



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le jeudi 3 mai 2018 à Poitiers  
par **Monsieur Alexandre DESNOUHES**

Etat des lieux des actions favorisant l'installation des  
jeunes médecins généralistes en France métropolitaine

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

**Membres** : Madame le Professeur Virginie MIGEOT  
Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT  
Monsieur le Docteur Stéphane BOUGES

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Vincent JEDAT



*Le Doyen,*

Année universitaire 2017 - 2018

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JÄBER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucile, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**sumombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (mission 09/2017 à 03/2018)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

**Maître de conférences des universités de médecine générale**

- BOUSSAGEON Rémy (disponibilité de 10/2017 à 01/2018)

**Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

**Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCC Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

# Table des matières

REMERCIEMENTS .....	7
LISTE DES ABREVIATIONS .....	9
I. INTRODUCTION .....	11
II. MATERIEL ET METHODE .....	13
III. RESULTATS .....	14
1. Zones sous dotées .....	15
2. Formation initiale .....	15
2.1. Régulation du nombre d'étudiants .....	15
2.2. Stages .....	15
2.3. Attirer les étudiants sur un territoire .....	16
2.4. Maitres de stage universitaire agréés .....	18
3. Les remplaçants, les retraités et les médecins à diplôme étranger .....	19
4. Travail coordonné .....	20
5. Rémunération et incitations financières à l'installation .....	22
6. Conditions d'exercice .....	23
7. Communication .....	25
IV. DISCUSSION .....	27
1. Définition des zones prioritaires .....	27
2. Gestion des actions .....	27
3. Formation des étudiants .....	28
3.1. Sélection des étudiants en médecine .....	28
3.2. Contenu de la formation .....	30
3.3. Maitres de stage universitaire .....	33
3.4. Formation continue .....	33
4. Installation .....	33
4.1. Prise en charge coordonnée des patients .....	33
4.2. Mesures coercitives .....	37
4.3. Organisation chez nos voisins européens .....	38
5. Aides organisationnelles .....	38
6. Aides financières .....	39
7. Qualité de vie .....	39
8. Les médecins à diplôme étranger .....	40
9. Information/Communication .....	40
10. Forces et limites de l'étude .....	41
V. CONCLUSION .....	42

<b>ANNEXE 1 : Base de données des actions territoriales.....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXE 2 : Base de données des actions nationales.....</b>	<b>46</b>
<b>TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>48</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>55</b>
<b>SERMENT.....</b>	<b>56</b>

## REMERCIEMENTS

**A mon jury,**

***A Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha,***

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,  
Je vous fais part de ma gratitude et de mon profond respect.

***A Madame le Professeur Virginie Migeot,***

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail,  
Veuillez trouver ici toute l'expression de ma reconnaissance.

***A Monsieur le Docteur Stéphane Bouges,***

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail,  
Veuillez trouver ici toute l'expression de ma reconnaissance.

***A Monsieur le Docteur Pierrick Archambault,***

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté d'être membre de mon jury,  
Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

***A Monsieur le Docteur Vincent Jedat,***

Merci de me faire l'honneur d'être mon directeur de thèse,  
Merci pour ta disponibilité et tes conseils,  
Sois assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

**A mes maitres de stage universitaire,**

***A Monsieur le Docteur Olivier Bertaud,***

Merci pour votre compagnonnage et pour vos conseils qui m'ont permis d'initier sereinement ma pratique. Merci pour votre accueil bienveillant au sein de votre foyer. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et amitié.

***A Madame le Docteur Anne Laure Heintz,***

Merci pour ton compagnonnage et ton soutien dans mes travaux universitaires. Merci de m'avoir enseigné la rigueur et le respect des recommandations. Sois assurée de ma profonde reconnaissance et amitié.

***A Madame le Docteur Isabelle Rambo Amoros,***

Merci pour ton compagnonnage et tes conseils, merci pour ton accueil au sein de ta famille. Sois assurée de ma profonde reconnaissance et amitié.

***A Madame le Docteur Agnès Pastre,***

Merci pour ton accueil et ta gentillesse. Sois assuré de ma profonde reconnaissance et amitié.

***A Monsieur le Docteur Xavier Hérault,***

Merci pour vos conseils et votre accompagnement dans mes premiers pas en ambulatoire. Soyez assuré de mon profond respect.

***A Monsieur le Docteur Bruno Picard,***

Merci pour votre enseignement Soyez assuré de mon profond respect.

**A ma famille,**

**A mon fils Maxence**, qui nous donne joie et bonheur au quotidien, merci d'avoir été sage et de m'avoir laissé du temps pour travailler cette thèse.

**A ma femme Chloé**, merci pour tes précieux conseils, tes mots de motivations du quotidien, et nos escapades familiales ressourçantes.

**A mes parents**, merci pour vos attentions, votre aide, votre soutien durant toutes mes études, et les bons moments passés en famille.

**A mon frère Vincent, Virginie, Emie et Eden**, merci pour votre énergie et votre dynamisme stimulant, merci pour votre gentillesse et les bons moments partagés.

**A ma grand-mère Madeleine**, qui m'a transmis sa bienveillance, qualité indispensable du médecin généraliste.

**A Stella, Didier, Damien et Ophélie**, merci pour votre accueil au sein de votre famille et de tous ces bons moments passés ensemble.

**A mes amis,**

**A Thomas et Adrien**, merci pour cette belle et grande amitié qui nous lie depuis des années, merci pour ces moments de complicité et de joie.

**A Rémi**, merci pour ton amitié fidèle et ta générosité inconditionnée.

**A Solène et Julien**, merci pour votre joie de vivre et votre goût de l'aventure.

**A Nolwen, Léa, Aurore, Ahmed, Emilie** merci pour votre amitié et les bons moments partagés ensemble.

**A Pascaline et Clément**, merci pour votre dynamisme et les leçons écolos de rappel.

**A Mathieu**, merci pour ta bienveillance et ta générosité Aixoise.

**A Adélie**, merci pour ta joie de vivre et nos aventures Burkinabés.

**A Elrick, Elsa, Gabriel**, merci pour vos conseils et votre amitié.

**A Aude**, merci professeur pour tes bons plans et ta bonne humeur.

**A Nico et Pierre**, même si les kilomètres nous séparent, l'amitié réside intacte.

**A Jordan**, merci pour les bons moments partagés à l'hôpital et dans les soirées folles.

## LISTE DES ABREVIATIONS

ANEMF : association nationale des étudiants en médecine de France  
APL : indicateur d'accessibilité potentielle localisé  
ARS : agence régionale de la santé  
ASALEE : action de santé libérale en équipe  
AVC : accident vasculaire cérébral  
BPS : bassins de proximité de santé  
CAIM : contrat d'aide à l'installation des médecins  
Cartosante : outil cartographique  
CCU : chef de clinique des universités  
CCA : chef de clinique associé  
CD : conseil départemental  
CDOM : conseil départemental de l'ordre des médecins  
CEP : convention éducative prioritaire  
CESP : contrat d'engagement de service public  
CFE : cotisation foncière des entreprises  
CHU : centre hospitalier universitaire  
CNAM : caisse nationale d'assurance maladie  
CNGE : collège national des généralistes enseignants  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
COSCOM : contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins  
COTRAM : contrat de transition pour les médecins  
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé  
CR : conseil régional  
CS : centre de santé  
CSMF : Confédération des syndicats médicaux français  
CSTM : contrat de solidarité territoriale médecin  
DES : diplôme d'étude spécialisé  
DMP : dossier médical partagé  
DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.  
DUMG : département universitaire de médecine générale  
ECN : examen national classant  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
ESP : équipe de soins primaires  
FMC : formation médicale continue  
FMF : fédération des médecins de France  
FUMG : filière universitaire de médecine générale  
HPST : loi hôpital patients, santé, territoire  
IGAS : inspection générale des affaires sociales  
Insee : institut national de la statistique et des études économiques  
IR : impôts sur les revenus

ISNAR-IMG : intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale  
ISNI : intersyndicale nationale des internes  
MCU : maître de conférences des universités  
MG : médecin généraliste  
MG France : fédération française des médecins généralistes  
MSP : maison de santé pluridisciplinaire  
MSPU : maison de santé pluridisciplinaire universitaire  
MSS : ministère des solidarités et de la santé  
MSU : médecin généraliste agréé maître de stage des universités  
NC : numerus clausus  
NOTRe : loi sur la Nouvelle Organisation territoriale de la République de 2015  
OCDE : organisation de coopération et de développement économiques  
OMS : organisation mondiale de la santé  
PA : professeur associé  
PACA : région Provence Alpes Côte d'Azur  
PACES : première année commune des études de santé  
PAPS : portail d'accompagnement des professionnels de santé, plateforme numérique  
PMI : service départemental de protection maternelle et infantile  
PRT : projet régional de télémédecine  
PTA : plateforme territoriale d'appui  
PTMA : contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire  
PTMG : contrat praticien territorial de médecine générale  
PTMR : contrat de praticien territorial médical de remplacement  
PTS : pacte de territoire santé  
PU : professeur des universités  
ReAGJIR : regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants  
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique  
SAMU : service d'aide médicale urgente  
SASPAS : stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés  
SMG : syndicat de la médecine générale  
SML : syndicat des médecins libéraux  
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation  
SNACS : services numériques de coordination et d'appui à la coordination des soins  
SNJMG : syndicat national des jeunes médecins généralistes  
URPS : union régionale pour la santé  
ZFU : zone franche urbaine  
ZRR : zone de revitalisation rurale

## I. INTRODUCTION

L'accès aux soins médicaux est un droit pour tous les Français (1), mais la désertification médicale croissante crée une grande disparité sur notre territoire.

La démographie française est en croissance continue. Selon l'Insee (2), au premier janvier 2017 la France comptait 66 991 000 habitants, soit une augmentation de 265 000 personnes au cours de l'année 2016 et l'indicateur conjoncturel de fécondité était de 1,93 enfant par femme en 2016, le plus élevé d'Europe. La population est également vieillissante avec une espérance de vie à la naissance de 85,4 ans pour les femmes, 79,3 ans pour les hommes et une projection prévoit qu'un français sur 3 aura plus de 60 ans en 2060 (3). De plus, la demande de soins augmente en France, avec en moyenne 4 consultations chez un médecin généraliste par habitant en 2009 contre 3 consultations par an en 1990 (4). Malgré tout, l'état de santé des français est meilleur que la moyenne des autres pays de l'OCDE, mais avec une dépense par habitant supérieure de 15% à la moyenne des pays de l'OCDE (5).

Parallèlement le nombre de médecins généralistes (MG) diminue. Selon le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) (6), au 1<sup>er</sup> janvier 2016, 56 347 MG exerçaient une activité régulière libérale ou mixte, soit une diminution de 13% des effectifs depuis 2007. Les projections du CNOM, annoncent une baisse de 14.9% supplémentaire pour atteindre 47 916 MG à activité régulière libérale ou mixte en 2025. En effet, les MG sont vieillissants avec un âge moyen de 52 ans, 27,3% sont âgés de plus de 60 ans, et seulement 16% ont moins de 40 ans. De plus les médecins changent de mode d'exercice, avec une nette diminution de l'exercice libéral pour les nouveaux inscrits. En effet, en 2015 25% exerçaient en libéral, 40% en remplacement, 35% salariés alors que 80,3% des médecins sortants en 2015 exerçaient en libéral (6).

Bien que la densité de MG baisse sur l'ensemble du territoire, il existe une grande disparité entre les territoires. Ainsi, le nombre de MG pour 100 000 habitants est de 132.1 pour la métropole, mais celui-ci est de 107.5 pour la région Centre et 152.6 pour la région PACA (6). Or, Com et al. ont montré dans leur étude (7) que les patients qui résident dans les territoires où l'offre de soins est peu présente et éloignée de leur domicile ont une plus faible probabilité de recourir à un généraliste dans l'année par rapport aux patients des zones les mieux dotées. La disparité d'accès à un MG influence donc le recours aux soins. En moyenne il faut une semaine de délai pour obtenir un rendez-vous chez un MG (8).

Les effectifs de médecins en France sont régulés depuis 1971 par le numerus clausus (NC), mais celui-ci n'est ni efficace sur la démographie médicale nationale, ni sur la disparité démographique sur le territoire. Depuis l'adoption de la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) en 2009 (9), puis du « Pacte Territoire Santé » (PTS) en 2012 (10), des actions gouvernementales sont proposées pour améliorer l'accès aux soins de proximité sur l'ensemble du territoire. Une des premières actions fut le contrat d'engagement de service public (CESP) (11) : 1795 contrats ont été signés entre 2009 et 2016 (MSS), octroyant une allocation mensuelle dès la 2<sup>ème</sup> année du premier cycle jusqu'à la fin de l'internat contre un engagement d'installation dans des territoires définis. De même, la loi « NOTRe »(12) (Nouvelle organisation territoriale de la République) de 2015, permet aux départements de proposer une aide aux professionnels de santé, afin de favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones sous dotées (13).

Cependant, ces actions ne bénéficient qu'à peu de médecins, par un manque de suivi et d'accompagnement des professionnels dans leur installation (14) et par un manque d'information des bénéficiaires. Plusieurs études mettent en avant ce manque d'information (15)(16)(17), notamment l'étude de Decorde en 2011 (18) : parmi les 174 médecins interrogés, 50% des jeunes installés et 15% des remplaçants déclaraient connaître les aides à l'installation.

Par ailleurs, il n'y a pas d'évaluation globale des politiques de régulation et des conditions d'installation, il existe donc une intrication et multiplication des dispositifs qui s'ajoutent et se succèdent sans évaluation (19).

Une étude de 2005 (14) répertoriait les différentes actions favorisant l'installation des jeunes MG au sein des régions. Mais de nombreuses actions ont été mises en place depuis, et n'ont pas été étudiées.

L'objectif de notre étude était d'effectuer un état des lieux des actions proposées sur les territoires français, pour faciliter l'installation des jeunes MG.

## II. MATERIEL ET METHODE

L'objectif principal de notre étude était de répertorier les différentes actions proposées aux étudiants en médecine, aux jeunes médecins non installés et aux médecins installés, pour favoriser l'installation en médecine générale dans les zones de désertification médicale françaises. L'étude n'a pas concerné les départements et territoires d'outre-mer.

Il s'agit d'une étude descriptive. Le recueil des données a été effectué de janvier à août 2017, auprès des différents effecteurs de santé français : Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS), Agences Régionales de Santé (ARS), Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM), Unions Régionales pour la Santé (URPS), Conseils Départementaux (CD), Conseils Régionaux (CR), Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), Départements Universitaires de Médecine Générale de chaque faculté (DUMG), syndicats et associations nationales représentant les MG et les étudiants en médecine (ANEMF, ISNAR-IMG, ISNI, ReAGJIR, SNJMG, CSMF, FMF, MG France, SMG, SML), associations locales de médecins et associations régionales d'internes en médecine générale.

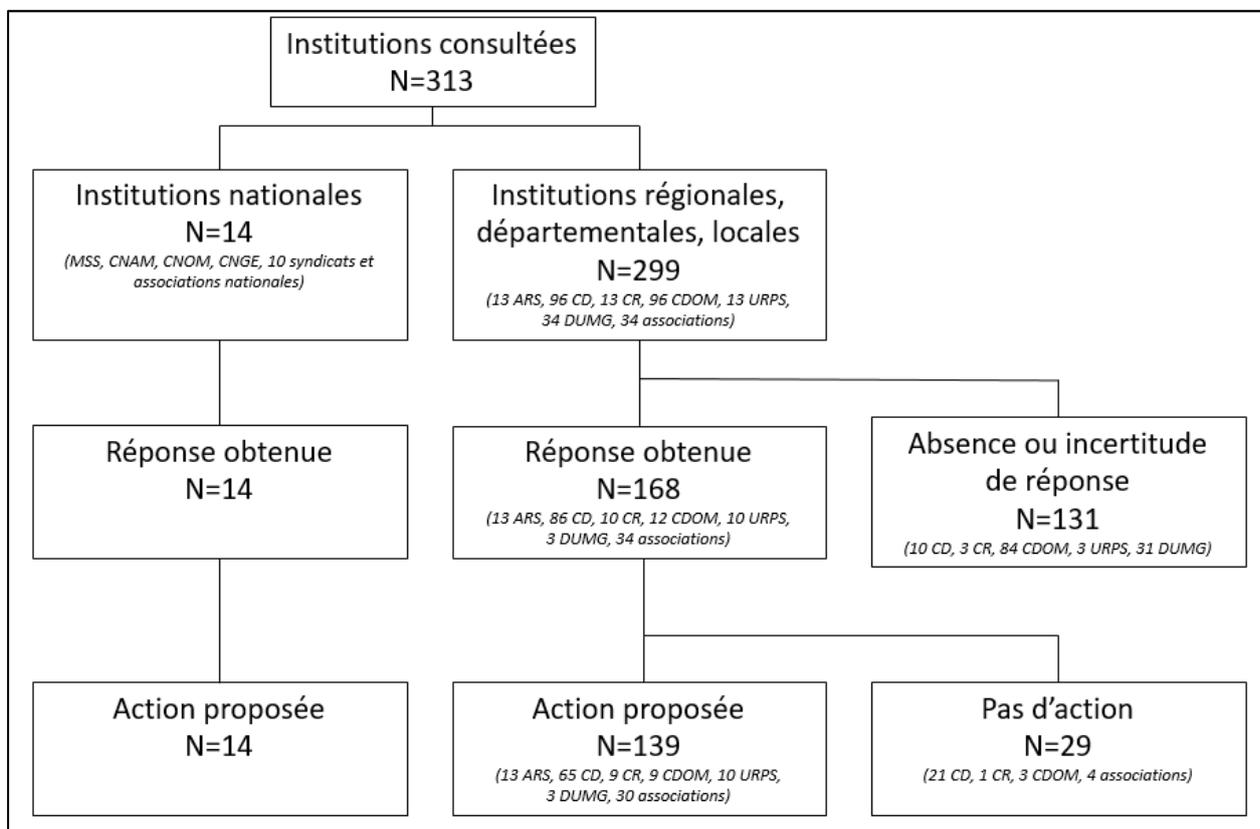
Les textes de lois nationaux, ainsi que les sites web des institutions nationales, régionales et locales ont été consultés sur internet. Un courriel a été envoyé auprès de chaque institution locale, départementale et régionale, ainsi qu'aux associations d'internes nationales et régionales. Un entretien téléphonique a complété les informations manquantes. Des données ont également été recueillies par entretiens au sein du congrès national de médecine générale de 2017.

