

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

Vincent Jedat, Alexandre Desnouhes, Marine Andrieux, Marc Besnier, Pierrick Archambault

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2022/2 Vol. 34 , PAGES 231 À 241

ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.222.0231

Date de mise en ligne : 11/10/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2022-2-page-231?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

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

Inventory of actions to promote installation of general practitioners in mainland France

Vincent Jedat^{1,2}, Alexandre Desnouhes¹, Marine Andrieux¹, Marc Besnier^{1,2}, Pierrick Archambault^{1,3}

↳ Résumé

Objectif : Réaliser un état des lieux des actions proposées par les effecteurs de santé français pour promouvoir l'installation de médecins généralistes.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive menée auprès des différents effecteurs de la santé en France métropolitaine, par consultation de sites internet, envoi de courriels et appel téléphonique à l'aide d'un questionnaire standardisé portant sur les actions réalisées pour promouvoir l'installation de médecins généralistes.

Résultats : Au total, 313 institutions ont été contactées ; 192 ont répondu parmi lesquelles, 139 proposaient au moins une action. Celles-ci ont été regroupées en quatre types d'actions visant (i) la formation initiale, (ii) les remplaçants et les médecins à diplômes étrangers ou retraités, (iii) la communication auprès des médecins ou (iv) les conditions d'exercice.

Conclusion : Une liste d'actions a été créée permettant ainsi aux institutions de promouvoir l'installation de médecins généralistes sur les territoires en s'inspirant de celles déjà réalisées ailleurs. L'évaluation de ces actions pourrait être pertinente afin de favoriser les plus utiles en termes de coût/bénéfice.

Mots-clés : Choix professionnel ; Médecine générale ; Disparités d'accès aux soins.

Introduction

L'accès aux soins médicaux est un droit pour tous les Français [1]. En France, la démographie est en croissance continue. La population est également vieillissante, avec

↳ Abstract

Objective: To conduct a review of actions proposed by French health care providers to promote the installation of general practitioners.

Method: Descriptive study among health actors in mainland France included website browsing, sending emails and phone calls with standardized questionnaire on the actions carried out to promote installation of general practitioners.

Results: 313 agencies were approached and 192 replied. 139 proposed at least one action grouped under 4 types: actions aimed at initial training, replacements, doctors with foreign diplomas or retired, communication with doctors or conditions of exercise.

Conclusion: An action list has been created allowing institutions to promote the installation of general practitioners in the territories, building on those already achieved elsewhere. The evaluation of these actions could be relevant in order to promote the most useful in terms of cost/benefit.

Keywords: Career choice; General practice; Healthcare disparities.

une espérance de vie à la naissance en 2020 de 85,2 ans pour les femmes et de 79,2 ans pour les hommes. Une projection prévoit qu'un Français sur 3 aurait plus de 60 ans en 2060 [2].

La demande de soins a augmenté dans l'Hexagone, avec en moyenne quatre consultations par an chez un médecin généraliste (MG) par habitant en 2013 contre trois

¹ Collège des généralistes enseignants et maîtres de stage du Poitou-Charentes – Poitiers – France.

² Département de médecine générale – Université de Poitiers – Poitiers – France.

Correspondance : V. Jedat
vincent.jedat@gmail.com

Réception : 12/05/2020 – Acceptation : 29/01/2022

consultations par an en 1990 [3]. Elle reste stable depuis. Cependant, la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est passée de 16,4 minutes en 2006 à 18 minutes en 2017, ce qui montre une complexification des consultations [4].

L'état de santé des Français est meilleur que la moyenne des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), mais avec une dépense par habitant supérieure de 15 % à la moyenne observée au sein de l'Organisation [5]. Les indicateurs sont : l'espérance de vie à la naissance, la mortalité évitable, les maladies chroniques (par exemple, le diabète) et l'état de santé perçu.

Parallèlement, le nombre de MG diminue. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), au 1^{er} janvier 2020, 86 102 MG exerçaient une activité régulière libérale ou mixte, ce qui représente une diminution de 10 % des effectifs depuis 2010 [6]. Les MG sont vieillissants avec un âge moyen de 50,1 ans, dont 26 % sont âgés de plus de 60 ans [6].

En 2020, la densité moyenne de MG s'élève à 124,5 pour 100 000 habitants alors qu'elle était de 141,2 en 2010. Il existe surtout une grande disparité selon les régions. Ainsi, cette densité est de 43,3 pour Mayotte et 216,8 pour Saint-Pierre-et-Miquelon [6]. Or les patients résidant dans les territoires où l'offre de soins est peu présente et éloignée de leur domicile ont une plus faible probabilité de recourir à un MG dans l'année par rapport aux patients des zones les mieux dotées [7]. En moyenne, il faut une semaine de délai pour obtenir un rendez-vous chez un MG [8].

Depuis l'adoption de la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) en 2009, puis du « Pacte Territoire Santé » (PTS) en 2012 et de la loi « Ma santé 2022 » en 2018, des actions gouvernementales sont proposées pour améliorer l'accès aux soins de proximité sur l'ensemble du territoire [9-11]. Une des premières actions fut le contrat d'engagement de service public (CESP) : 1 795 contrats ont été signés entre 2009 et 2016, octroyant une allocation mensuelle dès la deuxième année du premier cycle jusqu'à la fin de l'internat contre un engagement d'installation dans des territoires définis [12]. De même, la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) permet aux départements de proposer une aide aux professionnels de santé, afin de favoriser leur installation ou leur maintien dans les zones médicalement sous-dotées [13, 14]. La loi « Ma santé 2022 » renforce l'intérêt du CESP et étend le recours au médecin adjoint [11].

Cependant, ces actions ne bénéficient qu'à peu de médecins en raison d'un manque de suivi et d'accompagnement des professionnels dans leur installation et de l'insuffisance de l'information transmise aux bénéficiaires [15]. Plusieurs études mettent en avant ce manque

d'information, notamment l'étude d'Augustin Decorde en 2011 : parmi les 174 médecins interrogés, seulement 50 % des jeunes installés et 15 % des remplaçants déclaraient connaître les aides à l'installation [16]. Ces résultats sont confortés par le rapport de Sophie Augros en 2019 qui précise qu'il existe de nombreuses aides rencontrant un succès mitigé [17].

Une étude de 2005 répertoriait les différentes actions favorisant l'installation des jeunes MG au sein des régions, mais de nombreuses actions ont été mises en place depuis, et n'ont jamais été étudiées [15].

L'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux des actions proposées sur les territoires français visant à promouvoir l'installation de MG.

