

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

ANNEE 2016

Thèse n°

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

Présentée et soutenue publiquement  
Le 3 Novembre 2016 à Poitiers  
Par Madame Céline RASSU

**Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France :  
une revue systématique de la littérature**

**COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur Philippe Binder

**Membres** : Madame le Professeur Christine Silvain

Monsieur le Professeur Pierre Ingrand

Monsieur le Docteur Yann Brabant

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Yann Brabant





*Le Doyen,*

Année universitaire 2016 - 2017

## 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
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- 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 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- 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
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- 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
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- 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
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- 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

### **Professeur associé des disciplines médicales**

- ROULLET Bernard, radiothérapie

### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

### **Professeurs émérites**

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- 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
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- 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
- MARILLAUD Albert, physiologie
- 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)
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe Binder,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail et de votre engagement envers l'enseignement de la médecine générale. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Christine Silvain,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.  
Je tiens à vous remercier et je vous prie d'accepter toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pierre Ingrand,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Yann Brabant,

Yann, tu m'as fait l'honneur d'accepter ma présence dans tes projets de recherche.  
Ce fut un réel plaisir de travailler à tes côtés et d'avoir pu bénéficier de ta rigueur, de ton implication et de ta disponibilité. Hélas, j'ai dû quitter le projet initial, et tu as accepté de te lancer dans ce nouveau projet de revue de la littérature. Je te remercie et j'espère que ce travail t'aidera pour la suite.

A mes parents,

Pour votre soutien et pour tous les sacrifices que vous avez dû faire pendant ce long chemin.  
A ma mère pour ta confiance, je crois que ce caractère de battante me vient de toi.  
A mon père, pour m'avoir appris à me battre et à me relever de chaque épreuve.

A Nathalie,

Ma sœur, sans toi je ne serai pas le médecin que je suis devenue.

A ma tante Chantal,

Pour ton indéfectible soutien, pour ta présence et tes conseils si précieux à mes yeux.

A mes oncles, mes tantes, mes grands-mères, mes cousins, cousines, merci de votre support.

A Gaëlle Véteau,

Mon amie depuis toujours, tu restes, toi et ta petite famille, une source d'inspiration incroyable. Aux 400 coups que nous avons pu faire ensemble. Je ne pense pas que d'autres puissent jouir d'une amitié aussi formidable. En espérant bientôt entendre une autre voix m'appeler Tatie Poupoune.

A Emilie Yonnet,

Mon amie, pour ton courage et ton sourire, pour ton implication dans ton métier, dans les associations de malades, pour ta famille, pour ton amour de la vie, pour toutes les longues randonnées à venir, tu restes un modèle pour tous, merci.

A Vaihere Delaune, à Cécile Niéto, à Stéphanie Carrier, à Claire Brotons, à Charlotte Domblides, à Clémence Houssin. Les filles nous avons grandi ensemble, je garde d'excellents souvenirs de nos années bordelaises, vous me manquez.

A Adeline Boisliveau, à Cécile Boismoreau, à Aude Flouriot, à Camille Macault, à Célia Tarride, pour nos séances de psychothérapie improvisées depuis l'entrée dans ce métier.

A Pierre-louis Guillet, François Lefèvre, Julien Pidoux, James Noël, Florent Derommelaere, Fabienne Lecourt, Claude Picot, Michel Lemarchand, Patrick Cvjetic, Maude Baillargeat, Khanh Nguyen, Pierre Durantel et Frédéric Séjourné, merci de votre confiance, ça reste un plaisir de travailler à vos côtés depuis maintenant 3 ans.

A tous mes anciens co-internes, co-externes.

A tous les médecins croisés au cours de ma formation, à tous ceux qui m'ont fait aimer ce métier.

Aux patients.

Je vous dis merci à tous.

Je dédie cette thèse à ma sœur, Nathalie, toi qui étais si fière de me voir rentrer en médecine, ça y est ta petite sœur va devenir docteur.

---

*« Comment sauver la médecine générale en France et assurer des soins primaires de qualité répartis sur le territoire ?  
Chacun semble avoir un avis sur ce sujet, d'autant plus tranché qu'il est éloigné des réalités du terrain. »*

Jaddo, médecin généraliste, auteure et bloggeuse

---

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	5
TABLE DES MATIERES .....	7
ABREVIATIONS.....	10
INTRODUCTION .....	11
1. La démographie médicale des médecins généralistes et son évolution.....	11
1.1 La démographie médicale en 2007 : .....	11
1.2 La démographie Médicale de nos jours .....	12
1.3 La démographie médicale : les projections vers l'avenir : .....	13
2. L'évaluation des besoins sanitaires et la lutte contre la répartition inégale des soins.....	14
2.1 L'évaluation des besoins .....	14
2.2 La lutte contre la répartition inégale des soins .....	16
3. Les objectifs de cette revue de la littérature : .....	17
METHODE .....	18
1. Identification de la littérature .....	18
1.1 La recherche informatique : .....	18
1.2 Les mots clés ou équations booléennes.....	19
1.3 Les articles non recensés dans les moteurs de recherche: .....	21
2. La sélection de la littérature.....	21
3. La sélection des articles.....	22
RESULTATS.....	23
1. Sélection .....	23
2. Caractéristiques des études : .....	24
3. Représentativité : .....	24
4. Analyse des études : .....	25
4.1 Le médecin et son environnement familial.....	25
4.2 Le médecin et ses origines .....	28
4.3 La féminisation de la médecine.....	30
4.4 Le mode d'exercice.....	33
4.5 La Sensibilisation au problème de démographie médicale et la formation en zone démédicalisée.....	40
4.6 Les aides à l'installation et autres incitations à l'installation. ....	43
4.7 L'environnement et les services de proximité .....	45

4.8 L'extra-médical et la gestion d'entreprise.....	46
4.9 D'autres facteurs influençant l'installation :.....	50
DISCUSSION .....	52
1. Résumé des principaux résultats de l'étude .....	52
2. Les forces et les faiblesses de cette revue de la littérature .....	53
2.1 Stratégie de recherche documentaire.....	53
2.2 Sélection et étude des documents.....	55
2.3 Synthèse critique des résultats. ....	55
3. Comparaison avec les précédentes revues de littérature.....	57
4. Les pistes pour des recherches ultérieures .....	59
CONCLUSION .....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	78
RESUME .....	82
SERMENT .....	83

## ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de la Santé

BDSP: La Base Documentaire l'Ecole des hautes études en Santé Publique

CESP : Contrat d'engagement service public

CISMef : Le Catalogage et l'Indexation des Sites Médicaux de langue Française

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSG : Contribution sociale généralisée

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

DESC : Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EHESP : l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

FST : Formations Spécialisées Transversales

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISNARIMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MeSH : Medical Subject Headings

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

PAPS : Physician Shortage Area Program, Programme des Régions en Pénurie de Médecin

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTS : Pacte Territoire Santé

ROSP : Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SUDOC : Le catalogue du Système Universitaire de Documentation

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et des Allocations Familiales

# INTRODUCTION

Il n'y a jamais eu autant de médecins généralistes en France qu'aujourd'hui. Or la réalité est très contrastée en ce qui concerne la prise en charge des soins primaires. Il se pose le problème de pénurie médicale en soins ambulatoires dans certaines zones fragilisées. Les médecins généralistes libéraux installés sont en effet de moins en moins nombreux et les disparités régionales s'accroissent.

La chute libre du nombre de praticiens libéraux est un problème d'actualité qui fait l'objet de nombreux sujets de recherche. Nous chercherons à travers cette revue de la littérature à expliquer en partie cette « crise » des installations libérales.

## 1. La démographie médicale des médecins généralistes et son évolution

### 1.1 LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN 2007 :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, 62 921 médecins généralistes étaient en activité régulière libérale ou en activité mixte. La densité moyenne était de 100 médecins généralistes pour 100 000 habitants. L'âge moyen des médecins généralistes en activité était de 49,1 ans. Cette génération issue du « Baby boom » compte une majorité d'hommes. (1)

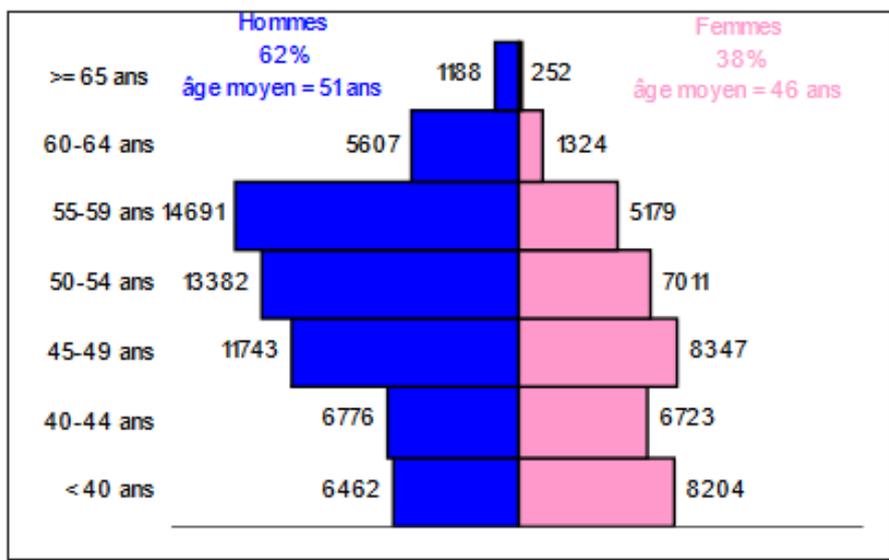


Figure 1 : Pyramide des âges en médecine générale en 2007

## 1.2 LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DE NOS JOURS

Au 1er janvier 2015, le tableau de l'Ordre recense 58 104 médecins généralistes en activité régulière exerçant en secteur libéral et/ou en secteur mixte ; soit une diminution de plus de 10 % sur la période 2007-2015. La densité moyenne est de 88 médecins généralistes pour 100 000 habitants. La moyenne d'âge des médecins généralistes en activité en France augmente et est de 53 ans. Les moins de 40 ans représentent seulement 13,6 % des effectifs alors que les plus de 60 ans représentent 30 % de la profession. (1, 2)

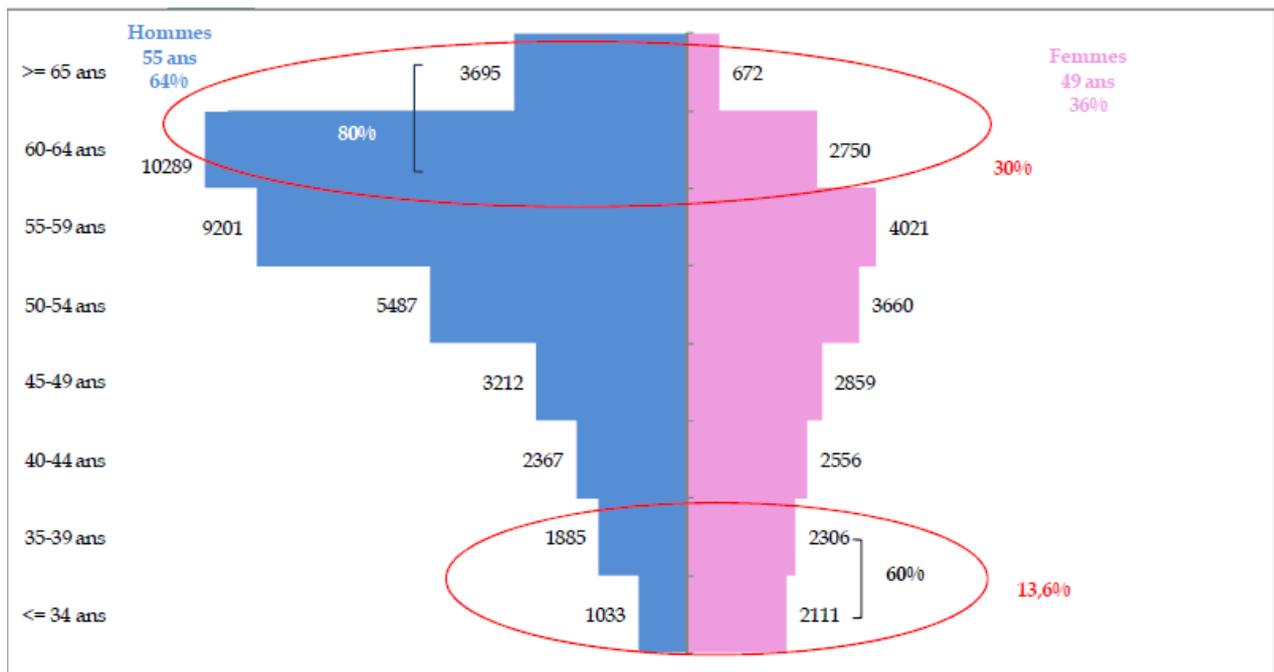


Figure 2 : Pyramide des âges en médecine générale en 2015

### 1.3 LA DEMOGRAPHIE MEDICALE : LES PROJECTIONS VERS L'AVENIR :

D'après les projections du CNOM, il est fort probable que les effectifs continuent de diminuer d'ici à 2020, en lien avec un nombre important de départ en retraite des médecins de la génération des « Baby Boomer », pour atteindre 54 179 médecins généralistes libéraux et mixtes.

Cette chute du nombre de médecin généraliste devrait se poursuivre jusqu'en 2025 et pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre sur la période 2007-2025.

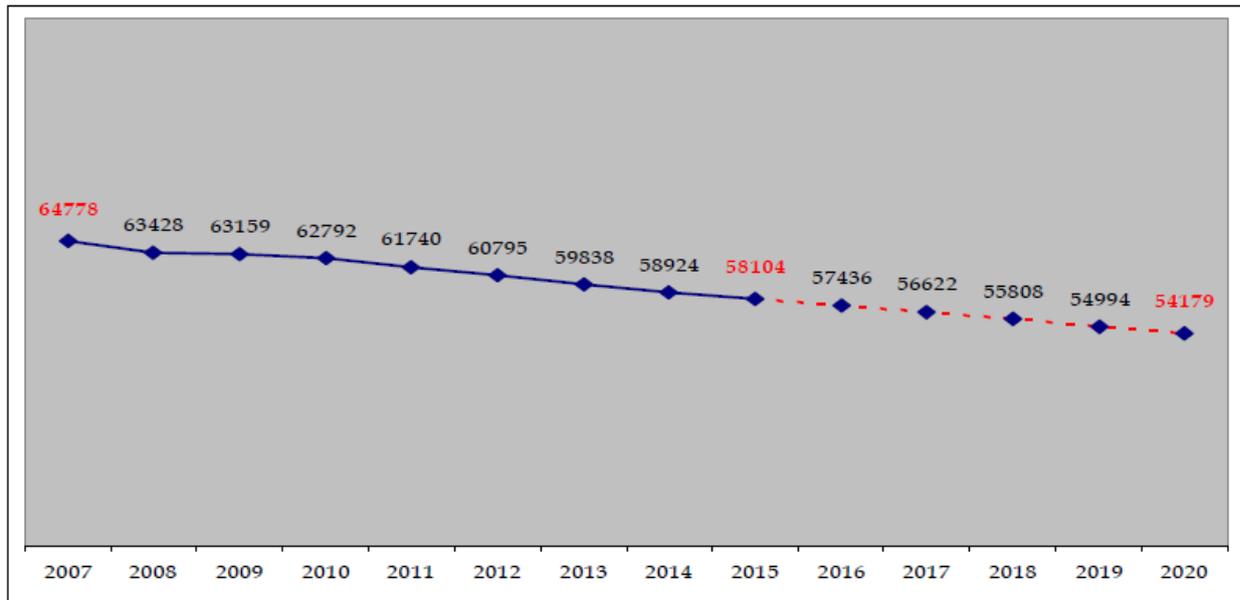


Figure 3 : Effectifs des médecins généralistes libéraux/mixtes- De l'observé à l'attendu.

## 2 L'évaluation des besoins sanitaires et la lutte contre la répartition inégale des soins

### 2.1 L'ÉVALUATION DES BESOINS

#### 2.1.1 Le pacte territoire santé :

Le pacte « territoire-santé » a été mis en place en 2012 par le gouvernement, afin d'agir sur les déserts médicaux du territoire français.

L'article 1434-2 du code de la santé publique définit le projet régional de santé. Il est établi pour cinq ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, les prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

L'objectif de ce pacte « territoire-santé » porte notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

Dans le cadre de cette réforme territoriale, et depuis le 1er janvier 2016, nous pouvons compter 17 agences régionales de santé (ARS) réparties sur l'ensemble du territoire. Les différentes ARS vont être missionnées du problème essentiel de la démographie médicale. Ces agences créées en 2010 constituent une autorité unique au niveau régional, chargées du pilotage du système de santé, pour mieux répondre aux besoins de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé. Elles ont pour rôle de « contrôler » la démographie notamment en agissant sur le développement d'infrastructures de soins comme les maisons ou pôles de santé, en incitant les jeunes médecins à s'installer dans les zones déficitaires, et en proposant des aides spécifiques pour la formation des médecins.