Les interlocuteurs ont été interrogés sur les différentes actions mises en place à l'aide de questions stéréotypées ouvertes, écrites ou orales : quelles sont les actions mises à disposition des jeunes médecins par votre institution pour favoriser leur installation au sein de votre territoire ? Les actions d'informations (site web, annonces, séminaires, réunions, informations auprès des étudiants...) ? Les actions de formation (facilitation des maitres de stage universitaire (MSU), des stages en ambulatoire, ...) ? Les aides matérielles (maison de santé pluridisciplinaire (MSP), aides au logement, aides au déplacement...) ? Les aides financières (aides locales à l'installation et à la formation...).

Les données recueillies ont été synthétisées selon des cartes conceptuelles, conçues à l'aide du logiciel VUE (Visual Understanding Environment).

### III. RESULTATS

Trois cent treize institutions ont été consultées : quatorze institutions nationales ; deux cent quatre-vingt-dix-neuf institutions régionales, départementales et locales (Figure1). Une réponse a été obtenue pour les quatorze institutions nationales (soit un taux de réponse de 100%) et cent soixante-huit institutions territoriales (soit un taux de réponse de 56%). Parmi les institutions territoriales : 139 (soit 82%) proposent au moins une action (100% des ARS et des URPS, 75% des CDOM, 76% des CD, 90% des CR, 88% des associations locales de médecins et associations régionales d'internes en médecine générale). (Annexes 1 et 2)



**Figure 1 : Répartition des institutions proposant une action favorisant l'installation des médecins généralistes.**

(ARS=Agence régionale de santé ; CD= Conseil départemental ; CR= Conseil régional ; CDOM= Conseil départemental de l'Ordre des médecins ; URPS= Union régionale des professionnels de santé, DUMG=Département universitaire de médecine générale, MSS=Ministère des solidarités et de la santé ; CNAM=Caisse nationale d'assurance maladie ; CNGE=Collège national des généralistes enseignants)

## **1. Zones sous dotées**

Afin de limiter la disparité d'accès aux soins sur le territoire, des zones prioritaires, caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, ont été définies par arrêté ministériel. Le nouveau zonage a été annoncé pour fin 2017, remplaçant celui défini en 2011, et sera publié sur le site internet du MSS (20). Ces territoires sont éligibles aux mesures et aides à l'installation des MG prévues par la réglementation nationale (21), et à certaines aides accordées par les collectivités territoriales.

Par ailleurs, des zones de revitalisation rurale (ZRR) (22) et des zones franches urbaines (ZFU) (23), ont été définies pour revitaliser économiquement les territoires, et faciliter l'installation de libéraux par des avantages fiscaux.

## **2. Formation initiale**

Ces résultats sont synthétisés dans les figures 2 et 3.

La formation universitaire est règlementée par le code de l'éducation (24), le code de la santé publique et des actions locales.

### ***2.1. Régulation du nombre d'étudiants***

Le Numerus Clausus (NC) a augmenté globalement depuis 1998, mais de façon ciblée dans les régions les plus en tension depuis 2012 grâce au PTS.

Le nombre d'internes de médecine générale a augmenté depuis la création des ECN en 2004. En effet, 1841 postes d'interne en médecine générale étaient ouverts en 2004, contre 3132 postes en 2017, soit une augmentation de 70% (25) (26).

### ***2.2. Stages***

Le premier contact avec la médecine générale est un stage obligatoire de 3 mois durant l'externat (27), chez un ou des MG agréés maitres de stage des universités (MSU). Des facultés proposaient également un stage « découverte » chez un MG durant quelques jours en 2 ou 3<sup>ème</sup> année, et le CD de la Sarthe le proposait durant l'été en fin de 2<sup>ème</sup> année.

La formation pratique (27) du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en médecine générale, comprend un stage d'interne obligatoire de 6 mois chez un ou des MSU, et un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS). Pour développer la formation ambulatoire, le décret du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine, ajoutera une phase de consolidation au cours d'une 4<sup>ème</sup> année professionnalisante (28).

### **2.3. Attirer les étudiants sur un territoire**

Des actions ont été mises en place afin d'attirer les étudiants à venir réaliser leurs stages ambulatoires ou hospitaliers au sein de territoires sous dotés, afin qu'ils les découvrent et s'y intègrent.

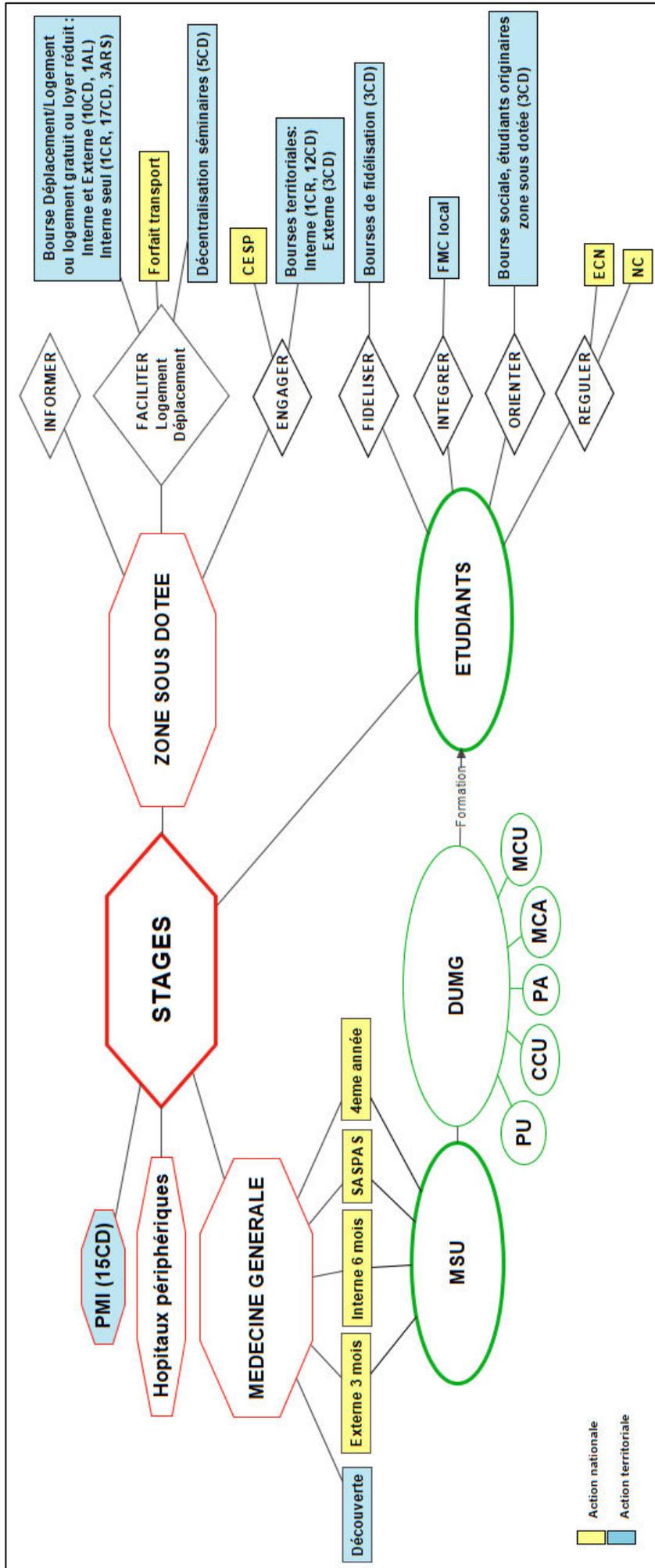
Pour limiter les contraintes de déplacement, une indemnité forfaitaire est allouée pour les transports si le lieu de stage est à plus de 15km du CHU ou du domicile (29). Trente-deux CD, trois ARS, le CR de Rhône Alpes et l'association de médecine générale du roannais en Auvergne Rhône Alpes (AMGR), remplaçaient l'indemnité gouvernementale par des bourses de déplacement et/ou de logements, ou proposaient des logements à loyer réduit ou gratuit, ou mettaient à disposition des locaux à proximité du lieu de stage facilitant la réalisation des séminaires obligatoires du DES.

Pour fidéliser l'étudiant à un territoire, des mesures locales étaient mises en place pour que l'étudiant y passe du temps et lui donner l'envie d'y rester à long terme : trois CD proposaient une « prime de fidélisation » si l'interne s'engageait à y réaliser plusieurs stages durant l'internat ; le CD de l'Orne argumentait activement auprès des ARS pour développer les terrains de stage au sein des hôpitaux périphériques ; des services départementaux de Protection Maternelle et Infantile (PMI) accueillait des étudiants au sein de 15 CD.

Des bourses similaires au CESP étaient également proposées par 12 CD et 1 CR aux internes, et par 3 CD aux externes, contre un engagement de l'étudiant à s'installer à la fin de son cursus au sein d'une zone définie.

Pour les étudiants originaires des zones déficitaires, une bourse d'étude sur critères sociaux était proposée par 3 CD.

Pour intégrer le jeune médecin dès son internat au sein du réseau de soins local, des formations médicales continues (FMC) étaient proposées aux étudiants pendant leurs stages par des MSU et des associations de médecins. Ainsi l'étudiant rencontrait les autres médecins du secteur afin de se familiariser avec l'environnement professionnel.



**Figure 2 : Les actions concernant les stages des étudiants**

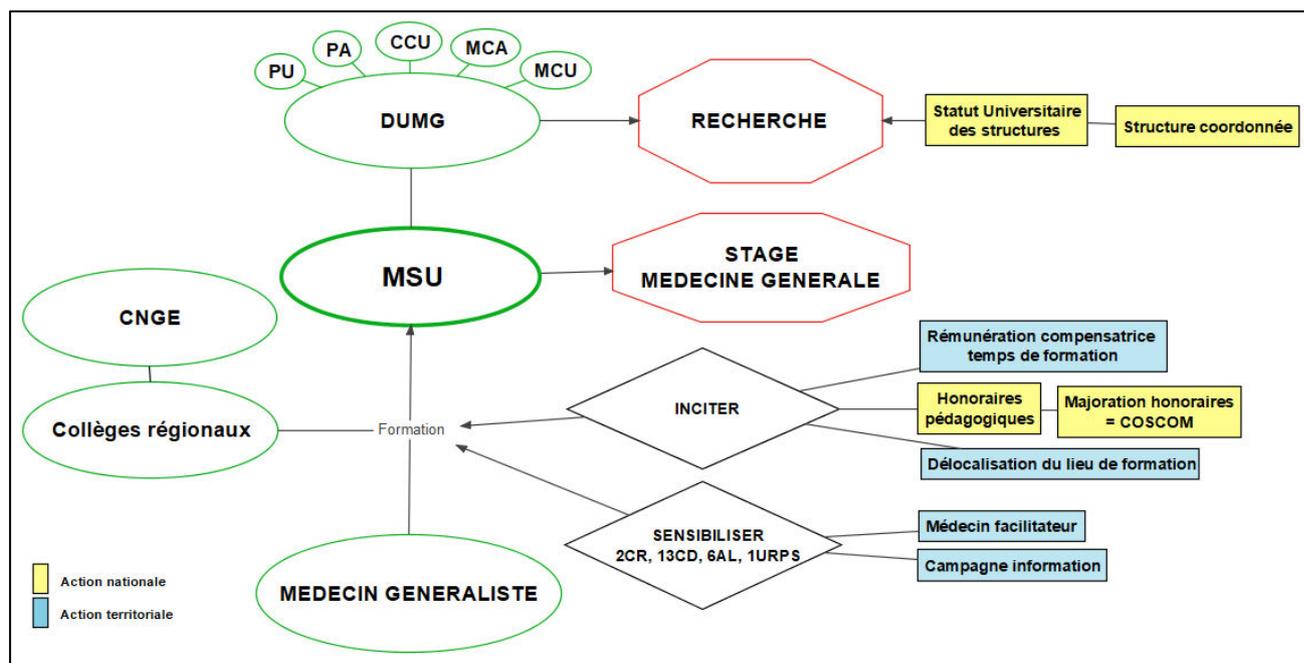
(PMI = Protection maternelle et infantile ; SASPAS = Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé ; MSU = Médecin généraliste agréé maître de stage universitaire ; DUMG = Département universitaire de médecine générale ; PU = Professeur universitaire ; CCU = Chef de clinique universitaire ; MCA = Maître de conférence associé ; MCU = Maître de conférence universitaire ; CD = Conseil départemental ; AL = Association locale ; CR = Conseil régional ; CESP = Contrat d'engagement de service publique ; FMC = Formation médicale continue ; ECN = Examen national classant ; NC = Numerus clausus)

## 2.4. Maîtres de stage universitaire agréés

Pour augmenter le nombre de MSU, plusieurs actions ont été proposées (CNOM, ARS, 1 URPS, 6 associations, les syndicats, 2 CR, 13 CD): une sensibilisation à la formation de MSU par des campagnes d'information, une rémunération compensatrice du temps de formation, une délocalisation de la formation au plus près du lieu d'exercice du médecin. Par exemple, l'ARS Pays de la Loire a mandaté des médecins « facilitateurs », qui vont promouvoir les MSU auprès des médecins installés.

Pour compenser le temps de formation consacré aux étudiants, les MSU perçoivent des honoraires pédagogiques (PTS), majorés dans les zones prioritaires par le Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins (COSCOM) de la convention médicale (30)(31)(32)(33)

La promotion des MSU est accentuée par le développement de la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) (34). Ainsi l'effectif d'enseignants augmente selon Taha (35), et 130 CCU ont été nommés depuis la création des postes en 2008 (36) (37).



**Figure 3 : Les actions concernant les MSU et la FUMG**

(PU = Professeur universitaire ; CCU = Chef de clinique universitaire ; PA = Professeur attaché ; MCA = Maître de conférence associé ; MCU = Maître de conférence universitaire ; MSU = Médecin généraliste agréé maître de stage universitaire ; CD = Conseil départemental ; AL = Association locale ; CR = Conseil régional ; CNGE = Collège national des généralistes enseignants ; COSCOM = Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins)

### 3. Les remplaçants, les retraités et les médecins à diplôme étranger

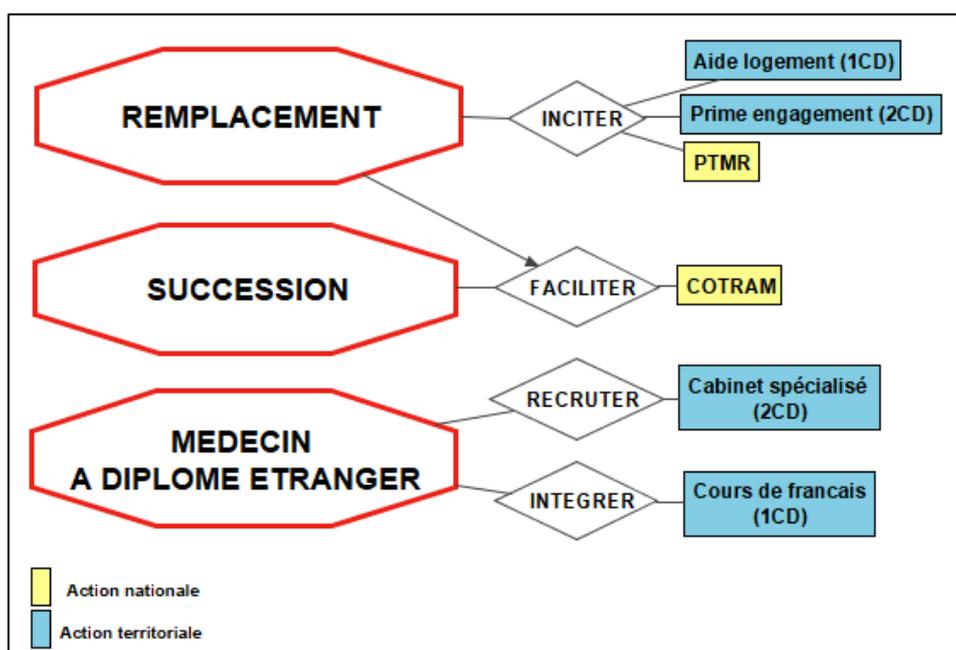
Ces résultats sont synthétisés dans la figure 4.

Le code général des impôts prévoit une exonération de l'impôt sur les revenus (IR) pour les médecins ou leur remplaçant, pour une période de 60 jours par an (38).

L'ARS verse un complément de revenu forfaitaire pour les médecins thésés depuis moins de 3 ans, les internes et assistants, qui s'engagent à exercer sur une période minimum de 12 mois, une activité de remplacements en zone sous dotée : contrat « Praticien Territorial Médical de Remplacement » (PTMR) (39). Les CD de la Lozère et de la Manche proposaient également une prime d'engagement à remplacer sur un territoire sur une période minimum donnée ; et le CD des Landes proposait une aide au loyer pour remplacer sur un territoire.