Méthode

Il s'agissait d'une étude descriptive. Le recueil des données a été effectué de janvier à août 2017, auprès des différents effecteurs de santé français : ministère des Solidarités et de la Santé (MSS), agences régionales de santé (ARS), Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), Cnom, conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), unions régionales pour la santé (URPS), conseils départementaux (CD), conseils régionaux (CR), Collège national des généralistes enseignants (CNGE), départements universitaires de médecine générale de chaque faculté (DUMG), syndicats et associations nationales représentant les MG et les étudiants en médecine (Anemf, Isnar-IMG, Isni, ReAGJIR, SNJMG, CSMF, FMF, MG France, SMG, SML)¹, associations locales de médecins et associations régionales d'internes en médecine générale.

Les textes de loi nationaux ainsi que les sites internet des institutions nationales, régionales et locales ont été consultés.

Un courriel a été adressé à chaque institution locale, départementale et régionale, ainsi qu'aux associations

¹ Anemf : Association nationale des étudiants en médecine de France
Isnar-IMG : Intersyndicale nationale autonome représentative des internes en médecine générale

Isni : Intersyndicale nationale des internes

ReAGJIR : Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçant

SNJMG : Syndicat national des jeunes médecins généralistes

CSMF : Confédération des syndicats médicaux français

FMF : Fédération des médecins de France

MG France : Fédération française des médecins généralistes

SMG : Syndicat de la médecine générale

SML : Syndicat des médecins libéraux

d'internes nationales et régionales. Un entretien téléphonique a complété les informations manquantes. Des données ont également été recueillies par entretien lors du Congrès national de médecine générale de 2017.

Les interlocuteurs ont été interrogés sur les différentes actions mises en place à l'aide de questions stéréotypées ouvertes, écrites ou orales :

- quelles sont les actions mises à disposition des jeunes médecins par votre institution pour favoriser leur installation au sein de votre territoire ?
- quelles sont les actions d'information ? (site internet, annonces, séminaires, réunions, informations auprès des étudiants...);
- quelles sont les actions de formation ? (facilitation des maîtres de stage universitaire [MSU], des stages en ambulatoire,...);
- quelles sont les aides matérielles ? (maison de santé pluridisciplinaire [MSP], aides au logement, aides aux déplacements...);

- quelles sont les aides financières ? (aides locales à l'installation et à la formation...).

Résultats

Au total, 313 institutions (14 institutions nationales et 299 institutions régionales, départementales et locales) ont été consultées (figure 1). Une réponse a été obtenue pour les 14 institutions nationales et pour 178 institutions territoriales. Le taux de réponse était de 100 % pour les institutions nationales et 56 % pour les autres.

L'intégralité des résultats est présentée dans les tableaux I et II. Les actions nationales et territoriales pouvant se cumuler, il a été décidé de les présenter séparément.

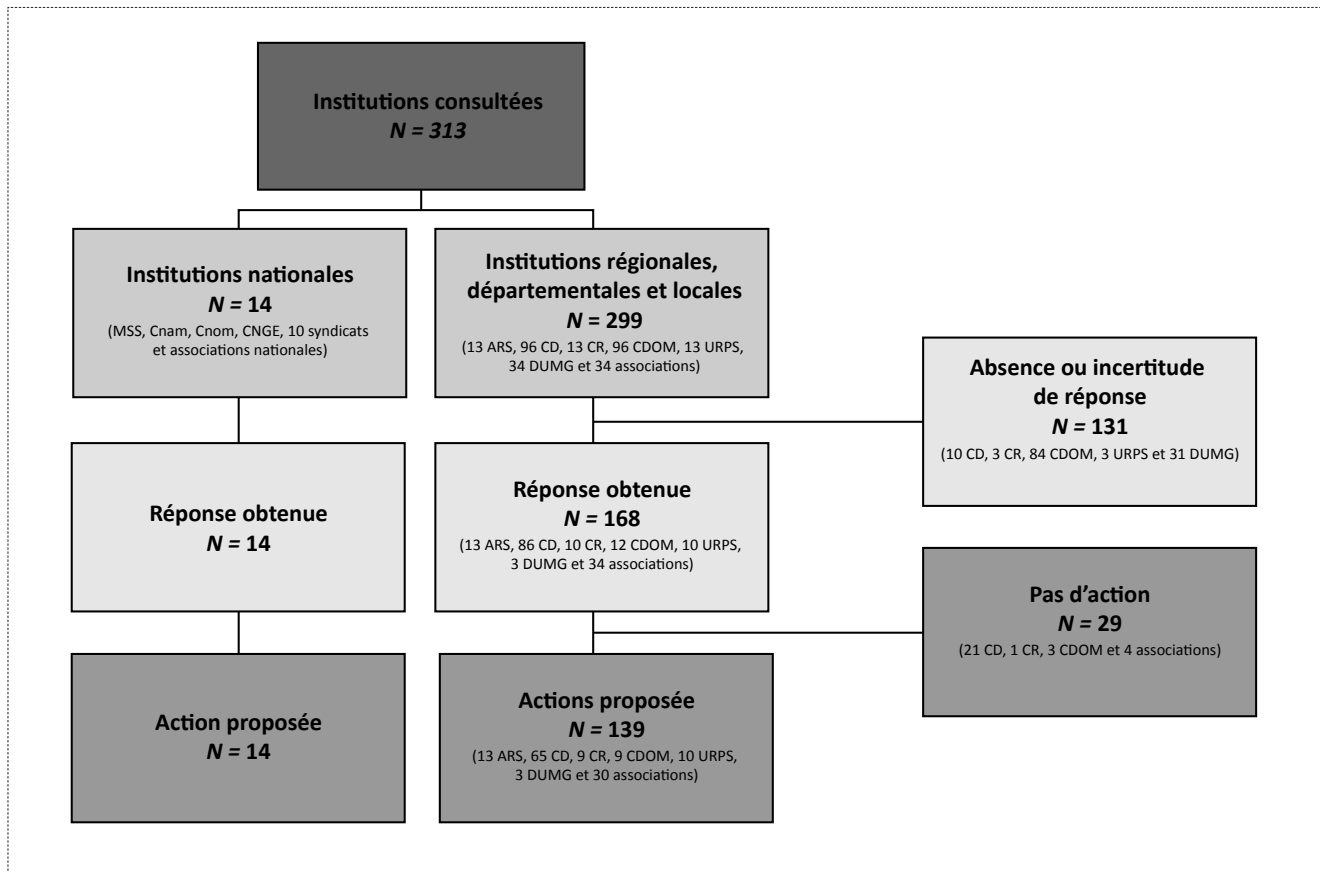


Figure 1 : Répartition des institutions proposant au moins une action favorisant l'installation des médecins généralistes

Légende : ARS : Agence régionale de santé ; CD : Conseil départemental ; CR : Conseil régional ; CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins ; URPS : Union régionale des professionnels de santé ; DUMG : Département universitaire de médecine générale ; MSS : Ministère des Solidarités et de la Santé ; Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie ; CNGE : Collège national des généralistes enseignants.

