoir à disposition des infrastructures suffisantes (scolaires, culturelles, etc.), que le lieu d'exercice soit compatible avec le travail et les attentes du conjoint, en somme, obtenir un épanouissement personnel et familial.

On retrouve comme critère positif lors du début d'exercice, l'accueil par l'équipe médicale du nouvel

arrivant potentiel. Le rapport Bilodeau préconise même la création d'une année de mentorat afin de favoriser l'intégration professionnelle et personnelle du nouveau médecin dans la région (15).

3.2 Les aides à l'installation

3.2.1 Les aides existantes

Pour palier ce manque de médecins en zone « mal desservies », il existe déjà des aides à l'installation. Elles sont de deux ordres : nationales et locales.

Les aides nationales sont essentiellement financières et utilisent la voie des mesures législatives et réglementaires. On retrouve des exonérations fiscales de charges sociales, de contribution économique territoriale (ancienne taxe professionnelle).

Les aides locales sont parfois financières : bourses offertes aux étudiants de la région pour exercer dans un département donné (ex. : Sarthe, Seine-et-Marne). Mais elles sont aussi logistiques, de la part des collectivités territoriales ou des structures syndicales (ex. : ReAGJIR). Elles peuvent aller du guichet unique pour les démarches administratives à la cession d'un local professionnel.

Toutes ces aides ont été recensées de manière exhaustive dans le rapport Berland (2).

Malheureusement, les internes de médecine générale ne connaissent pas ces aides ! (16) Comment reprocher aux mesures incitatives leur inefficacité si elles ne sont pas connues ? Les PAPS sont l'un des éléments de réponse. Ces plates-formes ont pour objectif d'aider les jeunes professionnels de santé à s'installer en particulier en faisant connaître les dispositifs déjà existants.

Mais ces aides sont-elles efficaces ?

Les mesures visant à allouer des aides financières (sous forme de bourses d'études) ont un impact réel à court terme (8). Mais l'effet sur la démographie médicale est plus incertain à long terme. Les stratégies de rachat de bourses et les départs après obligation de service ne sont pas ou peu évalués.

3.2.2 Le CESP

Pour répondre à ce déséquilibre de répartition des médecins, en particulier des médecins généralistes, le gouvernement « Fillon 2 » a prévu au sein de la loi Bachelot, aussi connue sous le nom de loi HPST, un volet portant sur l'accès au soins. Le CESP a ainsi été créé en juillet 2009.

Le CESP est un contrat qui lie un étudiant en médecine, à partir de la deuxième année jusqu'à la

dernière du cursus, au CNG. La durée de l'engagement est donc pour un étudiant ayant signé le CESP en deuxième année à l'âge de 20 ans, d'au moins huit ans s'il choisit le cursus de médecine générale, le plus court avec neuf ans d'études. Le CNG verse à l'étudiant une allocation mensuelle de 1200€ brut imposable. En contrepartie, l'étudiant s'engage à exercer en zone de faible densité médicale pendant une durée égale au temps de versement de l'allocation. Dans l'exemple pris ci-dessus, l'étudiant diplômé après ses neuf années d'études, à l'âge de 27 ans, devra exercer pendant huit ans, soit jusqu'à ses 35 ans. Les zones éligibles sont des zones de revitalisation rurale et des zones urbaines sensibles. Elles sont définies par les ARS selon les données et projections dont elles disposent. La liste de ces zones est colligée par le CNG sur son site internet.

En cas de rupture du contrat de la part de l'étudiant, il doit rembourser les sommes perçues et une somme qui était alors non définie. Cette somme a été fixée à 20.000€ par un arrêté du 24 juin 2011. Les ARS doivent effectuer un suivi annuel des signataires de leur région afin d'adapter les lieux d'exercice aux projets professionnels des étudiants.

Les débats parlementaires ont été riches. Le CESP est considéré comme une disposition ambitieuse et structurante au niveau de l'offre de soins et de sa territorialisation.

Cependant, toutes les conditions suggérées par les députés n'ont pas été retenues, comme par exemple : montant de l'allocation ré-évaluable annuellement, « pantoufle » égale au double des sommes perçues, désignation d'ARS prioritaires voire exclusives.

Les attentes des parlementaires sont les suivantes :

- garantir la présence de jeunes praticiens dans les zones sous-dotées, attacher des médecins aux territoires qui ont le plus besoin d'eux.
- compléter les mesures organisationnelles contenues dans la loi HPST (pôles de santé, guichet d'information) et les différentes mesures d'aménagement du territoire et de développement de l'attractivité des régions.
- effet secondaire : véritable aide financière pour démocratiser les études de médecine ; « cette allocation fera en effet fonctionner l'ascenseur social » (17) ; elle permettra aussi aux personnes qui reprennent des études après un autre cursus de rester indépendantes financièrement.

Les députés restent lucides en précisant que le CESP « ne constitue pas une panacée » (17).

La première année, 148 contrats ont été signés sur les 400 proposés. Quarante-cinq internes et 103 étudiants se sont engagés. Sur les deux années d'existence du CESP, 308 étudiants et internes ont signé un contrat.

3.3 Principaux déterminants pour un exercice en zone rurale : revue de la littérature.

Les déterminants de l'installation des jeunes médecins dans les zones « mal desservies » font l'objet de publications, en particulier en Amérique du Nord.

Le GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé), regroupement de chercheurs québécois, a publié un rapport complet non seulement sur les facteurs d'installation mais aussi d'attraction et de maintien des médecins dans les régions éloignées du Québec (15).

Ce travail est composé de trois volets. Le premier étudie la dynamique autour de l'attraction, l'installation et le maintien des médecins en zones éloignées. Le deuxième se penche sur le choix du lieu d'exercice. Enfin le troisième se place du côté des acteurs locaux et de leur difficultés de recrutements. Ce rapport aborde non seulement les médecins généralistes mais aussi les spécialistes de deuxième ligne.

Le Jefferson Medical College de Philadelphie (États-Unis) a mis en place le PSAP (Physician Shortage Area Program). Ce programme a été évalué (11) pour déterminer les facteurs prédictifs indépendants d'une installation et du maintien d'un exercice rural de premier recours.

Enfin, la Queen's University de Kingston (Canada) a évalué, il y a plus de dix ans maintenant (9), l'influence du profil personnel et du parcours universitaire dans le choix de pratiquer une médecine rurale.

Ces trois études sont concordantes. En effet si on recoupe leurs résultats, on retrouve les facteurs d'une installation ou d'un maintien de l'exercice médical en zone rurale suivants :

- Être de sexe masculin.
- Enfance : les médecins qui ont grandi dans une ville de moins de 10.000 habitants sont plus à même de s'installer dans une zone rurale une fois diplômé et sont plus à même de se maintenir dans ces zones plus tard. Être allé au lycée en zone rurale est également un facteur de maintien en zone rurale.
- La situation familiale : les célibataires choisissent une zone d'exercice avec le profil « j'y vais pour voir si je m'y plais ». Leur maintien dans la région est donc conditionné par leur expérience après l'installation. Leur maintien n'est pas aussi assuré que celui des médecins en couple. Ces derniers

s'installent avec un projet à plus long terme et choisissent une région après réflexion, le plus souvent à deux, pour s'y installer de manière durable. La question du conjoint est fréquemment soulevée. Les étudiants québécois propose d'offrir un support aux familles (concrètement, il s'agit essentiellement de fournir un travail pour le conjoint) afin de faciliter l'intégration du médecin et de sa famille à la région d'accueil.

- Projection : la volonté, en première année, d'exercer une médecine rurale. Les étudiants qui, dès le début de leur cursus, souhaitent exercer en zone « mal desservies » sont plus à même de le faire, une fois diplômés. À propos de la volonté d'exercer la médecine générale, les avis divergent. Il ne semble pas que ce soit un facteur indépendant d'installation ou de maintien en zone rurale. La spécialité envisagée au début du cursus n'influence pas la zone d'installation du médecin, une fois diplômé.

- Programmes d'aide : les système de bourses étasuniennes telles que PSAP ou NHSC semble, d'après les études, être un facteur prédictif. Mais les médecins interrogés dans le rapport québécois perçoivent ces bourses d'étude comme un piètre moyen d'attirer les médecins. Ce point de vue n'est peut-être pas transposable en France du fait d'un coût des études médicales bien moindre qu'en Amérique du Nord. De plus les étudiants, au Québec comme en France (16), ne connaissent que très peu ces mesures incitatives, leur effet est donc limité.

Les aides financières à la construction de maison médicales et les bourses aux étudiants reçoivent un meilleur écho que les aides directes aux médecins installés. En effet, il semble que l'effet d'aubaine est alors prépondérant. Le médecin choisit une zone pour son installation et cherche ensuite les aides possibles (18).

- Stages : les études divergent. Easterbrook ne retrouve pas de lien entre la pratique d'un stage en zone rurale avant le diplôme et l'installation dans ces zones. Tandis que Rabinowitz retrouve que « opter pour un stage de compagnonnage dans un cabinet rural de médecine générale » est un facteur prédictif d'exercice en milieu rural. En revanche, tous s'accordent sur un point : augmenter le nombre d'étudiants exposés, par le biais d'un stage, à la médecine rurale permet de briser les préjugés existants. Cela permettrait de faire connaître l'exercice dans ces régions mais également la vie dans ces régions.

- Exercice : d'après les étudiants en médecine québécois, favoriser le regroupement des médecins et leur intégration aux activités de recherche sont des mesures à envisager pour lutter contre la pénurie

de médecins en zones éloignées. Certains envisagent même la venue de trois ou quatre médecins ensemble dans ces zones « mal desservies ». Cela assurerait aux médecins un risque d'isolement et de surcharge de travail minime tout en permettant une qualité de vie meilleure. Avec un effectif suffisant, l'impact d'un départ est ainsi minoré et l'organisation du travail en est plus libre. Cette solution a aussi le mérite de permettre l'attraction d'autres médecins dans ces régions et favoriserait leur maintien à long terme.

- Rémunération : le fait qu'un étudiant ait un objectif de revenus moins haut que les autres serait un facteur prédictif mais non indépendant dans l'étude étasunienne. Une rémunération progressive en fonction du lieu d'exercice semble être une mesure positive aux yeux des médecins québécois.