Pour faciliter les successions, le Contrat de Transition pour les Médecins (COTRAM, convention médicale) permet une majoration de 10% des honoraires d'un médecin de plus de 60 ans s'engageant à accompagner un confrère de moins de 50 ans nouvellement installé dans son cabinet. Il l'accompagne dans les démarches liées à l'installation en exercice libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients pendant une période de 3 ans renouvelable 1 fois.

Pour intégrer les médecins à diplôme étranger, le CD de Saône et Loire finançait des cours de français médical en contrepartie d'une installation sur le territoire. Le but était d'améliorer la maîtrise de la langue française et de faciliter l'adaptation professionnelle et personnelle. Les CD de l'Orne et de la Saône et Loire finançaient les services de cabinets de recrutement spécialisés.



**Figure 4 : Les actions concernant les remplaçants, les retraités et les médecins à diplôme étranger.**

(CD = conseil départemental ; PTMR = contrat praticien territorial médical de remplacement ; COTRAM = contrat de transition pour les médecins)

## 4. Travail coordonné

Ces résultats sont synthétisés dans la figure 5.

La prise en charge coordonnée des patients chroniques, autour du MG, est favorisée par des réseaux : les « équipes de soins primaires » (ESP) (40), les « communautés professionnelles territoriales de santé » (CPTS) (10) ; et des structures : les « maisons de santé pluridisciplinaires » (MSP) (41) et les centres de santé (CS) (42).

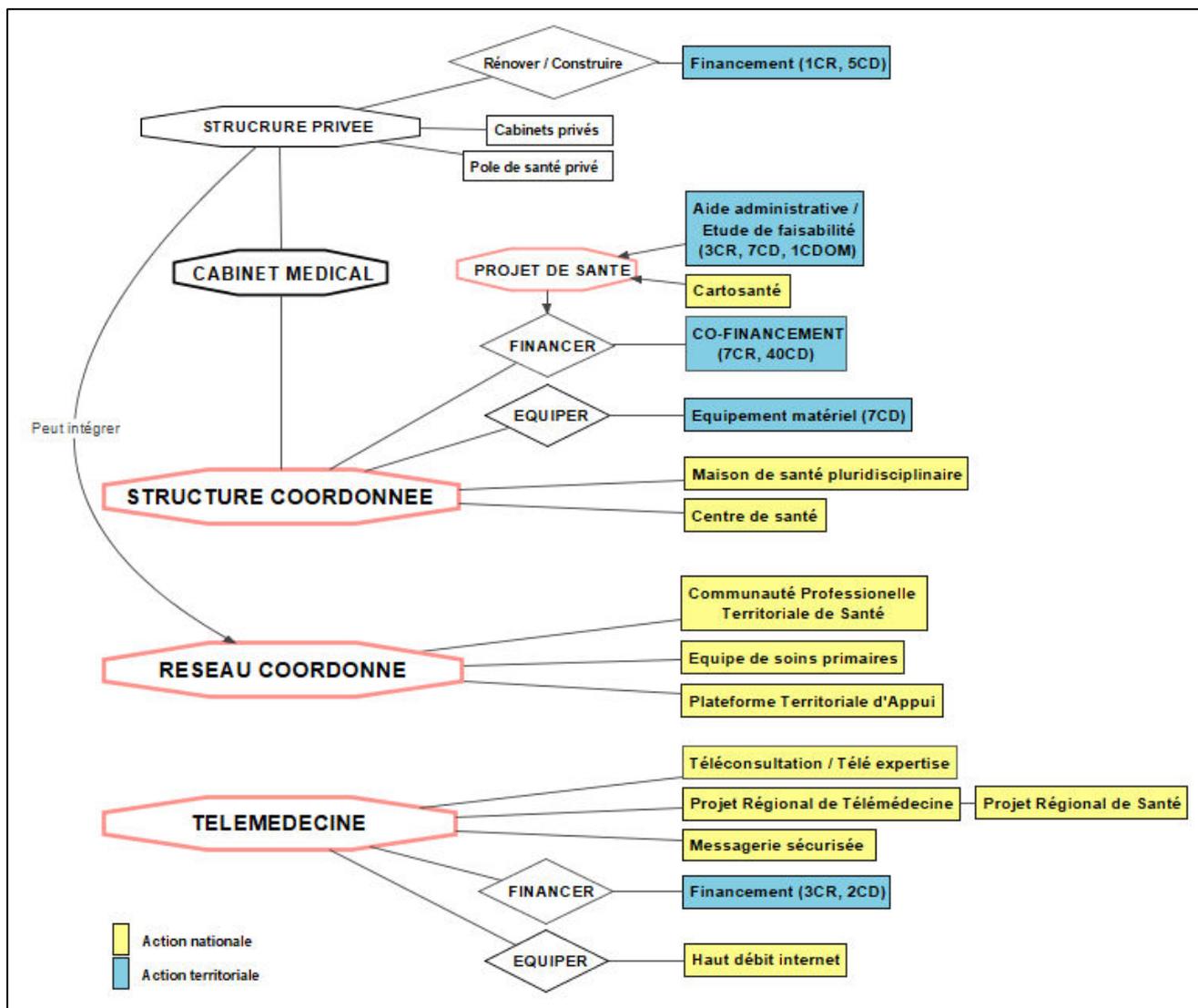
Les ESP et les CPTS regroupent les médecins et paramédicaux sans structure commune. Les ARS financent la conception du projet pour compenser le temps du médecin impliqué. Les MSP constituées de professionnels libéraux (médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens) et les CS regroupant des professionnels de santé salariés, constituent des structures de travail regroupé. La constitution d'un projet de santé attestant de l'exercice coordonné entre les professionnels de santé, permet une participation au co-financement de ces structures par les ARS. Dans notre étude, 47% des CD et 70% des CR cofinanciaient ces structures, et 7 CD et 3 CR proposaient des aides administratives à la constitution du projet de santé ou financiaient des études de faisabilité. L'outil « cartosanté » de l'ARS permet de faciliter les projets. Cet outil est disponible sur internet, il propose une carte interactive détaillant la démographie, l'offre et la consommation de soins des territoires français à l'échelle cantonale (43).

Pour faciliter la prise en charge des patients en situation « lourde »: médicale, sociale, psychosociale ou économique, la plateforme territoriale d'appui (PTA) est proposée par les ARS pour accompagner le médecin traitant.

Des pôles de santé et la construction ou rénovation de cabinets médicaux privés, étaient soutenus financièrement par 5 CD et le CR d'Ile de France, sans constituer un projet de santé attestant d'un travail coordonné.

La télémédecine (44) contribue au travail coordonné et lutte contre le travail isolé des territoires ruraux. Le programme régional de télémédecine (PRT) (45), dans le cadre du projet régional de santé (46), décrit les orientations, le financement par les ARS, et ses objectifs principaux : la permanence des soins en imagerie, la prise en charge de l'AVC, la santé des personnes détenues, la prise en charge des maladies chroniques, et les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile. Son déploiement a fait l'objet d'une expérimentation au sein de 9 régions de France depuis 2014 (47). Le développement d'un réseau internet de qualité, indispensable à l'utilisation des outils numériques, devrait permettre une couverture de l'intégralité du territoire en très haut débit en 2022, grâce au plan « France très haut débit » lancé en 2013 (48). L'équipement matériel des EHPAD et des structures de travail coordonné est promu par le PTS et la convention médicale, et était financé par les ARS, 2 CD et

3 CR. De plus, pour améliorer les liens et les échanges entre les professionnels de santé, notamment entre ville et hôpital, tout en garantissant le secret professionnel, la messagerie sécurisée est en plein développement.



**Figure 5 : Actions favorisant la prise en charge coordonnée des patients**  
 (CD = conseil départemental ; CR = conseil régional ; CDOM = conseil départemental de l'ordre des médecins)

## 5. Rémunération et incitations financières à l'installation

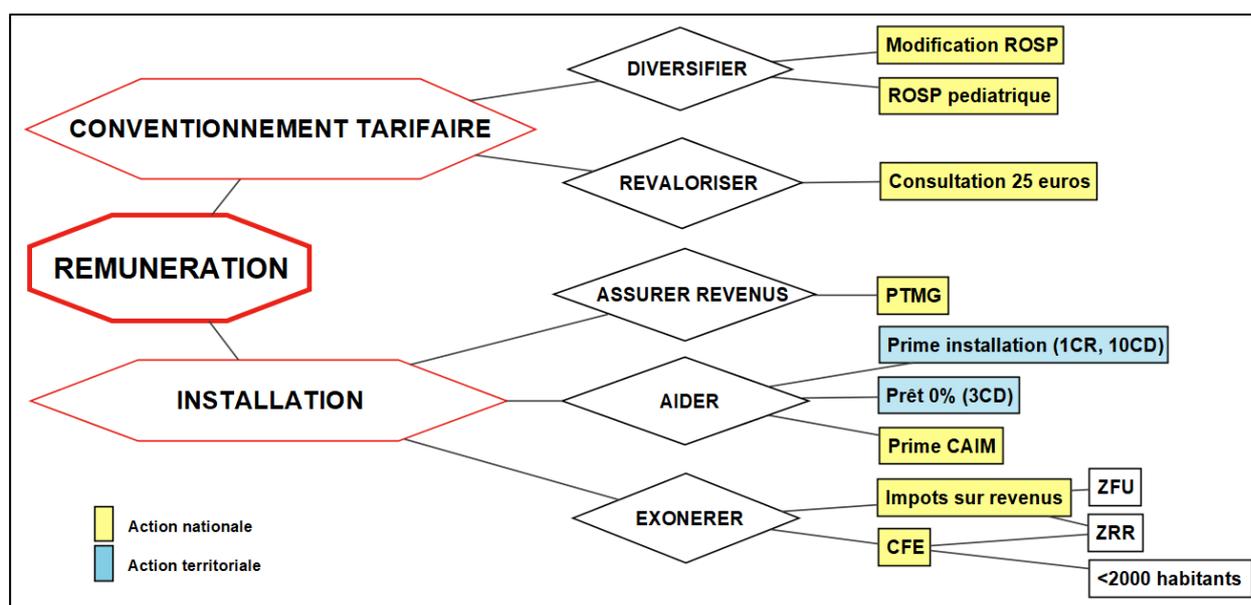
Ces résultats sont synthétisés dans la figure 6.

Pour revaloriser la pratique de la médecine générale, le conventionnement tarifaire a été actualisé pour tous les MG conventionnés : tarif de la consultation à 25 euros, modification de la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP) (49) et création du ROSP pédiatrique associé au médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans (50).

Pour les MG primo-installés ou installés depuis moins de un an en zone prioritaire, un revenu minimum est assuré pendant un an par un complément de rémunération: contrat « praticien territorial de médecine générale » (PTMG, PTS).

Pour améliorer les conditions de travail du nouvel installé, l'acquisition de mobilier ou de matériel informatique est facilitée par des aides financières : un forfait unique grâce au « contrat d'aide à l'installation des médecins » (CAIM, convention médicale), une prime était proposée par 10 CD et le CR de Rhône Alpes, et des prêts à taux 0% étaient proposés par 3 CD. Le dispositif Paris Med' mettait à disposition des locaux à loyer modéré au sein de certains quartiers de la ville de Paris

Des avantages fiscaux étaient proposés aux libéraux nouvellement installés. Dans une commune de moins de 2000 habitants ou en ZRR (51), ils sont exonérés de la cotisation foncière des entreprises (CFE) (52) ; dans une ZRR ou ZFU, ils sont exonérés d'impôts sur le revenu pendant 8 ans, dont 5 ans totalement (52).



**Figure 6 : Actions favorisant la rémunération et les incitations financières à l'installation**

(ROSP = revenus sur objectifs de santé publique ; PTMG = contrat praticien territorial de médecine générale ; CR = conseil régional ; CD = conseil départemental ; CAIM = contrat d'aide à l'installation des médecins généralistes ; ZFU = zone franche urbaine ; ZRR = zone de revitalisation rurale ; CFE = cotisation foncière des entreprises)

## 6. Conditions d'exercice

Ces résultats sont synthétisés dans la figure 7.

L'attractivité du métier est promue par l'assurance de bonnes conditions d'exercice grâce aux actions citées précédemment : réseau ou structure coordonnée, meilleure rémunération, mais aussi par de meilleures conditions sociales, la libération de temps médical, et la diversification des missions du MG.

Les avantages sociaux sont améliorés par le contrat « Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire » (PTMA, PTS), en garantissant un revenu minimum durant la période de congés maternité, paternité ou de maladie, pendant une durée de 3 ans après l'installation en zone prioritaire.

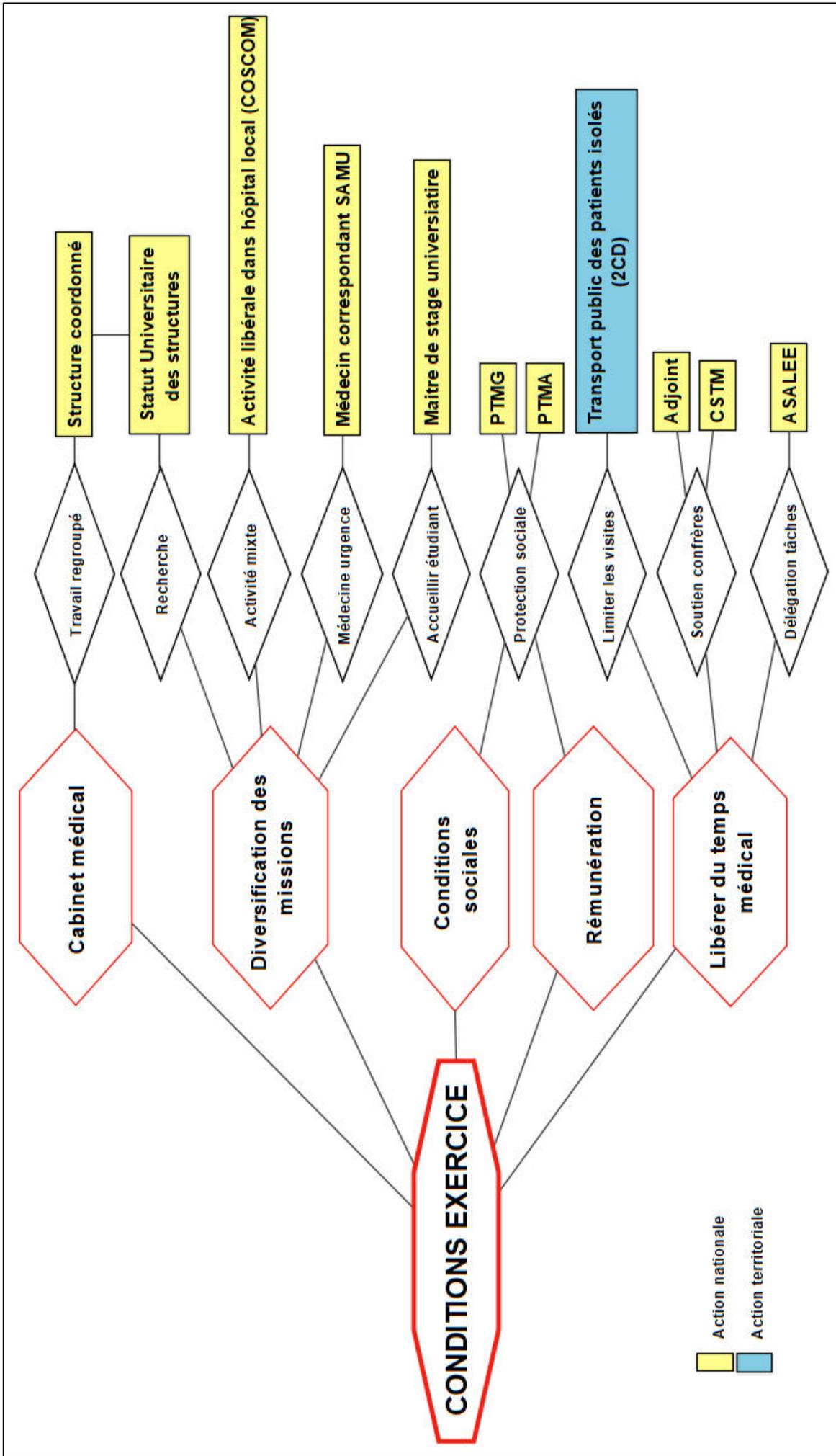
Pour libérer du temps médical et diminuer les contraintes liées aux visites à domicile tout en assurant un accès aux soins primaires pour tous, les CD de la Drome et du Puy de Dôme développaient un service de transports publics gratuits pour les patients isolés à mobilité réduite. La délégation de tâche permettrait de libérer du temps médical tout en assurant une meilleure prise en charge des patients chroniques, comme l'expérimentation ASALEE (Action de santé libérale en équipe) qui permet aux infirmières de compléter la prise en charge des patients diabétique de type II (53).

Pour améliorer les conditions de travail des médecins isolés exerçant en zone prioritaire, leurs confrères sont incités à les soutenir en venant réaliser une activité régulière à temps partiel. Ils bénéficient d'une majoration de 10% des honoraires liés à cette activité, pour une période de 10 jours minimum par an, grâce au Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM, convention nationale). Le contrat d'adjoint (54), permet aux étudiants en médecine ayant validé un certain nombre de stage, mais non thésés, de pratiquer la médecine générale en cas « d'afflux exceptionnel de la population » après autorisation du CDOM pour une durée limitée.

La réalisation d'une partie de l'activité libérale au sein d'hôpitaux de proximité, permettrait de pallier au manque de médecins dans les hôpitaux périphériques et favoriserait le travail coordonné. Elle est favorisée par un forfait annuel, versé aux médecins (COSCOM, convention médicale).