Tableau 1 : Base de données des actions nationale

Thème	Action	Mesure	
FORMATION	<i>Réguler le nombre d'étudiants</i>	Définition annuelle par arrêté ministériel du nombre d'étudiants de 2 ^e année de médecine, pour chaque faculté en fonction de la démographie médicale de la région. Concours national, classant les étudiants en médecine afin qu'ils choisissent leur DES et leur faculté de rattachement en fonction du nombre de places définies annuellement par arrêté ministériel.	
	<i>Stages</i>	Externe 3 mois	Stage ambulatoire de trois mois chez plusieurs MSU, entre la 3 ^e et 6 ^e année de médecine.
		Interne 6 mois	Stage ambulatoire de six mois chez plusieurs MSU, entre la 7 ^e et 9 ^e année de médecine.
		Saspas : Stage ambulatoire en autonomie supervisée	Stage ambulatoire en autonomie supervisée de six mois chez plusieurs MSU, entre la 7 ^e et 9 ^e année de médecine. Accessible si le 1 ^{er} stage d'interne a été réalisé.
		4 ^e année professionnalisante	4 ^e année de DES supplémentaire
	<i>Attirer les étudiants sur un territoire</i>	Indemnité de transport	130 euros brut par mois, pour les stages des étudiants réalisés à plus de 15 km du CHU de rattachement
	<i>Engager à s'installer à la fin de l'internat</i>	CESP : Contrat d'engagement de service public	Bourse mensuelle de 1200 euros, versée dès la 2 ^e année jusqu'à la fin de l'internat, contre un engagement de s'installer en zone prioritaire dès la fin de l'internat pendant une période égale et de deux ans minimum.
	<i>Augmenter le nombre de MSU</i>	Honoraires pédagogiques	Indemnité mensuelle de 600 euros partagée entre les différents MSU d'une même maquette, pour compenser le temps de formation consacré aux étudiants.
		Coscom : Contrat de stabilisation et de coordination	Si installé en zone fragile, en libéral, travaillant en groupe, ou en ESP ou en CPTS : 5 000 euros par an. + 300 euros par mois si accueil d'étudiants. Non cumulable avec Caim, Cotram.
	REPLAÇANT : Inciter à remplacer en zone définie PTMR : Contrat praticien territorial médical de remplacement	Développement FUMG	Amélioration de l'image de la médecine générale dès le début des études et multiplication du nombre de postes universitaires en médecine générale.
Exonération fiscale 60 jours par an		Pour un exercice en tant que remplaçant assurant la permanence de soins ambulatoire en zone définie.	
PTMR : Contrat praticien territorial médical de remplacement		PTMR : Contrat de transition pour les médecins	Majoration de 10 % des honoraires d'un médecin de plus de 60 ans, s'engageant à accompagner un confrère de moins de 50 ans nouvellement installé ou installé depuis moins de 1 an, dans son cabinet en zone fragile. Durée de trois ans. Limite de 20 000 euros par an. Non cumulable avec COSCOM, CAIM.
SUCCESSION : Accompagner la succession	<i>Structure coordonnée</i>	C@rosanté est un outil de représentation cartographique interactif. Il permet d'étudier la situation d'un secteur géographique en matière de premier recours, en accédant à des données d'activité, de consommation et de démographie.	
	<i>Réseau coordonné</i>	ESP : équipe de professionnels de santé de 1 ^{er} et 2 ^d recours de ville, dont au moins un MG et un professionnel paramédical, regroupés ou non sur un même site, souhaitant se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients. CPTS : communauté constituée de l'ensemble des acteurs de santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire. PTA : plateforme constituée d'équipes pluridisciplinaires, avec des compétences sanitaires et sociales. Elles sont créées par des initiatives des professionnels du territoire (CPTS, ESP), et accessibles facilement par un numéro dédié référencé sur le site de l'ARS. Son but est d'orienter d'informer, évaluer la situation ou assurer un suivi, en soutien des professionnels et notamment du médecin traitant dans des prises en charge complexes.	
TRAVAIL COORDONNÉ	<i>Télémédecine</i>	Constitue l'un des programmes spécifiques composant le projet régional de santé. Le PRT définit les orientations souhaitables du développement de la télé-médecine dans les territoires au service des axes retenus dans les schémas d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention.	
	Développement haut débit sur tout le territoire	Permet d'échanger des informations entre professionnels en toute sécurité, gérée par ASIP Santé.	

Thème	Action	Mesure
REVENUS	<i>Revalorisation des revenus</i>	Consultation 25 euros, création ROSP pédiatrique et du médecin traitant pour les enfants Modification ROSP
	<i>Revenus minimum garanti</i>	Augmentation du nombre d'indicateurs de pratique clinique, augmentation du nombre de points alloués. Indemnité calculée sur la différence entre un chiffre d'affaires mensuel fixé à 6867 euros et le chiffre d'affaires réel. Maximum versé de 3 072 euros. S'engager à exercer en zone définie, 38 actes par semaine minimum. Contrat d'une durée d'un an renouvelable 1 fois.
	<i>Facilitation installation</i>	PTMG : Contrat praticien territorial de médecine générale CAIM : Contrat d'aide à l'installation des médecins
	<i>Avantages fiscaux</i>	Indemnité forfaitaire de 50 000 euros si installation de cinq ans en zone prioritaire, avec exercice libéral conventionné, de minimum 5 demi-journées par semaine, en groupe CPTS ou ESP, et s'engager à participer à la permanence de soins ambulatoires. Non cumulable avec Coscom, Cotram. Exonération CFE (cotisation foncière d'entreprise) Exonération de cinq ans maximum, en cas d'installation en libéral avec création d'entreprise en ZRR ou commune de moins de 2 000 habitants. Exonération d'impôts sur le revenu : totale pendant cinq ans, 75 % la 6 ^e année, 50 % la 7 ^e et 25 % la 8 ^e . En cas d'installation en ZRR ou ZFU.
	<i>Congés maternité, paternité et maladie</i>	PTMA : Contrat praticien territorial de médecine ambulatoire PTMG : Contrat praticien territorial de médecine générale
CONDITIONS SOCIALES		Protection sociale : 3 105 euros brut par mois durant le congé maternité, 1 138 euros brut pour les 11 jours de congés paternité, 1 552,5 euros par mois pour un arrêt maladie à partir du 7 ^e jour. Si engagement d'avoir réalisé au moins 165 actes sur un des trois derniers mois, s'engager à garantir un remplacement durant son arrêt d'activité. Contrat d'une durée de trois ans. Protection sociale : indemnité forfaitaire de 1 536 euros par mois, à partir du 7 ^e jour d'arrêt maladie pendant trois mois; de 3 072 euros par mois pendant le congé maternité. Contrat d'une durée d'un an renouvelable 1 fois. Complément de prise en charge des patients chroniques par une infirmière à la demande du médecin
CONDITIONS DE TRAVAIL	<i>Délégation de tâches</i>	Asalee
	<i>Soutien confraternel</i>	CSTM : Contrat de solidarité territoriale médecin Adjoint
	<i>Diversification des missions</i>	Coscom : Contrat de stabilisation et de coordination MCS : Médecin correspondant SAMU
COMMUNICATION	Recherche PAPS : Portail d'accompagnement des professionnels de santé	Statut universitaire des structures coordonnées permet de mener des travaux de recherche. Plateforme en ligne, permettant d'informer les étudiants et les médecins, sur le cursus, les aides, l'installation, la prise en charge coordonnée. Plateformes régionales, gérées par les ARS.