### 2.1.2 L'évaluation de la demande de soins :

La demande de soins est en constante augmentation, elle est notamment liée à l'accroissement et au vieillissement de la population. Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), en 2014, le nombre moyen de consultation médicale par an et par habitant était de 6,3 consultations en France. Ce chiffre est en augmentation par rapport à l'année 1980 où il était de 4,2 consultations par an et par habitant. Il est à noter une stagnation voir une légère régression depuis 2006, en effet, cette année-là, la moyenne était de 7 consultations par an et par habitant. (3) Certains auteurs ont suggéré que cela puisse être l'effet de la participation forfaitaire d'un euro instituée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour responsabiliser chaque patient et ainsi lutter contre le déficit de la sécurité sociale.

## 2.2 LA LUTTE CONTRE LA REPARTITION INEGALE DES SOINS

La diminution des effectifs en médecine générale frappe l'ensemble des régions françaises de manière plus ou moins forte. C'est la région Ile-de-France qui enregistre la plus forte diminution des effectifs avec -17,1 % de médecins généralistes libéraux et mixtes sur la période 2007-2015.

Les régions Franche-Comté et Alsace comptabilisent équitablement les moins fortes baisses des effectifs sur la période 2007-2015 (-3,6 %).

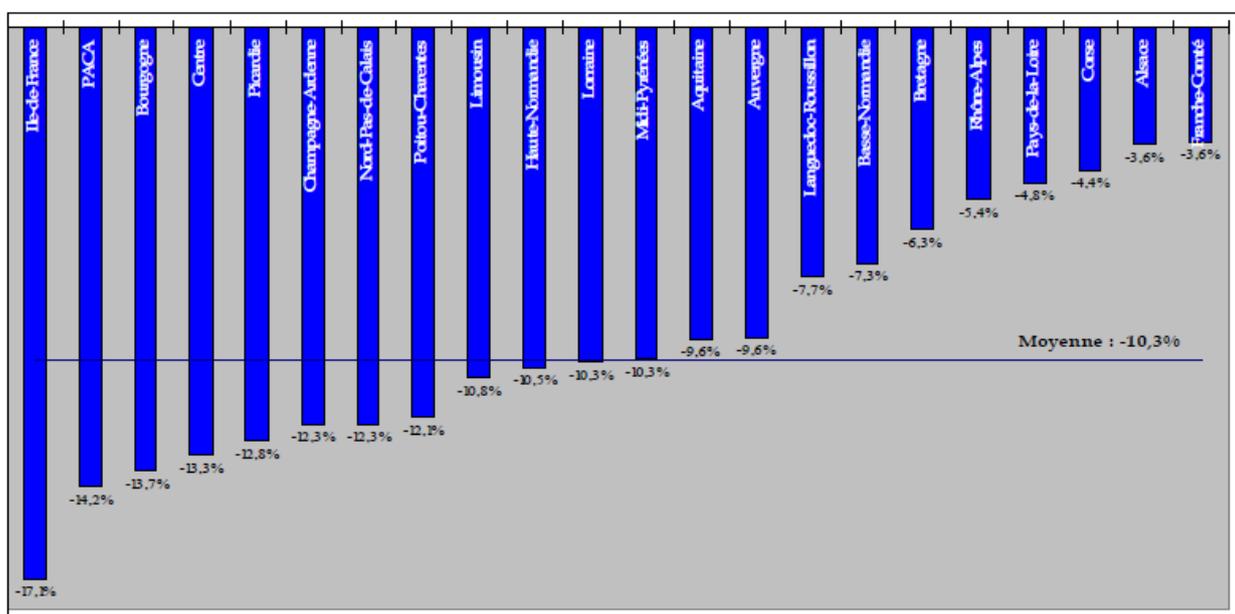


Figure 4 : Variation régionale des effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes.  
Période 2007-2015

### 3 Les objectifs de cette revue de la littérature :

L'état a mis en place un certain nombre de mesures pour lutter contre la répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire. Malheureusement, le bilan démographique reste catastrophique et nous observons une chute libre du nombre de médecins généralistes installés.

La politique de santé qui s'ensuit depuis plus de 20 ans n'est qu'une liste de mesures inefficaces abandonnées au fil des années et des successions de ministres. L'état a par exemple fait appel à des médecins étrangers, il n'en reste pas moins que ces médecins privilégient massivement l'exercice salarié (62 %) ou mixte (13 %). De la même façon que leurs homologues d'origine française, seul un quart d'entre eux exerce en secteur libéral exclusif et privilégient les territoires à forte densité, ce qui montre encore l'échec de cette politique. (1)

Les mesures coercitives vouées à l'échec ont été heureusement abandonnées. Plusieurs mesures incitatives ont été mises en place pour répondre à la problématique de la désertification médicale afin de favoriser l'installation de jeunes médecins généralistes. Leur impact reste encore à évaluer.

Il nous est paru important de réaliser une revue systématique de la littérature afin de mettre en lumière les facteurs qui pourraient ouvrir des perspectives d'amélioration de notre système de santé. L'objectif étant d'améliorer l'accès aux soins de la population française, et ainsi d'éclairer au mieux les choix des autorités de santé.

Cette revue systématique de la littérature a pour objectif principal d'identifier les facteurs influençant une installation libérale d'un médecin généraliste.

Ce travail a été effectué dans un premier temps pour permettre la constitution d'un questionnaire pour la réalisation d'une étude de cohorte dont le but permettra d'identifier le pourcentage d'installation libérale des futurs diplômés du DES de médecine générale.

L'objectif secondaire de cette étude est d'identifier les facteurs modifiables afin de favoriser l'installation libérale sur les territoires dit sensibles.

# METHODE

## 1. Identification de la littérature

Nous nous intéresserons ici à la méthode pour obtenir l'ensemble des documents nécessaires à cette revue de la littérature.

### 1.1 LA RECHERCHE INFORMATIQUE :

Internet est devenu aujourd'hui une source majeure et incontournable d'informations pertinentes dans le domaine de la recherche et de la santé. La spécificité de certains sites permet d'effectuer une recherche pointue et quasi exhaustive. La plus grande partie de nos recherches ont été effectuées à l'aide de cet outil informatique.

Plusieurs moteurs de recherche ont été utilisés, et nous en ferons ici une description brève.

Nous avons dans un premier temps exploré le catalogue CISMef : Le Catalogage et l'Indexation des Sites Médicaux de langue Française.

Le CISMef est un projet initié par le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen des Hôpitaux de Rouen. Il est consultable en suivant ce lien <http://www.chu-rouen.fr/cismef/> ou <http://www.cismef.org/>.

Il utilise deux outils standards pour organiser l'information, le thesaurus MeSH (Medical Subject Headings) utilisé notamment pour la base de données bibliographiques Medline et le format de métadonnées du Dublin Core.

CISMef recense exclusivement les ressources en français de toute provenance. Il a été la source principale des articles et des thèses recensées.

Pubmed, Medline ont été consultés, avec l'utilisation d'un filtre pour sélectionner les documents français uniquement.

D'autres recherches ont été effectuées par l'intermédiaire de Google Scholar, le moteur de recherche de Google adapté aux publications scientifiques.

Le SUDOC (Le catalogue du Système Universitaire de Documentation) est le catalogue collectif français réalisé par les bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche française. Il comprend plus de 10 millions de notices bibliographiques qui décrivent tous les types de documents. Enfin, il a pour mission de recenser l'ensemble des thèses produites en France.

La base documentaire de l'École des hautes études en santé publique (BDSP) a été consultée, par l'intermédiaire de la page web <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/>. La banque de données en santé publique est un réseau documentaire d'informations en santé publique dont la gestion est assurée par l'école des hautes études en santé publique (EHESP).

La base documentaire d'Embase Elsevier (<http://www.sciencedirect.com/>) nous a aidée dans nos recherches.

La base documentaire DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance) est un portail d'archives ouvertes de travaux d'étudiants validés par un jury, dans toutes les disciplines.

Et enfin, pour les documents qui n'ont pas pu être obtenus par ces différents sites, une recherche sur les bases de données des bibliothèques des universités de médecine française a été effectuée. Ces moteurs de recherche disposent d'un ensemble de ressources électroniques de l'ensemble des bibliothèques universitaires du territoire français. Ainsi l'utilisation de ces moteurs nous a permis de maximiser la possibilité d'identifier un article pour notre recherche.

L'aide d'une bibliothécaire a été indispensable pour être le plus exhaustif et orienter au mieux les recherches documentaires.

## 1.2 LES MOTS CLES OU EQUATIONS BOOLEENNES

Pour chaque moteur de recherche, il a été utilisé des mots clés déterminés à l'aide de HeTOP (health terminology –Ontologie Portal). HeTOP est un portail de terminologie qui se retrouve

à l'adresse <http://www.hetop.eu/>, il permet une hiérarchisation des termes afin d'organiser au mieux la recherche.

Il est utilisable en anglais et en français, et réutilisable sur l'ensemble des moteurs de recherche.

L'arborescence permet d'obtenir les mots clés les plus pertinents pour une recherche bibliographique.

Certains mots clés n'apparaissant pas dans la hiérarchisation, ont été utilisés en association afin d'affiner la recherche.

Ainsi les mots clés utilisés, leurs synonymes proches, ainsi que leur traduction en anglais ont été :

-Médecine générale ou médecin de famille ou médecin généraliste (général practice), -  
Médecin (physician)

ET/OU

-Médecine ambulatoire (ambulatory care)

ET/OU

-Zone d'exercice professionnelle, (practice location)

ET/OU

-Pratique professionnelle (professional practice) / Attente professionnelle/ Devenir/

ET/OU

-Internat et résidence (internship and residency)

ET/OU

-Orientation professionnelle (Vocational guidance)

ET/OU

-Choix de carrière (career choice) ou Souhait d'exercice

ET/OU

-Installation professionnelle

ET/OU

-Installation libérale

ET/OU

-Mode d'exercice

ET/OU

-Influence / Déterminants

### 1.3 LES ARTICLES NON RECENSES DANS LES MOTEURS DE RECHERCHE:

Après avoir exploré toutes ces bases de données grâce à leurs différents moteurs de recherche, nous nous sommes attachés à lire tous les articles retrouvés et à étudier leur bibliographie. Cette stratégie de recherche « manuelle » a permis de recueillir encore un certain nombre d'articles intéressants pour le sujet que nous avons étudié.

## 2. La sélection de la littérature

Parmi les articles recensés, nous avons choisi de retenir ceux dont la date de parution se situait entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2004 et le 31 Décembre 2015.

Le choix de l'année 2004 correspond au début de l'organisation du nouveau concours de l'internat ; le concours de l'internat par spécialité est remplacé par les Epreuves Classantes Nationales (ECN) : la médecine générale est devenue une spécialité au même titre que les autres spécialités.

Les articles francophones mais ne concernant pas l'exercice de la médecine générale en France ont été exclus.

Un article dont l'étude concerne deux pays a été inclus (cet article concerne la France et la Belgique dont les pratiques restent proches). (4)

L'ensemble des références a permis d'inclure certains formats inhabituels tels qu'une vidéo et des présentations informatiques.

Enfin nous avons éliminé certains articles sur la base de la lecture de leur titre et de leur résumé du fait d'un manque de pertinence par rapport à notre revue de la littérature.

### 3. La sélection des articles

Chaque article sélectionné a été examiné avec intérêt.

Dans un premier temps la lecture du titre et du résumé a été nécessaire. Dès que l'article réunissait suffisamment d'éléments pertinents, il a été sélectionné pour notre revue de la littérature.

Une lecture critique a été effectuée pour chacun des articles sélectionnés. Pour ce faire nous nous sommes servis des recommandations de la HAS pour la lecture critique d'articles.

Pour simplifier le travail de recherche pour les études qualitatives nous nous sommes servis de la grille de cotation de Coté-Tugeon (Annexe 1). Cette grille permet d'évaluer de manière simple la validité d'une étude qualitative. (5) Pour les études quantitatives nous nous sommes servis de la grille de Bordage (Annexe2). Pour les autres types d'études, nous nous sommes servis des grilles d'analyses simplifiées selon Marc Tanti et al. (Annexe 3).

Les données collectées, à partir de chaque lecture critique d'article, ont été regroupées sous forme d'un tableau de synthèse afin d'en faciliter l'analyse.

Les points d'analyse ont été les suivants : Le nom de l'auteur, l'année de parution de l'article, la faculté à l'origine de l'étude (quand il était possible de le savoir), le titre, la méthode, la population étudiée, ainsi que les différents facteurs influençant l'installation étudiés.

# RESULTATS

## 1. Sélection

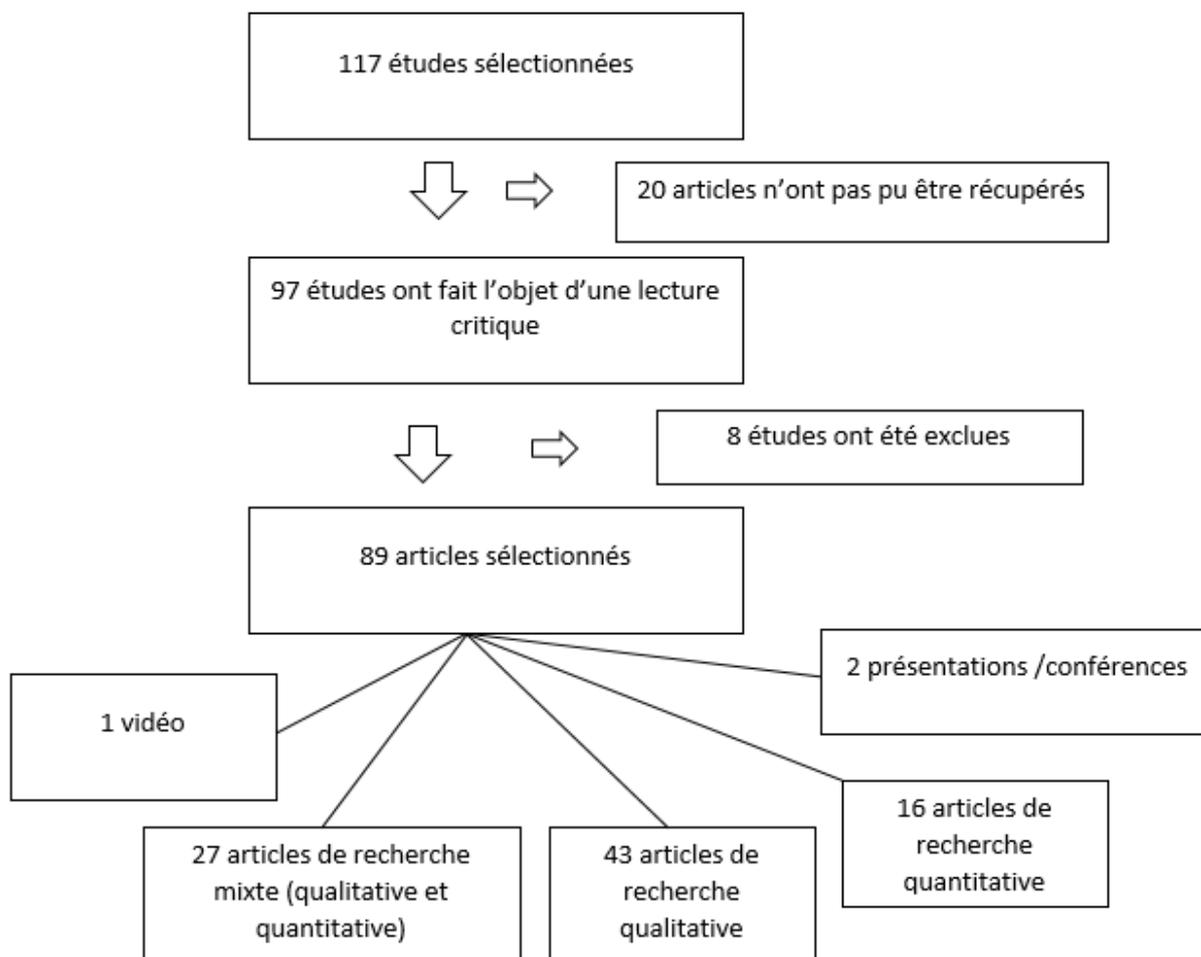


Figure 5 : la sélection des articles

Cent-dix-sept études ont été sélectionnées pour cette revue de la littérature à l'issue de la recherche documentaire numérique et manuelle.

Vingt études n'ont pas pu être récupérées malgré une demande faite aux auteurs et aux enseignants de facultés, notamment les directeurs de thèse.

Huit études ont été exclues (hors date, étude francophone mais faite au Canada, études peu informatives).

Quatre-vingt-neuf études ont été retenues pour cette revue de la littérature.

## 2. Caractéristiques des études :

Parmi ces études :

- 43 études sont des études qualitatives,
- 16 études sont des études quantitatives,
- 27 études sont des études mixtes (quantitatives et qualitatives),
- 70 études (soit 78%) des études sélectionnées sont des travaux de thèse,
- 10 études sont des articles de revue, dont 4 articles sont tirés de la revue de médecine générale *Exercer*.