Au total, il semble que l'impact des facteurs déjà déterminés à l'entrée des études médicales soit important. Le sexe masculin, le lieu principal de vie pendant l'enfance ou l'adolescence, la situation maritale et le projet « souhaité » avant l'entrée dans les études médicales ne peuvent pas être infléchis par les pouvoirs publics. Les modalités d'exercice et les modes de rémunération sont des facteurs souvent nationaux qui ne dépendent pas des mêmes acteurs que ceux pouvant agir sur les études médicales. Seul le fait d'avoir un maître de stage exerçant en zone rurale semble être un facteur déterminé pendant le déroulement des études médicales.

3.4 Pourquoi une étude ?

3.4.1 Un contrat récent

Le CESP a été créé pendant l'été 2009. Il n'a été effectif qu'à la rentrée universitaire 2010-2011. Ses effets concrets ne se feront sentir sur la démographie médicale régionale puis nationale que dans deux à huit ans. Cependant, il est important de s'intéresser aux signataires actuels. Les internes signataires d'un CESP qui ont terminé leur DES entre novembre 2011 et mai 2012 sont des internes de médecine générale (19). On ne peut pas prévoir l'état sanitaire et démographique des zones « mal desservies » lorsque le CESP aura été effectif, c'est-à-dire après la période d'engagement des premiers signataires soit au plus tôt en novembre 2013.

Mais la littérature internationale peut nous éclaircir sur les effets de mesures comparables.

Il existe aux États-Unis le programme national NHSC (National Health Service Corps). Les étudiants en médecine, odontologie et ostéopathie s'engagent à exercer en zone « mal desservies » en échange d'une aide financière. Ce programme existe depuis 1972 et semble être efficace :

« L'exercice de médecins du programme NHSC dans les zones rurales mal desservies a influencé positivement l'installation à long terme de médecins extérieurs au programme dans ces zones » (20). Toujours au États-Unis, les quatre facteurs favorisant l'exercice auprès de la population des zones « mal desservies » sont les suivants : s'identifier comme membre de cette population, avoir grandi dans ces zones, avoir montré de l'intérêt pour ces zones pendant ses études et enfin participer au NHSC (21).

Un système de prime à l'installation a été mis en œuvre au Royaume-Uni entre 2001 et 2005, mais abandonné depuis (22).

Un rapport de la Cour des comptes rappelle que « Ces aides [financières] ne répondent pas aux déterminants du choix du lieu d'exercice. Ceux-ci [les médecins libéraux] accordent une grande importance à la dimension « qualité de vie » qui relève plus d'une problématique liée à l'aménagement du territoire que d'une question de rémunération » (23).

3.4.2 Quelles motivations ?

Quelles sont les motivations de ces étudiants ayant signé un CESP ?

On peut aisément penser que certains étudiants ont besoin de l'allocation pour vivre. Les étudiants en deuxième et troisième année n'ont pas de revenus liés aux études médicales. Certains sont obligés d'avoir un emploi pour subvenir à leurs besoins. Arrivés en quatrième année, pour les trois ans que dure l'externat, leur salaire est de 100 à 250€ ce qui est nettement insuffisant pour vivre de manière autonome. Là encore, certains ne peuvent compter que sur le salaire d'un emploi en parallèle de leurs études pour se loger, se nourrir, etc. L'allocation de 1200 € brut par mois semble alors une solution pour eux.

D'autres étudiants peuvent aussi vouloir améliorer leur train de vie grâce à l'allocation. Cela peut leur permettre de financer l'inscription à un autre diplôme, DU/DIU par exemple.

3.5 Les motivations des étudiants sont-elles en accord avec les attendus de la loi ?

Si l'on se penche sur le profil et les motivations des étudiants et internes signataires, il sera peut-être possible d'améliorer le CESP afin d'obtenir une adhésion plus forte au projet, un plus grand nombre de signataires et un meilleur ciblage des zones d'exercice proposées. Enfin, on pourra vérifier que les motivations des signataires sont conformes à l'esprit de la loi.

4 Étude

4.1 Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de décrire les caractéristiques des étudiants et internes ayant signé un CESP et de connaître leurs motivations à la signature du contrat.

4.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer :

- les différences entre les motivations des externes et celles des internes.
- les différences entre les étudiants qui se destinent à être médecin généraliste et ceux se destinant à d'autres spécialités
- les différences entre les signataires se disant ruraux et les autres
- les différences selon le projet professionnel
- les différences entre les étudiants en couple et ceux célibataires
- les différences selon le suivi réalisé par les ARS

4.3 Matériels & Méthode

4.3.1 Intervention

Pour réaliser cette étude, un questionnaire en ligne de six pages a été réalisé grâce à Google Documents. Il comprenait entre 32 et 34 items selon le parcours de l'étudiant.

La première page contenait une courte présentation du projet, mes coordonnées puis neuf questions d'ordre général.

La seconde page différait selon que l'étudiant avait déjà passé les ECN ou non. Elle contenait quatre questions pour les internes et deux questions pour les autres.

La troisième page contenait les six items concernant les motivations.

La quatrième page contenait neuf items à propos du projet professionnel.

La cinquième page contenait quatre questions concernant la connaissance du contrat par les répondants.

La dernière page contenait les remerciements, un formulaire afin de me laisser une adresse e-mail et

une zone de commentaires libres.

Le questionnaire a été lu et corrigé par mon directeur de thèse PU-MG et un CCU-MG de la faculté puis par la DGOS qui a élargi le champ des questions. Le questionnaire a alors été relu avant d'être communiqué dans sa version définitive à la DGOS. Certaines questions ont été reformulées ou ajoutées.

Le questionnaire a été testé auprès de secrétaires médicales, d'internes de médecine générale n'ayant pas signé le CESP et de membre de ma famille n'appartenant pas au monde médical afin d'évaluer sa clarté, sa faisabilité et la durée nécessaire pour le compléter (jamais plus de cinq minutes).

Le questionnaire était anonyme.

4.3.2 Échantillon

La population cible de l'étude était l'ensemble des étudiants et internes ayant signé un CESP à la date du 1^{er} mars 2012, soit 308 personnes. Afin d'entrer en contact avec ces signataires, je me suis d'abord rapproché du CNG qui m'a renvoyé vers la sous-direction des ressources humaines du système de santé de la DGOS et plus particulièrement vers le bureau de la démographie et de la formation initiale. La DGOS a accepté de faire le relais entre les signataires et moi.

Un premier e-mail a été envoyé par la DGOS le jeudi 15 mars.

Un mail de relance a été envoyé par le même biais le mardi 3 avril.

Sur les 308 adresses électroniques en possession de la DGOS, deux étaient erronées.

Les réponses étaient directement enregistrées par Google Documents sous forme d'un tableur (type Excel ou Calc).

4.3.3 Observation

Les questionnaires ont été recueillis entre le jeudi 15 mars et le jeudi 17 mai.

4.3.4 Questionnaire

Les premières questions portaient sur le profil sociodémographique du signataire puis sur son parcours et ses choix universitaires.

Le cœur du questionnaire comportait six items. Des exemples de motivations étaient proposés. Le répondant devait noter sur une échelle de Likert à quatre choix possibles (de 0 à 3) l'importance

qu'avait eu une telle motivation sur son choix de signer un CESP. Les exemples de motivation ont été puisés dans les entretiens réalisés par les étudiants candidats à la signature dans ma faculté et dans les motivations des membres du Service de Santé des Armées (SSA).

Les six motivations évaluées étaient :

- le besoin : le CESP répond à un besoin financier pour l'étudiant ou l'interne. Cela lui permet de payer son loyer, ses frais, de ne plus être une charge pour ses parents ou ses proches. La motivation était rédigée ainsi : « Tu avais besoin d'une aide financière, pour payer ton loyer, pour ne plus être une charge pour tes parents, etc. » et sera nommée « besoin » dans la suite de l'étude.
- l'envie : le CESP n'est pas nécessaire au signataire mais il lui permet d'augmenter ses revenus. La motivation était rédigée ainsi : « Tu souhaitais améliorer ton quotidien d'étudiant ou d'interne, ton train de vie, sans en avoir le besoin. » et sera nommée « envie » dans la suite de l'étude.
- le projet : le signataire avait déjà un projet professionnel dans une zone éligible pour le CESP. La signature ne change pas son futur exercice, il s'agit d'un effet d'aubaine. La motivation était rédigée ainsi : « Tu avais déjà un projet dans une zone rurale et en zone urbaine sensible. » et sera nommée « projet » dans la suite de l'étude.
- le service : le signataire souhaite s'engager au service de la population, à la manière du service militaire (comparaison qui a été récusée par la DGOS), motivation directement inspirée du SSA. La motivation était rédigée ainsi « Tu souhaitais te mettre au service, t'engager auprès de la population. » et sera nommée « service » dans la suite de l'étude.
- les revenus : le signataire pense que son exercice en zone sous-dotée lui permettra de lui assurer des revenus professionnels importants sans subir la concurrence d'autres médecins de la même spécialité. La motivation était rédigée ainsi : « Tu souhaitais t'assurer des revenus suffisants en exerçant dans une zone de faible densité médicale. » et sera nommée « revenus » dans la suite de l'étude.
- le retour : le signataire a grandi ou vécu dans une zone éligible pour le CESP et souhaite y retourner pour exercer la médecine. Le retour dans cette zone a pu être favorisé par le CESP. La motivation était rédigée ainsi : « Tu souhaitais exercer dans la zone où tu as grandi, où tu as vécu. » et sera nommée « retour » dans la suite de l'étude.

Les étudiants ayant répondu 0 ou 1 sur l'échelle sont considérés comme en désaccord avec la motivation citée. Les étudiants ayant répondu 2 ou 3 sont considérés comme d'accord avec la motivation citée.

La suite du questionnaire abordait le projet professionnel du signataire : son existence, son

évolution, le statut, le lieu et la structure d'exercice.

Enfin, la dernière partie du questionnaire abordait la connaissance du CESP par le signataire : la liste des lieux d'exercice, le suivi par les ARS, la « pantoufle » et les modalités de rupture du contrat.