CD : Conseil départemental ; ARS : Agence régionale de santé ; URPS : Union régionale des professionnels de santé ; CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins ; DMG : Département universitaire de médecine générale ; CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie ; MSU : Maître de stage universitaire.
(*) : AIMEG : Association des internes de médecine générale de Reims Champagne-Ardenne ; AIMGER : Association des internes de médecine générale de Rennes ; AIMGL : Association des internes de médecine générale de Lille ; AIMG : Association des internes de médecine générale de Bourgogne ; AMGR : Association de la médecine générale de Roannais ; Aravis : Association représentative des internes de médecine générale des Alpes, Vallée de l'Isère et Savoie ; CRP : Comité de la région Poitou-Charentes des internes de médecine générale ; Grace : Groupe représentatif autonome en région Centre des internes de médecine générale ; IMGA : Syndicat des internes de médecine générale d'Angers ; Raoul : Rassemblement autonome unifié Lorrain des internes de médecine générale ; Sapir : Syndicat autonome picard représentant les internes de médecine générale ; Sarha : Syndicat autonome représentatif des internes de médecine générale de la région Alsace ; SCCAHP : Syndicat des chefs de cliniques assistants des hôpitaux de Paris ; SIHP : syndicat des internes des hôpitaux de Paris ; SIMBAN : Syndicat des internes de médecine générale bas normands ; Simgo : Syndicat des internes de médecine générale d'Aquitaine ; Simgo : Syndicat des internes de médecine générale de l'Ouest ; SIRHEN : Syndicat indépendant régional haut normand des internes de médecine générale ; SRP : Syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale ; SYREL : Syndicat représentatif lyonnais des internes de médecine générale ; URML-bn : Union régionale des médecins libéraux de Normandie.

Tableau II : Base de données des actions territoriales

Stage découverte	<p>Stages d'été fin de 2^e année pour les signataires du contrat d'engagement, CD de la Sarthe (72) Stage de trois jours chez médecin généraliste, 2^e année à la faculté de Poitiers, faculté d'Ile-de-France</p>
<p>FORMATION</p> <p><i>Bourse de déplacement et/ou de logement, sur zone définie</i></p>	<p>Externes et internes : 400 euros par mois CD des Landes (40) (MG et PMI) 500 euros par mois CD de la Nièvre (58) Externes : 250 euros par mois CD de la Sarthe (72) Internes : 70 euros par mois CD de l'Aveyron (12) 150 euros par mois, 1^{er} stage MG en ville CD de la Sarthe (72), CD de la Vendée (85) 200 euros par mois CD de la Meuse (55), 300 euros par mois, CD Loir-et-Cher (41), CD de la manche (50), 1^{er} stage MG en campagne ou 2^e stage en ville CD de la Sarthe (72), CD de Saône-et-Loire (71) 400 euros par mois CR Rhône-Alpes, CD de l'Allier (03) (MG ou PMI), 2^e stage MG en campagne CD de la Sarthe (72), CD de l'Ardèche (07), CD de Haute-Savoie (74), CD de la Lozère (48), 400 à 600 euros par mois CD de l'Ain (01) 500 euros par mois CD du Gers (32) 600 euros par mois CD de l'Yonne (89), CD de l'Aude (11), partenariat Alpes-de-Haute-Provence (CPAM 04, ARS PACA, CDOIM 04, CD des Alpes-de-Haute-Provence (04), Fac) (MG ou PMI, zone fragile : 300 euros par mois si autre zone du 04) 800 à 3 000 euros par stage, selon distance entre faculté et lieu de stage, ARS Grand Est 3 billets avion pour le continent par semestre, ARS Corse Remboursement des frais kilométriques équivalents à 2 trajets aller-retour par mois entre logement habitation et lieux de stage, CD de la Haute-Marne (52) Montant non connu : CD de l'Isère (38), CD de Seine-et-Marne (77), CD du Loiret (45), CD des Hautes Alpes (05)</p>
<p><i>Logement gratuit ou à loyer réduit</i></p>	<p>Logement à prix réduit : pour les externes et internes, AMGR (42), CD du Lot-et-Garonne (47), CD des Landes (40), CD de l'Aube (10) pour les internes, CD de l'Indre (36) incitation des collectivités à proposer des logements à bas prix, CD du Lot (46) Logements gratuits : pour les externes en stage au CH de Troyes ou en libéral, CD de la Meuse (55) pour les externes et internes en stage libéral, CD de la Haute-Marne (52), Eure et Loire (Plan 28), CD du Cher (18), CD de l'Orne (61), Cd de la Sarthe (72)</p>
<p><i>Prime de fidélisation</i></p>	<p>Prime de 400 euros si l'étudiant réalise plus de 18 mois de stage sur le territoire, CD de l'Aveyron (12) Majoration des bourses de déplacement lors du 2^e stage sur le territoire, CD de la Sarthe (72) Bourses si l'interne fait 2 stages sur le territoire: 1 000 euros pour 1^{er} stage, 2 000 euros pour le 2^e, CD des hautes Alpes (05)</p>
<p><i>Développement des terrains de stage</i></p>	<p>Stages dans les hôpitaux périphériques, ARS Centre-Val de Loire, CD de l'Orne (61) Stages PMI, CD de l'Eure et Loire (Plan santé 28), CD du Cher (18), CD de la Vendée (85), CD du Maine-et-Loire (49), CD de la Mayenne (53), CD du Loiret (45), CD du Loir-et-Cher (41), CD de la Sarthe (72), CD du Morbihan (56), Territoire de Belfort (90), CD de l'île et Vilaine (35), CD du Nord (59), CD de Seine-et-Marne (77), CD du Gard (30), CD de l'Hérault (34)</p>
<p><i>Limiter déplacement pour les séminaires</i></p>	<p>Mise à disposition de locaux pour les séminaires obligatoires, proches du lieu de stage, CD de la Lozère (48), CD de Seine-et-Marne (77), CD du Cantal (15), CD d'Eure et Loire (28), CD du Gers (32)</p>
<p><i>Délocalisation du lieu de formation initiale</i></p>	<p>Délocalisation PACES dans ville de Nevers (au lieu de tout laisser à Dijon, pour favoriser les stages et faciliter les installations dans ce bassin de vie. Refus de l'université (ARS Bourgogne Franche-Comté, ARS Bourgogne Franche-Comté, CD de la Nièvre (58)</p>
<p><i>Bourses sur critères sociaux et de mérite</i></p>	<p>Bourse de 500 euros par mois sous condition de ressources aux externes, CD de la Saône-et-Loire (71) Financement de l'année préparatoire aux études de santé, CD de Seine Saint-Denis (93) Bourse de maximum 6 000 euros aux lycéens inscrits en PACES, sur critères sociaux et de mérite, CD de la Sarthe (72)</p>
<p><i>Aide logement</i></p>	<p>Aide financière de 20% du total du loyer, pour remplacer sur certaines zones, CD des Landes (40) <small>S.F.S.P. Télécharger le 29/05/2026 sur https://shs.caaim.info (IP: 216.73.217.65)</small></p>
<p>REPLAÇANT</p> <p><i>Bourse engagement</i></p>	<p>4 200 euros par semestre si équivalent de mi-temps en remplacement en cabinet de groupe, CD de la Manche (50) 150 euros par remplacement, si s'engage à faire 8 remplacements sur 2 ans, CD de la Lozère (48)</p>