Une vidéo a été incluse, elle est extraite d'une vidéoconférence de la faculté de Bordeaux dont le titre est : « Féminisation de la médecine, faux problèmes, vraies questions. » (6)

## 3. Représentativité :

En ce qui concerne les travaux de thèses et les articles, l'ensemble des facultés de médecine de France est représenté au sein de cette revue de la littérature. Il ressort que la désertification médicale est une problématique qui touche l'ensemble des régions françaises malgré l'attractivité de certaines de nos régions.

Il est important de savoir et de comprendre ce que deviennent les jeunes diplômés de médecine générale à la sortie de la faculté, c'est pourquoi il existe un grand nombre de sujet de recherches.

Les facultés les plus pourvoyeuses de sujet de recherches en médecine générale concernant notre sujet d'étude, sont les facultés de Paris (V, VI, VII, XI, XII, XIII et Paris Ile de France) (17 études répertoriées), Lille (7 études) et Lyon (8 études).

Des facultés plus petites se sont aussi démarquées dans l'exercice de recherche, comme la faculté de Grenoble (5 études), de Poitiers (5 études), de Tours (5 études), de Nancy (5 études) et enfin de Besançon (6 études).

Il existe bien entendu des biais puisque des études sur le sujet ne sont pas accessibles. En effet, certaines facultés ne numérisent pas leurs recherches. Nous y reviendrons dans le paragraphe sur les biais de l'étude.

## 4 Analyse des études :

Quatre-vingt-neuf études ont été incluses pour l'analyse. L'ensemble des déterminants et facteurs influençant l'installation ont été regroupés en sous-catégories.

### 4.1 LE MEDECIN ET SON ENVIRONNEMENT FAMILIAL

#### 4.1.1 Le conjoint

Dans un premier temps, nous parlerons du conjoint qui semble être le facteur le plus influençant et le plus important dans la décision d'une installation libérale.

Sur l'ensemble des études étudiées, 35 études (soit 39 % des études sélectionnées) parlent du conjoint comme un facteur important dans le choix du lieu d'installation.

De nos jours, près de 85 % des jeunes médecins sont en couple selon les chiffres du conseil national de l'ordre des médecins.

Pour l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) la moyenne d'âge du premier emploi pour les français est de 23 ans. L'âge moyen d'installation des jeunes médecins généralistes est de l'ordre de 33 ans pour les femmes et de 36 ans pour les hommes. (1) L'immense majorité des conjoints de médecin possède déjà un emploi quand la question de l'exercice libéral se pose.

Vingt pour cent des conjoints sont aussi médecin d'après le rapport de synthèse du Dr Hervé Picard « Avenir jeunes médecins » (7), ce chiffre monte jusqu'à 36 % dans la thèse de Gwénolette Merger-Martinot qui intéresse la région de Bourgogne. (8)

D'après les travaux de Diane Massard, qui s'intéresse à la médecine rurale, la catégorie socio professionnelle des conjoints est aussi à prendre en compte puisque plus de 28 % des

conjoints seraient cadres supérieurs. (9) L'association cadres supérieurs et professions intermédiaires approcherait les 80 %. Seulement 4 % des conjoints seraient sans emploi.

Le travail du conjoint semble prioritaire et se fait au détriment du choix de l'installation du conjoint médecin, le premier argument responsable serait le taux de chômage qui touche la France (environ 10 % selon l'INSEE). Comme l'explique Cindy Veauvy dans son étude : « Le travail du conjoint reste une préoccupation importante dans la décision d'une installation surtout en zone rurale où les offres d'emploi peuvent être faibles. » (10)

Selon Sébastien Mabon, dans son étude sur les déterminants au choix de l'installation, il déclare de la même façon que c'est le travail du conjoint qui reste déterminant dans le choix du lieu d'installation : « Plusieurs études révélaient que les jeunes médecins étaient guidés dans leur choix du mode d'exercice par leur vie de famille mais principalement par le travail du conjoint ». (11)

Ainsi, comme le démontre l'ensemble des travaux de Maylis Thouraud de Lavignere, (12) « autant pour les internes que pour les médecins, le cadre de vie et la possibilité professionnelle pour le conjoint sont des déterminants forts à l'installation. »

#### 4.1.2 Les enfants

Dans trente-neuf études soit 43 % des études sélectionnées, les enfants sont un facteur influençant l'installation libérale en médecine générale.

Nous verrons ici qu'il existe plusieurs sous catégories selon le sexe du médecin, selon la maternité, selon l'âge des enfants, et selon le nombre d'enfant.

En effet, l'ensemble des différentes études montrent que ce facteur semble avoir un effet contradictoire en fonction du sexe du médecin.

Chez les femmes médecins, il semble être plutôt un frein à l'installation en médecine générale ambulatoire tant que les enfants sont en bas âge. Lorsqu'on regarde la pyramide des âges des médecins généralistes en France (Figure 2), on met en évidence que 17 % des femmes médecins sont en âge de procréer. Ce chiffre risque d'être en constante augmentation puisque la nouvelle génération apporte un grand nombre de femmes médecins par rapport aux hommes ; 60 % des médecins de moins de 40 ans sont des femmes. (1)

En toute circonstance, le fait d'avoir des enfants en bas âge demande une grande disponibilité, ce qui n'est pas forcément compatible avec tout mode d'exercice.

Des mesures contraignantes ont été envisagées afin de favoriser l'installation libérale. Comme l'explique Karine Hurel (13) au sein de son rapport sur la situation de la médecine générale en France : « Pour pallier cette inégale offre de soins, des mesures contraignantes ont été évoquées et heureusement écartées, comme le recommandait l'Académie nationale de médecine dès 2007. Elles risquaient en effet d'être inopérantes, particulièrement vis-à-vis des jeunes femmes médecins dont certaines indiquaient qu'elles étaient prêtes à abandonner la médecine si leur lieu d'installation les éloignait de leur foyer et ne permettait pas une scolarisation de proximité pour leurs enfants. »

Certaines femmes font le choix d'un exercice libéral sans installation, en pratiquant uniquement des remplacements ce qui favoriserait maternité et exercice libéral.

Trois études ont été menées sur le fait d'être mère et médecin généraliste dont les auteurs sont Sandrine Chaney, Claire Huon-Wojtarkowski et Marie Pichon-Pawelski.

Sandrine Chaney a réalisé une étude sur l'ensemble des femmes de moins de 45 ans exerçant en libéral. Elle démontre que « le fait d'être mère peut être considéré comme un frein temporaire à l'installation tant que les enfants sont en bas âge, et non comme un frein définitif. » Elle déclare ainsi que « dans le secteur libéral, les remplaçantes ayant moins de charge que les installées, il est préférable d'avoir ses grossesses avant l'installation. » (14)

Ainsi, de la même façon, comme nous l'explique Claire Huon-Wojtarkowski : « Un grand nombre des femmes de mon étude n'envisagent donc pas d'installation en libéral avant d'avoir eu leurs enfants. Elles considèrent que la période de remplacement est plus propice à la maternité. Ceci peut être une autre explication à l'allongement de la période de remplacement en médecine générale avant l'installation [...] Beaucoup de femmes restaient frileuses face à une installation avant d'avoir eu leurs enfants, en raison d'un congé maternité qu'elles jugeaient inadapté et injuste. » (15)

Il est important de noter que chez les femmes médecins, exerçant en libéral, la fréquence des grossesses à risque est l'une des plus élevée de France. D'où l'explication probable du faible taux d'installation avant la ou les maternités.

Chez les médecins de sexe masculin, il semblerait que l'effet soit contraire.

Tout comme nous le montre Magali Dumontet au sein de son analyse socio-économique : « L'effet sur l'activité libérale d'avoir un jeune enfant est différent pour les hommes et pour

les femmes : les médecins hommes avec un jeune enfant ont une activité libérale plus forte que les hommes sans enfant alors qu'à l'opposé les femmes ayant un jeune enfant ont une activité libérale plus faible que les femmes sans enfant.» (16)

L'âge de l'enfant est à prendre en compte comme l'explique Magali Dumontet : « Quel que soit le niveau de l'activité du médecin, le fait d'avoir un jeune enfant a un effet positif sur l'activité libérale des hommes et négatif sur celle des femmes. » (6,16)

Aucune étude ne montre un lien significatif entre le nombre d'enfant et l'installation libérale.

## 4.2 LE MEDECIN ET SES ORIGINES

Onze pour cent soit 10 études parmi les études sélectionnées font le lien entre origine du médecin et installation en médecine libérale.

Quelle définition est à apporter au mot « origine » quand on parle de l'origine du médecin ? L'origine est définie comme la naissance d'une chose, mais dans le cadre de cette étude l'origine est caractérisée par les deux éléments qui ont été étudiés au sein des différentes études, ainsi nous verrons l'origine depuis la naissance et l'enfance du médecin puis nous verrons l'origine à partir des études supérieures.

Pour l'origine du médecin depuis la naissance et l'enfance, nous sortirons du contexte puisque les études ont été initiées dans le seul but de comprendre la désertification médicale des zones rurales. Or de nos jours la désertification intéresse l'ensemble du territoire français.

Ainsi comme le montre Cindy Veauvy dans sa thèse sur l'installation des médecins en zone rurale, les origines influencent positivement leur décision d'installation en zone rurale. « La commune d'origine influence les décisions de vie future des médecins. Avec cette étude, on a pu se rendre compte que, pour la plupart des médecins, le choix de vivre à la campagne est lié à leurs origines. [...] D'ailleurs, leur choix de vivre à la campagne était, pour certains, antérieur à leur décision même de faire de la médecine. » (10)

Ces médecins semblent avoir un lien affectif avec la zone rurale en tant que personne, ce qui est décrit dans une étude du CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation

des Conditions de vie). Les français développent un lien positif avec la zone rurale quand ils y ont vécu les dix premières années de leur vie.

Nous pouvons toutefois transposer les résultats de différentes études qui ont été faites à l'étranger, synthétisées dans la revue de la littérature de Julien Poimboeuf. Elles démontrent que le fait d'avoir vécu son enfance dans une région rurale est le facteur individuel le plus fortement lié à la probabilité d'exercer son activité dans un tel territoire.

Ainsi, Marie Anselm et al (17), à la demande de l'ARS d'Alsace, expliquent au sein de leur étude sur les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale, qu'il existe une relation entre origine du médecin et installation dans la région d'origine.

Ces résultats sont confirmés au niveau international par le Physician Shortage Area Program (PSAP), qui est un programme de grande ampleur pratiqué aux Etats Unis comme le décrit Julien Poimboeuf.

Ce programme est conçu pour recruter et former les étudiants en médecine qui ont grandi ou ont passé une partie importante de leur vie dans une zone rurale ou une petite ville et ont l'intention de pratiquer la médecine de soins primaires. Les premières évaluations montrent qu'il existe des résultats encourageants. Les étudiants ayant participé au PSAP sont huit fois plus nombreux à s'installer en zone rurale que ceux qui n'y ont pas participé. Résultats encore plus encourageant quand on sait qu'il existe une efficacité dans le temps. Parmi ceux qui s'installent en milieu rural, 87 % pratiquent dans ce type de territoire après 5 à 10 ans d'exercice. (18)

D'autres études montrent un lien entre l'installation et la faculté d'origine.

Pour illustrer ce critère, nous utiliseront l'article de Delattre et Samson. Ils étudient les stratégies de localisation au niveau régional des médecins généralistes. Pour eux, « Il existe une forte sédentarité des médecins qui, pour 75 % d'entre eux, s'installent dans leur région de thèse. » (19) Cette sédentarité s'expliquerait par le fait d'un âge d'installation très avancé chez les spécialistes de médecine générale, en comparaison à d'autres diplômés d'un troisième cycle universitaire.

### 4.3 LA FEMINISATION DE LA MEDECINE

Vingt-huit pour cent des études sélectionnées parle de la féminisation de la profession médicale.

La profession médicale se féminise. Ces données sont confirmées par les chiffres du conseil national de l'ordre des médecins. En effet en 2007, les femmes représentaient 29 % des médecins généralistes libéraux et mixtes. Actuellement, elles représentent 36 % des effectifs.

Mais peut-on alors imputer aux femmes le problème de la désertification médicale ?

En juillet 2015, Jean François Mayet, conseiller régional du canton de Châteauroux-Centre, se fait remarquer par des propos polémiques tenus lors d'un débat sur le projet de la loi santé. Il associe la désertification médicale à la féminisation de la profession, affirmant que « 75 % des nouveaux diplômés sont des femmes. Or nonobstant l'égalité, elles sont quand même là pour faire des enfants ». Alors nous pouvons nous interroger sur les connaissances de nos politiques sur ce sujet.

Ainsi comme le dit Guillaume Malochet qui a proposé une étude sur point de vue sociologique de la féminisation des métiers et des professions : (20) « La thématique de la conciliation entre activité professionnelle et responsabilités familiales se trouve elle aussi souvent développée. Ces femmes qui investissent des univers masculins doivent en effet affronter des représentations tenaces sur leurs rôles d'épouses et de mères. »

Il semblerait alors que seule la profession médicale souffre de la féminisation de ces acteurs ? Nous entendons peu parler des autres professions libérales. Or d'après l'INSEE, en 2011, pour ne citer que deux exemples, 88 % des infirmiers sont des femmes, 98 % des aides à domicile, aides ménagers et assistants maternels sont des femmes. La majorité sont des indépendants. Souffrent-ils de la même façon des problèmes de trou démographique ?

Un autre point est à étudier. La médecine générale connaît depuis des années des problèmes d'image, ce qui ne favorise pas la naissance des vocations. Il semble exister une dévalorisation de la médecine générale libérale. Mais est-t-elle favorisée par la féminisation de celle-ci ?

Pour répondre à la question, Marlaine Cacouault-Bitaud explique le lien entre la féminisation et baisse de prestige d'une profession. (21) En ce qui concerne la médecine, elle précise alors qu'il faut attendre 1967 pour qu'une femme soit nommée au Conseil de l'Ordre. Selon une étude réalisée sur un large échantillon de médecins, "la féminisation ne s'est pas faite au détriment des hommes, elle accompagne une expansion globale du nombre des praticiens". Autrement dit, l'affaiblissement des contraintes qui pesaient sur les filles dans l'institution scolaire et familiale, explique leur entrée dans la profession. D'où la féminisation croissante. « Au cours des dernières décennies, une partie des médecins se sentent "déclassés". Le mode d'exercice, fréquent chez les femmes, qui consiste à se réserver un jour de liberté, à s'associer, à travailler à temps partiel, apparaît comme une menace. En effet, il contribue à banaliser le métier : que les médecins s'organisent pour vivre "comme tout le monde" est considéré par beaucoup d'entre eux comme l'indice d'une baisse de prestige. Un métier "masculin" (qui suppose une épouse dévouée et des revenus confortables) se verrait transformé en métier "féminin", aux horaires et aux revenus limités, de plus en plus contrôlé par l'Etat. »

Notre revue de la littérature met ainsi en avant trois points.

Le premier point, nous permet de suggérer que la féminisation de la profession n'est pas un frein à l'installation en médecine générale libérale.

En effet, au niveau national il existe quelques disparités, mais dans l'ensemble sur la période 2007-2015, toutes les régions françaises ont enregistré une augmentation significative de la présence des femmes en médecine générale libérale ou mixte à l'exception de la Corse. On remarque que certaines régions se sont largement féminisées comme la Bretagne et les Pays-de-la-Loire (près de 40 % de hausse des effectifs).

Comme l'explique Magalie Dumontet : « La féminisation de la profession ne semble donc pas être un élément contribuant à amplifier l'inadéquation des médecins sur le territoire ». (16) Nous citerons afin d'étayer le fait, deux études régionales. La première étude est celle de Augustin Decode, sur les déterminants à l'installation dans le secteur Nord Alpin, il confirme ainsi que : « le sexe n'intervient ni sur le mode d'exercice ni sur le choix de l'installation ». La deuxième étude, a été faite par l'observatoire régional de la santé et l'union régionale des médecins libéraux sur les conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux en pays de la Loire. Le constat est le suivant : « Chez les médecins de moins de 45 ans, les femmes [installées] sont aussi nombreuses que les hommes. » (22)

Le deuxième point nous permet de démontrer que les femmes libérales semblent travailler différemment des hommes. Plusieurs études portent sur le temps de travail des femmes en médecine générale : les femmes travailleraient en moyenne 6 heures hebdomadaires de moins que leurs homologues masculins. (23,24)

Ainsi l'étude de Pierre Ambroise-Thomas en 2011 sur la situation de la médecine générale en France démontre « que l'activité médicale de nos consœurs qui doivent faire face à leurs charges familiales est, dans l'ensemble, de 30 % inférieure à celle de leurs confrères ». (25)

Ainsi on peut penser que la féminisation de la médecine participerait à l'accentuation de la désertification médicale.

Le troisième et dernier point à aborder est l'approche générationnelle de la médecine générale.

Beaucoup d'études démontrent que les nouvelles générations de médecin, homme et femme confondus, semblent exclure le modèle de médecin dévoué corps et âme à leurs patients, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Ainsi, afin de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, le médecin de sexe masculin s'est adapté et impliqué dans les contraintes que lui impose sa vie de famille au quotidien.