4.3.5 Analyses statistiques

Toutes des données recueillies ont été analysées. Nous avons réalisé une analyse descriptive des variables en dénombrant les effectifs et en calculant les taux et les moyennes selon le type de variable. Les variables qualitatives ont été comparées en utilisant le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher, lorsque les effectifs étaient insuffisants.

Les analyses statistiques ont été réalisées par un CCU-MG de la faculté en utilisant le logiciel Stata/IC 10.1.

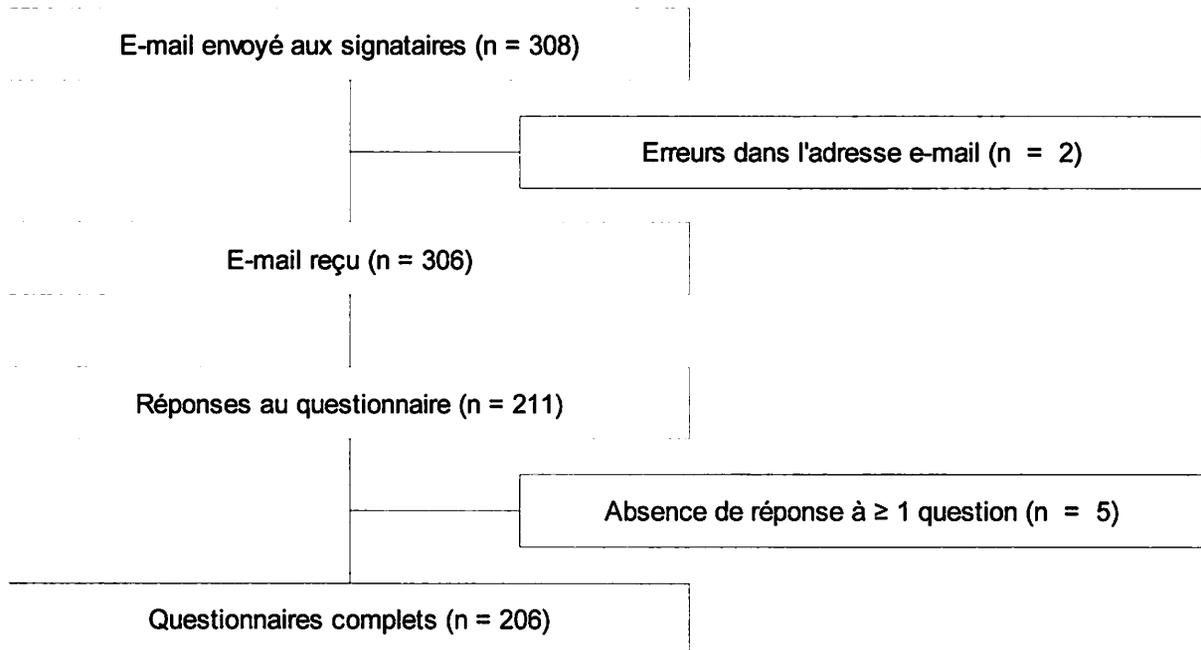
4.3.6 Considérations éthiques

Le questionnaire a été déclaré à la CNIL.

Les réponses étaient anonymes mais les données recueillies étaient personnelles. Aucune donnée nominative ne sera diffusée et seules les données résumées seront communiquées dans le cadre des analyses statistiques.

5 Résultats :

Fig.1 : Diagramme de flux



La figure 1 donne les effectifs de l'échantillon.

J'ai recueilli 211 questionnaires remplis soit un taux de réponse de 68,5 %.

Après l'envoi du premier e-mail le 15 mars 2011, en 24h, 52 % (n = 109) des répondants avaient répondu au questionnaire.

Avant le mail de relance du 3 avril 2011, 80 % (n = 168) des réponses étaient déjà collectées.

5.1 Caractéristiques démographiques et sociologiques de l'échantillon, profil de motivation des signataires

Les premiers résultats présentent le profil et les motivations des signataires ainsi que les différences existantes selon le niveau d'étude.

Caractéristiques

Le tableau 1 compare les caractéristiques sociologiques des internes et des externes au moment de

la signature du CESP.

Tableau 1 : caractéristiques des signataires à la signature du CESP

Caractéristiques	Echantillon (n = 211)		Externes (n = 147)		Internes (n = 64)		Différence p	
	N	%	N	%	N	%		
Sexe	Homme	104	49	79	54	25	39	<0, 050
	Femme	107	51	68	46	39	61	
Situation matrimoniale	Célibataire	81	38	66	45	15	23	0,003
	En couple	130	62	81	55	49	77	
Enfants	Sans enfants	167	79	120	82	47	73	0,178
	Parent	44	21	27	18	17	27	
Urbain/Rural	Urbain	93	44	66	45	27	42	0,715
	Rural	118	56	81	55	37	58	

Âge

L'âge médian des étudiants répondants était de 25 ans, l'âge moyen était de 26 ans avec des extrêmes allant de 19 à 43 ans.

L'âge moyen des externes était de 25 ans, l'âge médian de 24 ans avec des extrêmes allant de 19 à 43 ans.

L'âge moyen et l'âge médian des internes étaient de 27 ans, avec des extrêmes allant de 24 à 37 ans.

La part d'étudiants âgé de plus de 25 ans était significativement différente entre les externes et les internes, elle était plus importante chez les internes que chez les externes (respectivement 84 % et 32 %, $p < 0,001$).

Promotion

Le tableau 2 résume le profil des signataires au moment du questionnaire.

Dans notre échantillon, 71 étudiants étaient étudiants en troisième cycle et un répondant avait terminé son internat. Par la suite, ce dernier sera intégré aux « internes ».

Tableau 2 : Profil des signataires

Caractéristiques	Echantillon (n = 211)		
	N	%	
Promotion	1 ^{er} et 2 ^{ème} cycle	139	65,9
	3 ^{ème} cycle	71	33,6
	Internat terminé	1	0,5
Ancienneté : signature du CESP en	2010-2011	82	39
	2011-2012	129	61
Projet professionnel	oui	147	70
	non	64	30
Evolution du projet professionnel	oui	51	24
	non	160	76

Ancienneté

Sur les 148 signataires de l'année universitaire 2010-11, 55 % (n = 82) avaient répondu au questionnaire.

Sur les 160 signataires de l'année universitaire 2011-12, 87 % (n = 129) avaient répondu au questionnaire.

Suivi par l'ARS

Sur les 206 signataires ayant répondu à la question, 67 % (n = 139) avaient bénéficié d'un suivi annuel de la part de l'ARS de leur région de formation.

Contact terrain

Dans notre échantillon, 67 % (n = 142) des étudiants répondants n'avaient pas eu de contact avec des acteurs de terrain des lieux où ils envisagent d'exercer.

Les données suivantes prennent en compte le statut au moment du questionnaire.

Parmi les « externes », huit étudiants étaient en DCEM4 et sont devenus étudiants en troisième cycle, ils sont intégrés aux « internes ».

Le tableau 3 compare le profil d'exercice entre les internes et les externes.

Caractéristiques	Echantillon (n = 211)		Externes (n = 139)		Internes (n = 72)		Différence p	
	N	%	N	%	N	%		
Statut d'exercice	Libéral	106	50	67	48	39	54	0,525
	Mixte	55	26	37	27	18	25	
	Salarié	14	7	8	6	6	8	
	NSP	36	17	27	19	9	13	
Proximité Domicile-exercice <2km	oui	92	44	66	47	26	36	0,114
	non	119	56	73	53	46	64	
Faculté	oui	112	53	77	55	35	49	0,349
	non	99	47	62	45	37	51	

Tableau 3 : Profil d'exercice des signataires

Proximité

La part d'étudiants souhaitant une forte proximité entre le lieu d'exercice et le lieu de résidence n'était pas significativement différente entre les externes et les internes.

Faculté

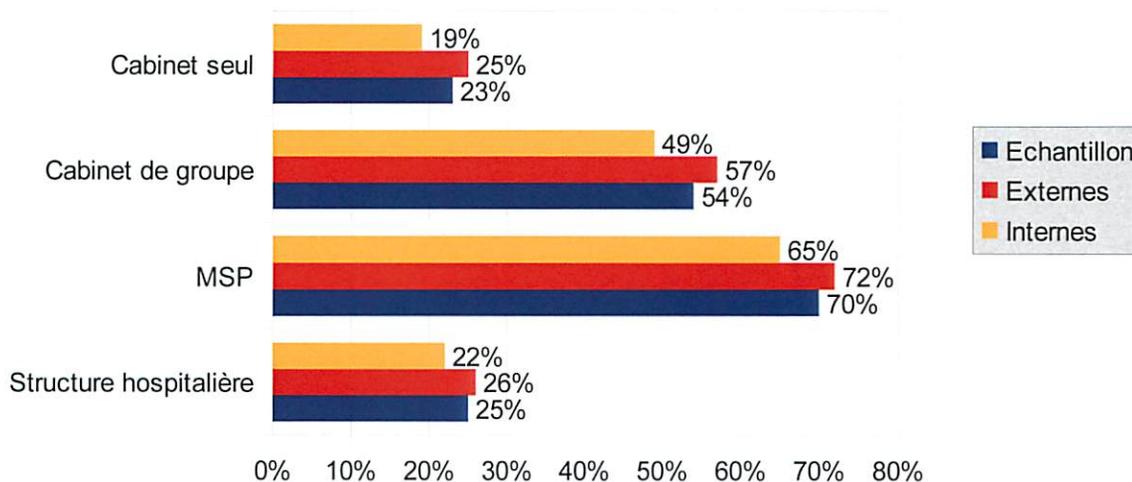
La part d'étudiants souhaitant garder un pied à la faculté n'était pas significativement différente entre les externes et les internes.

Structure

Les parts d'étudiants souhaitant exercer en cabinet seul, en cabinet de groupe, en maison de santé pluridisciplinaire ou en structure hospitalière n'étaient pas significativement différente entre les externes et les internes.

Les résultats sont représentés dans la figure 2

Fig. 2 : Préférence de la structure d'exercice au sein de l'échantillon, des externes et des internes



Liste des lieux d'exercice

Parmi les répondants, 67 % (n = 141) des étudiants connaissaient la LLE disponible sur le site du CNG.