MÉDECIN À DIPLOME ÉTRANGER	<p>Stage découverte</p> <p><i>Cours de langue française</i></p> <p><i>Cabinet de recrutement</i></p>	<p>Stages d'été fin de 2^e année pour les signataires du contrat d'engagement, CD de la Sarthe (72)</p> <p>Stage de trois jours chez médecin généraliste, 2^e année à la faculté de Poitiers, faculté d'Île-de-France</p> <p>Aide aux cours de français médical pour favoriser intégration des médecins généralistes ayant fait leurs études à l'étranger, CD de Saône-et-Loire (71)</p> <p>Aide financière aux collectivités pour financement d'un cabinet de recrutement, CD de Saône-et-Loire (71), CD de l'Orne (61)</p>
TRAVAIL COORDONNÉ	<p><i>Financer structure</i></p> <p><i>Structure coordonnée (MSP, CS)</i></p>	<p>Aide financière à la construction de MSP, CD de l'Ain (01), CD de l'Aisne (02), CD de l'Allier (03), CD de l'Ardèche (07), CD des Ardennes (08), CD de l'Ariège (09), CD de l'Aude (11), CD de l'Aveyron (12), CD du Cher (18), CD de la Corrèze (19), CD de la Côte d'Or (21), CD de la Dordogne (24), CD de l'Eure (27), CD du Gard (30), CD du Gers (32), CD de la Gironde (33), CD de l'Hérault (34), CD de l'Indre (36), CD des Landes (40), CD du Loir-et-Cher (41), CD du Loiret (45), CD du Lot (46), CD du Lot-et-Garonne (47), CD de la Manche (50), CD de la Meuse (55), CD de la Nièvre (58), CD du Nord (59), CD de l'Oise (60), CD de l'Orne (61), CD du Tarn-et-Garonne (62), CD des Hautes-Pyrénées (65), CD du Rhône (69), CD de Saône-et-Loire (71), CD de la Sarthe (72), CD de la Haute-Savoie (74), CD de la Seine-et-Marne (77), CD de la Vendée (85), CD de la Vienne (86), CD de l'Yonne (89), CD de l'Essonne (91), CR Grand Est, CR Auvergne, CR Bretagne, CR Pays de la Loire, CR Île-de-France, CR Occitanie, CR PACA.</p>
	<p><i>Aide au projet de structure</i></p>	<p>Aides administratives pour constituer le projet de santé, CDDM de la Haute-Vienne (87), CD du Lot-et-Garonne (47), CD de la Sarthe (72), CD du Rhône (69), CD de Seine-et-Marne (77) Financement d'une étude de faisabilité, CD de l'Ain (01), CD de l'Allier (03), CD de l'Ardèche (07), CR Île-de-France, CR Normandie, CR PACA</p>
	<p><i>Télémédecine</i></p>	<p>Financement de la télé-médecine, CD des Hautes-Pyrénées (65), CD de Saône-et-Loire (71), CR Bretagne, CR Grand Est, CR Pays de la Loire</p>
CABINET PRIVÉ	<p><i>Rénovation, construction</i></p>	<p>Aides financières à la construction ou rénovation de locaux médicaux privés ou communaux, CD du Cher (18), CD de Saône-et-Loire (71), CD de la Sarthe (72), CD du Loiret (45), CD de la Seine-et-Marne (77), CR Île-de-France</p>
	<p><i>Prêt taux 0%</i></p>	<p>Prêt à taux 0 % de 15 000 euros maximum pour une 1^{re} installation, Plan santé 28 Eure et Loire, CD de l'Aisne (02), CD de l'Oise (60)</p>
	<p><i>Faciliter l'installation</i></p> <p><i>Prime installation</i></p>	<p>Financement général : 7 500 euros versé à l'installation, contre un engagement d'exercer 5 ans, CD de la Sarthe (72) 12 000 euros versé à l'installation, contre un engagement d'exercer 5 ans, CD de l'Yonne (89), CR de Rhône-Alpes 15 000 euros versé sur 3 ans, CD du Loiret (45) Aide financière à l'aménagement du cabinet, contre un engagement d'exercice de 3 ans, CD des Alpes Maritimes (06) Pour financer matériel du cabinet: 50 % dépenses, avec plafond à 5000 euros, contre un engagement d'exercer 3 ans, CD de la Saône et Loire (71) 10 000 euros, CD de l'Isère (38), CD de la Haute-Savoie (74) 15 000 euros, Ville de Paris, dispositif Paris Med' Montant non connu : CD de l'Ille-et-Vilaine (35), CD des Alpes-Maritimes (06), CD de Seine-et-Marne (77), CD de l'Isère (38)</p>
INSTALLATION	<p><i>Locaux loyer réduit</i></p>	<p>Aide à l'obtention d'un local adapté à loyer modéré, engagement d'exercer en groupe de secteur¹ et en quartier d'intervention prioritaire, Paris Med'</p>
	<p><i>Gestion du temps de travail</i></p>	<p>Limites les visites à domicile</p> <p>Transports publics à disposition des patients âgés en milieu rural, CD de la Drome (26), CD du Puy-de-Dôme (63)</p> <p>Contrats adjoint, CDDM de Charente-Maritime (17), CDDM de l'Eure et Loire (28)</p>
	<p><i>Accompagnement personnalisé</i></p>	<p>Accompagnement personnalisé professionnelle et/ou privée dans l'installation : CD de l'Ain (01), CD de l'Allier (03), Plan santé 28 de l'Eure et Loire, CD de l'Aveyron (12), CD de la Saône-et-Loire (71), CD de la Sarthe (72), CD de la Mayenne (53), CD de Seine-et-Marne (77), CD de Seine Saint-Denis (93), CD du Bas-Rhin (67), CD de la Nièvre (58), CD de la Lozère (48), CD de la Drôme (26), CD du Loir-et-Cher (41), CD du Gers (32), CD du Lot (46), Association locale SIM 71.</p> <p>Guichet unique de l'installation sur un site internet, CR de la Normandie. Aide pour trouver emploi du conjoint, appui d'aide installation famille (école, logement), CD de la Manche (50), CD de l'Orne (61), URPS Bourgogne, URPS Île-de-France</p> <p>Information des jeunes médecins lors entretien individuel au moment inscription au CDDM de Charente-Maritime (17) CDDM du Rhône (69), accompagnement CDDM de la Haute-Vienne (87)</p>
	<p><i>Collaboration des interlocuteurs</i></p>	<p>Plan santé 28 : collaboration fac, CO, associations, CH, praticiens, MSU, ARS, CPAM, MSA, collectivités, CG28</p> <p>Synergie d'action entre les partenaires (CG 32, CDDM 32, médecins locaux, ARS, CPAM, élus des collectivités et intercommunalités) P: 21.6.73.2.17.3)</p> <p>Reunions 2 fois par mois.</p> <p>Favorisation du lien entre élus (CG 32, 12) et le territoire et les internes (rencontres, médiatisation Importance des actions coordonnées entre les élus, collectivités et professionnels de santé ++ (CG12)</p>