Comme le démontre Andréa Poppelier en 2010 : « Il existe des différences significatives entre les générations de médecins généralistes actuels et futurs. » Notant que pour les futurs médecins généralistes « une majorité souhaitait travailler 5-6 jours par semaine, 47,42 % ne souhaitent travailler que 3-4 jours par semaine. Les horaires adoptés par la majorité des répondants, sont de 9h à 19h. » (26)

Anne Chantal Hardy explique qu'il faut se méfier des faux problèmes et des vraies questions posées par la féminisation de la médecine générale. « Aujourd'hui [...] il y a un nouveau modèle d'exercice qui aurait été porté par les femmes mais qui est aujourd'hui aussi bien relayé par les jeunes médecins hommes, que par les femmes. » (6)

Pour conclure, la féminisation de la population médicale n'est pas un frein à l'installation en médecine générale ambulatoire. Toutefois l'exercice médical proposé par les femmes, et de nos jours, l'exercice proposé par les nouvelles générations de médecins semble être responsable de cette confusion de la part de nos politiques à savoir que la féminisation serait responsable de la désertification médicale.

## 4.4 LE MODE D'EXERCICE

### 4.4.1 Les maisons de santé pluridisciplinaires et cabinets de groupe

Les maisons de santé pluridisciplinaires ou les cabinets de groupe ont été étudiés dans 48 % des études sélectionnées.

Les maisons de santé pluridisciplinaires visent à offrir à la population, en un même lieu, un ensemble de services de santé de proximité tant en matière de soins que de prévention. Elles constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels de santé.

Ainsi, Anne-Laure Boudou-Battisti conclue dans son travail que les maisons de santé pluridisciplinaires sont au centre de l'action du gouvernement. Elles sont la solution intéressante pour pallier aux déserts médicaux. « L'isolement ressort comme un inconvénient majeur, quelle que soit la zone concernée, à l'exercice libéral. Le fait d'être plusieurs dans un même cabinet permet d'éliminer un autre inconvénient de l'activité libérale à savoir l'amplitude des horaires. En effet l'association entre plusieurs professionnels assure au patient un confort non négligeable surtout en ce qui concerne les acteurs en soins primaires. » (27)

Ce qui est confirmé par le travail d'Anne Flore Bernard sur le souhait des internes qui envisagent une activité libérale et qui souhaitaient tous exercer en cabinet de groupe.

« Ce désir était motivé par le besoin de partager ses connaissances, sa patientèle, dans un travail d'équipe comparé au modèle hospitalier. Cela répondait aux motivations intrinsèques à l'accomplissement et à la connaissance. » (28)

L'analyse socio-économique de la MSP a été réalisée et c'est une analyse importante au vu de la politique actuelle en économie de la santé. Yann Bourgueil et al. concluent que « dans un contexte de crise [...] cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels. [...] La qualité du suivi des patients [...] semble également meilleure dans les maisons de santé pluridisciplinaires malgré la forte

hétérogénéité des résultats. À ce stade, on ne peut conclure à l'augmentation ou à la réduction des dépenses de soins de ville des patients suivis en maisons de santé pluridisciplinaires. » (29)

Par conséquent, au vu de la synthèse que nous pouvons effectuer à partir de cette revue de la littérature, la maison de santé pluridisciplinaire semble être un facteur attractif et favorise l'installation des médecins généralistes libéraux.

#### 4.4.2 Le remplacement

Trente pour cent des études sélectionnées parlent du remplacement.

La période où le jeune praticien remplace est essentielle et semble combler les lacunes de l'apprentissage qu'offre la formation en médecine générale universitaire.

Rappelons que la formation initiale du médecin généraliste dure près de 9 ans, deux stages chez l'omnipraticien sont obligatoires (30) : un stage de minimum 6 semaines en deuxième cycle et un stage de 6 mois en troisième cycle, ce qui semble peu au regard des autres spécialités.

En 2015, le nombre de remplaçants en médecine générale explose. Il existe 6 119 remplaçants en médecine générale ce qui représente environ 10 % des médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre. (1)

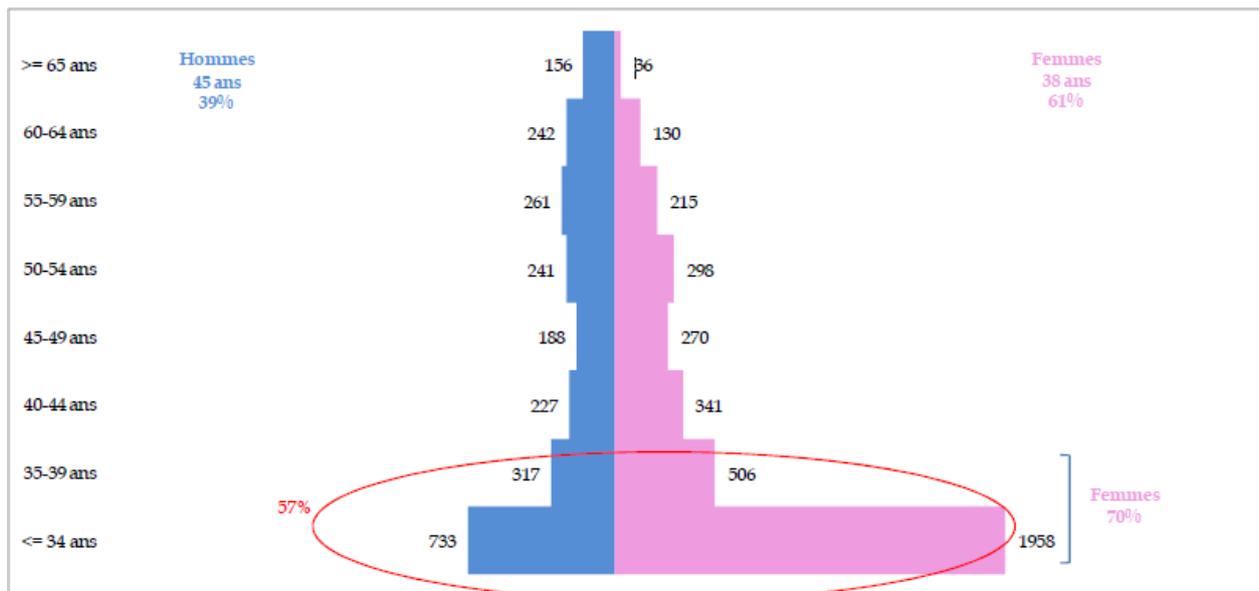


Figure 6 : Pyramide des âges des médecins remplaçants français

Or deux problèmes se posent, la proportion des remplaçants explose et le nombre des médecins généralistes en activité diminue.

Plusieurs chercheurs ont essayé de comprendre pourquoi le remplacement semblait prendre et garder une place essentielle dans le paysage des médecins généralistes français.

Ainsi pour Charlotte Chandez et François Chiron, la période de remplacement semble essentielle. « Chez les jeunes médecins installés, on observait un effet remplacement : cette période a convaincu de nombreux médecins à l'installation, pourtant sans projet initial, et le pas a souvent été franchi lors d'une opportunité. Cet effet semblait comporter deux phases : une première d'apprentissage, où le médecin découvre les attraits du suivi, de la relation privilégiée, de la confiance mutuelle ; puis une seconde d'envie d'autonomie, avec la lassitude de rentrer dans le cadre d'un autre et le souhait de créer sa propre histoire. Cette volonté de s'installer est présente chez trois quarts des médecins thésés remplaçants en 2012 .» (31)

Pour la sociologue Géraldine Bloy, qui a réalisé l'étude pour la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) la question du rôle des remplacements en médecine générale libérale semble essentielle. « Si certains médecins se sont organisés pour ne jamais faire de médecine générale (en dehors du stage obligatoire chez le praticien), d'autres ont accumulé une expérience significative des remplacements en médecine générale libérale avant de les arrêter. Les remplacements constituent une étape

logique et nécessaire, mais certainement pas suffisante, vers une installation en médecine générale. » (32)

Ainsi l'analyse des différents articles nous montre que le remplacement a 3 rôles :

- le rôle de poursuivre une formation pratique en se forgeant de l'expérience,
- celui de permettre de se faire une idée du métier,
- et enfin le bénéfice de pouvoir d'ajuster sa vie privée et sa vie professionnelle.

Pour d'autres, le remplacement cumulerait de nombreux avantages par rapport à l'installation. Ainsi, pour Constance Guyard-Cognat, le remplacement aurait l'avantage de laisser une liberté d'emploi du temps, de retarder l'aspect définitif d'une installation et de permettre de découvrir différents types de pratiques libérales. (33)

Pour d'autres, comme nous l'explique Claire Huon-Wojtarkowski, la période de remplacement serait plus propice à la maternité. « Beaucoup de femmes restaient frileuses face à une installation avant d'avoir eu leurs enfants, en raison d'un congé maternité qu'elles jugeaient inadapté et injuste ». (15)

Thibaut Coliche explique que « cette période de remplacement leur permet de jouir d'une liberté qui leur a fait défaut pendant leur long et rigide cursus. » (34)

La plupart des remplaçants murissent leur projet qui à court terme se termine par une installation tout comme nous le montre de nombreuses études dont l'analyse d'Augustin Decode: « Résultat optimiste, 84,1 % des remplaçants envisagent une installation. » (22)

#### 4.4.3 Le salariat

Vingt-quatre pour cent des études sélectionnées s'intéresse au salariat.

Plusieurs situations caractérisent l'exercice médical : l'activité libérale, l'activité salariée et l'activité mixte qui est une association de ces deux dernières.

Ainsi, d'après l'atlas de démographie médicale de 2015, il existe 51 677 (58 %) médecins généralistes avec une activité libérale, 31 610 (35 %) médecins généralistes avec une activité

salariée et 6 427 (7 %) médecins généralistes avec une activité mixte, auxquelles on ajoute les gériatres qui sont 32 en activité libérale, 1 511 en activité salariée et 37 en activité mixte. Ces chiffres sont plutôt stables si on compare à l'année 2007 où on pouvait compter 60,5 % de libéraux, 33 % de salariés et 6,5 % de médecins généralistes avec une activité mixte. (1) Avec les résultats des différentes études, il ne semble pas exister de différence à l'heure actuelle par rapport aux nouvelles générations à la sortie de la faculté.

Nous prendrons pour illustrer ces chiffres les résultats de 3 études.

La première étude est l'analyse de Dianne Massard qui a effectué le suivi sur 5 ans, de 2004 à 2008, de jeunes généralistes à la sortie de la faculté de Lille par une enquête qualitative, permettant de suivre le devenir socioprofessionnel de 310 jeunes généralistes. Ses résultats sont les suivants : « 51 % (IC [45,27-56,65]) avaient choisi un mode d'exercice libéral exclusif. 30 % de la population totale étaient exclusivement remplaçants (IC [25,32- 38,82]). 37% étaient exclusivement salariés (IC [31,75-42,77]). 12 % avaient un mode d'exercice mixte (IC [8,65-16,2]). » (9)

La deuxième étude est l'analyse de Seloua Marrachki, cette enquête suit 3 promotions d'anciens internes de médecine générale de 2003 à 2005. Elle déclare ainsi que « dans 36 % des cas, nos généralistes interrogés ont opté pour un poste salarié. La grande majorité d'entre eux exerce de façon exclusive, le plus souvent à l'hôpital avec une nette préférence pour le secteur des urgences. » (35)

Enfin, la dernière analyse, plus récente (2014), concerne les attentes et le devenir professionnel des internes de médecine générale. Marie Anselm et al. déclarent : « Concernant le futur mode d'exercice, un étudiant sur six indique ne pas encore avoir arrêté de choix au moment d'entamer la dernière année d'internat. Les autres se disent avant tout attirés par une activité libérale: les deux tiers des futurs médecins envisagent ou veulent en priorité opter pour ce mode d'exercice, alors qu'ils envisagent un peu moins fréquemment une activité mixte et que le salariat exclusif ne constitue une option ou une priorité que pour un tiers d'entre eux. » (17)

Ainsi, de manière générale, 30 à 35 % des étudiants issus du DES de médecine générale se destinent à une activité salariée.

La difficulté reste de prévoir le devenir de chaque promotion d'interne de médecine générale. En effet, le diplôme de médecine générale ouvre l'accès à la réalisation de plusieurs DESC. Il

en existe une large variété. Ces différents DESC ouvrent l'accès à des postes salariés de façon majoritaire. Il serait alors réducteur de penser qu'un interne ayant validé un DES de médecine générale, s'oriente forcément vers la médecine générale libérale.

Il existe encore différents postes salariés (PMI, scolaire, coordinateur d'EHPAD, d'institut médico-éducatif, d'établissement français du sang, de crèche, médecin conseil de la sécurité sociale et bien d'autre encore...) accessibles avec le diplôme de médecin généraliste complété parfois par des diplômes complémentaires.

Devant cette difficulté à prévoir l'évolution démographique une réforme du troisième cycle a été mise en place. Avec la réforme annoncée pour la rentrée 2017, les DESC sont amenés à disparaître, se transformant soit en DES, à choisir donc en fonction de son rang de classement aux ECN, soit en Formations Spécialisées Transversales (FST) accessibles à plusieurs DES. Concrètement, le DES de médecine générale sera séparé de la formation de médecine d'urgence et de gériatrie, ces deux spécialités sont les principales spécialités choisies après la médecine libérale.

Tout comme l'explique Gwénolette Martinot « Les médecins [généralistes] hospitaliers exercent majoritairement dans les services d'urgences (47,22 %) et en gériatrie (22,22 %). Il semble logique que les médecins se tournent vers ces spécialités qui ne sont pas accessibles par le concours de l'internat ou les ECN. Ils envisageaient peut-être déjà cette orientation avant de débiter leur troisième cycle.» (8)

Intéressons-nous maintenant aux facteurs retrouvés influençant l'exercice salarié.

Certains auteurs, insistent sur une formation trop centrée sur le modèle hospitalier. Les internes de médecine générale, réalisant au-moins les deux tiers de leurs stages dans ce système sont rassurés par celui-ci.

D'autres arguments sont présentés. Ainsi pour Marie Anselm et al. « Ceux qui se projettent en priorité dans une activité salariée sont attirés par le travail en équipe, la possibilité de faire une carrière, la reconnaissance de la médecine hospitalo-universitaire ou encore la richesse et la diversité des actes ». (17) Gwénolette Martinot parle elle, d'une influence des stages obligatoires. « Le service d'urgences est un service bien connu par les jeunes médecins puisqu'il est l'occasion d'un stage obligatoire dans leur cursus. Il offre la diversité d'une activité de généraliste et le soutien d'une équipe sans avoir ce qui est perçu comme les

inconvénients de l'exercice libéral à savoir la gestion d'un cabinet, les tâches administratives étant faites essentiellement par les secrétaires. » (8)

Les femmes choisissent majoritairement les postes salariés (8,9,36), peut-être pour des raisons familiales, et sociale, ce que nous expliquerons dans un autre paragraphe.

Nous pouvons alors nous interroger sur la perspective suivante, faut-il créer des postes salariés de médecine ambulatoire pour inciter les installations ambulatoires?

L'ISNAR-IMG a fait une grande enquête nationale sur les souhaits des internes et sur les mesures qui inciteraient à s'installer en zone déficitaire. Les femmes répondent majoritairement que les mesures qui les aideraient à s'installer sont : pour 71 % l'aide à la création d'une MSP, pour 59,5 % des avantages fiscaux, pour 55,1 % des écoles, des garderies et des crèches dans l'environnement de proximité. Les hommes répondent majoritairement de la même façon 65 % pour des aides à la création de MSP, 63,2 % pour des avantages fiscaux, 52 % pour l'augmentation de la rémunération.

La question du salariat a été posée. Le salariat arrive à la 7ème place des neuf propositions avec moins de 20 % des internes (hommes et femmes confondus) qui pensent que le salariat inciterait à l'installation.

Pour conclure, le salariat n'influencerait qu'un très faible pourcentage de futurs médecins généralistes.

#### 4.4.4 L'exercice seul ou l'exercice dans les zones défavorisées

Pour trente-trois pour cent des études sélectionnées, l'exercice rural, l'exercice seul ou l'exercice en zones défavorisées est un facteur limitant l'installation en médecine générale libérale.

Deux grandes zones sont remarquables et pâtissent d'un sérieux défaut d'image.

La première est la zone rurale qui se définit comme l'association de communes de moins de 2000 habitants.

Pour l'ensemble des étudiants, l'exercice rural donne une image plutôt favorable de la médecine générale avec une relation médecin patient idéalisée, une autonomie complète lors de prise de décision, et une pratique diversifiée de la médecine.

Toutefois, l'exercice rural laisse apparaître de nombreux inconvénients. Ainsi la charge de travail, l'isolement professionnel, les contraintes sur la vie de famille et un plateau technique insuffisant sont des freins à l'activité en milieu rural pour la quasi-totalité des médecins en devenir.

Clémence Arnaud et Pierre Thiron ont étudiés les freins à l'installation en milieu rural dans un travail qualitatif en 2013. Les principaux freins évoqués étaient la pénurie des services publics, la difficulté pour les enfants qui doivent être autonomes plus rapidement et la difficulté de trouver un emploi pour le conjoint. (37)

La deuxième zone remarquable est la zone périurbaine où se situent les cités populaires de banlieue. Il existe alors un véritable défaut d'image avec un fort sentiment d'insécurité.