Et 63 % (n = 132) l'avaient déjà consultée au moment de l'enquête.

Projet professionnel

Dans notre échantillon, 70 % (n = 147) des étudiants ont répondu avoir un projet professionnel et 24 % (n = 51) ont déclaré avoir vu leur projet professionnel évoluer.

Parmi les 147 étudiants ayant un projet professionnel, 19 % (n = 28) déclarent avoir vu leur projet évoluer.

Rupture du CESP

Dans notre échantillon, 22 % (n = 47) des étudiants répondants envisageaient de rompre le contrat si aucun des lieux d'exercice ne leur convient.

Et 81 % (n = 171) connaissaient les modalités de remboursement du CESP.

Parmi les externes, 19 % (n = 28) des répondants envisagent de rompre le contrat si aucun des lieux d'exercice ne leur convient.

Parmi les internes, 30 % (n = 19) des répondants envisageaient de rompre le contrat si aucun des lieux d'exercice ne leur convient.

La part d'étudiants souhaitant rompre le contrat si aucun lieu d'exercice ne lui convient n'était pas significativement différente entre les externes et les internes (p = 0,088).

Motivations

Rappel : les étudiants ayant répondu 0 ou 1 sur l'échelle allant de 0 à 3 sont en désaccord avec la motivation évoquée. Les étudiants ayant répondu 2 ou 3 sont d'accord avec la motivation citée.

Les résultats sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Part des étudiants en accord avec les motivations

	Tous (N =211)		Externes (N = 147)		Internes (N = 64)		Différence* p
	N	%	N	%	N	%	
Besoin	132	63	115	78	17	27	<0,001
Envie	91	43	59	40	32	50	0,352
Projet	162	77	109	74	53	83	0,529
Service	164	78	116	79	48	75	0,377
Revenus	71	34	45	31	26	41	0,046
Retour	94	45	71	48	23	36	0,176

* : les tests sont réalisés sur les résultats obtenus avec l'échelle 0-3.

Externes

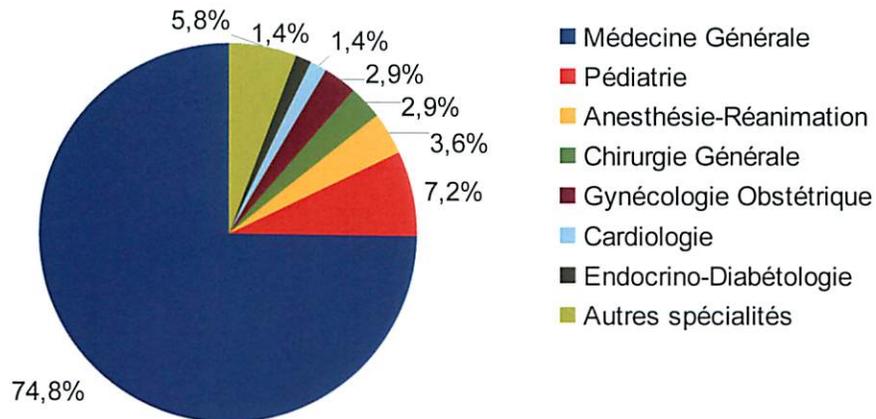
Dans notre échantillon, 139 étudiants répondants étaient externes lorsqu'ils ont répondu au questionnaire.

Parmi les répondants, 65 % (n = 88) souhaitent faire leur internat dans la même région que leur deuxième cycle.

Spécialité

La spécialité envisagée aux ECN par les externes est illustrée dans la figure 3.

Fig. 3 : Spécialité envisagée après les ECN



Les autres spécialités sont les suivantes : gastro-entérologie, médecine interne, oncologie, ophtalmologie, psychiatrie et radiologie.

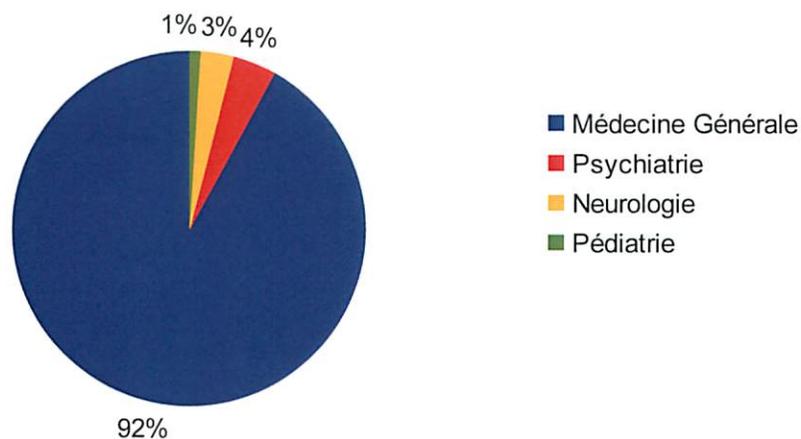
Internes

Dans notre échantillon, 72 étudiants répondants étaient internes lorsqu'ils ont répondu au questionnaire.

Les spécialités qu'ils ont choisies sont illustrées par la figure 4.

Spécialité

Fig. 4 : Spécialité en cours pour les internes signataires

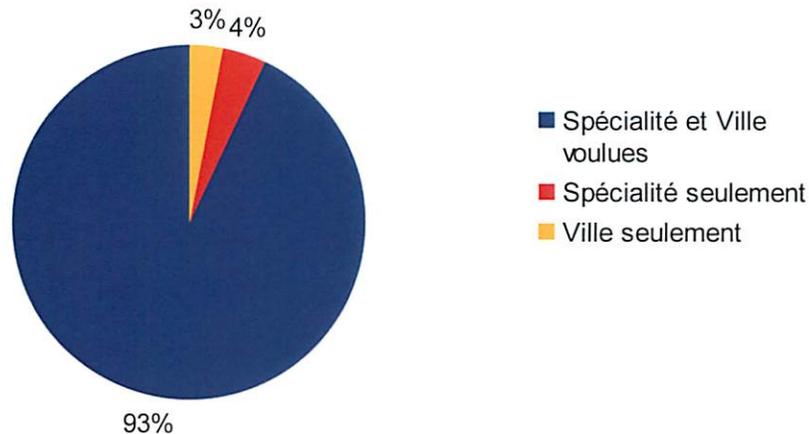


Parmi les internes, 56 % (n = 40) n'ont pas changé de région entre leur deuxième cycle et leur

internat.

La figure 5 illustre le choix des internes actuels lors de leur amphithéâtre de garnison.

Fig. 5 : Amphithéâtre de garnison



Parmi les internes, 32 se sentent concernés par la réalisation de semestres à proximité de leur futur lieu d'exercice. Parmi eux, 20 ont déjà pu réaliser un ou deux semestres dans ces conditions.

5.2 Étude des corrélations

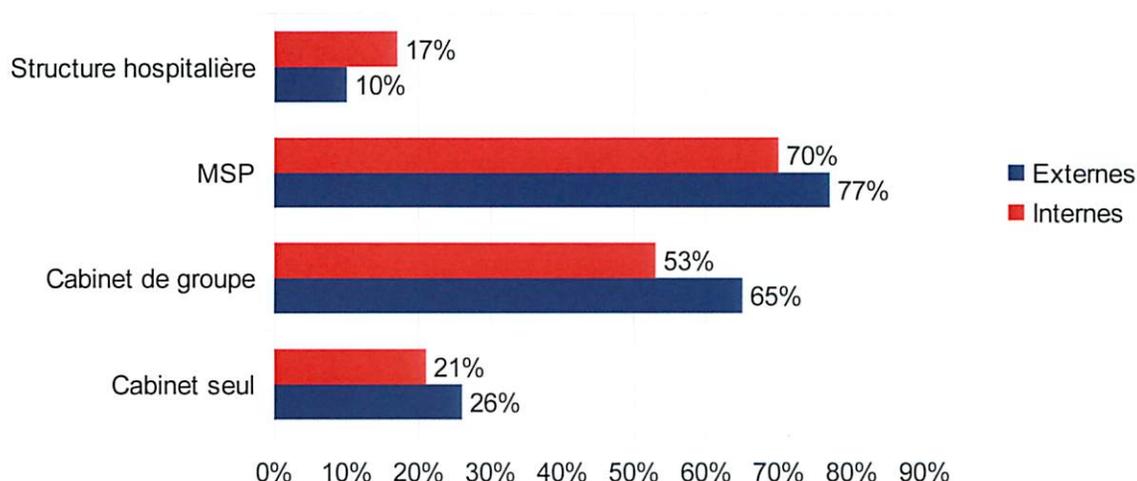
5.2.1 Selon la spécialité envisagée : médecine générale ou une autre spécialité

Sur les 139 « externes » au moment de l'enquête, 75 % (n = 104) déclarent se destiner à la médecine générale.

Sur les 72 « internes », 92 % (n = 66) ont choisi la médecine générale comme spécialité à l'issu des ECN.

La figure 6 résume les souhaits d'exercice des externes et internes se destinant à la médecine générale.

Fig. 6 : Préférences de la structure d'exercice au sein des futurs médecins généralistes



5.2.2 Selon l'origine déclarée : rurale ou urbaine

La part d'étudiants ayant un projet professionnel n'était pas significativement différente entre les étudiants se déclarant urbains et ceux ruraux (respectivement 72 % et 68 %).

La part d'étudiants ayant vu leur projet professionnel évolué après la signature du CESP n'était pas significativement différente entre les étudiants se déclarant urbains et ceux ruraux (respectivement 25 % et 14 %, $p = 0,074$).

La part d'étudiants déclarant vouloir rompre le contrat si aucun lieu d'exercice ne lui convient n'était pas significativement différente entre les étudiants se déclarant urbains et ceux ruraux (respectivement 25 % et 20 %).

La part d'étudiants souhaitant une forte proximité entre le lieu d'exercice et le lieu de résidence n'était pas significativement différente entre les étudiants se déclarant urbains et ceux ruraux (respectivement 37 % et 49 %, $p = 0,067$).

La part d'étudiants souhaitant garder un pied à la faculté n'était pas significativement différente entre les étudiants se déclarant urbains et ceux ruraux (respectivement 55 % et 52 %).