Les actions ont été classées en quatre groupes :

- actions visant la formation initiale ;
- actions visant les remplaçants/diplômés étrangers/retraités ;
- actions visant la communication envers les professionnels ;
- actions visant les conditions d'exercice.

Parmi les institutions territoriales : 139 (soit 82 %) proposent au moins une action dont 100 % des ARS et des URPS, 75 % des CDOM, 76 % des CD, 90 % des CR, 88 % des associations locales de médecins et associations régionales d'internes en médecine générale. La majorité (46,8 %, $n = 65$) des actions étaient à l'initiative des CD.

En revanche, peu de CDOM (12) et de DUMG (3) ont répondu à l'enquête (respectivement 12,5 % et 9 %).

Les actions territoriales (tableau I) les plus retrouvées étaient destinées aux étudiants, avec soit des bourses d'engagement à l'installation, soit des bourses d'aide au logement ou aux déplacements. Une grande variabilité entre les départements existait avec un engagement de 3, 4, 5, 6, 7, ou encore 10 ans, en échange d'une bourse entre 24 000 et 42 000 euros.

Les actions envers les médecins installés étaient essentiellement des aides à l'exercice coordonné dont la création de structure de type MSP ou Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Une amélioration de la communication envers les praticiens a été recherchée grâce surtout à la création ou la mise à jour de sites internet dédiés ou l'organisation de rencontres présentiels.

Au niveau national (tableau II), les actions les plus retrouvées concernent surtout des aides financières à l'installation avec des contrats type « contrat d'aide à l'installation des médecins » (Caim), « contrat de début d'exercice », « contrat de praticien territorial de médecine générale » (PTMG), « contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire » (PTMA) ou encore « contrat de praticien territorial de remplacement » (PTMR) ou encore « contrat d'engagement du service public » (CESP).

Discussion

Analyse des résultats

Les différentes actions réalisées ont été référencées. Il a été décidé de les regrouper en quatre groupes

correspondant aux trois types de population visée et aux moyens de communiquer avec elles. Les trois types de population sont : les étudiants, les médecins diplômés, mais non installés et les médecins installés.

Une sous-partie « communication » apparaissait importante, afin de rendre visibles les nombreuses actions menées par les effecteurs de santé afin de favoriser l'installation des jeunes MG en zones sous denses.

Cette préconisation fait en effet référence au fait que l'un des premiers freins à l'installation est le manque d'informations des bénéficiaires [16]. Ainsi, peu de médecins bénéficiaient des mesures incitatives par méconnaissance, par manque de lisibilité des mesures ou par appréhension des contraintes potentielles en retour. En 2012, 80 % des internes angevins ignoraient les démarches à effectuer au début de l'activité libérale et les aides à l'installation [18, 19]. Rassin rappelle l'importance d'une formation minimum des futurs praticiens sur l'installation [20].

Lors du recueil de données de l'étude, les difficultés rencontrées par les investigateurs pour obtenir une information fiable sur les mesures mises en œuvre au niveau territorial étaient particulièrement importantes ($n = 131$). Les institutions s'appuyaient souvent sur les ARS et le référent des portails d'accompagnement des professionnels de santé (Paps) de la région. Ces référents informaient très bien les professionnels sur les mesures nationales mais pas toujours sur les aides territoriales, pour lesquelles ils renvoyaient alors régulièrement les bénéficiaires vers les institutions locales. Ainsi, l'information délivrée semblait parfois peu compréhensible surtout au vu de la multiplicité des acteurs vers lesquels ils étaient orientés : dispositif d'État non spécifique aux médecins (zone de revitalisation rurale [ZRR]), dispositif d'État spécifique (CAIM), délégation départementale de l'ARS, CR, URPS, CD, CDOM, communauté de communes ou d'agglomération, mairie, associations locales, voire pharmaciens d'officine. Ces informations sont beaucoup plus lisibles quand les territoires ont mis en place des plans de communication, *via* des sites internet dédiés par exemple. Pour pallier ce problème, le plan d'action 2018 prévoit la création d'un guichet unique dans chaque région regroupant les acteurs principaux et l'ensemble des aides disponibles en fonction des territoires [21].