Ainsi, comme nous l'explique Valérie Dubosq (38) dans son étude sur les motivations et freins à l'installation en médecine libérale des jeunes médecins généralistes dans le département de Seine-Saint-Denis, « la réticence à l'installation est liée à la l'insécurité ressentie par les médecins et surtout par les femmes [médecins]. »

D'autre part, l'enquête BVA sur les attentes, les projets, et les motivations des médecins face à leur exercice professionnel, a interrogé plus de 500 médecins nouvellement installés et plus de 3700 étudiants en médecine. Elle révèle le sentiment d'insécurité globalement ressenti au sein des cités populaires de banlieue. (39)

## 4.5 LA SENSIBILISATION AU PROBLEME DE DEMOGRAPHIE MEDICALE ET LA FORMATION EN ZONE DEMEDICALISEE

Quarante pour cent des études sélectionnées parlent de l'influence de la formation dans l'installation en médecine générale libérale.

### 4.5.1 Le premier et le deuxième cycle des études médicales

La formation médicale joue un rôle important dans la sensibilisation des étudiants en médecine envers la désertification médicale. Or l'enseignement de la médecine générale a

longtemps été considéré comme secondaire, si bien que l'apprentissage de l'exercice ambulatoire tarde à apparaître au sein des facultés. Ainsi, depuis la promulgation de la médecine générale au rang de spécialité nous avons vu apparaître des formations ambulatoires qui sont toujours insuffisantes par rapport à l'exercice en centre hospitalier universitaire.

Selon l'arrêté ministériel du 4 mars 1997, les étudiants, durant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, effectuent un stage chez un ou des médecins généralistes. (30) Mais de grandes difficultés sont apparues à l'application de cet arrêté ministériel, ainsi celui-ci devient effectif dans l'ensemble des facultés françaises qu'à partir de 2009.

Pierre Ambroise Thomas dans son rapport de l'académie nationale de médecine l'explique très bien : « La médecine s'apprend au contact du malade or, au cours de leurs stages hospitaliers, les étudiants ne peuvent pas avoir accès à une formation clinique proche des conditions d'exercice libéral. L'hôpital assure évidemment le socle de leur formation, mais la médecine générale n'est ni la somme des diverses spécialités que l'étudiant peut rencontrer à l'hôpital ni même la médecine interne hospitalière ou la médecine des services d'urgence. Son originalité tient aux conditions pratiques de l'exercice libéral. » (25)

Manuel Prodhomme étudie ainsi l'influence d'un stage en médecine générale sur le choix d'une carrière de médecin généraliste. Il conclue que le stage ambulatoire permet de découvrir la spécialité et d'améliorer la connaissance de la médecine générale pour les étudiants. « Au-delà d'une influence sur un choix de carrière, ce stage permet aux étudiants de faire un choix éclairé au moment des ECN. » (40)

#### 4.5.2 La formation ambulatoire au cours du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales

Deux stages ambulatoires dont un obligatoire ont été instaurés dans la maquette de spécialisation en médecine générale depuis la réforme du 3eme cycle. (30)

En effet, il semblerait que la formation en soins primaires en France soit centrée sur les soins curatifs hospitaliers, d'où l'importance de réformer la formation de l'interne de médecine générale, pour lui permettre une adhésion à la démarche des soins de santé primaire. Il semble aussi essentiel d'apporter à la formation du futur praticien un minimum de connaissances sur l'installation.

En effet, Jessica Septier-Guelf et al. démontrent qu'en 2012 à la faculté de Angers plus de 80 % des internes ignorent les démarches à effectuer en début d'activité libérale, et qu'il en est de même pour la méconnaissance des aides à l'installation. (41)

Ainsi, certaines facultés proposent des séminaires ou des journées formations dont l'impact reste encore à évaluer. (42,43)

Concernant le stage de niveau 1, l'ensemble des résultats démontrent que celui-ci conforte l'interne dans son projet d'exercice libéral. (44,45)

Une demande importante de pratique d'exercice en dehors du modèle hospitalier semble essentielle pour les médecins libéraux en devenir, ainsi certains proposent un stage en pôle « mère-enfant » en ambulatoire afin de sortir du schéma hospitalier de la maquette de médecine générale.

Le stage ambulatoire en autonomie supervisée ou SASPAS semble avoir un impact sur les lieux et mode d'exercice. (46) Ce stage non obligatoire est majoritairement choisi par les internes qui ont déjà un projet d'installation libérale.

Bernard Freche et al. dans leur étude descriptive quantitative démontrent que le SASPAS a une influence sur les points suivants: la confiance en soi, la sérénité dans l'exercice médical, la prise de décision, la qualité de la relation médecin-patient et celle entre professionnels de santé. De même, la zone géographique d'exercice, le type de cabinet, l'organisation du travail et le choix du type de secrétariat semblent influencés. (47)

L'ensemble des études semble mettre en évidence que les réformes ont amélioré le ressenti des internes à propos de leur formation professionnelle. Ce que confirment d'autres auteurs comme Muller Virginie, Ghasarossian Christian, Stéphane Munk, Coudreuse-chichoux Mathilde et Landry Cynthia. (44, 45, 48,49)

Pour conclure, il est difficile de dire si la formation ambulatoire favorise l'installation en médecine générale, les études présentent en effet de nombreux biais, mais la formation ambulatoire a tendance à rassurer l'étudiant dans son avenir.

## 4.6 LES AIDES A L'INSTALLATION ET AUTRES INCITATIONS A L'INSTALLATION.

Vingt-sept pour cent des études sélectionnées parlent des aides et incitations à l'installation.

Il existe un grand nombre d'aides à l'installation malheureusement l'efficacité de ces mesures incitatives n'est pas prouvé.

Nous essayerons de comprendre pourquoi. Dans un premier temps nous allons faire un bref descriptif des aides et incitations à l'installation puis nous verrons s'il existe une véritable efficacité de ces aides.

A partir de 2012, des actions politiques ont été mises en place afin de favoriser l'accès aux soins pour l'ensemble de la population française. Ainsi, plusieurs aides ont été proposées.

Le Contrat d'engagement au service public (CESP) est une allocation de 1200 € mensuelle versée aux étudiants qui s'engagent, pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation, à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.

Le Dispositif de Praticien territorial de médecine générale (PTMG) est une mesure emblématique du Pacte Territoire-santé (PTS) qui vise à favoriser l'installation des jeunes médecins et à faciliter l'exercice libéral dans les territoires fragiles, caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. C'est une aide financière qui garantit un minimum de revenu mensuel. (3105 €)

La mesure dite Dispositif de Praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) vise à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes et spécialistes libéraux dans les territoires fragiles. Le médecin s'engage à exercer son activité dans un territoire caractérisé comme fragile, à respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il y est autorisé, à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires. En contrepartie, il pourra bénéficier, en cas d'interruption d'activité pour cause de maternité ou paternité, d'une rémunération forfaitaire complémentaire durant son congé.

Des aides de l'assurance maladie par l'intermédiaire de la rémunération sur les objectifs de santé publique (ROSP) peuvent être obtenues.

Des exonérations fiscales pour l'activité de permanence de soin ambulatoire (PDSA) et d'autres exonérations en fonction du lieu d'installation sont possibles.

Peu de médecins ont eu recours aux aides incitatives. Hélène Rigot a étudié à travers une étude de cohorte la motivation et les impacts des mesures incitatives sur les installations des médecins généralistes dans des communes de moins de 2500 habitants. Elle démontre que 20 % des médecins se sont installés en zone à difficulté potentielle ou réelle. Trente-deux pour cent ont bénéficié des aides incitatives, principalement à type de complément de revenu et de réduction d'impôt. (50)

Parmi les études consacrées à ce sujet, il est mis en évidence une méconnaissance de ces mesures incitatives. Par exemple dans les Pays de la Loire en 2014, l'étude de Jessica Septier-Guelff montre que les démarches à effectuer en début d'activité libérale et les aides à l'installation sont méconnues respectivement par 82 % et 83 % des internes.

La conclusion de l'ensemble de ces études est bien résumée par Benjamin Brabant qui a étudié les influences des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées. Il conclue : « le manque d'efficience des aides ressortant de l'étude et résultant surtout d'un défaut d'information, est un frein à leur efficacité qu'il convient de corriger. » (51)

Aucune étude ne prouve à l'heure actuelle une réelle influence de ses aides sur l'installation en zone désertifiée. Un rapport de la cour des comptes de septembre 2011 sur la Sécurité Sociale donne une rapide conclusion à propos des dispositifs : « ces mesures coûteuses, de l'ordre de 20 millions d'euros par an pour 700 bénéficiaires environ avec un bonus moyen de 27 000 euros, font apparaître de nombreux effets d'aubaine avec, en quatre ans, un apport net de seulement une cinquantaine de médecins dans les zones déficitaires. »

Depuis la mise en place du pacte « territoire-santé » en 2012, la ministre de la santé annonçait que « la transformation profonde de notre système de santé [était] engagée ». Malheureusement, nous ne pouvons pas encore conclure de façon précoce que ces aides ne facilitent pas l'installation en médecine générale libérale.

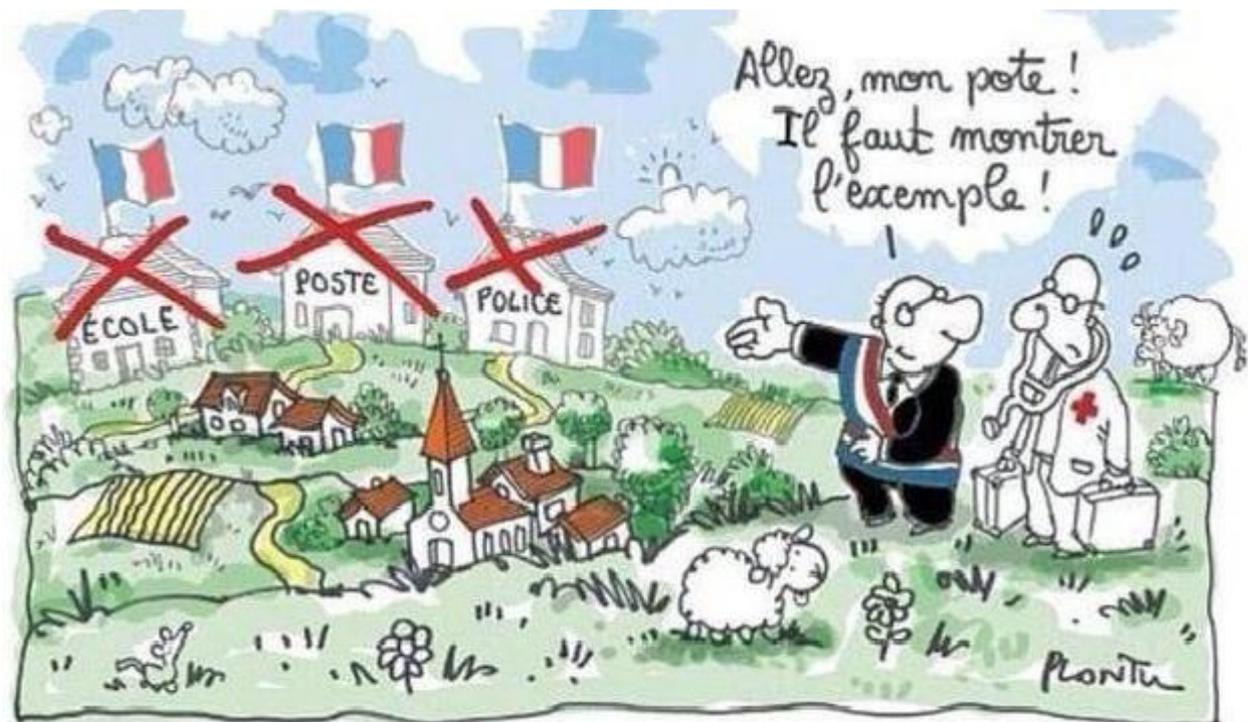
Est-ce parce que ces aides restent encore très méconnues ?

## 4.7 L'ENVIRONNEMENT ET LES SERVICES DE PROXIMITÉ

Dix-sept pour cent des études sélectionnées traitent du problème de l'environnement et des services de proximité.

Dans le rural, une commune sur deux est sans commerce selon l'INSEE.

Comme nous l'avons vu précédemment, les services publics sont importants pour le médecin et son entourage. L'absence d'école, de garderie pour ses enfants, de travail pour le conjoint, de commerce, repousse le médecin et sa famille, par conséquent il y a peu de chance qu'il s'installe dans ces zones abandonnées par les pouvoirs publics.



*Illustration de Plantu sur les déserts médicaux*

Marie-Hélène Grassaud démontre au sein de son étude sur les déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire, que ceux-ci sont principalement liés à la qualité de l'environnement personnel et professionnel avec la présence de services publics et sanitaires de proximité. (52)

Pour ce qui est des souhaits d'exercice des internes de médecine générale, l'ISNAR-IMG dans son enquête nationale démontre que 90 % des internes interrogés accorde de l'importance à la présence de services sanitaires de proximité. « Concernant l'exercice professionnel, l'environnement sanitaire a tout autant son importance puisque près de 90 % des internes qui ont répondu souhaitent avoir à proximité de leur lieu de travail un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie, des praticiens paramédicaux libéraux et un cabinet de radiologie avec échographie ; des structures sanitaires résolument tournées vers le monde ambulatoire. » (53)

## 4.8 L'EXTRA-MEDICAL ET LA GESTION D'ENTREPRISE

### 4.8.1 Les charges sociales

Huit pour cent des études sélectionnées parle du problème des charges sociales.

Dans l'ensemble des articles sélectionnées, deux définitions du terme « charges sociales » s'opposent. Pour certains, les « charges sociales » englobent les charges en lien avec l'URSAFF, la CSG et les caisses de retraite, pour d'autres ce sont les charges globales, c'est-à-dire les charges sociales et les charges de fonctionnement d'un cabinet (loyer et charges locatives, rémunération d'un secrétariat, frais de voiture etc...)

Dans la majorité des études sélectionnées, le montant des charges sociales jugé élevé, quelles qu'en soient la définition, est un frein à l'installation.

Ainsi pour Amaury Loron, dans son étude de suivi de cohorte des jeunes généralistes en Champagne-Ardenne en 2013, les charges d'un cabinet de médecine ambulatoire sont les premières causes de non installation. (54)

Bien évidemment, dans certaines régions, certaines charges sont plus importantes. Ainsi comme nous l'explique Isabelle Guerbet « le coût important des loyers en région parisienne semblent être [le principal frein] à l'installation de nouveaux médecins. » (55)

## 4.8.2 La précarité du statut libéral

Six pour cent des études sélectionnées parle du problème de précarité du statut libéral.

Alors pourquoi parle-t-on de statut libéral précaire ? Deux arguments laissent le sous-entendre.

Le premier argument naît de l'absence de prise en charge sociale en cas de maladie du médecin. En effet, les indemnités journalières versées n'arrivent qu'à partir du 90<sup>ème</sup> jour d'arrêt maladie. Les indemnités ainsi versées ne couvrent en aucun cas les frais de fonctionnement d'un cabinet médical et les charges sociales du médecin. En comparaison avec le régime social des indépendants, les indemnités journalières sont versées à partir du 8<sup>ème</sup> jour d'arrêt maladie.

Le deuxième argument est la prise en charge du congé maternité qui a longtemps été un souci.

Il aura fallu 25 ans pour que l'injustice faite aux femmes médecins libérales concernant la maternité soit reconnue. Aujourd'hui, si la couverture maternité des femmes médecins a progressé, sa situation reste précaire en cas de grossesse et le combat continue. En 2006, Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, annonçait dans son plan de démographie l'alignement du congé maternité des femmes médecins libérales sur les salariées. Elles bénéficient donc dorénavant de six semaines de congés avant l'accouchement et de dix semaines après (au lieu de huit préalablement) et d'une allocation forfaitaire de repos maternel. Depuis 2006 l'indemnisation comprend une indemnité maternité égale à un plafond mensuel de sécurité sociale de 3218 €, et des indemnités journalières de 52,90 € par jour versées au maximum pendant 16 semaines soit 2 471 € par mois. L'indemnisation de base ne couvre pas les frais de fonctionnement d'un cabinet libéral.

Ainsi dans les articles sélectionnés les mots restent forts quant à cette précarité sociale. Comme le souligne Thibaut Coliche qui met en évidence plusieurs inquiétudes concernant les futurs praticiens : « La précarité du statut de médecin libéral les inquiète, et le salariat les séduits » (34) Iliana Koleva parle elle, d'une « mauvaise couverture sociale. » (56)

Le futur praticien semble préférer le statut qui ne le mettra pas dans une difficulté financière.

Ainsi l'absence de couverture sociale efficace qui ne permet pas au médecin d'assumer son salaire et ses charges imputables au fonctionnement de son cabinet médical semble être un frein à l'installation en médecine générale libérale.

### 4.8.3 Les charges administratives

Vingt-six pour cent des études sélectionnées parle du problème des charges administratives.