Tableau 5 : Part des étudiants en accord avec les motivations, selon leur origine

* : Test exact de Fisher	Urbain (N = 93)		Rural (N = 118)		Différence	
	N	%	N	%	Chi2	p
Besoin	61	66	71	60	1,41	0,703
Envie	40	43	51	43	1,73	0,630
Projet	62	67	100	85	13,91	0,003
Service	75	81	89	75	*	0,072
Revenus	34	37	37	31	1,00	0,802
Retour	25	27	69	58	25,51	<0,001

Le tableau 5 compare les motivations des étudiants ruraux et urbains.

5.2.3 Selon le projet professionnel

Dans notre échantillon, 70 % (n = 147) des étudiants ont répondu avoir un projet professionnel.

Parmi eux, 37 % (n = 55) ont déjà été en contact avec des acteurs de terrain et 19 % (n = 28) déclarent que leur projet professionnel a évolué depuis la signature.

La part d'étudiants ayant un projet professionnel était significativement différente entre les étudiants ayant été en contact avec des acteurs de terrain et les autres. Elle était plus importante chez les étudiants ayant été en contact avec des acteurs de terrain (80 % et 65 %, $p = 0,027$).

La part d'étudiants déclarant que leur projet professionnel a évolué était significativement différente entre les étudiants ayant été en contact avec des acteurs de terrain et les autres. Elle était plus importante chez les étudiants ayant été en contact avec des acteurs de terrain (27 % et 14 %, $p < 0,050$).

5.2.4 Selon la situation matrimoniale

Le tableau 6 compare les motivations des étudiants célibataires et en couple.

La part d'étudiants ayant un projet professionnel n'était pas significativement différente entre les étudiants en couple et les autres (respectivement 71 %, n = 92 et 68 %, n = 55).

Tableau 6 : Part des étudiants en accord avec les motivations, selon leur situation matrimoniale

	Célibataire (N = 81)		Couple (N = 130)		Différence	
	N	%	N	%	Chi2	p
Besoin	55	68	77	59	2,16	0,539
Envie	35	43	56	43	1,19	0,756
Projet	61	75	101	78	2,88	0,410
Service	62	77	102	78	*	0,783
Revenus	28	35	43	33	4,85	0,183
Retour	38	47	56	43	4,73	0,192

* : Test exact de Fischer

Parmi les 147 étudiants ayant un projet professionnel, la part de ceux ayant vu leur projet évoluer n'était pas significativement différente entre les étudiants en couple et les autres (respectivement 18 %, n = 17 et 20 %, n = 11).

La part d'étudiants souhaitant rompre le contrat si aucun lieu d'exercice ne lui convient n'était pas significativement différente entre les étudiants en couple et les autres (respectivement 23 %, n = 30 et 21 %, n = 17).

La part d'étudiants souhaitant une forte proximité entre le lieu d'exercice et le lieu de résidence n'était pas significativement différente entre les étudiants en couple et les autres (respectivement 41 %, n = 53 et 48 %, n = 39).

La part d'étudiants souhaitant garder un pied au sein de la faculté n'était pas significativement différente entre les étudiants en couple et les autres (respectivement 52 %, n = 67 et 56 %, n = 45).

5.2.5 Influence de l'accompagnement de la part de l'ARS

La part d'étudiants ayant un projet professionnel qui a évolué depuis la signature du contrat n'était pas significativement différente entre les étudiants ayant eu un accompagnement de la part de l'ARS et les autres (respectivement 19 %, n = 18 et 20 %, n = 10).

La part d'étudiants qui envisage de rompre le contrat si aucune lieu d'exercice ne lui convient n'était pas significativement différente entre les étudiants ayant eu un accompagnement de la part de l'ARS

et les autres (respectivement 24 %, n = 34 et 19 %, n = 13).

La part d'étudiants ayant rencontré des acteurs de terrains n'était pas significativement différente entre les étudiants ayant eu un accompagnement de la part de l'ARS et les autres (respectivement 30 %, n = 42 et 37 %, n = 25).

La part d'étudiants ayant effectué un ou deux semestres à proximité de leur futur lieu d'exercice n'était pas significativement différente entre les étudiants ayant eu un accompagnement de la part de l'ARS et les autres.

La part d'étudiants connaissant la liste des lieux d'exercice n'était pas significativement différente entre les étudiants ayant eu un accompagnement de la part de l'ARS et les autres (respectivement 63 %, n = 87 et 73 %, n = 49).

La part d'étudiants ayant consulté la liste des lieux d'exercice n'était pas significativement différente entre les étudiants ayant eu un accompagnement de la part de l'ARS et les autres (respectivement 59 %, n = 82 et 67 %, n = 45).

La part d'étudiants connaissant les conditions de rupture du contrat n'était pas significativement différente entre les étudiants ayant eu un accompagnement de la part de l'ARS et les autres (respectivement 78 %, n = 108 et 87 %, n = 58).

6 Résultats qualitatifs

Le questionnaire comportait trois zones de texte. Ces trois zones correspondent aux items suivants :

« Ce projet professionnel a-t-il évolué après la signature du CESP ? Si oui, pour quelles raisons ? »

« Tu peux détailler ci-dessous ton projet ou son évolution depuis la signature du contrat : »

« Commentaires et remarques »

Sur les 211 étudiants qui ont répondu au questionnaire, 81 % (n = 170) ont laissé une adresse mail et 61 % (n = 128) ont laissé une ou des réponses à au moins l'un de ces trois items.

Parmi eux beaucoup ont décrits des projets professionnels plus ou moins précis. La plupart des réponses apportent des éléments d'ordre géographique. La précision géographique va de la commune à « dans l'ouest (Bretagne, Pays de Loire, Poitou-Charentes, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon) ».

Certains précisent les diplômes complémentaires visés : DESC, DU/DIU.

En dehors de ces projets professionnels, 65 étudiants ont laissé des remarques à propos de leurs motivations ou en rapport avec les questions posées. Ces 66 remarques ont été classées en huit catégories :

- Motivations (29 remarques)
- Encouragements (16)
- Faculté (10)
- Aubaine (4)
- Reproches (4)
- Facilité (3)
- Rupture (2)
- Semestres (1)

Motivations

Les étudiants ont partagés des réflexions sur leurs motivations.

Ils abordaient à 14 reprises le retour vers la région d'origine :

« étant originaire [d'une] zone très déficitaire en médecin »

« à proximité de mes proches »

« dans le même département où j'ai grandi »
 « les montagnes de mon enfance »
 « revenir sur la côte où j'ai passé mes années de lycée »

Neuf étudiants abordent leur motivation d'engagement :

« envie de m'engager et de venir "en aide" demandeuse d'une offre de soins plus proche et plus accessible »

« je voulais simplement être accompagnée pour travailler dans une zone qui en avait besoin »

« la médecine est un service public et la santé un droit qui devrait être accessible à tous, et les inégalités de santé sur le territoire m'ont toujours scandalisée »

« c'est la différence entre le métier de médecin et celui de tout autre cadre que de devoir travailler pour chaque personne de notre territoire. C'est la noblesse et la beauté de ce métier »

Ils semblent parfois déterminés à imposer leur point de vue à l'ensemble des étudiants en médecine :

« notre rôle en tant que médecin d'assurer une offre de soins qui soit harmonieuse sur le territoire »

Six étudiants évoquent la motivation pécuniaire.

Certains mettent en avant la nécessité financière due aux études médicales :

« nécessité financière en primo movens »

« le CESP est le seul moyen que j'ai trouvé pour subvenir à mes besoins primaires (alimentation, logement, frais scolaires, frais de transport, livres...) »

D'autres mettent en avant l'avantage financier apporté par le CESP, sans évoquer la nécessité de celui-ci.

« possibilité de terminer mes études dans des conditions matérielles plus confortable »

« grâce à l'argent du CESP, j'ai pu m'inscrire en master de recherche [...]. Ce que je ne pouvais pas me permettre auparavant. »

Quatre étudiants évoquent le fait que le CESP vient s'ajouter à leur projet professionnel déjà pensé.

« avant de signer le contrat, je voulais déjà m'engager comme médecin généraliste en zone rurale.

Le contrat m'est donc apparu comme une évidence »

« j'ai toujours souhaité exercer en "campagne" [...] et je trouvais dommage de ne pas profiter de l'apport financier qui n'est pas négligeable »

« le CESP est plus pour moi le "petit plus", qui s'intègre parfaitement dans mon projet professionnel. »

Trois étudiants évoquent le CESP comme une aide, un facilitateur à l'installation.
« je pense que l'installation et l'acquisition d'une patientèle y seront plus aisées »

Rupture du contrat

La rupture du contrat est évoquée par deux étudiants.

D'une part par manque de possibilité d'exercice dans la région voulue : « Rachat probable de CESP car pas de propositions sur la région... A ce jour toujours aucune perspective de l'ARS ».

D'autre part par manque de choix de spécialité après les ECN : « Si mon classement [aux ECN] me permet de faire une spécialité dans une grande ville, alors j'envisagerai de révoquer mon contrat ».

Un seul interne évoque la possibilité pour les signataires de réaliser les derniers semestres en stage dans la région où ils souhaitent exercer.

« stage effectué dans la région où je vais m'installer. »

Reproches

Quatre étudiants exposent des reproches envers le CESP, en particulier sur la communication autour du contrat et des lieux d'exercice.

« le choix de la spé est extrêmement réduit, contrairement à ce qui nous avait été dit »

« on nous avait convaincu que les modes d'exercices proposés (libéral, hôpital, clinique, mixte,...) seraient variés, ce qui n'est aujourd'hui pas le cas »

« merci pour le lien des postes, j'avais pourtant téléphoné à la personne en charge au CNG de ma région qui m'avait dit qu'elle n'existait pas et qu'on ne l'aurait pas tout de suite »

« liste apparue le 3 octobre 2011 pour une installation en novembre ! J'ai du donc moi-même relancer pour rechercher les éventuelles zones déficitaires de mon département »

« je trouve inacceptable que les conditions de remboursement aient été modifiées APRES la signature du contrat (au moins pour la première promo) »

Encouragements

Enfin, 16 étudiants m'ont encouragé dans ma démarche.