Cette étude montre qu'il existe une certaine inadéquation entre les freins à l'installation en médecine libérale et les actions entreprises. En effet, les principaux freins à l'installation en milieu rural sont le travail du conjoint, la scolarisation des enfants, l'isolement lié à la campagne et la charge de travail [20].

Il a été remarqué que quelques CD (50 et 61) ou l'URPS de Bourgogne et Île-de-France proposaient une aide pour trouver un emploi au conjoint ou encore un appui à l'installation familiale. Les jeunes générations aspirent à une bonne qualité de vie plus qu'à des revenus potentiels [22]. Ainsi, si la qualité de vie professionnelle passe par une bonne intégration professionnelle, ce n'est plus le travail qui décide du mode de vie des médecins, c'est leur vie de famille qui influe sur leur mode d'exercice [23]. De nouvelles actions permettant l'amélioration de la vie familiale, par exemple le développement des services publics [24], apparaissent donc nécessaires, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Concernant la charge de travail, certains CDOM (17 et 28) favorisent la création des contrats d'adjoints. Cependant, la loi « Ma santé 2022 » a étendu le recours aux médecins adjoints. Celle-ci a aussi introduit le financement des assistants médicaux permettant le soutien aux médecins généralistes dans les zones en tension [11].

Pour faire face à la difficulté principale d'installation en zone urbaine, à savoir le coût de l'immobilier, un site internet² a été mis en place conjointement par l'ARS, le CDOM et le CD de Paris.

La majorité des actions référencées sont des aides financières pures, ce qui semblait ne pas correspondre aux attentes des jeunes et futurs installés. Dans son rapport, Sophie Augros montrait que seul le CESP était utilisé parmi la multitude de contrats d'État et conseillait la suppression de ces derniers au profit de la création d'un contrat unique [17]. Si la baisse des charges fiscales est un facteur d'installation, les aides financières seules n'auraient pas un rôle moteur dans la décision d'installation [25]. En effet, les aides financières directes seraient peu plébiscitées et sont jugées inadaptées ou insuffisantes pour pallier les déserts médicaux [16].

La majorité des actions visaient la formation initiale avec la proposition de bourses d'engagement ou d'aide à l'installation, mais il existait d'autres actions comme la réforme de la première année commune aux études de santé (PACES) supprimant le *numerus clausus* (NC), qui pourrait permettre une légère modulation locale selon les besoins, mais sans réellement augmenter le nombre d'étudiants formés [26]. Il faut souligner les disparités importantes selon les territoires concernant les bourses proposées, sachant qu'elles sont cumulables entre elles. Ainsi, un étudiant pourrait bénéficier d'un CESP, d'une bourse de fidélisation, d'une bourse d'engagement d'un CD, d'une prime à l'installation et d'une exonération d'impôt dans le cadre d'une ZRR. Il

pourrait ainsi obtenir théoriquement jusqu'à 200 000 euros en bourses et cadeaux fiscaux. La ZRR n'a pas été répertoriée ici, car il s'agit d'une action destinée à tout type d'entreprise.

Favoriser la maîtrise de stage était un autre levier favorisant l'installation en médecine libérale, car la pratique de la médecine générale en zone rurale est découverte grâce aux stages [20]. Ainsi, le stage obligatoire d'externe permet de faire un choix éclairé au moment des examens classants nationaux (ECN) et a permis à la médecine générale d'avoir un meilleur classement moyen [27].

Les stages et la formation pratique en milieu rural ont démontré, dans tous les pays où ils ont été expérimentés, des résultats significatifs pour réduire le défaut d'attractivité de certains lieux d'exercice qu'aucun système d'incitation financière n'avait pu améliorer [28]. En effet, la multiplication des stages ambulatoires au cours de l'internat rendrait plus attractive la médecine de campagne pour les étudiants, que la sérénité acquise durant ces périodes influencerait leur décision d'installation et favoriserait une installation plus rapide [20, 29].

Durant tous ces stages, la qualité de la relation avec le MSU et l'image qu'il renvoie de son métier seraient déterminantes quant au projet d'installation : la zone d'installation finalement choisie porterait la marque des stages effectués [30]. Ainsi, il semblerait plus facile pour les internes d'exercer dans un lieu semblable à ceux connus ou vécus lors du compagnonnage et ainsi cela faciliterait les remplacements et favoriserait l'installation sur ces territoires [20].

Le développement d'autres lieux de stage proches, la rencontre des autres MG et professionnels de santé au cours de réunions ou de formations contribueraient à faciliter l'intégration sur le territoire, à développer le réseau de soins local favorisant une meilleure intégration professionnelle.

Les actions recensées envers les médecins installés étaient l'aide à la création de CPTS et de MSP permettant l'amélioration de leurs conditions d'exercice, tout à fait d'actualité avec la loi « Ma santé 2022 » [11].

Forces

Cette étude est la première à référencer au niveau national les actions proposées par les collectivités régionales, départementales et les associations locales qui favorisent l'installation des MG en zones sous-dotées.

Ce travail répondait aussi à une forte demande des institutions locales, notamment au niveau des CD ou

² <https://parismed.paris.fr/>

agglomérations qui travaillaient sur les contrats locaux de santé. Il permet ainsi de recenser des actions à l'échelle principalement départementale et de rendre possible la confrontation aux besoins des territoires. Il présentait un taux de réponse de 56 % sur un effectif initial de 313 institutions.

Limites

La limite principale de notre étude est le biais de déclaration, notamment pour les données départementales et régionales, qui reposaient sur la retranscription d'informations transmises oralement par l'interlocuteur. En outre, le taux élevé de non-répondants (44 %) rendait certains départements totalement absents du recensement. De nombreuses institutions n'avaient pas de personnel dédié à cette mission, l'intégralité des actions proposées par les collectivités n'a donc pas été recueillie avec certitude. Pour augmenter la fiabilité de cette étude, il faudrait rencontrer directement les interlocuteurs concernés, consulter les textes votés en assemblée et inclure les actions des communes qui proposent de nombreuses initiatives. De plus, un manque de données est rapporté par défaut d'information de plusieurs institutions : les CDOM n'ont pu fournir d'information par manque de temps pour traiter nos questions et les associations n'ont pas toutes été contactées par téléphone, mais par mail avec consultation de leur site internet. Cependant, les données concernant les actions nationales étaient fiables, car répertoriées dans les textes de loi sur www.legifrance.gouv.fr, et bien relayées par les Paps.