Il est difficile de chiffrer le temps de travail administratif, tout en sachant qu'il est différent pour chaque médecin, parfois ce travail peut être délégué au secrétariat, mais dans l'ensemble, l'opinion générale montre que c'est un frein à l'installation en médecine générale. Philippe Le Fur s'est attardé sur le temps de travail des médecins généralistes en 2009, il montrait ainsi que les tâches administratives occupaient en moyenne 7h de travail hebdomadaire pour chaque médecin. (24)

Définissons le travail administratif. D'après le travail de Julie Micheau et d'Éric Molière, le travail administratif recouvre trois composantes :

- un volet médical : la lecture des résultats d'examen, la mise à jour des dossiers des patients, les courriers aux confrères ;
- un volet administratif qui concerne la sécurité sociale et les dossiers administratifs des patients (prises en charge des affections de longue durée, bons de transport, dossiers de déclaration du handicap, télétransmissions...) ;
- et un volet de gestion du cabinet et de l'activité libérale (avec au premier chef la comptabilité).

De l'avis assez général, le volet administratif semble inintéressant, voire semble être un travail qui ne devrait pas incomber au médecin généraliste ou qui est inutile en partie. (23)

L'ensemble des études centrées sur la charge administrative montrent que le temps médical est grignoté par de l'administratif, ce qui semble nuire à l'installation des généralistes.

Ainsi Pierre Ambroise Thomas publie un article pour le bulletin de l'académie nationale de médecine et fait un constat : « En médecine libérale, les conditions d'exercice deviennent de plus en plus difficiles, en raison notamment du consumérisme ou du mésusage médical de la part des patients et de la multiplicité croissante des tâches administratives. » (57)

L'ensemble des études qui analysent ce facteur arrivent au même résultat : les charges administratives sont un frein pour 92 % des médecins. Ainsi Estelle Coppolani qui s'est intéressé aux remplaçants thésés de Haute Garonne démontre dans son étude que « les démarches et charges administratives semblent être le plus grand frein à l'installation avec d'une part 91,36 % des médecins généralistes remplaçants thésés qui trouvent les charges administratives dans un cabinet de médecine générale trop importantes, et d'autre part 72,84 % qui pensent que les démarches administratives d'ouverture d'un cabinet sont trop lourdes.» (58)

Pour Amaury Loron dans son étude de suivi de cohorte des jeunes généralistes en Champagne-Ardenne en 2013 « les freins perçus à l'installation étaient principalement les charges administratives (92 %), comptables (76 %) et de gestion du cabinet (87 %).» (54)

Ainsi, la charge administrative qui s'ajoute au travail du médecin est un inconvénient qui ne favorise pas l'installation des jeunes généralistes.

#### 4.8.4 L'investissement financier initial

Treize pour cent des études sélectionnées parle de l'investissement financier initial.

L'investissement financier initial se définit par l'achat de bien immobilier et l'achat de matériel nécessaire à la pratique de l'exercice médical.

L'enquête nationale de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale montre que les internes sont conscients de l'investissement financier: « 68 % souhaitent investir dans leur futur lieu d'exercice, majoritairement dans leur matériel médical (91 %), mais aussi dans les locaux (71,2 %).» (53)

Pour les praticiens installés, comme nous le montre Augustin Decode dans son étude comparative des remplaçants et des jeunes installés du secteur Nord alpin, pour 40 % des médecins installés l'investissement financier initial est une entrave à l'installation libérale. Il propose ainsi une solution : « Les collectivités locales ou les organismes d'assurance maladie pourraient être les propriétaires-gestionnaires de cabinets médicaux, dont les médecins seraient les effecteurs-salariés. » (22)

Dans les zones où l'immobilier a un coût important, l'investissement financier est un réel frein. Ainsi comme nous le montre François Bonnaud et al. dans leur étude des motifs et

freins à l'installation en médecine générale libérale auprès de 1300 jeunes médecins de l'Ile de France, « l'investissement financier est un frein à l'installation pour près de 78 % des interrogés ». (59)

Toutefois, pour lutter contre la désertification médicale dans les zones où la démographie médicale est faible, la loi relative au développement des territoires ruraux offre la possibilité aux collectivités territoriales d'appliquer de grandes mesures financières : elles portent sur des aides à l'installation et une prise en charge des frais d'investissement et de fonctionnement (mise à disposition de locaux et de logement, versement de primes à l'installation ou à l'exercice...).

#### 4.9 D'AUTRES FACTEURS INFLUENÇANT L'INSTALLATION :

D'autres facteurs ont été cités au sein de ces différentes études sélectionnées. Ces facteurs se retrouvent majoritairement dans les enquêtes d'opinion.

Les différents facteurs cités sont : le temps de travail des généralistes, les gardes et la permanence des soins, la possibilité de prendre des congés, la présence d'un secrétariat, l'informatisation, la rémunération, le choix positif de la médecine générale à l'internat, la pénibilité et la dévalorisation du métier de médecin généraliste.

Ces facteurs sont cités dans moins de 4 % des études sélectionnées. (3 études)

Le temps de travail des médecins généralistes est important (26,61,69), malgré cela aucune étude ne montre de lien entre temps de travail et installation.

En ce qui concerne la permanence des soins, les internes souhaitent y participer de façon majoritaire, l'ISNAR-IMG démontre que pour 78,3 % des internes, la permanence des soins fait partie du métier de médecin généraliste (53). Dans la réalité, Hervé Picard démontre que 7 ans après la fin de leur DES, seulement la moitié des jeunes généralistes installés participent à la permanence des soins (7). Pour l'autre moitié, Emilie Milliasseau, dans son enquête sur les jeunes installés, prouve que « les gardes, [et les]contraintes de la permanence de soins [sont parmi les inconvénients majeurs de la pratique libérale].» (69)

Dans les inquiétudes retrouvées par les internes sur l'installation libérale, était citée : « l'impossibilité de prendre des congés ». Malgré cela, deux études faites sur les praticiens installés démontraient qu'il n'existait aucun fondement. Ainsi Emilie Milliasseau déclarait que

les praticiens prenaient environ 5 à 6 semaines de congés annuels. La prise des vacances semblait correspondre à la période désirée pour une grande partie. (69) L'agence régionale de la santé des Pays de la Loire démontre que « la proportion de généralistes qui prennent plus de six semaines de vacances est deux fois plus élevée parmi ceux qui exercent en cabinet de groupe ».

D'autre part, la présence d'un secrétariat, semble essentielle pour faciliter le travail du médecin, tout comme l'explique Claire Huon-Wojtarkowski : « Si les femmes sont plutôt favorables à l'installation, elles émettent toutefois des exigences quant à leur mode d'exercice. Elles s'accordent toutes sur le fait de vouloir exercer en cabinet de groupe avec un secrétariat. » (15)

Nous pouvons affirmer un autre argument, ceux dont le choix de faire de la médecine générale avant de débiter l'internat s'installent plus de façon significative. (97,107)

Enfin, deux études semblent évoquer une dévalorisation du métier de médecin généraliste, ce qui serait responsable de la crise des vocations. La sociologue Géraldine Bloy décrit la transformation du rôle social du médecin « avec un moindre attrait pour la notabilité traditionnelle qui caractérisait le médecin généraliste, en particulier en milieu rural (notable de la commune). » (32) Pour Hélène Texier, les jeunes généralistes se sentent moins bien considérés par les patients. « Ils pensent avoir perdu la reconnaissance des patients et n'être même parfois que des prestataires de services. » (88)

# DISCUSSION

## 1. Résumé des principaux résultats de l'étude

Vingt-trois facteurs influençant l'installation libérale ambulatoire ont été retrouvés au sein de cette revue de la littérature.

Les facteurs les plus étudiés apparaissent dans plus de 30 % des études sélectionnées. Ces facteurs sont : le conjoint et son emploi, les enfants, les maisons de santé pluridisciplinaires, la formation ambulatoire, et l'exercice seul.

Les facteurs influençant l'installation de façon positive ont été identifiés au sein de cette revue de la littérature ainsi nous pouvons démontrer :

- Le rôle du conjoint dans le choix du lieu d'installation,
- La paternité influence l'installation,
- l'origine du médecin, si elle est identique au choix du lieu d'installation, favorise celle-ci,
- la possibilité d'exercer en maison de santé pluridisciplinaire, est un facteur incitatif,
- et le rôle de la formation médicale ambulatoire dans la promotion de l'exercice libéral.

Les freins à l'installation retrouvés sont : L'exercice isolé, la disparition des services de proximité, et enfin les freins liés aux charges administratives et financières de l'exercice libéral.

Toutefois, l'impact de certains facteurs reste à évaluer, notamment l'efficacité des aides à l'installation.

## 2. Les forces et les faiblesses de cette revue de la littérature

Les forces et les faiblesses de cette revue systématique de la littérature sont liées aux limites des méthodes utilisées, respectivement lors des étapes de recherche documentaire, de sélection des documents et, enfin, de l'analyse de leurs contenus.

### 2.1 STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

#### 2.1.1 Période concernée

La période est de 11 ans (de 2004 à 2015) à partir de la réforme des études médicales qui a érigé la médecine générale au rang de spécialité.

C'est une période satisfaisante pour une revue de la littérature, de plus l'accès aux documents est facilité par la numérisation d'un bon nombre de ceux-ci.

#### 2.1.2 Bases de données interrogées

Nous avons utilisé comme sources principales deux bases de données françaises : le SUDOC qui a pour mission de recenser l'ensemble des thèses produites en France, et la base documentaire l'école des hautes études en santé publique qui recense un grand nombre d'articles et de thèses de qualité.

Les bases documentaires de Medline et Pubmed nous ont permis de recruter de nombreuses études internationales. Cependant, nous avons fait le choix de ne pas les retenir car les facteurs influençant l'installation en médecine générale sont très influencés par la culture locale. Peu d'études françaises ont été retrouvées par l'intermédiaire de Pubmed et Medline.

Google Scholar, qui est le moteur de recherche performant de Google spécialisé dans les publications scientifiques, est resté une aide à la recherche de certains articles.

La base documentaire DUMAS, qui est un portail d'archives ouvertes de travaux d'étudiants validés par un jury dans toutes les disciplines, nous a permis de retrouver certains articles qui n'étaient pas disponibles dans la base du Sudoc.

Enfin, les bases de données de chaque université française ont été consultées à la recherche de publications non répertoriées dans les autres moteurs de recherche. Ces moteurs de recherche disposent d'une liste d'un ensemble de ressources disponibles dans les bibliothèques universitaires du territoire français. Voici quelques exemples : la faculté de Poitiers : <http://scd.summon.serialssolutions.com>, la faculté de Lorraine : <https://petale.univ-lorraine.fr/>, la faculté de Toulouse : <http://catalogue.univ-toulouse.fr/>, la faculté de Paris : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/>, Etc....

Ces moteurs de recherche ont été utiles pour mettre au jour tout ce qui n'a été pas accessible par le net.

L'aide d'une bibliothécaire a été indispensable afin de clarifier au mieux les recherches documentaires, leurs pertinences et d'enrichir la bibliographie.

Beaucoup d'articles et notamment de thèses ne sont pas numérisés. C'est la raison pour laquelle il existe un biais de sélection.

Pour les études non publiées (la littérature dite « grise »), une demande a été faite à chaque auteur afin d'obtenir les articles concernés. Concernant les travaux de thèse, quand il était impossible de joindre l'auteur, il a été possible de récupérer les articles par les enseignants en médecine générale qui ont été sollicités à leur tour. Nous avons arrêté les relances en juin 2016. Un dernier article a été récupéré en juillet 2016 et il n'y a pas eu d'arrivée de nouvel article depuis. Les études publiées en 2016 n'ont pas été incluses.

Le biais de publication a été minimisé en établissant une stratégie de recherche large, c'est la raison pour laquelle nous avons utilisé plusieurs bases de données.

### 2.1.3 Liste des mots-clés

La liste des mots clés permettant de débiter la recherche était dans un premier temps limitée à « facteurs » - « influençant » - « médecine générale ».

Cette liste s'est étoffée à la suite des différentes lectures d'articles afin de sélectionner le plus grand nombre d'articles pertinents.

## 2.2 SELECTION ET ETUDE DES DOCUMENTS

Cent-dix-sept articles ont été sélectionnés à partir des mots clés sus cités.

Malgré une sélection rigoureuse, 8 articles ont été exclus. Les raisons des exclusions sont multiples ainsi ont été exclus un article hors période, une étude francophone qui s'est déroulée au Canada, 6 articles non pertinents avec manquements méthodologiques, voir peu informatifs concernant notre étude.

Vingt études n'ont pas pu être récupérées malgré une demande faite aux auteurs. La lecture du titre et du résumé de ces articles exclus, quand ils étaient disponibles sur internet, n'ont pas permis de mettre en évidence de nouveaux éléments informatifs pour notre revue de la littérature.

L'étude et la sélection des documents ont été faites par un seul lecteur ce qui implique l'existence d'un biais de sélection et d'un biais d'interprétation. En effet, la sélection fait appel à la subjectivité du lecteur et à sa propre interprétation au cours de la lecture critique.

## 2.3 SYNTHÈSE CRITIQUE DES RESULTATS.

Dans une revue systématique de la littérature, la validité finale de celle-ci repose en partie sur la validité de chacun des essais individuels recueillis.

Il a fallu pour ce faire effectuer une lecture critique de chacun des articles sélectionnés. Devant le nombre important d'articles, l'utilisation de grilles simplifiées a été plus judicieuse. Un grand nombre d'études descriptives qualitatives et quantitatives ont été retrouvées. Comme nous l'avons expliqué au chapitre méthode, nous ne pouvons pas évaluer la recherche qualitative de la même manière que la recherche quantitative.

Nous avons utilisé la grille simplifiée de Bordage, qui est un outil guide destiné à évaluer la qualité d'un essai quantitatif. Elle est construite pour l'analyse d'articles dans le domaine de la santé.

Pour les recherches quantitatives nous avons choisis d'utiliser pour les mêmes raisons, la grille de Côté et Turgeon, qui est un outil guide simplifié en français destiné à évaluer la qualité d'un article qualitatif.

Pour les autres types d'articles, nous nous sommes servis de grilles simplifiées. (cf. annexe 3)

La HAS préconise l'utilisation des niveaux de preuve d'une étude afin d'en faire au mieux l'analyse. Le niveau de preuve d'une étude se caractérise par la capacité de l'étude à répondre à la question posée.

Des recommandations scientifiques ont été proposées et classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve et sans biais majeur ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : par exemple les études de cohortes ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<b>A</b>  Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<b>B</b>  Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
<b>C</b>  Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.  Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

*Grade des recommandation selon la HAS*

Du fait d'un grand nombre d'études collectées de niveau 3 et 4, nous pouvons affirmer que la majorité des études sélectionnées possèdent un faible niveau de preuve scientifique.

D'autre part la HAS recommande pour une étude de causalité sur les phénomènes non contrôlables et fréquents d'effectuer un suivi de cohorte. Or favoriser uniquement les études de cohortes n'aurait pas été possible pour cette revue de la littérature.

Toutefois, beaucoup d'articles sélectionnés restent des articles d'opinion sur les intentions d'installation. Il ne faut alors pas confondre les attentes des internes avec les réalités des attentes des généralistes installés. Quelques études nous permettent de faire la comparaison entre les souhaits des internes et la réalité.

Mayelis Thouraud de Lavignière nous le montre bien en mettant en évidence le ressenti des internes et des généralistes installés. Ainsi, elle déclare que « les principaux freins à l'installation mis en évidence [par les internes de médecine générale] sont : la difficulté à pouvoir prendre des congés, à trouver des remplaçants, et le sentiment d'isolement pour l'exercice médical. Paradoxalement, ces freins ne correspondent pas aux difficultés qu'éprouvent au quotidien les médecins installés, à savoir : les formalités administratives, les charges fiscales, les formalités de comptabilité et de gestion du cabinet. » (12)

Ainsi les facteurs influençant sont multiples, et non fixés dans le temps. Le médecin évolue ainsi que son entourage, ses besoins et ses attentes deviennent différentes au fil des années d'où l'importance de connaître les résultats de ces études qualitatives, malgré leur faible niveau de preuve.

### 3. Comparaison avec les précédentes revues de littérature

Une revue de la littérature parue en 2015 a été faite par Julien Poimboeuf (62) où il mentionne les différents facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux. L'objectif de son étude a été d'identifier dans la littérature internationale des facteurs spécifiques d'installation des médecins généralistes dans ces déserts. Cette étude est basée sur l'analyse d'une majorité d'articles d'origine américaine.

Dans notre étude, il n'a pas été fait de critère distinctif entre l'installation citadine et l'installation dans les déserts médicaux. Rappelons que l'objectif principal de notre étude était de comprendre les facteurs qui pouvaient favoriser une installation en médecine générale ambulatoire en France. De plus, de nos jours la pénurie de médecins généralistes exerçant en ambulatoire touche l'ensemble du territoire français.

Julien Poimboeuf met en évidence plusieurs résultats qu'il classe en cinq catégories :

Premièrement, les facteurs intrinsèques, propre au médecin, et il démontre ainsi que :

- l'origine rurale favorise l'installation de façon significative en zone rurale,
- le souhait d'exercer la médecine générale ambulatoire favorise l'installation,
- le sexe masculin n'est pas un facteur qui influence l'installation en médecine générale rurale.