« bon courage pour ta thèse »

« très bonne idée cette thèse. »

« excellent sujet d'actualité! »

« merci de ton choix de thèse qui prend en compte, pour une fois, un sujet actuel, porteur, et surtout non consensuel »

7 Discussion

7.1 Forces et faiblesses du travail

Limites

Avec un taux de réponse de 68,5 %, on peut considérer que l'échantillon est représentatif de l'ensemble des signataires.

Biais

Questionnaire envoyé par mail mais population jeune et 'connectée'

Un questionnaire par mail n'est pas la meilleure méthode pour une étude mais la population cible étant composée d'étudiants et d'internes n'ayant pas terminé leur cursus on peut penser qu'ils sont tous « connectés ». Le taux de réponse proche des 70 % confirme ce fait et rend la méthode de diffusion du questionnaire appropriée.

De plus, les réponses furent rapides. Plus de la moitié des réponses finales ont été obtenues dans les 24 premières heures suivant l'envoi du questionnaire par mail.

Biais de sélection

Les deux promotions sont représentées bien que la deuxième (2011-2012) soit plus représentée que la première (2010-2011). Les informations et les conditions de rupture du contrat ayant été diffusées au cours de l'année scolaire 2010-2011, on peut penser que la deuxième promotion de signataire est plus proche des prochaines promotions que la première.

Les motivations ont été choisies essentiellement après les entretiens réalisés à la faculté des sciences de la santé Paris Ouest lors de la rentrée 2010-2011 pour les étudiants souhaitant contracter un CESP. Elles ont été complétées par la réflexion et la lecture de la littérature. Il est possible que d'autres motivations puissent exister. Cependant aucun étudiant répondant ne m'a suggéré d'autre motivation dans les commentaires.

Biais d'intervention : la tournure des exemples de motivation influencent l'approbation.

Les motivations ont été rédigées comme des affirmations. Elles ne contiennent pas toutes les subtilités voulues. Certains étudiants ont pu rejeter une motivation du fait de sa tournure plutôt que

par désaccord avec le fond.

Cette limite est particulièrement présente pour la question à propos de la rupture. Elle sous-entend qu'il n'y a qu'un seul motif de rupture du contrat : « aucun lieu d'exercice ne te convient ». Il existe bien entendu d'autre motivation à la rupture du contrat.

Biais de mesure

Les motivations sont évaluées sur l'adhésion à l'exemple donné par une échelle de 0 à 3. Un nombre pair de réponses possibles permettait d'éviter les réponses centrales et obligeait les étudiants à se positionner en accord ou en désaccord avec la proposition. Cette méthode a été discutée avec le chef de clinique de médecine générale.

Afin de distinguer les étudiants qui adhèrent aux motivations de ceux qui les rejettent, cette échelle était la plus adaptée.

Biais de confusion

Les biais de confusion sont évités au maximum grâce aux analyses comparatives des sous-groupes en fonction du sexe, du niveau de cursus lors de la signature ou lors de la réponse au questionnaire, de l'origine urbaine ou rurale, etc.

Biais d'analyse

Enfin, l'un des biais les plus évident est le profil de l'auteur de l'étude. Il est interne de médecine générale et a signé un CESP en début d'année universitaire 2010-2011. Sa vision de l'exercice est orientée vers la médecine générale et ses propres motivations ont influencé les exemples de motivation fournis aux étudiants.

7.2 Résultat principal et interprétation

Profil

Les signataires du CESP ont 25 ans en moyenne, sont en couple, sans enfants et se déclarent d'origine rurale. Les « externes » sont surreprésentés.

Les signataires ont un projet professionnel en tête : ils souhaitent exercer en cabinet de groupe ou en MSP, à plus de 2km de leur domicile. Ils souhaitent avoir des revenus libéraux et garder un pied à la faculté.

Les signataires ont fait l'objet d'un suivi par l'ARS, connaissent la LLE et l'ont consultée mais n'ont

pas eu de contact avec des acteurs de terrain.

Les conditions de rupture du contrat sont connues mais ils n'envisagent pas cette éventualité.

Motivations

Les trois motivations avec lesquelles sont d'accord les signataires sont « service », « projet » et « besoin ». Ils souhaitent se mettre au service de la population des zones de faible densité médicale. Ils ont des projets professionnels dans ces zones préexistant au CESP. Le besoin financier tient une place importante, en particulier chez les « externes ».

L'existence d'un projet en zone sous-dotée, avant la signature du CESP, implique le désir d'exercer au service de la population de cette zone. Le côté pécuniaire et l'aide que le contrat peut donner à monter un projet motivent la signature du CESP. L'effet d'aubaine semble prépondérant.

7.3 Résultats secondaires et interprétation

7.3.1 Différences entre externes et internes

Les hommes sont majoritaires chez les externes, et minoritaires chez les internes. La prépondérance masculine est attendue et correspond aux résultats des autres études. La prépondérance féminine chez les internes peut s'expliquer par la spécialité « visée » par le CESP, à savoir la médecine générale, dont les effectifs sont essentiellement féminins.

On ne retrouve pas de différence statistique entre internes et externes lorsque l'on parle de parentalité. Ce résultat peut s'expliquer de deux façons :

- les externes signataires sont en sixième année, sur le point de passer les ECN, et les internes sont de jeunes internes. La différence d'âge n'étant pas importante, la part de parents dans les deux groupes n'est pas significative.
- les externes signataires comptent parmi eux des « dinos ». Des adultes ayant déjà eu une vie active avant de s'engager dans la filière médicale. Ces adultes ont le plus souvent une famille. Leurs revenus précédents n'étant plus assurés, le CESP est un contrat attractif pour eux.

Au sein de l'échantillon, deux étudiants ont répondu qu'ils ne connaissaient pas la liste des lieux d'exercice mais qu'ils l'avaient déjà consultée. Il s'agit soit d'une faute d'attention, soit d'une mauvaise compréhension de l'une des deux questions.

On retrouve une tendance chez les internes d'être plus à même de rompre le contrat. Cela s'explique par la nécessité moins importante de l'allocation et par un engagement plus court et donc perçus comme plus facile à rompre.

Les motivations des externes sont les même que dans l'ensemble de l'échantillon. Les internes, eux, n'ont pas « besoin » de l'allocation (27 % contre 78 % chez les externes). La question des « revenus » est la quatrième motivation pour les internes derrière l'« envie ».

7.3.2 Différences selon la spécialité

Les externes qui se destinent à la médecine générale n'ont pas de préférence de structure d'exercice très différente de celle des internes de médecine générale.

La seule différence notable concerne l'exercice hospitalier. Cette différence peut s'expliquer par la filière « médecine d'urgence ». En effet, une partie des internes de médecine générale s'oriente vers l'exercice de la médecine d'urgence, en particulier hospitalière ce qui peut expliquer que 17 % des internes de médecine générale interrogés envisagent d'intégrer une structure de soins non ambulatoire.

7.3.3 Différences selon l'origine

On observe une tendance, chez les signataires d'origine urbaine, à la modification du projet professionnel. On peut penser que ces signataires n'avaient pas pour projet de s'installer en zone rurale mais plutôt en zone urbaine sensible et que la LLE a fait évoluer leur choix.

On observe une tendance, chez les signataires d'origine rurale, à vouloir exercer proche de son domicile. La vision d'un « médecin de campagne » habitant le village où il exerce a pu influencer la réponse des étudiants ruraux.

Les étudiants ruraux sont plus nombreux à être d'accord avec les motivations « retour » et « projet » que les étudiants urbains. Par définition, les signataires d'origine urbaine ne peuvent envisager un retour dans leur zone rurale d'origine. Le projet développé par les signataires est intimement lié à leur origine ce qui explique la différence rencontrée.

Les étudiants urbains semblent avoir tendance à se mettre plus au « service » que les étudiants ruraux. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les étudiants urbains n'ayant pas la motivation du « retour », une autre motivation leur est nécessaire pour signer le CESP.

7.3.4 Différences selon le projet professionnel

Les étudiants qui ont un projet professionnel sont plus nombreux à avoir eu des contacts avec des acteurs de terrain.

Ceux ayant eu des contacts avec des acteurs de terrain sont plus nombreux à avoir vu leur projet professionnel évoluer.

On peut penser que plus un projet est réfléchi, plus l'étudiant s'intéresse à la réalité de l'engagement et à sa réalisation. Ce qui permet à leur projet d'évoluer pour coller au mieux à la LLE.

7.3.5 Différences selon la situation matrimoniale

Il n'y a pas de différence de motivation entre les étudiants en couple et ceux célibataires.

Alors qu'on pourrait penser que les étudiants en couple, donc plus souvent parents, auraient davantage besoin de l'allocation pour subvenir à leur besoin, ce n'est pas le cas. Les étudiants en couple étant plus souvent internes, ils ont un salaire ce qui limite leur besoin pécuniaire.

La situation matrimoniale ne semble pas influencer les autres critères du profil ou les motivations.

7.3.6 Différences selon l'accompagnement par l'ARS

L'accompagnement par l'ARS ne semble pas influencer les critères du profil ou les motivations.

7.4 Hypothèses

7.4.1 Pourquoi ces résultats sont observés ?

Le profil des signataires retrouvé dans cette étude est semblable à celui retrouvé dans les autres études citées en introduction. De jeunes hommes d'origine rurale qui souhaitent se mettre au service de la population.

Cette étude permet de préciser les souhaits des signataires quant à leur exercice : la médecine générale en groupe est plébiscitée. Or la LLE ne contient quasiment pas de poste répondant à ce profil. Les lieux d'exercice proposés sont des communes ou un ensemble de commune sur lesquelles il n'y a le plus souvent qu'un ou deux médecins, proches de la retraite. Ce profil de médecin déjà installé n'est que rarement un élément moteur dans la création d'un cabinet de groupe ou d'une MSP. Ceci est l'une des limites du CESP. Il ne répond pas entièrement à l'attente des signataires en matière d'exercice professionnel. La LLE étant vouée à évoluer, peut-être qu'elle le fera dans le « bon » sens pour les signataires.

La rupture du contrat par les étudiants ne semble pas être une éventualité envisagée. Ceci est une réussite du CESP. Les étudiants signataires sont suffisamment motivés pour tenir leur engagement jusqu'au bout. Il serait intéressant de les réinterroger à distance, une fois l'exercice médical débuté.