La prise en charge initiale des soins d'urgence sur les territoires éloignés des établissements hospitaliers, est assurée par le « médecin correspondant SAMU » (MCS). Ce dernier garantit un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes pour tous (PTS), sur ordre de la régulation du SAMU en attente de l'arrivée de l'équipe d'un SMUR.

Enfin, la formation et la recherche en soins primaires sont favorisées par la loi de modernisation de 2016 qui donne le statut universitaire aux MSP et CS (41), permettant la réalisation de protocoles de recherche.



**Figure 7 : Conditions d'exercice en milieu rural**

(COSCOM = Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins ; PTMG = contrat praticien territorial de médecine générale ; PTMA = contrat praticien territorial de médecine ambulatoire ; CD = Conseil départemental ; CSTM = contrat de solidarité territoriale médecin ; ASALEE = Action de santé libérale en équipe)

## 7. Communication

Les moyens de communication ciblaient les lycéens, les étudiants en médecine (PACES (55), externes, internes), les jeunes médecins non installés et les médecins installés.

Les sites internet gouvernementaux des institutions territoriales ou associatives, et les sites dédiés à l'installation sur un territoire, référençaient les principales actions et notamment les mesures incitatives (Tableau 1).

L'action principale de communication du MSS, est centrée sur les « Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé » (PAPS). Ce sont des plateformes numériques régionales, dont les objectifs sont d'orienter et d'informer les jeunes et les professionnels installés. Lors de notre étude, les PAPS décrivaient bien les actions nationales (PTS) mais les actions locales variaient en qualité d'une région à l'autre : 23% détaillaient l'intégralité des bourses étudiantes proposées par les CD et 38% les présentaient partiellement, 77% proposaient des annonces professionnelles, et seulement 15% informaient des aides territoriales existantes à l'installation. Des sites internet d'institutions départementales, régionales, nationales, et d'associations, permettaient également d'orienter les jeunes sur les aides proposées, sur les modalités d'installation, et référençaient les offres d'emplois des territoires (Tableau 1). Les modes de diffusion des informations étaient variés : textes, tableaux, schémas, diaporama, vidéos, sketch.

Des évènements étaient proposés aux étudiants, principalement aux internes (Tableau1). Un des objectifs était d'informer et de former les étudiants au concret de l'exercice libéral du quotidien : présentation du métier de MG et des différents modes d'exercices, la gestion d'une entreprise (fiscalité, obligations administratives), les démarches pour remplacer ou s'installer. Les autres objectifs étaient de présenter les aides proposées sur le territoire par l'état et les différentes institutions, de rencontrer les interlocuteurs institutionnels et ou les professionnels locaux.

L'évènement principal était le forum annuel de l'installation, organisé dans chaque faculté par les associations locales et les interlocuteurs locaux, et cofinancé par les différentes institutions. Des séminaires obligatoires étaient effectués par les DUMG ; des interventions ponctuelles proposées par les interlocuteurs locaux (ARS, CDOM, CPAM, associations, partenaires) au sein des cours de la faculté ou lors de soirées ; des stands étaient tenus à la faculté, lors du choix de stages, ou aux congrès d'internes.

Pour promouvoir l'attrait des territoires, des évènements festifs sous forme de weekends sportifs et culturels étaient organisés par 4 CD. Ils s'adressaient aux internes ou jeunes médecins ainsi qu'à leur conjoint. Ils comprenaient des visites des structures de travail coordonné et du réseau de soins. L'objectif était de favoriser l'intégration professionnelle et personnelle, du médecin et de sa famille. Dans le même but, des sites internet de CD et d'associations locales, et la diffusion de guides papiers font la promotion des territoires.

Pour favoriser les contacts, des rencontres étaient organisées entre les étudiants et les professionnels installés : « Nuit de l'installation » en Pays de la Loire; « Généraliste dating » en Bretagne et dans les Pays de Loire, soirée de formation des MG (FMC locales), soirée d'accueil des internes en Eure et Loire ou apéritifs d'initiation en Bretagne.

Un référent installation, disponible au sein de chaque région permet d'orienter personnellement les bénéficiaires dans leur projet. Nommé par l'ARS, ses coordonnées sont disponibles sur les PAPS. Dix-huit CD, l'association locale SIM71 et 2 URPS proposaient également un accompagnement personnalisé pour faciliter les démarches d'installation professionnelle et/ou privée.

Malgré ces mesures, un grand nombre d'institutions locales n'avaient pas de moyen de communication défini, ni de personne référente pour informer et promouvoir leurs actions. Ces dernières s'appuyaient principalement sur les associations locales d'étudiants pour diffuser les informations par le « bouche à oreille ».

**Tableau 1 : Actions d'informations, proposées par les institutions départementales, régionales et locales.**

		Conseils départementaux	Conseils régionaux	URPS	Associations	CDOM	ARS	DUMG
<b>Effectif total</b>		<b>84</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>7</b>
<b>Site web dédié à l'installation du territoire</b>		4	1					
<b>Site web de l'institution</b>	<b>Aides nationales</b>				8	2		
	<b>Aides locales</b>				3			
	<b>Page dédiée à l'installation</b>	2				1		
	<b>Promotion du territoire</b>	1			5			
	<b>Guide de l'installation à télécharger</b>	1					3	
	<b>Guide des aides à télécharger</b>	1					3	
	<b>Livret d'accueil des internes</b>	1						
<b>Evènements</b>	<b>Forum annuel de l'installation</b>	4	1	10	4		13	
	<b>Séminaires obligatoires</b>						2	7
	<b>Soirée d'information</b>	3			10	4	3	
	<b>Stand fac / choix de stages / congrès</b>	4						
	<b>Rencontre étudiants et professionnels</b>	4			3	2	5	
	<b>Weekend sportif et culturel</b>	4						
	<b>Information des lycéens</b>	1						
<b>Accompagnement personnalisé installation</b>		18	1	2	1			

## IV. DISCUSSION

Notre étude est la première à référencer au niveau national les actions proposées par les collectivités régionales, départementales et les associations locales qui favorisent l'installation des MG en zone sous dotée. En octobre 2017, le MSS a publié un repérage des initiatives ne reprenant que quelques données de notre étude.

### 1. Définition des zones prioritaires

Le zonage actuel datant de 2011, basé sur des données démographiques de 2008, ne répond plus aux réels besoins des territoires. Une nouvelle méthodologie utilisant « l'indicateur d'accessibilité potentielle localisé » (APL) au médecin doit redéfinir les zones prioritaires en prenant en compte : l'activité de chaque praticien, le temps d'accès au praticien, et le recours aux soins des habitants par classe d'âge (56).

Ce nouveau zonage annoncé pour fin 2017, défini par les ARS, a pris du retard de publication suite à la réorganisation des grandes régions. Il est attendu pour début 2018 et il représenterait 18% de la population nationale contre 7% actuellement selon le MSS.

### 2. Gestion des actions

Les PAPS et les référents à l'installation au sein de chaque région ne semblent pas avoir permis ni de centraliser les actions, ni de fournir une information globale et claire. La multiplication d'acteurs locaux et d'interlocuteurs, aboutit à une grande disparité des actions en fonction des territoires et à la diffusion d'informations parfois floues ou incomplètes. En effet, devant l'insuffisance des mesures nationales à lutter immédiatement contre la désertification médicale, de plus en plus d'institutions territoriales agissent ou réfléchissent à leur pouvoir d'action, sans gestion directe des ARS. La disparité des actions serait certainement amplifiée si nous complétions l'étude au niveau des collectivités communales.

Pour réguler ces actions, le Sénat (57) propose la création de commissions départementales de la démographie médicale. Le CNOM propose des « bassins de proximité de santé » (BPS) (58) : « unité fonctionnelle » qui permettrait de coordonner un projet de santé entre les différents acteurs de santé à l'échelle d'un bassin de vie. La Cour des Comptes (59) préconise une réduction du nombre d'instances chargées des questions de démographie médicale.

Début février 2018, un comité de pilotage présidé par la ministre de la santé et des solidarités, a été instauré, avec un plan d'action pour lutter contre l'inégalité d'accès aux soins et contre les déserts médicaux (60). Ce plan d'action a notamment pour objectif la création d'un guichet unique régional d'information, d'orientation et d'accompagnement des professionnels de

santé. Instauré dans la lignée des PAPS. Son but est d'harmoniser les actions des différents acteurs du territoire et d'apporter une information claire aux professionnels de santé.

### **3. Formation des étudiants**

La formation initiale apparaît comme un facteur principal d'installation des MG en zone sous dotée selon la revue de littérature internationale de Poimboeuf et al. (61).

#### ***3.1. Sélection des étudiants en médecine***

Selon Poimboeuf et al. (61), le souhait d'exercer la médecine générale avant le début des études influe significativement sur l'installation des étudiants en zone rurale désertifiée après la fin de leurs études. Or, la régulation du nombre de MG basée sur le NC et les ECN, sélectionne les étudiants exclusivement sur des connaissances scientifiques.

Le NC paraît inefficace à la régulation de la démographie médicale. Malgré une nette augmentation globale, puis ciblée sur les régions les plus en tension depuis 2012, il n'a pas permis de compenser l'actuel départ massif de médecins à la retraite, et surtout ne répond pas au problème de répartition des MG sur les territoires. Ainsi, le rapport Montaigne (62) propose une suppression du NC alors que le CNOM (63) préconise la création d'un NC régionalisé. Cependant, l'Espagne qui a une gestion régionale des effectifs d'étudiants, présente des variations interrégionales de densité médicale beaucoup plus importante qu'en France (19).

Les ECN auraient plus d'influence sur le lieu d'installation, avec 74% des MG qui s'installeraient dans leur région d'internat (64). Cependant ce chiffre reste à relativiser devant l'échelle régionale de cette étude et le faible nombre de cas étudiés. Une étude nationale semblerait intéressante, et pourrait être mise en relation avec une étude similaire menée en Espagne, où les médecins ont l'obligation de s'installer dans leur région d'internat (19).

Les médecins sont souvent issus des milieux urbains et de classes sociales favorisées, et sont peu enclins à exercer dans les zones sous dotées selon l'OMS (65). Plusieurs études montrent que les origines du médecin influenceraient le choix de l'installation en zone désertifiées (61)(66)(67)(68)(69). En effet, entre 1990 et 2002, 45% des médecins avaient un parent cadre supérieur alors que seulement 8% avaient un parent ouvrier (70). Ceci peut être expliqué en partie par l'autonomie financière repoussée à la 7<sup>ème</sup> année rendant le coût élevé des études. Selon l'ANEMF 75% des étudiants ont recours à une « prépa privée » pour le concours de PACES, souvent très onéreuse, et seulement quelques facultés proposent un tutorat à faible coût (71). Pour pallier à cette disparité, des initiatives locales de financement d'années préparatoire étaient proposées en fonction des origines sociales, des bourses d'études départementales et le CESP étaient alloués. Cependant le CESP qui apparaissait comme un succès pour le ministère en 2016, ne représentait que 1795 étudiants depuis sa création en 2009, et l'impact du CESP et des bourses départementales, n'avait pas été évalué. Malgré ce manque d'évaluation, le rapport

Montaigne (62) et l'OMS proposaient une majoration des bourses en fonction des origines géographiques de l'étudiant.

Malgré tout, 69% des français conseilleraient à leurs enfants de suivre des études de médecine (72), mais seulement 23% des 18 ans et plus l'ont envisagés. L'orientation vers les études médicales des lycéens des zones désertifiées, serait donc à encourager (62), par exemple en multipliant les interventions d'information existantes dans certains territoires.

Chez nos voisins Européens, les modes de sélections sont différents (19), notamment par la sélection des étudiants avant l'entrée en première année. En Allemagne, Grande Bretagne et Hollande, chaque université décide du nombre d'étudiants à former. 60% des places en Allemagne et la totalité des places en Grande Bretagne sont allouées sur critères propres à l'université. Les 40% de places Allemandes restantes sont allouées par le système centralisé en fonction des résultats du secondaire. Un NC national en Hollande définit le nombre d'étudiants dont la formation est prise en charge par l'état, mais les universités sont libres d'accueillir plus d'étudiants selon leurs propres critères de sélection. Un NC régional en Espagne définit le nombre d'étudiants formés, selon les résultats du secondaire.

Ainsi, les instances nationales souhaitent réformer le mode de sélection lors de l'accès aux études de santé, comme le recommande l'OMS (65). Afin d'élargir les origines sociales et géographiques des étudiants, le Sénat (57) propose une réflexion sur les critères de sélection et le rapport Montaigne (62) propose de s'inspirer de l'expérience des « Convention Educative Prioritaire » (CEP) de Science Po, en recrutant des étudiants par le biais de conventions avec les lycées des zones rurales et des zones urbaines sensibles. Le CNOM (63) souhaite un système de pré-sélection avant l'année de « PACES élargie » (socle commun à toutes les professions de santé en première année) afin de limiter les taux d'échec.

## **3.2. Contenu de la formation**

### **3.2.1. Image et formation universitaire de la médecine générale**

Les français considèrent leur système de santé comme le meilleur au monde (62), avec un fort attachement à leur médecin traitant : 97% ont une bonne relation avec lui (58) et 91% ont une bonne opinion des MG (72). Cet attachement et le rôle attractif du médecin de famille, acteur de santé sur un territoire sont des facteurs d'installation (73) : 76% des MG ont fait médecine par vocation plus que par intérêts personnels (72).

Or, le manque de considération de la médecine générale au sein de la formation initiale (74) et une formation peu adaptée à l'exercice libéral (75), sont des freins à l'installation pour les internes et les jeunes installés. En effet, pour les internes et les MG (72), il s'agit d'études valorisantes mais très mal jugées de l'intérieur, tant sur les sacrifices qu'elles demandent que sur la qualité perçue. Ceci devrait changer par le développement de la FUMG, la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle et la multiplication des stages ambulatoires.

La multiplication des universitaires de médecine générale, valorise cette spécialité par une meilleure représentation au sein des instances et auprès des étudiants, une meilleure visibilité et un rapprochement de la formation initiale. Ceci devrait s'amplifier par les réformes développant la recherche au sein des MSPU, la création des assistants partagés ville/hôpital en projet du plan d'action 2018 (60), l'incitation des MSU, et le développement des DUMG.

La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle va permettre d'uniformiser les enseignements des différentes facultés permettant une évaluation des pratiques et une adaptation au plus près des besoins de la profession et notamment de sa pratique rurale. Ainsi, le Sénat (57), propose de diversifier l'enseignement trop centré sur la pratique hospitalière, par la création de cours de gestion, communication, bioéthique, psychologie, économie de la santé. Puis la création d'un contrat de formation dès le 3<sup>ème</sup> semestre : ce contrat établit des objectifs pédagogiques instaurés par l'étudiant et définit un parcours de formation pour l'internat (stages). Un référent pédagogique unique accompagne personnellement l'étudiant dans son parcours, un porte folio numérique référence les travaux théoriques et trace l'évolution des acquisitions et des compétences de l'interne. Cette réforme va dans le sens des recommandations de l'OMS (65) qui propose de réviser les programmes et d'y inclure la santé rurale pour renforcer les compétences professionnelles, améliorer les satisfactions et la fidélisation des étudiants.

### **3.2.2. Impact des stages**

La pratique de la médecine générale en zone rurale est découverte grâce aux stages (67)(73)(76)(77)(78). Ainsi, le stage obligatoire d'externe permet de faire un choix éclairé au moment des ECN (79) et les expériences locales de stages découverte dès la deuxième année semblent intéressantes à la promotion de cette pratique, répondant aux recommandations de l'OMS (65).

Le CNOM (63) souhaiterait développer la professionnalisation dès le deuxième cycle, en augmentant le nombre et la variété des terrains de stages afin de côtoyer tous les exercices dans les territoires (du MG en zone rurale au spécialiste en ville, du chirurgien en clinique privée au médecin conseil) et d'affiner son choix d'exercice en connaissance. Mais la formation doit rester en adéquation avec les besoins du territoire pour une meilleure adaptation et intégration du jeune professionnel. A titre d'exemple la formation initiale en traumatologie favorise la pratique en montagne (80).

La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle, avec la création d'une 4<sup>ème</sup> année d'autonomie supervisée, va permettre une phase de consolidation, comme préconisé par le rapport de 2010 sur la médecine de proximité (81). Cette phase a pour but d'améliorer la sérénité du jeune MG, notamment dans l'exercice libéral en améliorant ses connaissances et en apprenant la gestion du cabinet. En effet, une formation pratique professionnalisante, avec une mise en responsabilité d'une patientèle et une stabilité géographique plus précoce durant l'internat permettrait une maturation professionnelle plus rapide (82). Cette réforme qui a pour objectif de diminuer la durée du post internat, semble bien accueillie par les syndicats d'étudiants.

Les stages et la formation pratique en milieu rural a démontré dans tous les pays où il a été expérimenté, des résultats significatifs pour surmonter le défaut d'attractivité de certains lieux d'exercice qu'aucun système d'incitation financière n'avait pu surmonter (19). En effet, la multiplication des stages ambulatoires au cours de l'internat rendrait plus attractive la médecine de campagne pour les étudiants (61)(83), la sérénité acquise au cours de ces stages influencerait leur décision d'installation (68)(84)(85) et se traduirait par une installation plus rapide (61)(83). Durant tous ces stages, la qualité de la relation avec le MSU et l'image qu'il renvoie de son métier seraient déterminantes quant au projet d'installation : la zone d'installation finalement choisie porterait la marque des stages effectués (83). Ainsi, il semblerait plus facile pour les internes d'exercer dans un lieu semblable à ceux connus ou vécus lors du compagnonnage, et ainsi faciliter les remplacements et une installation sur ces territoires (66)(64)(69).