En second lieu, concernant les facteurs influençant l'installation pendant les études de médecine, il n'a pas été retrouvé de facteur significatif qui influence l'installation en médecine générale ambulatoire.

Troisièmement, pour les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire pendant l'internat, il démontre que le stage ambulatoire en zone rurale favorise les installations en zone rurale de façon significative.

Quatrièmement, deux facteurs professionnels ont été retrouvés de façon significative : ceux qui souhaitent exercer dans les zones désertifiées s'installent plus dans les déserts médicaux et il démontre l'importance du regroupement qui favorise l'installation.

Enfin, il met en évidence l'influence des facteurs personnels tels la qualité de vie qui favorise une installation.

L'ensemble de ces résultats sont retrouvés au sein de notre revue de la littérature française.

Toutefois, nous avons mis en évidence d'autres facteurs essentiels qui influencent l'installation notamment le salariat et les charges sociales, administratives et financières. Ces facteurs ne sont pas cités dans la revue de la littérature de Julien Poimboeuf. Peut-être est-ce le fait d'une étude internationale ?

## 4. Les pistes pour des recherches ultérieures

L'attractivité pour la médecine en France n'est pas à démontrer. Les facultés de médecine en France débordent d'étudiants. Cette attractivité, notamment pour la médecine générale, est réelle puisque 97 % des postes offerts à la suite des ECN en 2015 ont été pourvus.

Alors que se passe-t-il au cours de la formation du troisième cycle qui expliquerait la crise des installations libérales ? Ou peut-être faut-il chercher ailleurs l'explication de cette situation ?

Cette revue de la littérature nous donne quelques pistes d'orientation quant aux facteurs modifiables qui pourraient permettre de favoriser les installations libérales.

Plusieurs auteurs démontrent l'importance du recrutement des futurs médecins dans les zones désertifiées, ainsi les étudiants issus des régions non attractives pourraient devenir les praticiens ambulatoires de demain.

Le rôle du regroupement semble par ailleurs essentiel, ainsi les maisons de santé pluridisciplinaires paraissent répondre aux critères et besoins de regroupement des équipes médicales afin de rompre l'isolement de cet exercice libéral. Elles assurent la possibilité de partager les charges de fonctionnement et la possibilité d'aménager l'emploi du temps des médecins afin de répondre au mieux à l'équilibre de vie auquel ils aspirent.

La formation médicale des généralistes doit poursuivre la sortie du modèle centré sur l'hôpital. Une amélioration de la formation et des informations sur l'exercice libéral sont indispensables.

Plusieurs études démontrent par ailleurs que les aides à l'installation proposées par le gouvernement ne sont que peu connues, d'où leur manque probable d'efficacité.

L'amélioration de la couverture sociale et de santé des médecins favoriserait l'installation, notamment des femmes.

Enfin, la réorientation du travail administratif qui incombe au médecin, permettrait d'augmenter le temps médical à consacrer aux patients, et diminuerait la pénibilité ressentie par la difficulté de gestion de celui-ci.

Il semble alors essentiel de maximiser les études de cohorte sur ces différents sujets afin d'apporter la preuve de l'efficacité de ces mesures. Des recherches futures pourraient s'intéresser au désir d'installation en fonction de l'évolution de la formation ambulatoire. Il serait intéressant d'évaluer les expérimentations concernant les aides à l'installation et la mise à disposition de locaux par les collectivités depuis la loi relative au développement des territoires ruraux. D'autre part, nous pouvons nous interroger sur la perspective suivante, faut-il créer des postes salariées de médecine ambulatoire afin de lutter contre la désertification médicale?

## CONCLUSION

« Les territoires se vident de leurs médecins » annonçait le conseil national de l'ordre en 2015. Chaque territoire, qu'il soit rural ou urbain, rencontre des problématiques spécifiques pouvant engendrer des pénuries de médecins. Et selon les prévisions, plus que préoccupantes, en 2025 la France aura perdu un médecin généraliste sur quatre en vingt ans.

Un paradoxe se crée en effet, il y a de plus en plus de médecin, mais de moins en moins de généraliste en activité exerçant en secteur libéral.

Notre revue systématique de la littérature montre que de multiples facteurs influencent une installation libérale.

Les facteurs non modifiables, sont inhérents au médecin. Il s'agit de son sexe, de son origine et de son entourage. Les autres facteurs doivent être considérés comme modifiables. Ils doivent être au centre des actions tant au niveau des actions politiques, que des actions et formations universitaires.

Il semble important d'agir vite afin de limiter cette pénurie.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas national de la démographie médicale. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf) (Page consultée le 7 Septembre 2015)
2. Démographie médicale. Disponible sur : [demographie.medecin.fr](http://demographie.medecin.fr) (Page consultée le 7 Septembre 2015)
3. OECD. Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE, OECD Publishing ; Paris. 2015.  
Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-fr](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr) (Page consultée le 17 juin 2016)
4. Dory V, Pouchain D, Baulieu MD, Pestiaux D, Gay B, Guy R. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer* 2009 ; 20(85):4-7.
5. Cote L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Revue internationale francophone d'éducation médicale* 2002;3(2):81-90.
6. Hardy AC. La féminisation de la médecine : faux problèmes et vraies questions. Disponible sur : [http://www.canal-u.tv/video/universite\\_de\\_bordeaux/la\\_feminisation\\_de\\_la\\_medicine\\_faux\\_problemes\\_et\\_vraies\\_questions.6439](http://www.canal-u.tv/video/universite_de_bordeaux/la_feminisation_de_la_medicine_faux_problemes_et_vraies_questions.6439) (Page consultée le 25 avril 2016)
7. Picard H. Avenir jeunes médecins généralistes Ile de France: Rapport de synthèse. Novembre 2015.
8. Martinot G. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de médecine de Dijon de 2003 à 2007. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bourgogne. Dijon, 2012.
9. Massard D. Devenir socioprofessionnel des jeunes diplômés de médecine générale: enquête auprès des premiers internes de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008). Thèse de doctorat en médecine .Université du droit et

de la santé. Lille, 2014.

10. Veauvy C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale. Thèse de doctorat en médecine. Université François Rabelais, UFR de médecine. Tours, 2014.
11. Mabon S. Quels sont les déterminants du choix de l'exercice ambulatoire des internes de médecine générale au terme de leurs études? Thèse de doctorat en médecine. Université du droit et de la santé. Lille, 2013.
12. 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 en médecine. Université de Bordeaux II. Bordeaux, 2012.
13. Hurel K, Jerber M, Le Guyader S. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. Commissariat général à l'égalité des territoires; 2015. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036335> (Page consultée le 1er juin 2016)
14. Chaney S. Etre mère constitue-t-il un frein à l'installation en médecine générale libérale? Thèse de doctorat en médecine. Université de Rouen, 2011.
15. Huon-Wojtarkowski C. Les femmes remplaçantes dans la Somme face à une installation en médecine générale libérale: attentes et réticences. Thèse de doctorat en médecine. Université de Picardie. Amiens, 2015.
16. Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? : Analyses micro-économétriques de l'offre de soins. Économies et finances. Université Paris Dauphine - Paris IX. Paris, 2015.
17. Anselm M, Alizada U, Gagneur E, Mutzig N, Tomkinson J. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale : enquête auprès des internes en médecine générale information. Observatoire Régional de la Santé d'Alsace. (O.R.S.A.L.). Strasbourg, 2011 mars p. 52p.
18. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE. A program to increase the

- number of family physicians in rural and underserved areas: Impact after 22 years. JAMA. 20 janv 1999;281(3):255-60.
19. Delattre E, Samson AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français: mécanismes économiques ou hédonistes. Economie et statistique. 2012;(455-456):115-42.
  20. Malochet G. La féminisation des métiers et des professions. Quand la sociologie du travail croise le genre. Sociologies pratiques 2007 ;(14):91-9.
  21. Cacouault-Bitaud M. La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? Travail, genre et sociétés. 27 nov 2008;(5):91-115.
  22. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale: analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Thèse de doctorat en médecine. Université Joseph Fourier. Grenoble, 2011.
  23. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf> (Page consultée le 9 Septembre 2016)
  24. L'emploi du temps des médecins libéraux. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf> (Page consultée le 9 septembre 2016)
  25. Ambroise-Thomas P. La situation de la médecine générale en France : réflexions et propositions. Académie nationale de médecine. Paris. 2011 mai. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036335/> (Page consultée le 18 Juin 2016)
  26. Poppelier A. Exercice de la médecine générale: approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie. Poitiers, 2010.
  27. Boudou Battisti A-L. Le devenir des promotions de médecine générale de 2004 à 2007 de Midi-Pyrénées. Thèse de doctorat en médecine. Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil. Toulouse, 2014.

28. Bernard A-F. Influence du stage chez le praticien sur les projets professionnels des internes de médecine générale en Picardie. Thèse de doctorat en médecine. Université de Picardie. Amiens, 2013.
29. Bourgueil Y, Clement MC, Couralet PE, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratrice des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Institut de recherche et documentation en économie de la santé 2009;(147):1-8.
30. Arrêté du 18 juin 2009 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste\\_20090007\\_0100\\_0109.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0100_0109.pdf) (Page consultée le 9 Février 2016)
31. 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 en médecine. Université Joseph Fourier. Grenoble, 2013.
32. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste ... ou pas ? Direction des études de l'évaluation et des statistiques. février 2011 ; 104. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf> (Page consultée le 30 Avril 2016)
33. Guyard Cognat C. Les médecins généralistes remplaçants dans le Rhône : activité, projet professionnel et freins à l'installation. Thèse de doctorat en médecine. Université Claude Bernard Lyon 1. Villeurbanne, 2013.
34. Coliche T, Noel G. Quels sont les déterminants à la 1ère installation en médecine générale ? Étude qualitative de médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du Nord-Pas-de-Calais. Thèse de doctorat en médecine. Université du droit et de la santé Lille 2. Lille, 2013.
35. Marrakchi S. Devenir professionnel des internes de médecine générale: Analyse des promotions de 2003 à 2005 issues de la faculté de médecine de Rennes. Thèse de doctorat en médecine. Université européenne de Bretagne. Rennes, 2010.
36. Gouget A. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de

- Dijon de 1993 à 1997: étude démographique réalisée à partir des réponses de 95,22% des 251 médecins de l'enquête. Thèse de doctorat en médecine .Université de Bourgogne. Dijon, 2005.
37. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation. Thèse de doctorat en médecine. Université Joseph Fourier. Grenoble, 2013.
  38. 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 en médecine. Université Paris 13, 2013.
  39. Conseil national de l'ordre des médecins. Enquête BVA attentes des médecins. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf> (Page consultée le 8 Février 2016)
  40. Prodhomme M. Le stage chez le praticien en DCEM 3 (MED 5): un facteur influençant dans le choix d'une carrière de médecin généraliste ? Thèse de doctorat en médecine. Université du droit et de la santé. Lille, 2014.
  41. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. Santé Publique. 1 janv 2014;26(1):65-74.
  42. Simon H. Organisation de deux journées de formation sur les soins primaires et exercice libéral: impact d'une recherche -action sur le sentiment d'aptitude à exercer et le désir d'installation des internes en spécialité de premier recours du Languedoc-Roussillon. Thèse de doctorat en médecine .Université de Montpellier I. Faculté de médecine. Montpellier, 2014.
  43. Clement G, Campagne C. Le forum de l'installation en auvergne: les effets positif de la mise en autonomie! Exercer 2009; 86:51-5.
  44. 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 en médecine. Université Joseph Fourier. Grenoble, 2012.

45. Landry C. Formation des internes de médecine générale: Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Créteil. Paris, 2015.
46. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS: étude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à octobre 2011. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bourgogne. Dijon, 2012.
47. Freche B. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? *Exercer* 2011;(95):21 à 24.
48. Muller V, Ghasarossian C. Évolution des désirs professionnels des étudiants en 3e cycle de médecine générale en Île-de-France au cours de leurs études et à travers les réformes. *Exercer* 2009;89(50):147.
49. 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 en médecine. Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine. Nice, 2012.
50. Rigot H. Installation des médecins généralistes en milieu rural, motivation et impact des mesures incitatives, premières constatations et perspectives. Thèse de doctorat en médecine. Université de Reims, 2015
51. Brabant B. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées. Thèse de doctorat en médecine .Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Paris, 2013.
52. Grassaud M-H. Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement de service public. Thèse de doctorat en médecine. Université Paul Sabatier Faculté des sciences médicales Rangueil. Toulouse, 2013.
53. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. (I.S.N.A.R.I.M.G.). Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Lyon: ISNAR IMG 2011:30.

54. Loron A. Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne : devenir après deux années de suivi. Thèse de doctorat en médecine. Université de Reims. Reims, 2013.
55. Guerbet I. Le devenir professionnel des jeunes médecins généralistes de Paris-Ile-de-France-Ouest. Thèse de doctorat en médecine .Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2004.
56. Koleva I. Les déterminants du choix du mode d'exercice en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-directifs dans l'Hérault. Thèse de doctorat en médecine .Université de Montpellier 1. Montpellier, 2013.
57. Ambroise-Thomas P. La démographie médicale Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Bulletin de l'académie nationale de médecine. 2009;193(2):405-13.
58. Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne. Thèse de doctorat en médecine. Université Paul Sabatier Toulouse 3. Toulouse, 2014.
59. Bonnaud F, Haiat R. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. Recherche médecin désespérément ! Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. URML Ile de France. Paris. 2008.
60. Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature. Thèse de doctorat en médecine. Université européenne de Bretagne. Rennes, 2015.
61. Observatoire régional de la santé - Union régionale des médecins libéraux. Condition d'exercice des médecins généralistes des pays de la Loire en 2007 ;2008 [http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2008panel\\_1\\_v1\\_rapport.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2008panel_1_v1_rapport.pdf) (Page consultée le 18 Juin 2016)
62. Blanchard G. Activité professionnelle d'une ancienne promotion d'internes en médecine générale : étude descriptive en Lorraine. Thèse de doctorat en médecine. Nancy, 2014.

63. Chaumartin D, Frappe P, Association des futurs médecins généralistes stéphanois. Saint-Etienne. Aspirations des futurs généralistes stéphanois. Saint-Etienne: AFMGS 2007:22
64. Petit R. Attente des jeunes diplômés au sujet de leur installation : points de vue des médecins généralistes libéraux. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rouen, 2014.
65. Tcha H. Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22). Thèse de doctorat en médecine. Université de Bretagne occidentale. Brest, 2012.
66. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmady A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Institut de recherche et documentation en économie de la santé Paris: (France) IRDES 2006.
67. Samson AL. Comportements d'offre de soins et revenus des médecins généralistes : l'influence de la régulation de la médecine ambulatoire. Les transformations des professions médicales : organisation, règles et rémunérations. 2011;29(5):247-69.
68. Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire. (O.R.S.P.L.), Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. (U.R.M.L.). Saint Sébastien sur Loire. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1 (mars 2007). Nantes: ORS 2008 :28.
69. Milliasseau E. Conditions d'exercice et degré de satisfaction à l'installation libérale des jeunes médecins généralistes: à propos d'une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes installés depuis moins de 5 ans en région Rhône-Alpes. Thèse de doctorat en médecine. Université de Lyon, Université Claude Bernard. Lyon, 2010.
70. Jardel A. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rouen, 2014.