On a pu voir que la moitié des signataires souhaitent garder un pied à la faculté. La médecine générale étant prépondérante, on peut imaginer que les signataires chercheront à devenir maître de stage ambulatoire pour des externes ou des IMG. Or les maîtres de stage trouvent plus facilement des remplaçants puis des associés/collaborateurs. Ceci est d'autant plus vrai en milieu rural.

On peut donc espérer que la présence de ces généralistes ruraux entraînera une dynamisation médicale locale ce qui permettrait à ces zones « mal desservies » de perdre cette étiquette.

7.4.2 Nouvelles questions

Cette étude apporte un certain nombre de réponses mais fait apparaître d'autres questions.

Le CESP est-il efficace ?

L'effet d'aubaine semble prépondérant. Les signataires sont des étudiants qui avaient en majorité, avant même la signature du CESP, un projet en zone « mal desservie ». Le CESP n'est donc efficace que si ces projets n'étaient pas localisés exactement dans une zone de faible densité médicale et pour les étudiants qui n'avaient pas un tel projet.

Les signataires se maintiendront-ils ?

Reste à savoir si les signataires resteront exercer la médecine là où ils ont réalisé leur engagement.

Les signataires qui se sont engagés en début de cursus avec un période d'exercice de sept, huit voire neuf ans, vont-ils exercer toute cette période au sein de la même zone ?

Les signataires qui se sont engagés en fin de cursus avec une période d'exercice de deux ou trois ans, vont-ils effectuer leur engagement avant de retourner dans une zone mieux desservie ?

7.5 Changements déjà observés

Entre le début de l'étude et sa publication, de nouveaux éléments sont apparus autour du CESP.

Priorité régionale

En premier lieu, la priorité régionale a été introduite. Un interne en fin de cursus a une priorité de choix sur les lieux d'exercice proposés par l'ARS de la région dans laquelle il réalise son troisième cycle. Il lui est toujours permis de changer de lieu d'exercice et de région en cours d'engagement.

Remboursement

Ensuite, les modalités de remboursement ont été modifiées. À l'origine, l'étudiant qui désirait rompre le contrat devait rembourser l'ensemble des sommes perçues majorées de 20.000 € (cette somme est dégressive au-delà de trois ans d'exercice).

Sous l'impulsion de l'ANEMF, la somme à rembourser a été diminuée. Désormais, si la rupture a lieu avant la fin des études du signataire, le remboursement concerne les sommes perçues majorées de 200€ par mois de versement de l'allocation. Si la rupture a lieu après la fin des études, soit après le début de l'exercice, alors il n'y a pas de modifications : 20.000 € (dégressif au-delà de trois ans d'exercice).

Coercition

On a pu voir, puis parfois disparaître, dans les programmes des candidats à l'élection présidentielle des mesures coercitives concernant les médecins.

Mais la coercition ne marche pas.

La coercition est efficace pour faire exercer des médecins dans les zones « mal desservies » mais les coûts pour la collectivité sont élevés et le maintien de ces médecins dans ces zones est faible (24).

Les exemples ne manquent pas ! En Allemagne, en 1977, un programme a été mis en place. Les installations sont limitées aux zones où la densité médicale est inférieure de 10 % à la moyenne nationale. Dans les autres zones, une installation est conditionnée par un départ. En 2002, on

constatait une chute des effectifs dans les nouvelles générations entraînant une pénurie de médecins (18).

Sur du plus long terme, au Royaume-Uni, entre 1948 et 2002, les médecins généralistes étaient régulés pour leur installation selon trois zones (autorisées, limitées et fermées). En 2003, on ne constate aucune amélioration des inégalités de répartition (22).

7.6 Autres méthodes, autres études

D'autres méthodes auraient pu être utilisées pour connaître le profil et les motivations des signataires. Le focus-groupe semble être une méthode adaptée. Le caractère national du CESP rendait le travail par focus-groupe important et ambitieux pour une thèse seule. Un dispositif national avec des entretiens régionaux pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche.

8 Conclusion

Les zones rurales semblent peu appréciées, en tout cas peu attractives pour les jeunes médecins. Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) a été créé en 2009 afin de structurer et territorialiser l'offre de soins en garantissant la présence de jeunes médecins dans les régions qui ont le plus besoin d'eux.

L'objectif principal de l'étude était de définir les motivations et le profil des étudiants ayant signé un CESP. Le questionnaire en ligne a été envoyé aux 308 signataires des promotions 2010-2011 et 2011-2012. Il comprenait des questions qui permettaient de définir le profil et les connaissances des signataires. Il comprenait également des motivations illustrées pour lesquelles les signataires devaient estimer leur adhésion.

Au total, 68,5 % des signataires ont répondu. Il en ressort que le profil des signataires est un externe de 25 ans, en couple, sans enfant, d'origine rurale. Il se destine à la médecine générale libérale, ne souhaite pas exercer seul, à plus de 2km de son lieu de domicile. Il souhaite garder un pied à la faculté. Il a un projet professionnel, en lien avec la liste des lieux d'exercice proposée. Il ne souhaite pas rompre le CESP.

Leurs motivations à la signature d'un CESP sont : la mise au service des populations des zones mal desservies, la préexistence d'un projet professionnel dans ces zones avant la signature, et le besoin financier.

L'effet d'aubaine est présent. Les signataires sont des étudiants qui avaient déjà un projet et qui ont signé un CESP afin de bénéficier de l'allocation mensuelle.

La plupart des critères sont les mêmes que dans la littérature internationale.

Le Doyen
Pr Olivier DUBOURG



Le Président du jury
Pr Pierre-Louis DRUAIS



8 Annexes

8.1 Questionnaire diffusé

Thèse CESP

Bonjour,

Je suis interne de Médecine Générale à Paris-Ouest, en TCEM3, et je m'appelle Baptiste Vachon.

Ma thèse a pour but de faire le point sur VOUS, les signataires d'un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP).

L'objectif de ce questionnaire est de définir le profil et les motivations des étudiants et internes qui ont signé un CESP.

Ce questionnaire vous est diffusé grâce au soutien du CNG (Centre National de Gestion) et de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), relais entre vous et moi.

Les réponses à ce questionnaire sont bien évidemment confidentielles.

En cas de questions ou de remarques, vous pouvez me joindre au 06 75 40 63 53 ou sur these.cesp@hotmail.com;

Tout d'abord quelques questions pour classer les résultats :

(1/5)

- Sexe : Femme Homme

- Quelle est ta date de naissance ?
19__ (choix entre 1973 et 1995)

- Quelle est ta situation ?
 Célibataire En couple

- As-tu des enfants ?
Une grossesse en cours est un enfant
 Oui Non

- Carabin des villes ou carabin des champs ?
As-tu grandi en zone urbaine ou en zone rurale ?
 Citadin/Urbain Rural

- Dans quelle ville/fac es-tu ?
Pour l'année en cours, 2011-2012
 - (Choix parmi 34 fac, dont « Lille (État + Catho) » et « Lyon (Est + Sud) »)

 - Dans quelle promo ?
Année universitaire en cours, 2011-2012
 - PCEM 2/L2
 - DCEM 1/L3
 - DCEM 2
 - DCEM 3
 - DCEM 4

Page suivante = page 2

 - TCEM 1
 - TCEM 2
 - TCEM 3
 - TCEM 4
 - TCEM 5
 - Internat terminé
- 
- Page suivante = page 3
-
- En quelle année as-tu signé un CESP ?
 - (Choix entre PCEM 2/L2 et TCEM 5)
-
- As-tu bénéficié d'un accompagnement annuel de la part de l'ARS (Agence Régionale de Santé) ?
Contact téléphonique, par mail, entretien, réunion de groupe, etc.
 - Oui
 - Non

Tu n'as pas encore passé les ECN :

Tu sais que tu vas choisir, selon ton rang de classement, sur une liste à part.

(2/5)

- Dans l'hypothèse où tu as le choix aux ECN sur la "liste CESP", quelle VILLE d'internat envisages-tu ?
 - (Choix parmi les 28 villes possibles, dont « Lille », « Lyon » et « Paris »)
- Dans l'hypothèse où tu as le choix aux ECN sur la "liste CESP", quelle SPÉCIALITÉ envisages-tu ?
 - (Choix parmi les 30 spécialités possibles)

(Page suivante = page 4)

Les ECN sont derrière toi :

Tu es déjà interne ou tu viens de terminer ton internat.

(2/5)

- Quelle est ta fac d'origine ?
Pour le 2nd cycle
 - (idem question 10)
- Quelle est ta spécialité ?
 - (idem question 11)
- Lors de ton choix en amphi de garnison, as-tu été obligé de privilégier :
 - la ville, au détriment de la spécialité
 - la spécialité, au détriment de la ville
 - aucune, j'ai eu la spécialité et la ville voulues
- As-tu bénéficié de semestres à proximité de ton futur lieu d'exercice ?
1 ou 2 semestres, en dernière année d'internat, en lien avec ton projet professionnel.
 - Oui
 - Non
 - Je ne suis pas encore concerné(e)

Tes motivations :

Le but est d'affiner les éléments qui t'ont conduit à la signature d'un CESP.

Tu peux noter de 0 (pas du tout) à 3 (tout à fait) l'importance qu'avaient ces différentes motivations lorsque tu as signé ton CESP.

(3/5)

- Tu avais besoin d'une aide financière, pour payer ton loyer, pour ne plus être une charge pour tes parents, etc.

Pas du tout 0 1 2 3 Tout à fait

- Tu souhaitais améliorer ton quotidien d'étudiant ou d'interne, ton train de vie, sans en avoir le besoin.

Pas du tout 0 1 2 3 Tout à fait

- Tu avais déjà un projet dans une zone rurale et en zone urbaine sensible.

Pas du tout 0 1 2 3 Tout à fait

- Tu souhaitais te mettre au service, t'engager auprès de la population.

Pas du tout 0 1 2 3 Tout à fait

- Tu souhaitais t'assurer des revenus suffisants en exerçant dans une zone de faible densité médicale.

Pas du tout 0 1 2 3 Tout à fait

- Tu souhaitais exercer dans la zone où tu as grandi, où tu as vécu.