Les mesures incitatives proposées par les CD aux étudiants pour réaliser leurs stages au sein d'un territoire, notamment dans le domaine du transport et du logement, mais aussi de « fidélisation », doivent être évaluées. Malgré ce manque d'évaluation, le gouvernement souhaite

instaurer dès novembre 2018 une nouvelle indemnité de transport / logement de 200 euros par mois, pour les stages d'interne ambulatoire en zone sous dense et promouvoir la mise à disposition de logements par les collectivités territoriales.

Des mesures coercitives ont été proposées par la commission de l'assemblée nationale de 2012 (86) pour réaliser un stage obligatoire en zone sous dotée à tous les internes, rejetées par l'Assemblée.

Le développement des autres stages au sein du territoire, la rencontre des autres MG et professionnels de santé au cours de réunions ou de formations, contribueraient à faciliter l'intégration sur le territoire, à développer le réseau de soins local favorisant une meilleure intégration professionnelle. Les étudiants devraient ainsi être incités à assister à ces événements dès leurs stages d'internes.

### **3.2.3. Post internat**

Les efforts de rééquilibrage de la démographie médicale engagés à travers l'internat, sont contrariés par l'absence de continuité organisée et l'absence d'équivalent de régulation des effectifs au niveau du post internat (87). En effet, le post internat est actuellement une étape quasi obligatoire avant l'installation, période entre la fin de l'internat et la stabilisation professionnelle en exercice libéral ou salariée (87), d'une durée allant de 3 à 7 ans (69)(87).

Il existerait une pluralité des motivations : besoin d'acquérir une capacité d'exercice autonome que ne conférerait pas l'internat ; un complément de formation ; la première étape d'une carrière universitaire par le clinicat ou l'assistantat ; le remplacement (87).

Malgré une volonté à long terme de s'installer pour 80% des interrogés dans les études de Decorde (18) et Meunier (69), 62% des internes souhaitaient remplacer après leur internat (69). En effet, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, on notait une augmentation de 17.1% du nombre de MG remplaçants depuis 2007 (6). La qualité de vie professionnelle et privée était particulièrement recherchée dans ce mode d'exercice (88) : le sentiment de liberté, absent pendant l'internat, était ressenti par les jeunes médecins durant leur période de remplacement (74). De plus, il permettait de renforcer le sentiment de sérénité et d'affiner le projet de future installation, notamment pour le choix du mode d'exercice (73)(88).

Afin d'encourager les médecins à remplacer, le gouvernement (60) souhaite favoriser les remplacements et notamment l'exercice mixte, afin d'augmenter la présence médicale sur les territoires sans barrière entre le salariat et le libéral. Dans le même état d'esprit, l'assistantat doit être développé par la création de postes d'assistants partagés ville / hôpital, ce qui pourrait améliorer les liens entre les médecins ambulatoires et hospitaliers, et favoriser les prises en charges cordonnées. Enfin, les contrats d'adjoints vont être facilités et leurs conditions d'accès assouplies (60).

### **3.3. Maitres de stage universitaire**

Le facteur limitant la formation pratique ambulatoire est l'acceptation des professionnels installés à devenir maître de stage universitaire (MSU). Ainsi, le nombre de terrains de stage ambulatoire est insuffisant pour accueillir tous les étudiants, malgré une augmentation de 27% des MSU depuis 2012, soit 8550 MSU au 1<sup>er</sup> janvier 2016 (CNGE). Les stages obligatoires chez un MG au cours de l'internat sont réalisables pour tous, mais le stage d'externe obligatoire n'est pas faisable pour tous les étudiants malgré l'arrêté ministériel de 1997. La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle ajoutant une 4<sup>ème</sup> année de stage n'est donc pas applicable immédiatement, le DES de médecine générale reste dans un premier temps d'une durée de 3 ans.

Les incitations, facilitations et sensibilisations à la formation des MG doivent être évaluées.

Le projet gouvernemental de 2018 souhaite simplifier la formation des MSU, sans dégrader sa qualité et son niveau d'exigence pédagogique ; et souhaite promouvoir la maîtrise de stage auprès des professionnels de santé en zone sous dense grâce aux ARS et DMG par des actions de prospection et de promotion.

### **3.4. Formation continue**

Le CNOM (63) propose d'étendre le porte folio instauré par la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle dès la 2<sup>ème</sup> année, avec des re-certification tout au long de la carrière du médecin, grâce à des formations adaptées à la pratique rurale comme le recommande l'OMS (65). Ces propositions sont en accord avec les souhaits des jeunes générations de se former régulièrement (74).

## **4. Installation**

### **4.1. Prise en charge coordonnée des patients**

#### **4.1.1. Travail regroupé / coordonné**

Le travail regroupé et coordonné est un facteur principal d'installation en zone rurale pour les jeunes médecins selon plusieurs études (66)(89)(75)(15)(90)(73)(74)(91)(18)(77). Ainsi, la proportion de MG exerçant en groupe est passée de 43 % à 54 % entre 1998 et 2009 (92) et 73% des médecins installés y sont favorables (58). L'objectif du gouvernement est qu'une majorité de professionnels de santé s'inscrive dans une démarche d'exercice coordonné (60).

Les réseaux de professionnels, comprenant les structures de travail coordonné (MSP, CS) et les réseaux de soins coordonnés (ESP, CPTS), ont pour objectif de renforcer les coopérations, d'améliorer le service rendu à la population et de libérer du temps médical, répondant aux recommandations de l'OMS (65) et du Haut conseil de l'assurance maladie (93).

Pour familiariser les professionnels au travail coordonné interprofessionnel dès le début des études médicales, le CNOM (63) préconise des stages au sein de tous les métiers paramédicaux ambulatoires dès la 2<sup>ème</sup> année afin de connaître la pratique de chacun.

#### **4.1.2. Maitrise de la charge de travail**

Parmi les avantages attribués à ce mode d'exercice, la maîtrise de la charge de travail est largement mise en avant. Ainsi, 53.9% des MG regroupés travaillent moins de 5 jours par semaine, contre 27.5% des MG exerçants seuls (92).

Selon des données de 2009 (94), les MG travaillaient entre 52 et 60 heures par semaine : 61 % du temps était consacré aux soins en activité libérale, 19 % aux soins en activité hors libérale et 20 % aux autres activités. Pour diminuer le temps consacré aux activités hors soins, le CNOM (63) préconise une nouvelle organisation de travail, particulièrement adaptée au travail regroupé, permettant un allègement de la permanence de soins tout en ayant le sentiment d'une pratique de premier recours valorisante et utile (76) : usage numérique, nouveaux outils de gestion des rendez-vous et une mutualisation des moyens administratifs (plateforme, assistance administrative, télé-secrétariat, secrétariat mutualisé). Cette organisation répond aux volontés d'une majorité de futurs MG ne souhaitant travailler que 3 à 4 jours par semaine, avec des horaires adaptés entre 9h et 19h (95). La féminisation de la profession n'est pas responsable de ce nouveau mode d'exercice et est trop souvent répertoriée comme un frein à l'installation (66) (96).

#### **4.1.3. Délégation et substitutions de tâches**

La prise en charge coordonnée doit permettre aux MG de suivre un plus grand nombre de patients tout en maîtrisant leur charge de travail : un MG français suit 1250 patients en moyenne, un MG anglais 1575 et un MG hollandais 2300 (19).

Respectant les recommandations de la Cour des Comptes (59)(97), du rapport Montaigne (62) et du Sénat (57) ; le plan d'action gouvernemental de 2018 (60) prévoit d'élargir les compétences et favoriser les actions de substitutions par délégation de tâches aux autres professionnels de santé. Ceci en définissant en premier lieu un cadre juridique des infirmières en pratique avancée, puis de les former et de définir leurs missions précises.

Des actions de diversification des services, par l'intervention complémentaire de différents professionnels exerçant à champs de compétences donnés doivent être développées, notamment par la pérennisation et l'augmentation du nombre d'infirmière ASALEE dans le suivi des malades chroniques (60). En effet, la prise en charge coordonnée des diabétiques de type 2 par une infirmière lors de consultations d'éducation thérapeutique est prometteuse (53).

#### **4.1.4. Contraintes administratives**

Les contraintes administratives, réglementaires, économiques, considérées par 97 % des médecins comme trop importantes (58), constitueraient un frein à l'installation (68)(98)(88). L'exercice regroupé permettrait de limiter ce frein par un partage des charges administratives et financières (99), mais ne l'évite pas complètement. Le plan d'action gouvernemental de 2018 a commandé un rapport à l'IGAS pour proposer des solutions pour limiter et alléger les charges administratives des professionnels de santé.

#### **4.1.5. Confraternité et sécurité**

Le travail regroupé améliorerait les échanges et la confraternité, selon Veauvy (67) et Carol (99). Cela est particulièrement recherché par les jeunes médecins qui sont formés principalement au sein des hôpitaux et habitués à travailler en équipe.

Le sentiment d'insécurité ressenti dans certains quartiers urbains, référencé comme un frein à l'installation selon Dubosq (100), serait limité par les structures de travail coordonné.

#### **4.1.6. Mode de rémunération**

Les mesures gouvernementales développant le ROSP et revalorisant les actes, répondent aux recommandations du rapport Montaigne (62) stipulant que seuls les modes de rémunération mixtes mêlant capitation, forfait et paiement à l'acte permettraient un développement massif des regroupements.

La Cour des Comptes (97) propose de compléter les rémunérations selon des critères d'organisation du cabinet, notamment par le développement de la permanence des soins par l'extension des horaires d'ouverture et de la permanence des soins non programmés. Cela répondrait à une demande des patients, mais imposerait une organisation entre les différents médecins d'un réseau de professionnels afin de maîtriser la charge de travail et ainsi respecter l'équilibre de vie privée et vie professionnelle souhaité par les jeunes générations. Des solutions seront peut être apportées dans le prochain rapport sur l'organisation des soins non programmés. De plus, la Cour des Comptes (97) propose une majoration de la rémunération des libéraux afin de limiter le nombre d'actes réalisés et de prescriptions ; mais le but recherché doit prouver son efficacité.

#### **4.1.7. Salariat**

Les jeunes médecins privilégient le salariat : parmi les nouveaux inscrits au cours de l'année 2015, 67% étaient salariés et 11,7% étaient en libéral et mixte. Ce chiffre de 67% de nouveaux salariés contraste avec les 80% des médecins libéraux sortants du tableau de l'ordre en 2015, mais est à relativiser par de nombreuses études ordinales qui ont démontré que cinq ans plus tard, ils sont nettement plus nombreux à exercer en secteur libéral (6). Cependant, les modes d'exercice évoluent, avec une augmentation de 5.3% de MG salariés, contre une baisse de 13.5% de l'exercice libéral, entre 2007 et 2016 (6). Pourtant, selon la revue de littérature de Rasse (66), le salariat n'influencerait qu'un très faible nombre de futurs MG à l'installation. Le Sénat (57) propose le développement des CS et d'une offre de soins ambulatoires de médecins remplaçants salariés.

#### **4.1.8. Financement**

La création de structures coordonnées comme les MSP n'est possible que par des aides financières (99), imposant les démarches administratives liées à la constitution d'un projet de soins. En effet, le but n'est pas de construire des structures « vides » n'attirant aucun professionnel de santé, malgré la création de locaux attractifs. Une bonne collaboration des intervenants (élus, habitants, associations, médecins, paramédicaux, ARS,...) avec un MG comme acteur principal du projet de coordination est primordiale à sa réussite.

Le PTS, le CNOM (63), et de nombreuses institutions locales, départementales et régionales, soutiennent financièrement de nombreux projets de structures de travail coordonné. Ceci doit être accentué par une augmentation du budget alloué à la création de structures mais aussi au développement de réseaux coordonnés, par le plan d'action 2018. L'objectif est de doubler le nombre de MSP d'ici 2022, en privilégiant les zones sous denses (60).

Les difficultés liées à la constitution du projet de soins sont soutenues par certaines institutions territoriales. Mais les aides devraient être généralisées grâce à l'instauration des guichets unique au sein de chaque région (60). De plus, la création de mesures de soutien renforcées aux porteurs de projets est planifiée (60).

Afin de faciliter la création de structures et améliorer la sérénité dans la gestion d'une entreprise, le rapport Montaigne (62) propose d'intégrer au sein des études de médecine générale des modules consacrés à la gestion et au montage des projets.

#### **4.1.9. Télémédecine**

La télémédecine devient un outil indispensable à la création des réseaux de soins coordonnés, notamment pour les territoires éloignés des plateaux techniques et des spécialistes. Ainsi la télémédecine permet de diminuer le sentiment d'isolement des médecins. En effet, même si l'exercice en milieu rural est considéré par les jeunes médecins installés comme plus intéressant, avec une plus grande diversité de prise en charge et une meilleure relation avec les patients, la proximité d'une ville universitaire facilite l'installation (99).

L'utilisation des téléconsultations et des télé expertises, nécessite d'instaurer un conventionnement (tarifs et remboursements) ce qui est prévu pour le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (60). La généralisation du DMP est prévue pour 2018, puis le développement de e-parcours santé grâce à des services numériques de coordination et d'appui à la coordination des soins (SNACS) pour faciliter les échanges et la coordination interprofessionnels (60).

Le déploiement du haut débit sur tout le territoire est indispensable à l'instauration des outils numériques. Puis les équipements informatiques adaptés sont soutenus par différentes actions. Ces aides matérielles améliorant les conditions de travail des jeunes médecins favoriseraient leur installation (89)(15)(90). L'objectif du plan d'action gouvernemental 2018, est d'équiper toutes les zones sous denses et toutes les EHPAD, de matériel de téléconsultation d'ici 2020 (60).

#### **4.2. Mesures coercitives**

Alors que l'Académie de Médecine exclut toutes mesures contraignantes visant à obliger de jeunes MG à s'installer dans des régions sous médicalisées (101), la Cour des Comptes (97) et le Sénat (57) préconisent des règles de conventionnement sélectif subordonnées à la recertification périodique des professionnels de santé et aux besoins des territoires d'installations. Ainsi, la commission de l'assemblée nationale de 2012 (86), proposait des mesures coercitives par l'obligation d'exercer pendant 3 ans en zone sous dotée à la fin de l'internat, et en janvier 2018 (102) pour un conventionnement de l'installation des médecins, rejetées par l'assemblée.

Pour anticiper d'éventuelles mesures, le Sénat (57) propose d'informer dès à présent les étudiants de la possibilité d'instaurer pour les MG une obligation de quelques années d'exercer en zone sous dotée à la fin de leur internat.

### **4.3. Organisation chez nos voisins européens**

Dans la plupart des pays d'Europe, le MG est le pivot de l'organisation du parcours de soins des patients, interlocuteur de premier recours (19). En Grande Bretagne, les MG s'installent dans des zones définies par l'état, exercent en groupe, les soins sont gratuits, et la rémunération dépend de la population desservie et d'objectifs de résultats. Un système privé hors régulation existe en parallèle, dont les soins sont payants. En Espagne, le MG exerce en CS de sa région de formation, il est salarié de la fonction publique. En Allemagne, 86% des MG exercent en cabinet indépendant sous conventionnement avec une assurance maladie, rémunérés à l'acte. Les MG s'installent selon le conventionnement médical : ces mesures coercitives limitant l'installation en zones sur dotées n'a pas été efficace (62). Aux Pays Bas et en Belgique, les MG ont une liberté du lieu d'installation et sont payés à l'acte. Une rémunération complémentaire est versée en fonction du nombre de patients aux Pays Bas.

## **5. Aides organisationnelles**

Le manque de médecins dans de nombreuses zones du territoire déstabilise les organisations des cabinets médicaux et des urgences. Un rapport est attendu pour début 2018 proposant des solutions favorisant la prise en charge des demandes de soins non programmés pendant les horaires d'ouverture des cabinets de MG afin d'éviter aux patients d'avoir recours aux urgences hospitalières (60). La cour des comptes (97) proposait une régulation médicale indépendante de l'hôpital à l'entrée des urgences permettant d'orienter les patients vers la réponse de soins la mieux adaptée à leur état, ambulatoire ou hospitalière. La création de maisons médicales de garde et une réorganisation de la permanence de soins libérale pourraient remplir cette mission de régulation. Cette nouvelle organisation devra tenir compte de l'importance des remplaçants dans le système de santé. En effet, selon l'étude Remplact3 (103), deux tiers des remplaçants sont prêts à assurer la permanence des soins lors des gardes de soir et des weekends.

Le gouvernement (60) souhaite développer une présence médicale et soignante sur tous les territoires, sans se centrer uniquement sur l'installation des MG. Ainsi, les objectifs sont de multiplier les possibilités d'exercice (mixte et salarié) : valorisation financière des cumuls emploi-retraite (recommandation du Sénat (57)); développer et revaloriser le CSTM permettant des consultations avancées à temps partiel en zone sous dense ; la création de postes d'assistants partagés ville/hôpital ; assouplir les conditions d'exercice en tant qu'adjoint et favoriser les remplacements.

## 6. Aides financières

Si la baisse des charges fiscales serait un facteur d'installation (89)(90)(100)(98), les aides financières seules ne joueraient pas un rôle moteur dans la décision d'installation (61)(67)(68)(104). En effet, selon Gicquel (15) les aides financières directes seraient peu plébiscitées, et selon Decorde (18) et Fradet (16) elles seraient inadaptées ou insuffisantes pour pallier aux déserts médicaux. Mais aucune évaluation nationale n'a été effectuée concernant ces aides. Ainsi, les instances nationales proposent de réévaluer les aides financières proposées pour la Cour des Comptes (59), en affinant les connaissances sur les revenus des médecins libéraux et pour le Sénat (57), en évaluant le rapport coût/impact réel.