71. Veyriras Chemille A. Critères d'installation en secteur rural ou semi-rural des femmes médecins généralistes exerçant en Limousin. Thèse de doctorat en médecine. Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie. Limoges, 2008.
72. Molard F. Critères du choix du lieu d'installation des résidents: étude auprès de 119 résidents de Poitou-Charentes. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie. Poitiers, 2005.
73. Guillot L. Démographie médicale en Limousin: profil et devenir des jeunes médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine. Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie. Limoges, 2008.
74. Labrunie-Dias V. Démographie médicale et devenir socio-professionnel des jeunes médecins généralistes thèses à Marseille entre 2006 et 2009. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine, 2010.
75. Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon. Thèse de doctorat en médecine. Université Claude Bernard. Lyon, 2014.
76. Masson P. Déterminants de l'installation en médecine générale libérale de trois promotions de résidents de la Faculté de médecine de Dijon. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bourgogne. Dijon, 2003.
77. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale: enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales. Nantes, 2010.
78. Lemarie N. Devenir des internes de médecine générale: orientation gériatrique. Thèse de doctorat en médecine. Université de Paris-Sud. Faculté de médecine, 2015.
79. Knell Wolf V. Devenir des jeunes médecins généralistes de Haute-Normandie. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rouen, 2004.
80. Pinson Gouget M-L. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de Dijon de 1998 à 2002: étude démographique réalisée à partir des réponses de

- 93,28 % des médecins de l'enquête. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bourgogne. Dijon, 2008.
81. Sincholle F. Devenir, orientation et mode d'exercice des médecins généralistes thésés en médecine générale en région Centre entre 2000 et 2005. Thèse de doctorat en médecine. Université François Rabelais. UFR de médecine. Tours, 2009.
  82. Riol C. Devenir professionnel des étudiants ayant effectué un SASPAS de novembre 2003 à octobre 2005 à Lyon: étude descriptive et comparaison aux autres médecins des mêmes promotions. Thèse de doctorat en médecine. Université Claude Bernard. Lyon, 2008.
  83. Frou B. Devenir socioprofessionnel des médecins généralistes thésés à Lyon entre 2002 et 2004. Thèse de doctorat en médecine. Université Claude Bernard. Lyon, 2006.
  84. Marchand O. Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale : synthèse de la situation et méthodologie. Thèse de doctorat en médecine. Université Joseph Fourier Grenoble 1. Saint Martin d'Hères, 2006.
  85. Scheck E. État des lieux des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire en vue d'améliorer sa lisibilité : profil des médecins généralistes installés. Thèse de doctorat en médecine. Université Claude Bernard Lyon 1. Villeurbanne, 2014.
  86. Haute autorité de santé. Etat des lieux Niveau de Preuve et Gradation. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf) (Page consultée le 25 Avril 2016)
  87. Pichon-Pawelski M. Etre mère et médecin généraliste: est-ce compatible? Thèse de doctorat en médecine. Université de Nancy I. Faculté de médecine, 2007.
  88. Texier H. Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. Human health and pathology. 2013.
  89. Vigneron N. Étude 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 en médecine. Université de Picardie Jules Verne. Amiens, 2014.
90. Bernard E. Etude des freins à une installation libérale ou salariée de manière pérenne en soins primaires. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, 2012.
  91. Otton B. Etude des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé: la Médecine Générale dans le Roannais : état des lieux et perspectives. Synthèse. Université Claude Bernard. Lyon, 2010.
  92. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. PEDAGOGIE MEDICALE. Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. Montpellier. 2011;12(4):199-212.
  93. Benezech L. Études médicales et critères d'implantation démographiques. Thèse de doctorat en médecine. Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2. Marseille, 2009.
  94. Barat F. Exercer la médecine générale en zone rurale en 2009 : qualité de vie professionnelle et personnelle : enquête par entretiens auprès de 18 médecins généralistes installés en Saône et Loire. Thèse de doctorat en médecine. Université Claude Bernard Lyon 1. Villeurbanne, 2010.
  95. Bleau F. Facteurs ayant favorisé l'installation en zone rurale en Champagne Ardenne des médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine. Université de Reims, 2010.
  96. 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 en médecine. Université du droit et de la santé. Lille, 2014.
  97. Befve M. Facteurs déterminant le mode d'exercice de la médecine générale : enquête auprès des jeunes médecins généralistes issus des facultés de médecine de Lille (promotion 2004 à 2008). Thèse de doctorat en médecine. Université du droit et de la santé Lille 2. Lille, 2014.

98. Blanchard T. Facteurs influençant les cessations précoces d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans: enquête qualitative auprès de 8 médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers, 2012.
99. Cathalan T. Formation des internes de médecine générale: Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES « idéal ». Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Créteil. Paris, 2015.
100. Bourré M-C. Influence des stages chez le praticien dans l'installation des jeunes médecins généralistes en zone rurale: exemple breton. Thèse de doctorat en médecine. Université européenne de Bretagne. Rennes, 2013.
101. Pages J. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris Diderot - UFR de médecine. Paris, 2010.
102. Lambert A. Influence du stage chez le praticien en milieu rural sur la vision du médecin de campagne des internes de médecine générale et sur leurs projets professionnels. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Angers. Angers, 2011.
103. Galvani A. Influence du stage chez le praticien sur les déterminants de l'installation des internes en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine. Nice, 2011.
104. Lafon P. 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 en médecine. Université de Poitiers, 2013.
105. Chartier N. Intérêt des cabinets de groupe pluridisciplinaire pour favoriser l'installation des jeunes médecins en zone rurale : enquête auprès des internes de médecine générale en région Centre. Thèse de doctorat en médecine. Université François Rabelais. Tours, 2007.
106. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Dossier solidarité santé. 2009 ;12

Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf> (Page consultée le 7 Avril 2016)

107. Dautremay C. Lancement d'un observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne. Thèse de doctorat en médecine. Université de Reims Champagne-Ardenne, 2013.
108. Le Provost Falala M. L'attractivité de la médecine générale rurale : enquête qualitative auprès d'internes en médecine générale et de médecins remplaçants de la région Auvergne. Thèse de doctorat en médecine. Université François Rabelais. Tours, 2010.
109. Genet C. L'attractivité de la médecine générale rurale : une étude qualitative auprès des médecins généralistes du Nord Cantal. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Auvergne Clermont 1. Clermont-Ferrand, 2009.
110. Eyraud S. Le devenir professionnel des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à Nantes en 1999, 2000 et 2001. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales. Nantes, 2007.
111. Poisson Rubi S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie. Poitiers, 2006.
112. 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 en médecine. Université de Bourgogne. Dijon, 2012.
113. Aubertin B. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes: enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nancy I. Faculté de médecine. Nancy, 2008.
114. Eudo C. Les déterminants à l'installation chez les internes en médecine générale de la région Centre. Thèse de doctorat en médecine. Université François Rabelais. Tours, 2009.

115. Seigneur Y. L'exercice de la médecine générale en groupe pluridisciplinaire : quels attraits, quelles contraintes ? Enquête qualitative à partir d'un panel de dix médecins généralistes de Haute-Normandie. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rouen, 2014.
116. Dubois P, Le Roux G. L'hôpital local: comment pourrait-il influencer l'installation des médecins généralistes en zone rurale ? UPEC 2008 ;1-68
117. Bonnet MV. L'installation des jeunes diplômés en médecine générale: enquête qualitative auprès de quatorze médecins installés en Lorraine dans les trois ans suivant la fin de leur internat. Thèse de doctorat en médecine. Université de Lorraine. Nancy, 2012.
118. Dourlens L. L'installation des jeunes généralistes en déclin : pourquoi ? Thèse de doctorat en médecine. Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2. Marseille, 2010.
119. Bouchi W. L'installation des jeunes médecins du nord: le Saspas influence-t-il le délai d'installation ? Thèse de doctorat en médecine. Université du droit et de la santé. Lille, 2015.
120. Vialle E. L'installation des médecins généralistes : entre désir et réalité. Enquête auprès des médecins généralistes récemment installés en Auvergne et des internes en médecine générale de la faculté de Clermont-Ferrand. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Auvergne Clermont 1. Clermont-Ferrand, 2014.
121. Dubruel M. L'installation des médecins généralistes libéraux en Gironde en 2003-2004-2005. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bordeaux II, 2007.
122. Capera A. L'installation des médecins généralistes libéraux en Gironde en 2009-2010 et 2011 : comparaison d'une thèse réalisée en 2007. Thèse de doctorat en médecine. Université Victor Segalen Bordeaux II, 2013.
123. Tan A. Maison de santé pluridisciplinaire : une solution attractive pour faciliter l'installation des jeunes médecins ? Enquête auprès des internes de médecine générale et de médecins exerçant en maison ou pôle de santé en Ile-de-France. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris 7 Denis Diderot. Paris, 2012.

124. Chailloux C. Modes d'exercices diversifiés en médecine générale: étude transversale quantitative du devenir et des modes de pratique de la promotion d'internes de médecine générale d'Ile de France ayant passé l'internat en 2007. Thèse de doctorat en médecine. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2015.
125. Viot M. Motivations de l'installation des jeunes médecins angevins en exercice en soins primaires. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Angers, 2006.
126. Carol G. Motivations des jeunes médecins à l'installation en milieu rural en région Pays de la Loire. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales. Nantes, 2014.
127. Badarelle Y. Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen (1992-2002). Thèse de doctorat en médecine. Université de Caen. UFR de médecine, 2007.
128. Doppelt Benitah N. Propositions issues des sciences managériales afin d'attirer plus d'internes de médecine générale à devenir médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, 2016.
129. Rapport des Affectations des étudiants en médecine à l'ECN-2015. Disponible sur: <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/2016/Affectations-etudiants-medecine-ECN-2015-VF.pdf> (Page consultée le 12 avril 2016)
130. Bilaudeau H, Leduc N. Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées. Cahiers de sociologie et de démographie médicale. 2003 ;485-504.
131. Faccin A. Recherche médecin de campagne désespérément. A propos d'une enquête menée auprès des médecins généralistes récemment installés en milieu rural, dans le département de la Meuse. Ecole nationale de la santé publique. Rennes. 2003. Disponible sur: <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2003/misp/facchin.pdf> (Page consultée le 4 Juillet 2016)
132. Jacques N. Remplacer ou ne pas remplacer pendant l'internat: influence sur le projet professionnel des internes en médecine générale inscrit en TCEM2 en 2009/2010 à la faculté de médecine de Nancy. Thèse de doctorat en médecine. Nancy, 2011.

133. Guyard A. Thèse qualitative relative aux déterminants d'installation des médecins généralistes dans les zones franches urbaines d'Île-de France. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris Descartes. Paris, 2014.
134. Rourke J, Newbery P, Topps D. Training an adequate number of rural family physicians. Can Fam Physician. juin 2000;46:1245-8, 1252-5.
135. Lutter contre les déserts médicaux. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/Les-actions-des-ARS-dans-la-lu.191741.0.html>. (Page consultée le 4 Avril 2016)

## ANNEXES

**Annexe 1** : Grille de Cote-Turgeon -[http://www.uqtr.ca/metho-lcs/DOC/grille\\_cote-turgeon.p](http://www.uqtr.ca/metho-lcs/DOC/grille_cote-turgeon.p)

	Oui	±	Non
<b>L'introduction</b>			
1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	-	-	-
<b>Les méthodes</b>			
3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	-	-	-
4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).	-	-	-
5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).	-	-	-
6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	-	-	-
7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).	-	-	-
<b>Les résultats</b>			
8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
<b>La discussion</b>			
10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices	-	-	-
11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).	-	-	-
<b>La conclusion</b>			
12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-

## Annexe 2 : Grille de Bordage

Lecture critique d'articles scientifiques – Exemple de grille de lecture

*Exemple d'un document présentant des critères d'évaluation à la fois complets et concis. Cette grille est tirée de Bordage, G. (1989). Considerations on Preparing a Paper for Publication, Teaching and Learning in Medicine, 1(1), 47-52. Construite pour l'analyse d'articles dans le domaine de la santé, elle a été adaptée pour pouvoir être utilisée dans la rédaction et l'évaluation d'articles hors de ce domaine<sup>1</sup>.*

### Les composantes de la critique :

#### 1. TITRE

Le titre correspond exactement à l'étude rapportée; le titre n'est pas trompeur.

Le titre est clair et concis et met bien en valeur le contenu de l'étude; il sert à capter l'intérêt du lecteur.

#### 2. AUTEUR(S)

Les titres (diplômes, poste universitaire) et le lieu de travail de l'auteur sont clairement décrits (permettant d'apprécier la crédibilité de l'auteur).

#### 3. RÉSUMÉ

Le résumé est un condensé de chacune des composantes de l'étude et non seulement d'une partie de l'article comme la section discussion : problématique & question de recherche, matériel et méthodes, *informateurs*, résultats, discussion & conclusion, implications.

Le résumé contient des données précises; les résultats/*constats* les plus significatifs sont présentés.

Les retombées de l'étude sont décrites à leur juste mesure, c'est-à-dire qu'on ne généralise pas au-delà des limites de l'étude.

#### 4. INTRODUCTION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les objectifs de la recherche et plus spécifiquement ceux de l'article sont clairement énoncés.

Il y a rappel des principales données connues à propos de l'*objet/problématique*; la relation entre le problème (*lacune de savoir*) et la recherche proposée est claire.

La revue de la littérature fournit un cadre théorique et méthodologique au problème à l'étude.

Les allusions aux données connues sont accompagnées de références bibliographiques appropriées.

Les concepts (variables) importants sont clairement définis.

L'importance ou la pertinence du sujet est clairement établie par rapport à la littérature et au milieu (*enjeux théoriques et pratiques*).

Le plan général de l'étude est clairement présenté.

#### 5. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les variables/*concepts* choisis pour l'étude sont décrits clairement et sont appropriés compte tenu de la question posée.

Le plan de recherche (i.e., comment le chercheur entend s'y prendre pour répondre à la question de recherche) est décrit en détail soit directement ou par références à la littérature.

Les instruments de *production et d'analyse des données* sont clairement décrits ou documentés.

Le choix des *informateurs* (personnes à la source des données) est clairement décrit, *de même que leur nombre (en cohérence avec la démarche de recherche)*.

---

<sup>1</sup> Adaptation libre (cf. termes ou extraits en italique notamment), Maryvonne Charmillot.

La procédure de *production* des données est clairement décrite.  
Le milieu ou le contexte où s'est déroulée la recherche (*terrain*) est clairement décrit.  
La/es méthodes d'analyse est/sont clairement explicitée/s.

## 6. RÉSULTATS (*CONSTATS*)

Les énoncés de résultats sont accompagnés de données précises.  
Les tableaux et les figures sont utilisés efficacement (ni trop, ni trop peu); on évite de reprendre dans le texte le contenu intégral des tableaux et des figures.  
Le contenu et la forme des tableaux et des figures sont bien présentés; on évite les longues listes de données (*par ex trop longs extraits d'entretiens ou de séquences d'observation*).  
La section se limite à la présentation des résultats / *constats* et ne contient pas de jugement ni de discussion.

## 7. DISCUSSION ET CONCLUSION

La discussion fait bien ressortir tous les éléments discutables de l'étude (les plus et les moins).  
La discussion porte sur les résultats/*constats* de l'étude et non sur un autre sujet.  
La discussion ou la conclusion fait le lien entre les résultats / *constats* obtenus et l'état des connaissances décrits dans la revue de la littérature.  
Les conclusions énoncées sont en accord avec la *problématique* énoncée, c'est-à-dire qu'elles ne dépassent pas les limites de la recherche.

## 8. RÉFÉRENCES

Le nombre de références est raisonnable (ni trop, ni trop peu); chacune d'elle apporte un éclairage particulier.  
Le contenu de l'article démontre clairement que les références citées ont été lues et bien comprises par l'auteur.  
Les références sont présentées selon les règles acceptées de rédaction autant dans le texte que dans la bibliographie (*soit selon les normes APA, soit selon les consignes de la revue prévue pour publication*).

## 9. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les différentes sections de l'article sont clairement identifiées et leur contenu est en accord avec le titre de la section.  
La terminologie est uniforme tout au long de l'article (y compris les abréviations).  
Le ton de l'article est à la portée de l'auditoire visé et dénote une attitude rigoureuse.  
Le style est clair et agréable à lire; il n'y a pas de fautes d'orthographe.

**Annexe 3 : Grille simplifiée** selon Tanti Marc, Hupin Christian, Boutin Jean-Paul, Hassanaly Parina, « Un modèle de grille d'analyse des documents scientifiques : application à la veille sanitaire de défense », *Documentaliste-Sciences de l'Information* 1/2010 (Vol. 47), p. 4-12

URL : [www.cairn.info/revue-documentaliste-sciences-de-l-information-2010-1-page-4.htm](http://www.cairn.info/revue-documentaliste-sciences-de-l-information-2010-1-page-4.htm).

	<b>Qualité</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Titre	Court		
	Clair		
Résumé	Court		
	Clair		
	Explicatif		
Introduction	Informative		
	Descriptif du contexte		
	Objectif énoncé		
Matériels et Méthodes	Précis dans la démarche		
	Type d'étude menée décrit		
Résultats	Résultats précis		
	Résultats objectifs		
	Résultats cohérents		
	But du travail atteint		
Discussion	Résultats synthétisés		
	Résultats comparés		
	Résultats critiqués		
	Ouverture du travail		
Bibliographie	Respectueuse des normes		
	Étayée		
	Exacte		

## RESUME

*Introduction* : La désertification médicale et la crise des installations des médecins généralistes du territoire français doit devenir une priorité de la politique de santé du gouvernement.

L'objectif principal de cette revue de la littérature est d'identifier les facteurs influençant une installation libérale d'un médecin généraliste, l'objectif secondaire est d'identifier les facteurs modifiables afin de réorienter les actions de la politique de santé.

*Matériel et méthode* : Cette revue systématique de la littérature est basée sur la sélection d'articles français traitant des facteurs influençant l'installation en médecine générale.

*Résultats* : Quarante-neuf études ont été incluses. Vingt-trois facteurs influents ont été identifiés. Ces facteurs sont à prendre en compte pour favoriser l'installation ambulatoire d'un médecin généraliste sur le territoire. Ainsi les facteurs non modifiables identifiés sont : l'origine du médecin, le médecin et son environnement familial, la féminisation de la profession. Les facteurs modifiables identifiés sont : le mode d'exercice tourné vers l'exercice de groupe, la formation médicale centrée sur l'exercice libéral, la connaissance des aides à l'installation, et l'environnement de proximité.

*Conclusion* : Il semble alors essentiel de maximiser les études de cohorte sur ces différents sujets afin d'apporter la preuve de l'efficacité de certaines mesures sur l'installation ambulatoire.

Mots clés MeSH: « médecine générale » - « pratiques professionnelles » - « prévision démographique ».

# 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. Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