Enfin, étant donné la gravité du phénomène de désertification médicale, la fiabilité des données recueillies est limitée par la perpétuelle évolution des actions proposées par les institutions, avec de nouvelles décisions politiques prises régulièrement. En effet, depuis ce travail, la loi « Ma santé 2022 » a été mise en place [11].

Conclusion

Cette étude descriptive montrait que les actions territoriales complétaient ou concurrençaient les mesures nationales, avec parfois un manque de cohérence, mais surtout, que l'information disponible pour les jeunes médecins était souvent incomplète, voire inexistante.

Afin de compléter le recueil des données, l'étude des actions à l'échelle communale permettrait d'avoir un regard global et

complet de la situation au sein de chaque territoire. Des moyens logistiques plus importants permettraient la réalisation d'une base de données solide, en complétant l'étude par la date de création des actions et le nombre de bénéficiaires.

Par ailleurs, l'efficacité de chaque action mériterait d'être évaluée en prenant en compte son impact sur l'installation à long terme et son coût réel tout en sachant qu'il n'existe pas de solution unique au problème de répartition des médecins sur les territoires. L'action la plus pertinente sur le long terme serait la revitalisation rurale dans sa globalité [31].

Une harmonisation des différents moyens de communication et de leurs contenus permettrait de diffuser les informations de manière plus efficace. Ces informations pourraient être délivrées lors de la formation des étudiants, au cours d'un séminaire ou par l'intermédiaire du référent unique de l'étudiant prévu par la réforme du troisième cycle. L'accompagnement par ce dernier doit avoir pour mission de conseiller et de soutenir l'étudiant dans la constitution de ses projets professionnels.

Sur la base de la carte interactive « Cartosanté », il serait intéressant d'intégrer les aides proposées sur chaque territoire. L'outil « Rézone » de la Caisse primaire d'assurance maladie s'inscrit dans une telle démarche. Ceci ne serait réalisable qu'avec la collaboration des Paps et des prochains guichets uniques, référençant et actualisant avec certitude toutes les actions, ce qui permettrait également de (i) diffuser une information accessible, claire et simple, (ii) d'évaluer nationalement la pertinence de chaque action et enfin (iii) d'inciter les jeunes à venir exercer sur des territoires méconnus, mais potentiellement intéressants pour eux.

À la suite de cette étude, les investigateurs ont voulu organiser un « généraliste *dating* » qui a été annulé du fait de la pandémie COVID. Des aides financières au recrutement des MSU ou encore le recrutement d'un chargé de mission à l'incitation à la maîtrise de stage ont aussi été négociées avec certains CD.

Vincent Jedat déclare être président de ReAGJIR-PC, trésorier du Bureau national de ReAGJIR et membre du Collège des jeunes universitaires de ReAGJIR. Marc Besnier déclare être secrétaire de ReAGJIR-PC.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

- République française. Code de la santé publique, art. L. 1110-1. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685741.

2. Rotman G, Bellin L, Morin A-C, Perrel C, Pfister C. Projection de population à l'horizon 2060. Insee Première 2010;1320.
3. Irdes, Dress, CnamTS. Écosanté [Visité le 20/12/2020]. En ligne : <http://ecosante.fr/>.
4. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Paris : Drees ; 2019. Série « Études et résultats », n° 1 113 [Visité le 31/12/2020]. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>.
5. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE. Quelles leçons pour la France ? Atelier AJEF, 9 novembre 2017 [Visité le 31/12/2020]. En ligne : <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2017-Indicateurs-de-l-OCDE-Quelles-le%C3%A7ons-pour-la-France.pdf>
6. Gerard-Varet JF, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1^{er} janvier 2020. Paris : Conseil national de l'ordre des médecins ; 2020.
7. Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A, Coldefy M. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : Des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. Question d'économie de la santé. 2016;219.
8. Institut français d'opinion publique (Ifop). Observatoire de l'accès aux soins. 2017.
9. République française. Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>.
10. République française. Code de la santé publique, art. L. 1434-14. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928430.
11. République française. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JORF n° 0172 du 26 juillet 2019. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/>.
12. République française. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales. JORF n° 0150 du 1^{er} juillet 2010. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022414984/>.
13. République française. Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République. JORF n° 0182 du 8 août 2015. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030985460/>.
14. République française. Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la santé publique. JORF n° 0302 du 30 décembre 2011. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025055418/>.
15. Bourqueil Y, Mousques J, Marek A, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins, les mesures adoptées en France. Question d'économie de la santé. 2007;122.
16. Decorde A, Cressens X. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2011.
17. Augros S. Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins : Rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités. 2019
18. Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013 [Thèse d'exercice de médecine générale]. Angers : Université d'Angers ; 2015.
19. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. Santé publique. 2014;26(1):64-74.
20. Rassu C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France. Une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice de médecine générale]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2016.
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Renforcer l'accès territorial aux soins : Synthèse du 1^{er} comité de pilotage national. Séance du 6 février 2018. 2018.
22. Gicquel P, Canevet JP. Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice de médecine générale]. Nantes : Université de Nantes ; 2010.
23. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale [Thèse d'exercice de médecine générale]. Nantes : Université de Nantes ; 2012.
24. Organisation mondiale de la santé (OMS). Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation. Genève : OMS ; 2010.
25. 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 d'exercice de médecine générale]. Lille : Université de Lille ; 2014.
26. République française. Décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. JORF n° 0257 du 5 novembre 2019. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039309275/>.
27. Dahlem L, Pétrègne F, Tellier E, Vandenbavière A, Montariol Y. Impact du stage de deuxième cycle en médecine générale sur le choix après les épreuves classantes nationales. Exercer. 2019;150:89-94.
28. Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans 5 pays européens. Vol. 1. Paris : ONDPS ; 2015.
29. Poimbœuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature. [Thèse de Doctorat d'université, médecine générale]. Rennes ; 2015.
30. Bourré MC. Influence des stages chez le praticien dans l'installation des jeunes médecins généralistes en zone rurale : exemple breton [Thèse d'exercice de médecine générale]. Rennes : Université de Rennes ; 2013.
31. Dumontet M, Chevillard G. Rémédier aux déserts médicaux. Édition Rue d'Ulm. 2020.