## 7. Qualité de vie

Alors que 61% des MG installés sont insatisfaits par l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle (58), les jeunes générations ne veulent plus exercer comme leurs aînés. Ils aspirent à une bonne qualité de vie, plus qu'à des revenus potentiels (15). Ainsi, si la qualité de vie professionnelle passe par une bonne intégration professionnelle (76), ce n'est plus le travail qui décide du mode de vie des médecins, c'est leur vie de famille qui influe sur leur mode d'exercice (105). En effet, la qualité de vie personnelle est majeure pour les jeunes générations et la famille est au cœur de décision du lieu d'installation (90)(73)(106)(74) : l'intégration à la communauté du médecin et de sa famille est primordiale (76). La décision est souvent conditionnée par le travail du conjoint (66)(61)(69)(68)(67)(15)(105)(89)(75) : 80% des conjoints ont un niveau supérieur à Bac+3, ce qui limite les opportunités de travail en milieu rural (69). Ainsi, certaines collectivités proposent un accompagnement personnalisé pour l'intégration familiale et professionnelle au territoire.

L'attrait du territoire du médecin et du conjoint est indispensable (91), c'est pourquoi certaines institutions attirent les jeunes MG par la promotion de l'attractivité du territoire, au niveau environnemental, sportif, culturel, et des services. Ceci respecte les recommandations de l'OMS d'améliorer les conditions de vie des personnels de santé et de leur famille notamment par le développement des services (65).

Les conditions sociales s'améliorent, avec un complément de revenu supplémentaire pour tous les médecins et non plus aux seuls médecins ayant signé un contrat PTMA ou PTMG. En effet, depuis le 29 octobre 2017, tous les médecins bénéficient d'une aide complémentaire financière afin de pallier aux frais du cabinet pendant les congés maternité et paternité, pour les médecins installés ou en collaboration libérale (33).

## **8. Les médecins à diplôme étranger**

La régulation du nombre de MG par la filière universitaire, exclut toute régulation des médecins à diplôme étranger qui viennent s'installer en France. Leur part dans les primo inscrits augmente depuis la reconnaissance automatique des diplômes instaurée par la directive européenne: en 2015 11,1% sont titulaires d'un diplôme de l'Union Européenne et 11,3% d'un diplôme extra-européen (6). Cependant, ils restent rares en France : 8% des médecins inscrits, 3.6% des MG en 2014 ; comparé à la Grande Bretagne : 36% des médecins inscrits (19). Pour favoriser leur installation et leur intégration, des cours de Français médical sont proposés ou des cabinets de recrutement de médecins sont sollicités. Si ces médecins peuvent répondre au problème démographique immédiat, l'efficacité à long terme de ces mesures reste à évaluer.

## **9. Information/Communication**

Nous avons vu que de nombreuses actions sont menées par les effecteurs de santé afin de favoriser l'installation des jeunes MG en zone sous dense. Mais l'installation est très anxiogène et « engageante », avec des internes peu informés par la réalité de cette étape (72).

Le premier frein à l'installation est le manque d'informations auprès des bénéficiaires (17)(18)(16). Ainsi, peu de médecins bénéficient des mesures incitatives par méconnaissance, par manque de lisibilité des mesures, ou par appréhension des contraintes potentielles en retour (104) : 80% des internes angevins en 2012 ignoraient les démarches à effectuer au début de l'activité libérale et les aides à l'installation (107). Rassy (66) rappelle l'importance d'une formation des futurs praticiens au minimum de connaissances sur l'installation.

Au cours du recueil de données de notre étude, les difficultés d'obtention d'une information fiable sur les mesures mises en œuvre au niveau territorial étaient particulièrement marquées. Les institutions s'appuyaient souvent sur les ARS et le référent PAPS de la région pour nous informer et nous aiguiller. Ces derniers nous informaient très bien sur les mesures nationales, alors que l'information sur les aides territoriales n'était pas toujours complète, et nous adressaient régulièrement vers les institutions locales. Ainsi l'information du bénéficiaire devenait parfois compliquée et floue. Ces informations sont beaucoup plus lisibles quand les territoires ont mis en place de vrais plans de communication, par des sites internet dédiés par exemple. Pour pallier à ce problème le plan d'action 2018 prévoit la création d'un guichet unique dans chaque région regroupant les acteurs principaux et l'ensemble des aides disponibles en fonction des territoires (60).

## 10. Forces et limites de l'étude

La force de notre étude est le recueil national des données à l'échelle régionale et départementale, avec un taux de réponse de 56% sur un effectif initial de 313 institutions.

La limite principale de notre étude est le biais de déclaration, notamment pour les données départementales et régionales, qui reposaient sur la retranscription de données orales de l'interlocuteur. De nombreuses institutions n'avaient pas de personnel dédié à cette mission, l'intégralité des actions proposées par les collectivités n'a donc pas été recueillie avec certitude. Pour augmenter la fiabilité de cette étude, il faudrait rencontrer directement les interlocuteurs concernés, consulter les textes votés en assemblée, et inclure les actions proposées par les communes qui proposent de nombreuses initiatives.

De plus, nous avons un manque de données par défaut d'information de plusieurs institutions : les CDOM n'ont pu fournir d'information par manque de temps pour traiter nos questions, et les associations n'ont pas toutes été contactées par téléphone mais par mail et par consultation de leur site internet. Cependant, les données concernant les actions nationales sont fiables car répertoriées sur les textes de lois par « [legifrance.org](http://legifrance.org) », et bien relayées par les PAPS.

Enfin, devant la gravité du phénomène de désertification médicale, les données de notre étude sont limitées par la perpétuelle évolution des actions proposées par les institutions, avec de nouvelles décisions politiques prises régulièrement.

## V. CONCLUSION

Notre étude descriptive montre que les actions territoriales complètent ou concurrencent les mesures nationales, avec parfois un manque de cohérence, mais surtout l'information transmise est souvent incomplète ou inexistante.

Afin de compléter le recueil des données, l'étude des actions à l'échelle communale permettrait d'avoir un regard global et complet de la situation au sein de chaque territoire. Des moyens logistiques plus importants permettraient la réalisation d'une base de données solide, en complétant l'étude par la date de création des actions et le nombre de bénéficiaires.

Par ailleurs, l'efficacité de chaque action doit être évaluée, en prenant en compte leur impact sur l'installation à long terme et leur coût réel, tout en sachant qu'il n'existe pas de solution unique au problème de répartition des médecins sur les territoires, et qu'un ensemble d'actions doit être évalué de façon concomitante.

Une évaluation des différents moyens de communication et de leurs contenus, permettrait d'harmoniser les informations et de les diffuser de manière efficace. Ces informations pourraient être intégrées à la formation des étudiants, grâce à un séminaire ou par l'intermédiaire du référent unique de l'étudiant prévu par la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle. L'accompagnement par ce dernier doit avoir pour mission de conseiller et de soutenir l'étudiant pour la constitution de ses projets professionnels.

Sur la base de la carte interactive « cartosante », il serait intéressant d'y intégrer les aides proposées sur chaque territoire. Ceci ne serait faisable qu'avec la collaboration des PAPS et des prochains guichets uniques, référençant et actualisant avec certitude toutes les actions. Ce qui permettrait également de diffuser une information accessible, claire et simple, d'évaluer nationalement la pertinence de chaque action et d'inciter les jeunes à venir exercer sur des territoires méconnus mais potentiellement intéressants pour eux.

# ANNEXE 1 : Base de données des actions territoriales

<b>F O R M A T I O N</b>	
	<p>Stages d'été fin 2<sup>ème</sup> année pour les signataires du contrat d'engagement, CD de la Sarthe (72) Stage de 3 jours chez médecin généraliste, 2<sup>ème</sup> année à la Fac Politiens, Fac de l'île de France</p> <p>Externes et internes : - 400 euros par mois CD des Landes (40) (MG et PMI) - 500 euros par mois CD de la Nièvre (58)</p> <p>Externes : - 250 euros par mois CD de la Sarthe (72)</p> <p>Internes : - 70 euros par mois CD de l'Aveyron (12) - 150 euros par mois, 1<sup>er</sup> stage MG en ville CD de la Sarthe (72), CD de la Vendée (85) - 200 euros par mois CD de la Meuse (55), - 300 euros par mois, CD Loir et Cher (41), CD de la Manche (50), 1<sup>er</sup> stage MG en campagne ou 2<sup>ème</sup> stage en ville CD de la Sarthe (72), CD de Saône et Loire (71) - 400 euros par mois CR Rhône Alpes, CD de l'Allier (03) (MG ou PMI), 2<sup>ème</sup> stage MG en campagne CD de la Sarthe (72), CD de l'Ardèche (07), CD de Haute Savoie (74), CD de la Lozère (48), - 400 à 600 euros par mois CD de l'Ain (01) - 500 euros par mois CD du Gers (82) - 600 euros par mois CD de l'Yonne (89), CD de l'Aude (11), partenariat Alpes de Haute Provence (CPAM 04, ARS PACA, CDOM 04, CD des Alpes de Haute Provence (04), Fac) (MG ou PMI, zone fragile) ; 300 euros par mois si autre zone du 04 - 800 à 3000 euros par stage, selon distance entre faculté et lieu de stage, ARS Grand Est - 3 billets avion pour le continent par semestre, ARS Corse - Remboursement des frais kilométriques équivalents à 2 trajets aller-retour par mois entre logement habitation et lieux de stage, CD de la Haute Marne (52) - Montant non connu : CD de l'Isère (38), CD de Seine et Marne (77), CD du Loiret (45), CD des Hautes Alpes (05)</p>
<b>Stage découverte</b>	<p>Logement à prix réduit : - pour les externes et internes, AMGR (42), CD du Lot et Garonne (47), CD des Landes (40), CD de l'Aube (10) - pour les internes, CD de l'Indre (36) - incitation des collectivités à proposer des logements à bas prix, CD du Lot (46)</p> <p>Logements gratuits : - pour les externes et internes en stage au CH de Troyes ou en libéral, CD de la Meuse (55) - pour les externes et internes en stage libéral, CD de la Haute Marne (52), Eure et Loire (Plan 28), CD du Cher (18), CD de l'Orne (61), Cd de la Sarthe (72)</p>
<b>Stages</b>	<p>Prime de fidélisation Majoration des bourses de déplacement lors du 2<sup>ème</sup> stage sur le territoire, CD de la Sarthe (72) Bourses si l'interne fait 2 stages sur le territoire: 1000 euros pour 1<sup>er</sup> stage, 2000 euros pour le 2<sup>ème</sup>, CD des hautes Alpes (05)</p> <p>Développement des terrains de stage Stages dans les hôpitaux périphériques, ARS Centre Val de Loire, CD de l'Orne (61) Stages PMI, CD de l'Eure et Loire (Plan santé 28), CD du Cher (18), CD de la Vendée (85), CD du Maine et Loire (49), CD de la Mayenne (53), CD du Loiret (45), CD du Loir et Cher (41), CD de la Sarthe (72), CD du Morbihan (56), Territoire de Belfort (90), CD de l'île et Vilaine (35), CD du Nord (59), CD de Seine et Marne (77), CD du Gard (30), CD de l'Hérault (34)</p>
	<p>Limiter déplacement pour les séminaires Mise à disposition de locaux pour les séminaires obligatoires, proche du lieu de stage, CD de la Lozère (48), CD de Seine et Marne (77), CD du Cantal (15), CD d'Eure et Loire (28), CD du Gers (32)</p> <p>Délocalisation du lieu de formation initiale Délocalisation PACES dans ville de Nevers (au lieu de tout laisser à Dijon, pour favoriser les stages et faciliter les installations dans ce bassin de vie, Retus de l'université, (ARS Bourgogne Franche Comté, ARS Bourgogne Franche Comté, CD de la Nièvre (58)</p> <p>Bourses sur critères sociaux et de mérite Bourse de 500 euros par mois sous condition de ressources aux externes, CD de la Saône et Loire (71) Financement de l'année préparatoire aux études de santé, CD de Seine Saint-Denis (93) Bourse de maximum 6000 euros aux lycéens inscrits en PACES, sur critères sociaux et de mérite, CD de la Sarthe (72)</p> <p>Bourse étudiante mensuelle d'engagement à s'installer en zone définie à la fin de l'internat Engagement d'exercice pendant 3 ans, 24 000 euros sur 2 ans, CR Ile de France Engagement d'exercice pendant 4 ans, 24 000 euros sur 2 ans, CD de Seine Saint-Denis (93) ; 42 000 euros sur 3 ans, CD de la Charente Maritime (17) Engagement d'exercice pendant 5 ans ; 26 000 euros sur 3 ans, CD de la Sarthe (72), CD de la Lozère (48), CD de la Meuse (55) ; 36 000 euros sur 3 ans, CD de la Saône et Loire (71), CD de l'Indre (36), CD du Cher (18), CD de Seine et Marne (77) ; 39 000 euros sur 3 ans, CD de l'Allier (03) Engagement d'exercice pendant 6 ans, 38 400 euros sur 3 ans, CD de l'Allier (03) Engagement d'exercice pendant 7 ans, 38 400 euros maximum sur 5 ans, CD de la Vienne (86) Engagement d'exercice pendant 10 ans, 30 000 euros sur 3 ans, CD de l'Ardèche (07) Engagement de la durée de perception de la bourse de 500 euros par mois dès la 2<sup>ème</sup> année, CD de la Nièvre (58) Actions de promotion des MSU : CD de l'Aveyron (12), CD des Landes (40), CD du Lot (46), CD du Lot et Garonne (47), CD de Seine et Marne (77), CD de l'Yonne (89), CD de l'Isère (38), CD de l'Eure et Loire (28), CD du Loiret (45), CD de la Mayenne (53), CD de la Sarthe (72), les associations locales : SFP IMG, ARAVIS, AMGR, SIMGO ; CDOM de l'Aveyron (12) Communication sur la facilité de trouver des remplaçants quand on a reçu le stagiaire (CDOM du Rhône (69)), avec appui sur les résultats d'une étude locale (CD de l'Ain (01))</p>
<b>Orienter les lycéens</b>	
<b>Engager l'étudiant à s'installer</b>	
<b>MSU</b>	<p>Sensibilisation à la formation de MSU par des campagnes d'information - Médecin « facilitateur », va démarcher les médecins généralistes sur le terrain, ARS et CR Pays de la Loire Compensation financière du temps de formation des MG, CD de l'Isère (38), ARS et CR Auvergne Rhône Alpes Décentralisation de la formation au plus près du lieu d'exercice des MG, CD du Cher (18), CD du Loiret (45) Communication sur la facilité de trouver des remplaçants quand on a reçu le stagiaire (CDOM du Rhône (69)), avec appui sur les résultats d'une étude locale (CD de l'Ain (01))</p>