Pas du tout 0 1 2 3 Tout à fait

Projet professionnel

Parlons maintenant de ton projet professionnel.

Comment te vois-tu exercer ? Comment rêves-tu ton projet ? Comment l'imagines-tu ?

Si tu as déjà des projets concrets, détaille-les.

(4/5)

- Avais-tu un projet professionnel précis avant la signature du CESP ?
 - Oui Non

- Ce projet professionnel a-t-il évolué après la signature du CESP ?
 - Oui Non

- Si oui, pour quelles raisons ?
Spécialité non accessible, zone géographique non accessible, etc.
 -

- Dans quelle structure te vois-tu ?
 - Cabinet seul
 - Cabinet de groupe (avec d'autres médecins)
 - Maison de Santé Pluridisciplinaire (avec d'autres professions médicales et paramédicales)
 - Structure de soins (hôpital, clinique)
 - Je ne sais pas

- Avec quel statut ?
 - Libéral
 - Salarié
 - Mixte
 - Je ne sais pas

- Envisages-tu une forte proximité entre ton lieu d'exercice et ton lieu de résidence ?
Forte proximité : <2km
 - Oui Non

- Quelle que soit la façon dont tu exerces, envisages-tu de garder un pied à la faculté ?
Encadrement d'externe ou d'interne, activité de recherche en plus des soins, etc.
 - Oui Non

- Tu peux détailler ci-dessous ton projet ou son évolution depuis l'an dernier :
 -

- Es-tu déjà en contact avec les acteurs de terrains de ton lieu d'exercice ?
Collectivités territoriales, professionnels de santé, etc.

Oui Non

Liste des Lieux d'Exercice

Une fois ton internat terminé, il te faut choisir un lieu d'exercice sur la liste du CNG.

Les ARS décident des zones prioritaires et en transmettent la liste au CNG qui les regroupe et les publie sur son site internet.

(5/5)

– Connais-tu cette liste ?

Oui Non

Elle est disponible sur le site du CNG à cette adresse : <http://www.cng.sante.fr/LLE.html>
N'hésite pas à prendre quelques minutes pour la parcourir.

– L'as-tu déjà consultée avant aujourd'hui ?

Oui Non

– Si aucun lieu ne te convient, envisages-tu de rompre le contrat et de rembourser ?

Oui Non

– Connais-tu les modalités de remboursement ?

En cas de rupture du contrat, il faut rembourser les sommes perçues + 20.000€ si tu as exercé moins de 3 ans.

Oui Non

Fin

Merci d'avoir rempli ce questionnaire !

N'hésite pas à en parler aux autres signataires que tu connais.

La dernière case te permet de laisser tous les commentaires qui te sembleront utiles.

Tu peux également me laisser ton mail pour recevoir les résultats.

– Souhaites-tu me laisser ton adresse e-mail ?

Oui Non

– Mail

– Commentaires et remarques :

Merci !

N'oublie pas de cliquer sur "Envoyer" pour valider ton questionnaire.

8.2 Prière médicale de Maïmonide

Mon Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'Art et pour toutes les créatures. N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon Art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à Tes enfants. Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais.

Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre. Fais que mon esprit reste clair auprès du lit du malade et qu'il ne soit distrait par aucune chose étrangère afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures.

Fais que mes malades aient confiance en moi et mon Art pour qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions. Éloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils, et les gardes qui savent toujours tout : car c'est une engeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer les meilleures intentions de l'Art et conduit souvent les créatures à la mort. Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon Art, comme une cuirasse, me rende invulnérable, pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis. Prête-moi, mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers.

Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science. Éloigne de moi l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'Art est grand mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant.

8.3 Serment médical

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

9 Bibliographie

1. Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P, Legmann M. Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1er janvier 2011) [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2011. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas2011.pdf?download=1>
2. Berland Y. Synthèse générale - Le rapport 2006-2007 [Internet]. ONDPS; Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_generale_ONDPS.pdf
3. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : des nouvelles projections nationales et régionales. DREES, études & résultats; 2009.
4. Delaporte Lenoble E. Evolution de la démographie médicale entre 2007 et 2030 : Quelles conséquences pour le système de soin français ? [Rouen]: Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie; 2011.
5. Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A, Tajahmadi A. Questions d'économie de la santé n°122 - Synthèse - Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France [Internet]. Bulletin d'information en économie de la santé (IRDES); 2007. Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes122.pdf>
6. ISNAR-IMG. Evolution de la formation de l'interne de médecine générale. 2008.
7. Lambert A. Influence du stage chez le praticien en milieu rural sur la vision du médecin de campagne des internes de médecine générale et sur leurs projets professionnels. Angers; 2011.
8. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. [Internet]. IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé); 2006 Juin. Report No.: 1635. Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>
9. Easterbrook M, Godwin M, Wilson R, Hodgetts G, Brown G, Pong R, et al. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. Canadian Medical Association Journal. 1999 avril;160(8):1159 –1163.
10. Wayne SJ, Kalishman S, Jerabek RN, Timm C, Cosgrove E. Early Predictors of Physicians' Practice in Medically Underserved Communities: A 12-Year Follow-up Study of University of New Mexico School of Medicine Graduates. Academic Medicine. 2010 Oct;85:S13–S16.
11. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP. Critical Factors for Designing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physicians. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2001;286(9):1041 –1048.
12. Richard A, Saint-André J-P. Futurs médecins et besoins publics : une faille. Le Monde. 2005 Sep 22;14.
13. Behar S. Influence du stage chez le praticien sur les internes en médecine générale de la faculté de Rennes en 2006 [Internet]. Université de Rennes I; 2007. Available from: http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/doc/These_Samuel_Behar.doc

14. Walker KO, Ryan G, Ramey R, Nunez FL, Beltran R, Splawn RG, et al. Recruiting and Retaining Primary Care Physicians in Urban Underserved Communities: The Importance of Having a Mission to Serve. *Am J Public Health*. 2010 Nov;100(11):2168–75.
15. Bilodeau H, Leduc N, van Schendel N. Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec - Rapport abrégé [Internet]. Université de Montréal; 2006 Mai. Report No.: R06-03. Available from: <http://www.irsipum.umontreal.ca/rapportpdf/R06-03.pdf>
16. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2011. Available from: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110121_ISNAR-IMG_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_resultats_partiels.pdf
17. Assemblée nationale XIIIe législature Session ordinaire de 2008-2009 Compte rendu intégral Deuxième séance du mardi 3 mars 2009 [Internet]. Mar 3, 2009. Available from: http://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2008-2009/20090179.asp#P527_97694
18. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale□: enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique. [Internet]. Nantes; 2010. Available from: archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/get.action?id=1943f0b6-2178-4be1-84f0-97a86acce1eb
19. Podeur A. Instruction DGOS/RH1/2011/296 du 22 juillet 2011 relative à l'élaboration de la liste des lieux d'exercice à proposer aux bénéficiaires d'un contrat d'engagement de service public [Internet]. DGOS; 2011. Available from: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-08/ste_20110008_0100_0115.pdf
20. Pathman DE, Fryer GE Jr, Phillips RL, Smucny J, Miyoshi T, Green LA. National Health Service Corps staffing and the growth of the local rural non-NHSC primary care physician workforce. *J Rural Health*. 2006;22(4):285–93.
21. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Veloski JJ, Gayle JA. The impact of multiple predictors on generalist physicians' care of underserved populations. *Am J Public Health*. 2000 Aug;90(8):1225–8.
22. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Questions d'économie de la santé n°116 - Synthèse - Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé□: les enseignements de la littérature. [Internet]. Bulletin d'information en économie de la santé (IRDES); 2006. Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>
23. Rapport sur l'application des lois de financement de sécurité sociale 2007 [Internet]. Cour des Comptes; 2007 Sep. Available from: <http://www.ccomptes.fr/index.php/content/download/879/8361/version/1/file/Chap8-medecins-liberaux.pdf>
24. Sibbald B. Putting general practitioners where they are needed: an overview of strategies to correct maldistribution. National Primary Care research and Development Centre [Internet]. 2005 Oct [cited 2012 Jan 24]; Available from: <http://www.medicine.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/overview%20of%20strategies%20to%20correct%20maldistribution.pdf>

10 Déclaration de conflits d'intérêt

Le seul lien d'intérêt a déjà été abordé au sein de la discussion : je suis signataire d'un CESP. À ce titre, durant toute la durée de l'étude j'ai touché 1200 € brut par mois de la part du CNG.

Profil et motivations des signataires d'un contrat d'engagement de service public

Résumé

Introduction : Les zones rurales semblent peu appréciées, en tout cas peu attractives pour les jeunes médecins. Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) a été créé en 2009 afin de structurer et territorialiser l'offre de soins en garantissant la présence de jeunes médecins dans les régions qui ont le plus besoin d'eux.

Matériels & Méthodes : L'objectif principal de l'étude était de définir les motivations et le profil des étudiants ayant signé un CESP.

Le questionnaire en ligne a été envoyé aux 308 signataires des promotions 2010-2011 et 2011-2012. Il comprenait des questions qui permettaient de définir le profil et les connaissances des signataires. Il comprenait également des motivations illustrées pour lesquelles les signataires devaient estimer leur adhésion.

Résultats : 68,5 % des signataires ont répondu.

Il en ressort que le profil des signataires est un externe de 25 ans, en couple, sans enfant, d'origine rurale. Il se destine à la médecine générale libérale, ne souhaite pas exercer seul, à plus de 2km de son lieu de domicile. Il souhaite garder un pied à la faculté. Il a un projet professionnel, en lien avec la liste des lieux d'exercice proposée. Il ne souhaite pas rompre le CESP.

Leurs motivations à la signature d'un CESP sont : la mise au service des populations des zones mal desservies, la préexistence d'un projet professionnel dans ces zones avant la signature, et le besoin financier.

Discussion : L'effet d'aubaine est présent. Les signataires sont des étudiants qui avaient déjà un projet et qui ont signé un CESP afin de bénéficier de l'allocation mensuelle.

La plupart des critères sont les mêmes que dans la littérature internationale.

Mots-clés : CESP, déserts médicaux, démographie médicale, médecine générale, installation, zone mal desservie, aide à l'installation