<b>REEMPLACANT</b>	<i>Aide logement</i>	Aide financière de 20% du total du loyer, pour remplacer sur certaines zones, CD des Landes (40)
	<i>Bourse engagement</i>	4200 euros par semestre si équivalent de mi-temps en remplacement en cabinet de groupe, CD de la Manche (50) 150 euros par remplacement, si s'engage à faire 8 remplacements sur 2 ans, CD de la Lozère (48)
<b>MEDECIN A DIPLOME ETRANGER</b>	<i>Cours de langue française</i>	Aide aux cours de français médical pour favoriser l'intégration des médecins généralistes ayant fait leurs études à l'étranger, CD de Saône et Loire (71)
	<i>Cabinet de recrutement</i>	Aide financière aux collectivités pour financement d'un cabinet de recrutement, CD de Saône et Loire (71), CD de l'Orne (61)
<b>C O O R D O N N E T R A V A I L</b>	<i>Structure coordonnée (MSP, CS)</i>	Aide financière à la construction de MSP, CD de l'Ain (01), CD de l'Aisne (02), CD de l'Allier (03), CD de l'Ardeche (07), CD des Ardennes (08), CD de l'Ariège (09), CD de l'Aude (11), CD de l'Aveyron (12), CD du Cher (18), CD de la Corrèze (19), CD de la Côte d'Or (21), CD de la Dordogne (24), CD de l'Eure (27), CD du Gard (30), CD du Gers (32), CD de la Gironde (33), CD de l'Hérault (34), CD de l'Indre (36), CD des Landes (40), CD du Lot (46), CD du Lot et Garonne (47), CD de la Manche (50), CD de la Meuse (55), CD de la Nièvre (58), CD du Nord (59), CD de l'Oise (60), CD de l'Orne (61), CD du Tarn et Garonne (62), CD des hautes Pyrénées (65), CD du Rhône (69), CD de Saône et Loire (71), CD de la Sarthe (72), CD de la Haute Savoie (74), CD de la Seine et Marne (77), CD de la Vendée (85), CD de la Vienne (86), CD de l'Yonne (89), CD de l'Essonne (91), CR Grand Est, CR Auvergne, CR Bretagne, CR Pays de la Loire, CR Ile de France, CR Occitanie, CR PACA.
	<i>Télé médecine</i>	Aides administratives pour constituer le projet de santé, CDOM de la Haute Vienne (87), CD du Lot et Garonne (47), CD de la Sarthe (72), CD du Rhône (69), CD de Seine et Marne (77) Financement d'une étude de faisabilité, CD de l'Ain (01), CD de l'Allier (03), CD de l'Ardeche (07), CR Ile de France, CR Normandie, CR PACA
<b>CABINET PRIVE</b>	<i>Développement et financement</i>	Financement de la télé médecine, CD des hautes Pyrénées (65), CD de Saône et Loire (71), CR Bretagne, CR Grand Est, CR Pays de la Loire
	<i>Rénovation, construction</i>	Aides financières à la construction ou rénovation de locaux médicaux privés ou communaux, CD du Cher (18), CD de Saône et Loire (71), CD de la Sarthe (72), CD du Loiret (45), CD de la Seine et Marne (77), CR Ile de France
<b>I N S T A L L A T I O N</b>	<i>Prêt taux 0%</i>	Prêt à taux 0% de 15 000 euros maximum pour une 1ère installation, Plan santé 28 Eure et Loire, CD de l'Aisne (02), CD de l'Oise (60)
	<i>Prime installation</i>	Financement général : - 7 500 euros versés à l'installation, contre un engagement d'exercer 5 ans, CD de la Sarthe (72) - 12 000 euros versés à l'installation, contre un engagement d'exercer 5 ans, CD de l'Yonne (89), CR de Rhône Alpes - 15 000 euros versés sur 3 ans, CD du Loiret (45) - Aide financière à l'aménagement du cabinet, contre un engagement d'exercice de 3 ans, CD des Alpes Maritimes (06)  Pour financer matériel du cabinet: - 50% dépenses, avec plafond à 5000 euros, contre un engagement d'exercer 3 ans, CD de la Saône et Loire (71) - 10 000 euros, CD de l'Isère (38), CD de la Haute Savoie (74) - 15 000 euros, Ville de Paris, dispositif Paris Med' - Montant non connu : CD de l'Ille et Vilaine (35), CD des Alpes maritimes (06), CD de Seine et Marne (77), CD de l'Isère (38)
	<i>Locaux loyer réduit</i>	Aide à l'obtention d'un local adapté à loyer modéré, engagement d'exercer en groupe de secteur 1 et en quartier d'intervention prioritaire, Paris Med'
	<i>Limiter les visites à domicile</i>	Transports publics à disposition des patients âgés en milieu rural, CD de la Drome (26), CD du Puy de Dôme (63)
	<i>Soutien confraternel</i>	Contrats adjoint, CDOM de Charente Maritime (17), CDOM de l'Eure et Loire (28)
<b>Gestion du temps de travail</b>	<i>Accompagnement personnalisé</i>	- Accompagnement personnalisé professionnel et ou privé dans l'installation : CD de l'Ain (01) CD de l'Allier (03), Plan santé 28 de l'Eure et Loire, CD de l'Aveyron (12), CD de la Saône et Loire (71), CD de la Sarthe (72), CD de la Mayenne (53), CD de Seine et Marne (77), CD de Seine saint Denis (93), CD du Bas Rhin (67), CD de la Nièvre (58), CD de la Lozère (48), CD de la Drôme (26), CD du Lot et Cher (41), CD du Gers (32), CD du Lot (46), Association locale SIM 71. - Guichet unique de l'installation sur un site internet, CR de la Normandie, Aide pour trouver emploi du conjoint, appui d'aide installation famille (école, logement), CD de la Manche (50), CD de l'Orne (61), URPS Bourgogne, URPS Ile de France Information des jeunes médecins lors entretien individuel au moment inscription au CDOM de Charente Maritime (17), CDOM du Rhône (69), accompagnement CDOM de la Haute Vienne (87)
<b>Assistance</b>	<i>Collaboration des interlocuteurs</i>	Plan santé 28 : collaboration fac, CDOM, associations, CH, praticiens, MSU, ARS, CPAM, MSA, collectivités, CD28 Synergie d'action entre les partenaires (CD 32, CDOM 32, médecins locaux, ARS, CPAM, élus des collectivités et intercommunalités gersoises), Réunions 2 fois par mois. Favorisation du lien entre élus (CD 32, 12) et le territoire et les internes (rencontres, médiatisation... Importance des actions coordonnées entre les élus, collectivités et professionnels de santé ++ (CD12)

# C O M M U N I C A T I O N

<p><b>Site internet</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Site des institutions territoriales ou associatives</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils et dépliant pratiques à télécharger :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide de l'installation, ARS Bretagne, ARS Centre Val de Loire, CD du Loir et Cher (41), ARS Auvergne-Rhône-Alpes</li> <li>- Guide des aides à l'installation, ARS Centre Val de Loire, ARS Bretagne, CD du Loir et Cher (41), ARS Auvergne-Rhône-Alpes</li> <li>- Livret d'accueil des internes, CD du Lot (46)</li> </ul> </li> <li>- Annonces professionnelles sur le site internet des associations locales : AJMGB* ; RAOUL* ; AIMEG* ; SARRA* ; CRP* ; SIMGA* ; Facebook AIMGER* ; CD du Loir et Cher (41) ; associations locales : GRACE IMG* ; AIMGL* ; AIMG* ; URPS Ile de France, SRP IMG* ; AIMG WP* ; SIMGO* ; IMGA* ;</li> <li>- Promotion du territoire sur le site internet des associations locales : AJMGB* ; ARAVIS* ; AMGR* ; GRACE IMG* ; CD de l'Aveyron (12) ; Vidéo humoristique pour présenter l'internet de MG et la région (CRP IMG*)</li> <li>- Information sur les aides à l'installation nationale sur le site internet des associations locales : RAOUL* ; AIMEG* ; SARRA* ; CDOM 87 ; CDOM 17 ; liens PAPS (AIMGER*), GRACE IMG* ; SAPIR* ; SRP IMG* ; IMGA* ;</li> <li>- Informations sur les aides locales sur le site internet des associations locales : AMGR* ; SIMGA* ; SIMBAN*</li> <li>- Page détaillée et dédiée à l'installation, sur le site internet du CD de l'Aveyron (12), avec le soutien du CDDM 12 et des maires ; site du CD de l'Eure et Loire (plan santé 28)</li> <li>- Tableau récapitulatif de toutes les aides proposées dans la région par les différents interlocuteurs sur le site internet de l'association locale SIMBAN* ;</li> <li>- Témoignages de médecins installés sur le site internet des associations locales : AMGR* ;</li> <li>- Observatoire régionale de santé : fonctionnalité permettant de réaliser des portraits de territoires (SIRSéPACA= système d'information régionale en santé)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Installeunmedecin.com », CD de la Saône et Loire (71) ; « rejoignezallier.fr », CD de l'Allier (03) ; « soignerimedefrance.org » CD de Seine Saint Denis (93) et URPS Ile de France ; « medecinsmarthe.cg72.fr », CD de la Sarthe (72) ; « installoidoc.fr », CR Centre Val de Loire</li> <li>- Sites de remplacements : « remplacose.fr », CD de Corse (2A, 2B) ; « remplacentre.fr », CD du Loir et Cher (41)</li> </ul> </li> <li>- Forum annuel de l'installation pour l'exercice de la médecine générale, différents ateliers pratiques avec interventions de la CPAM ou de collectivités, témoignages de professionnels, cours sur les modalités administratives, sur les modes d'exercice, sur la gestion du cabinet médical ; URPS, ARS, SYREL-IMG*, SARHA* ; CRP IMG* ; AIMGL*</li> <li>- Forum de la désinstallation, pour préparer l'arrêt de l'activité libérale, CD et CDOM de la Meuse (55)</li> <li>- Journée découverte « exercer en Ile de France » à Bobigny (93) ; ARS Ile de France, URPS Ile de France, CD de Seine et Marne (77), CD de Seine Saint Denis (93), CD du Val-d'Oise (95), Université de la Sorbonne ;</li> <li>- Séminaire obligatoire du DES des internes de médecine générale, sur les modalités d'installation, de remplacement, ou de gestion d'un cabinet, DMG de Dijon, DMG de St Etienne, DMG de Limoges, DMG et ARS du Centre Val de Loire, DMG et le plan santé 28, DMG et ARS de Bretagne, DMG de Paris ;</li> <li>- Réunions d'information : Fiscalité, comptabilité, modalités d'exercice ou de remplacement, aides à l'installation. Associations locales : AJMGB* ; SYREL-IMG* ; AIMG* ; SIREHN-IMG* ; SCCAHP* ; SHHP* ; SRP IMG* ; AJMGB* ; AIMGL* ; CD et CDOM de Seine St Denis (93), ARS Grand Est (avec facultés, CDOM, associations internes et remplaçants), CDOM du Rhône (69), CD de la Corrèze (19), ARS Centre Val de Loire ; Après midi du remplacement : IMGA* ; CD, CPAM et CDOM de la Sarthe (72), ARS et DMG Pays de la Loire, Ville du Mans (72) ;</li> <li>- Témoignage de jeunes médecins, de médecins installés, ou de paramédicaux, CD de l'Ain (01), SYREL-IMG* ;</li> <li>- Subvention des associations représentant les étudiants et internes pour le financement des événements de sensibilisation et d'information : ARS ;</li> <li>- Etat des lieux de la ruralité : CD de la vienne (86), ARS Nouvelle aquitaine ;</li> <li>- Informations données aux étudiants à la sortie de la fac, CD de Lozère (48), CD de l'Orne (61), CD de Saône et Loire (71) ;</li> <li>- Présence aux congrès d'internes, CD de Saône et Loire 71, CD de Lozère (48), Ville de Paris ;</li> <li>- Flyers pour la promotion de aides financières et de logements stagés dans département de l'Aube, CD de l'Aube (10) ;</li> </ul> <p>« Généraliste dating » : ARS Bretagne, AIMGER* ; Les médecins viennent présenter leur cabinet, maison de santé, village, région, sous forme d'un petit film aux étudiants, puis échanges rapides entre les professionnels de santé et des futurs médecins</p> <p>Nuit de l'installation » : ARS Pays de la Loire, 2 soirées par an.</p> <p>Colloque Médecine Libérale « Sogner aujourd'hui...Demain » (URML-bn*) : Tous les étudiants en Médecine, externes, internes, remplaçants, médecins installés, médecins retraités ; toutes spécialités confondues. C'est la seule rencontre annuelle régionale et intergénéraliste : Remplacements, Installation, Diversification d'activité, Retraite,....)</p> <p>Faire rencontrer les médecins installés avec les internes et remplaçants 2 fois par an, et les intégrer aux FMC et formations locales, CD du Lot et Garonne (47) ;</p> <p>rencontre MSU et étudiants, CDOM, ARS Grand Est, associations, syndicats, RAOUL* ;</p> <p>soirée accueil pour information des étudiants en stage CH et cabinets, avec MSU, CDOM et CD de l'Ariège (09), ARS Occitanie, Plan santé 28 (Eure et Loire).</p> <p>apertif d'initiation, rencontre internes et médecins de la région, Pays de rougère, ARS Bretagne.</p>
<p><b>Evènements</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Stand à la fac, au choix de stage ou congrès</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Rencontre entre étudiants et professionnels</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Weekend sportif ou culturel</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Information des lycéens</i></p>	<p><b>Site dédié à l'installation sur un territoire</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Forum annuel de l'installation</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Séminaires obligatoires</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Intervention ponctuelle en cours ou soirée</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Weekend sportif et culturel</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Promotion du métier de médecin généraliste auprès des lycéens et des externes, CD de l'Yonne (89)</i></p>

CD : conseil départemental ; ARS : agence régionale de santé ; URPS : union régionale des professionnels de santé ; CDOM : conseil départemental de l'ordre des médecins ; DMG : département universitaire de médecine générale ; CPAM : caisse primaire d'assurance maladie ; MSU : maître de stage universitaire.

(\*) : AIMEG : association des internes de médecine générale de Reims Champagne-Ardenne ; AJMGB : association de jeunes médecins généralistes de Bourgogne ; AMGR : association de la médecine générale du Roannais ; ARAVIS : association représentative des internes de médecine générale des Alpes, Vallée de l'Isère et Savoie ; CRP : comité de la région Poitou-Charentes des internes de médecine générale ; GRACE : groupe représentatif autonome en région Centre des internes de médecine générale ; IMGA : syndicat des internes de médecine générale d'Angers ; RAOUL : rassemblement autonome unifié Lorrain des internes en médecine générale ; SAPIR : syndicat autonome Pichard représentant les internes de médecine générale ; SARHA : syndicat autonome représentatif des internes des hôpitaux d'Auvergne ; SARRA : syndicat autonome des résidents et internes de médecine générale de la région Alsace ; SCCAHP : syndicat des internes des hôpitaux de Paris ; SHP : syndicat des internes des hôpitaux de Paris ; SIMBAN : syndicat des internes de médecine générale Bas Normands ; SIMGA : syndicat des internes en médecine générale d'Aquitaine ; SIMGO : syndicat des internes de médecine générale de l'Ouest ; SIRHEN : syndicat indépendant régional Haut Normand des internes de médecine générale ; SRP : syndicat représentatif Parisien des internes de médecine générale ; SYREL : syndicat représentatif Lyonnais des internes de médecine générale ; URML-bn : union régionale des médecins libéraux de Normandie.

# ANNEXE 2 : Base de données des actions nationales

Thème	Action	Mesure	Définition annuelle par arrêté ministériel du nombre d'étudiants de 2 <sup>ème</sup> année de médecine, pour chaque faculté en fonction de la démographie médicale de la région. Concours national, classant les étudiants en médecine afin qu'ils choisissent leur DES et leur faculté de rattachement en fonction du nombre de places définies annuellement par arrêté ministériel.
F O R M A T I O N	<b>Stages</b>	Externe 3 mois	Stage ambulatoire de 3 mois chez plusieurs MSU, entre la 3 et 6 <sup>ème</sup> année de médecine.
		Interne 6 mois	Stage ambulatoire de 6 mois chez plusieurs MSU, entre la 7 et 9 <sup>ème</sup> année de médecine.
		SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée	Stage ambulatoire en autonomie supervisée de 6 mois chez plusieurs MSU, entre la 7 et 9 <sup>ème</sup> année de médecine. Accessible si le 1 <sup>er</sup> stage d'interne a été réalisé.
		4 <sup>ème</sup> année de DES supplémentaire	
R E M P L A C E M E N T	<b>Attirer les étudiants sur un territoire à s'installer à la fin de l'internat</b>	CESP : Indemnité de transport service public	Bourse mensuelle de 1200 euros, versée dès la 2ème année jusqu'à la fin de l'internat, contre un engagement de s'installer en zone prioritaire dès la fin de l'internat pendant une période égale et de 2 ans minimum.
		COSPOM : contrat d'engagement de service public	
		Honoraires pédagogiques	Indemnité mensuelle de 600 euros partagée entre les différents MSU d'une même maquette, pour compenser le temps de formation consacré aux étudiants.
		COSCOM : contrat de stabilisation et de coordination	Si installé en zone fragile, en libéral, travaillant en groupe, ou en ESP ou en CPTS : 5000 euros par an. + 300 euros par mois si accueilli d'étudiants. Non cumulable avec CAIM, COTRAM.
I N C I T E R	<b>Augmenter le nombre de MSU</b>	Développement FUMG	Amélioration de l'image de la médecine générale dès le début des études et multiplication du nombre de postes universitaires en médecine générale.
		Exonération fiscale 60 jours par an	Pour un exercice en tant que remplaçant assurant la permanence de soins ambulatoire en zone définie.
		PTMR : contrat praticien territorial médical de remplacement	Pour les internes et médecins thésés depuis moins de 3 ans, s'engageant à exercer en remplacement équivalent d'un temps plein (5000 actes par an), ou d'un temps partiel (2500 actes par an), en zone fragile. Indemnité forfaitaire annuelle, de 4600 euros (temps plein), 2300 euros (temps partiel), pour compenser les périodes de disponibilité entre 2 contrats de remplacement. + protection sociale du PTMG. Non cumulable au CESP, PTMG.
		COTRAM : contrat de transition pour les médecins	Majoration de 10% des honoraires d'un médecin de plus de 60 ans, s'engageant à accompagner un confrère de moins de 50 ans nouvellement installé ou installé depuis moins de 1 an, dans son cabinet en zone fragile. Durée de 3 ans. Limite de 20 000 euros par an. Non cumulable avec COSCOM, CAIM.
S U C C E S S I O N	<b>Accompagner la succession</b>	Constituer le projet de santé	C@trosanté est un outil de représentation cartographique interactif. Il permet d'étudier la situation d'un secteur géographique en matière de premier recours, en accédant à des données d'activité, de consommation et de démographie.
		ESP : équipe de soins primaires	ESP : équipe de professionnels de santé de 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>es</sup> recours de ville, dont au moins un MG et un professionnel paramédical, regroupés ou non sur un même site, souhaitant se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients.
		CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé	CPTS : communauté constituée d'équipes pluridisciplinaires, avec des compétences sanitaires et sociales. Elles sont créées par des initiatives des professionnels du territoire (CPTS, ESP), et accessible facilement par un numéro dédié référencé sur le site de l'ARS. Son but est d'orienter, d'informer, évaluer la situation ou assurer un suivi, en soutien des professionnels et notamment du médecin traitant dans des prises en charge complexes.
		PRT : projet régional télémédecine	Constitue l'un des programmes spécifiques composant le Projet Régional de Santé. Le PRT définit les orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires au service des axes retenus dans les schémas d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention.
T E L E M E D E C I N E	<b>Télémédecine</b>	Développement haut débit sur tout le territoire	
		Messagerie sécurisée	Permet d'échanger des informations entre professionnels en toute sécurité, gérée par ASIP Santé.
		Consultation 25 euros, création ROSP	Pédiatrique et du médecin traitant pour les enfants
		Modification ROSP	Augmentation du nombre d'indicateurs de pratique clinique, augmentation du nombre de points alloués.
R E V E N U S	<b>Revalorisation revenus garantis</b>	PTMG : contrat praticien territorial de médecine générale	Indemnité calculée sur la différence entre un chiffre d'affaire mensuel fixé à 6867 euros et le chiffre d'affaire réel. Maximum versé de 3072 euros. S'engage à exercer en zone définie, 38 actes par semaine minimum. Contrat d'une durée de 1 an renouvelable 1 fois.
		CAIM : contrat d'aide à l'installation des médecins	Indemnité forfaitaire de 50 000 euros si installation de 5 ans en zone prioritaire, avec exercice libéral conventionné, de minimum 5 demi-journées par semaine, en groupe CPTS ou ESP, et s'engage à participer à la permanence de soins ambulatoires. Non cumulable avec COSCOM, COTRAM
		Exonération CFE (cotisation foncière d'entreprise)	Exonération de 5 ans maximum, en cas d'installation en libéral avec création d'entreprise en ZRR ou commune de moins de 2000 habitants.
		Exonération d'impôts sur le revenu	Exonération d'impôts sur les revenus : totale pendant 5 ans, 75% la 6 <sup>ème</sup> année, 50% la 7 <sup>ème</sup> et 25% la 8 <sup>ème</sup> . En cas d'installation en ZRR ou ZFU.
C O N D I T I O N S O C I A L E	<b>Congés maternité, paternité et maladie</b>	PTMA : contrat praticien territorial de médecine ambulatoire	Protection sociale : 3105 euros brut par mois durant le congé maternité. 1138 euros brut pour les 11 jours de congés paternité. 1552.5 euros par mois pour un arrêt d'activité. Contrat d'une durée de 3 ans.
		PTMG : contrat praticien territorial de médecine générale	Protection sociale : indemnité forfaitaire de 1536 euros par mois, à partir du 7 <sup>ème</sup> jour d'arrêt maladie pendant 3 mois ; de 3072 euros par mois pendant le congé maternité. Contrat d'une durée de 1 an renouvelable 1 fois.
		ASALEE	Complément de prise en charge des patients chroniques par une infirmière à la demande du médecin
		CSTM : contrat de solidarité territoriale médecin	Majoration de 10% des honoraires pour l'activité libérale à temps partiel de 10 jours minimum par an, en soutien d'un confrère en zone fragile, de maximum 20 000 euros par an. Et prise en charge des frais de déplacement pour aller exercer en zone fragile. Le médecin ne doit pas exercer en zone fragile durant son activité principale, contrat de 3 ans, non cumulable avec CAIM, COTRAM, COSCOM.
C O N D I T I O N D E T R A V A I L	<b>Soutien confraternel</b>	Adjoint	Contrat permettant aux étudiants en médecine titulaire d'une licence de remplacement de travailler au sein d'un cabinet médical en même temps que le médecin installé
		COSCOM : contrat de stabilisation et de coordination	Si installé en zone fragile, en libéral, travaillant en groupe, ou en ESP ou en CPTS : 5000 euros par an. + 1250 euros par an si engagement d'une part d'activité au sein d'un hôpital de proximité. Non cumulable avec CAIM, COTRAM.
		MCS : médecin correspondant SAMU	Médecin généraliste initiant les prises en charge urgentes, sur demande du SAMU, en attente de l'équipe SMUR.
		Recherche	Statut universitaire des structures coordonnées permet de mener des travaux de recherche.
C O M M U N I C A T I O N	<b>COMMUNICATION</b>	PAPS : portail d'accompagnement des professionnels de santé	Plateforme en ligne, permettant d'informer les étudiants et les médecins, sur le cursus, les aides, l'installation, la prise en charge coordonnée. Plateformes régionales, gérées par les ARS.

## TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Répartition des institutions proposant une action favorisant l'installation des médecins généralistes.....	14
Figure 2 : Les actions concernant les stages des étudiants.....	17
Figure 3 : Les actions concernant les MSU et la FUMG.....	18
Figure 4 : Les actions concernant les remplaçants, les retraités et les médecins à diplôme étranger.....	19
Figure 5 : Actions favorisant la prise en charge coordonnée des patients.....	21
Figure 6 : Actions favorisant la rémunération et les incitations financières à l'installation.....	22
Figure 7 : Conditions d'exercice en milieu rural.....	24
Tableau 1 : Actions d'informations, proposées par les institutions départementales, régionales et locales.....	26

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Code de la santé publique-art L1110-1.
2. Tavernier J-L, Nauze-Fichet E, Champion J-B, Collin C, Lesdos-Cauhape C, Quenechedu V, et al. Bilan démographique 2016, Insee Première 2017;1630.
3. Rotman G, Bellin L, Morin A-C, Perrel C, Pfister C. Projection de population à l'horizon 2060. Insee Première 2010;1320.
4. Eco-sante, données statistiques, IRDES, DRESS, CNAMTS. [consulté le 01 mars 2017, disponible sur le site : <http://ecosante.fr/>].
5. Comment se compare la France. Panorama de la sante 2017. Indicateur de l'OCDE. OCDE 2017.
6. Le Breton-Lerouvillois G, Rault J-F, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Conseil national de l'ordre des médecins 2017.
7. Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A, Coldefy M. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients. Des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. Question d'économie de la santé 2016;219.
8. Observatoire de l'accès aux soins. IFOP 2017.
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
10. Code de la santé publique-art L1434-14.
11. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales.
12. LOI n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.
13. Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.
14. Bourgueil Y, Mousques J, Marek A, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins, les mesures adoptées en France. Question d'économie de la santé. 2007;122.
15. Gicquel P, Canevet J-P. Déterminants de l'installation en zone rurale enquête auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Nantes; 2010.
16. Fradet-ProtGoodfellow E, Denis-Rudelle K. Les aides à l'installation des médecins généralistes en zone fragile en Limousin: étude auprès de la population bénéficiaire en 2016 [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Limoges; 2016.
17. Brabant B, Budowski M. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Paris 7: Université Paris Diderot; 2013.

18. Decorde A, Cressens X. Déterminants à l'installation en médecine générale: analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2011.
19. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans 5 pays européens. Observatoire national de la démographie des professions de santé 2015;1.
20. Zonage médecin, Territoire de vie santé, DGOS, Ministère des Solidarités et de la Santé. [consulté le 6 janvier 2018, disponible sur le site: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>].
21. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
22. Arrêté du 16 mars 2017 constatant le classement de communes en zone de revitalisation rurale.
23. Loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire-art 42.
24. Code de l'éducation-art L631-1 à L632-13.
25. Arrêté du 30 avril 2004 fixant le nombre de postes offerts.
26. Arrêté du 6 juillet 2017 fixant au titre de l'année universitaire 2017-2018 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes.
27. Code de la santé publique, partie réglementaire, sixième partie, livre Ier, Titre V, Chapitre III section 2 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine.
28. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation.
29. Arrêté du 11 mars 2014 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie accomplissant un stage en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement pris en application du décret n° 2014-319 du 11 mars 2014 - Article 1.
30. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
31. Avis relatif à l'avenant n° 1 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016.
32. Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016.
33. Avis relatif à l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016.
34. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

35. Taha A, Boulet P, Beis J-N, Yana J, Ferrat E, Calafiore M, et al. État des lieux de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015 : la construction interne de la FUMG. *Exercer* 2015;122:267-82.
36. Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale.
37. Laporte C, et col. Activité des chefs de clinique en médecine générale. Etude descriptive à 10 ans de la création du DES de médecine générale. *exercer*. 2015;122:283-94.
38. Code général des impôts-art 151 ter.
39. Décret n° 2017-703 du 2 mai 2017 relatif aux contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire et de praticien territorial médical de remplacement-art 3.
40. Code de la santé publique-art L1411-11-1.
41. Code de la santé publique-art L6323-3.
42. Code de la santé publique-art L6323-1.
43. Cartosanté, outil numérique. Union régionale des caisses d'assurance maladie. [consulté le 15 mars 2017, disponible sur le site: <http://carto.ars.sante.fr/cartosante/>].
44. Code de la santé publique-art L6316-1.
45. CIRCULAIRE N° DGOS-PF3-2011-451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique.
46. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.
47. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 - Article 36. 2013-1203 déc 23, 2013.
48. Arrêté du 29 avril 2013 relatif à l'approbation du cahier des charges de l'appel à projets « France très haut débit - Réseaux d'initiative publique ».
49. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes-art 12.4.
50. Code de la sécurité sociale-article L162-5-3.
51. Code général des impôts-art 1465 A.
52. Code général des impôts-art 1464 D.
53. Bourgueil Y, Le-Fur P, Mousquès J, Yilmas E. La coopération médecins généralistes infirmières. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Question d'économie de la santé* 2008;136.
54. Code de la santé publique-art L4131-2.
55. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé.

56. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
57. Maurey H, rapporteur. Déserts médicaux, agir vraiment. Rapport Sénat, République Française. Groupe de travail présence médicale sur l'ensemble du territoire. 2013.
58. La grande consultation. Sondage ELABE. Conseil National de l'Ordre des Médecins 2015.
59. Les médecins libéraux démographie, revenus et parcours de soins. Chapitre VIII. Cour des Comptes 2007.
60. Renforcer l'accès territorial aux soins. Synthèse du 1er comité de pilotage national, séance du 6 février 2018. Ministère des solidarités et de la santé. 2018.
61. Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Rennes; 2015.
62. Accès aux soins en finir avec la fracture territoriale. Rapport pour l'Institut Montaigne 2013.
63. Construire l'avenir à partir des territoires, la réforme voulue par les médecins. Conseil national de l'ordre des médecins 2017.
64. Lafon P, Douriez G. Influence géographique des stages ambulatoires réalisés en Poitou-Charentes lors du 3e cycle sur le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes: enquête auprès de 80 généralistes de premier recours issus de la faculté de Poitiers entre 2003 et 2007. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Poitiers; 2013.
65. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation. OMS 2010.
66. Rasse C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France. Une revue systématique de la littérature. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Poitiers; 2016.
67. Veauvy C, Ruiz C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Tours; 2014.
68. ParassouramaAccamma J. Facteurs influençant l'installation des jeunes médecins généralistes dans le Languedoc-Roussillon: une étude qualitative. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Montpellier; 2016.
69. Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Lyon; 2014.
70. Breuil-Genier P, Sicart D. L'origine sociale des professionnels de santé. DRESS. Etudes et Résultats 2006;496.
71. Bertereau V, Rhodes M. Faut-il passer par une prépa ou le tutorat pour réussir la paces. L'Etudiant, publié le 11.12.2017. [Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/medecine-faut-il-passer-par-une-prepa-ou-le-tutorat-pour-reussir-la-paces.html>].

72. Le rôle et la place du médecin généraliste. Académie de médecine et Sénat. Enquête BVA 2008.
73. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes: étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Grenoble; 2013.
74. Coliche T, Noel G, Lefebvre J-M. Quels sont les déterminants à la 1ère installation en médecine générale? Etude qualitative de médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Lille; 2013.
75. Thouraud-de-Lavignère M. Les freins à l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu semi-rural et rural: enquête, en Aquitaine, auprès des médecins généralistes récemment installés en milieu semi-rural ou rural, et des internes en médecine générale en fin de 3ème cycle. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Bordeaux; 2012.
76. Elissee A, Zorzi F. Déterminants de l'installation puis de l'exercice de la médecine générale en milieu rural: Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 médecins généralistes exerçant en Ardèche. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Lyon; 2015.
77. Galvani A. Influence du stage chez le praticien sur les déterminants de l'installation des internes en médecine générale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nice; 2011.
78. Coudreuse-Chichoux M. Influence du stage ambulatoire de niveau un sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Grenoble; 2012.
79. Prodhomme M. Le stage chez le praticien en DCEM 3 (MED 5), un facteur influençant dans le choix de carrière d'un médecin généraliste. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Lille; 2014.
80. Brizard N, Durand M. Brizard N. Déterminants à l'installation en cabinet de médecine de montagne chez les jeunes installés et les internes en médecine générale du secteur alpin. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Grenoble; 2016.
81. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Présidence de la république. France. Nov 2010.
82. Lambert V. L'installation: un passage à l'âge adulte. Etudes des représentations des internes de médecine générale sur l'engagement et la responsabilité du médecin généraliste installé. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Angers; 2014.
83. Bourré M-C. Influence des stages chez le praticien dans l'installation des jeunes médecins généralistes en zone rurale: exemple breton. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Rennes; 2013.
84. Vigneron N. Vigneron N. Etude de l'influence des relations professionnelles de l'interne en médecine générale dans sa décision d'installation en médecine libérale: enquête qualitative à partir de 12 entretiens semi-directifs. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Amiens; 2014.

85. Munck S. Etude des déterminants de l'appropriation d'un projet d'installation en ambulatoire chez les internes de médecine générale français. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nice; 2012.
86. Vigier (Rapporteur), Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire. Assemblée nationale n°4188, 18 janvier 2012.
87. Le post-internat - Constats et propositions, Rapport fait au nom de l'Inspection générale des affaires sociales n°2010-088P et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche n°2010-046. Juin 2010.
88. Guyard-Cognat C. Les médecins généralistes remplaçants dans le Rhône: activité, projet professionnel et freins à l'installation. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Lyon; 2013.
89. Hans S. Le problème de la démographie médicale dans l'Yonne: enquête auprès des médecins généralistes libéraux du département et suggestions pour encourager de nouvelles installations. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Dijon; 2012.
90. Lemoine P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives: enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008). [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Lille; 2014.
91. Bleau F. Facteurs ayant favorisé l'installation en zone rurale en Champagne Ardenne des médecins généralistes. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Reims; 2010.
92. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le-Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé 2010;157.
93. La coopération entre les professionnels de santé. Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 10 juillet 2014, à l'exception du MEDEF. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Juillet 2014.
94. Le-Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Question d'économie de la santé 2009;144.
95. Poppelier A. Exercice de la médecine générale, approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou Charentes. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Poitiers; 2010.
96. La féminisation de la médecine : faux problèmes et vraies questions. [vidéo consultée le 10 janvier 2018, disponible sur le site: [https://www.canal-u.tv/video/universite\\_de\\_bordeaux/la\\_feminisation\\_de\\_la\\_medecine\\_faux\\_problemes\\_et\\_vraies\\_questions.6439](https://www.canal-u.tv/video/universite_de_bordeaux/la_feminisation_de_la_medecine_faux_problemes_et_vraies_questions.6439)].
97. L'avenir de l'assurance maladie, assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs. Rapport public thématique fait au nom de la Cour des comptes. Novembre 2017.
98. Baranes D. Etude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Versailles, Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.

99. Carol G. Motivations des jeunes médecins à l'installation en milieu rural en région Pays de la Loire. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nantes; 2014.
100. Dubosq V. Motivations et freins à l'installation en médecine libérale des jeunes médecins généralistes dans le département de Seine-Saint-Denis. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Paris 13; 2013.
101. Ambroise T. La démographie médicale: prévoir et maîtriser son évolution. Académie de médecine 2009.
102. Garot (Rapporteur), Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale. Assemblée nationale, n°543, 10 janvier 2018.
103. Remplact3, enquête nationale, ReAGJIR, octobre 2016. [consultée le 27 mars 2018, disponible sur le site: <https://www.reagjir.fr/blog/2016/10/10/remplact-3-enquete-nationale-resultats-complets/>].
104. Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Angers; 2015.
105. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nantes; 2012.
106. Denis C. Le médecin généraliste à l'épreuve de l'installation, un drame annoncé ou un espoir attendu ? : exemple du département de l'Orne. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Caen; 2013.
107. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. Santé Publique 2014;26:64-74.

## RESUME

Malgré de multiples réformes gouvernementales et mesures locales, la démographie médicale est disparate et l'accès aux soins est inégal sur le territoire. Les nombreuses et diverses actions, sont souvent mal connues et ne bénéficient qu'à peu de médecins, par manque d'information et d'accompagnement des professionnels dans leur installation.

Nous avons réalisé une étude descriptive, de janvier à août 2017, auprès de 14 institutions nationales et 299 institutions régionales, départementales et locales. L'objectif de notre étude était de répertorier les différentes actions proposées par les effecteurs de santé pour faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes.

La découverte de la médecine générale et des territoires sous dotés était promue par le développement des stages en ambulatoires, en PMI et dans les hôpitaux périphériques. Les stages étaient favorisés par la mise en place d'aides matérielles ou financières, et par la formation de maîtres de stage universitaires.

Le travail coordonné entre les professionnels de santé était développé par les maisons de santé pluridisciplinaires, les centres de santé et les réseaux de soins coordonnés. Des institutions cofinançaient ces structures et leur équipement, ou accompagnaient les médecins pour constituer les dossiers administratifs. La télémédecine était également favorisée et développée, pour répondre aux besoins des patients et limiter l'isolement des territoires ruraux.

L'attrait de la médecine générale était favorisé par l'amélioration des conditions d'exercice, la diversification des missions du médecin généraliste et de ses modes de rémunération.

L'installation était facilitée par des incitations financières nationales ou territoriales, des exonérations fiscales, une rémunération minimum garantie, une meilleure protection sociale, et un accompagnement personnalisé.

La communication centralisée par les ARS était incomplète et floue sur de nombreux territoires. Les moyens utilisés par les institutions territoriales étaient principalement internet grâce à des sites dédiés à l'installation ou sur le site des institutions. Des événements d'information ou de rencontres entre professionnels ou institutions et étudiants étaient organisés sous forme de soirée, de weekend, de cours ou lors d'évènements spécifiques.

Notre étude montre qu'il existe une multitude d'actions variées et disparates à l'échelle nationale, régionale, départementale et locale. Une évaluation du coût et de l'efficacité de chaque mesure permettrait de cibler les actions efficaces pour limiter l'inégalité d'accès aux soins primaires sur le territoire, à moyen et long terme, tout en respectant la liberté d'exercice des médecins.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de  
Pharmacie

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

