

Année 2024

2024 TOU3 1057

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue
publiquement par

Alexandre SAMADI

Le 11/06/2024

DETERMINANTS FAVORISANT L'INSTALLATION DES MEDECINS GENERALISTES EN ZONES SOUS-DENSES : Etude quantitative menée sur l'Ariège, le Comminges et le Gers

Directeur de thèse : **Pr Jordan BIREBENT**

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Professeur Jordan BIREBENT	Assesseur
Madame le Docteur Anne LAGORCE	Assesseur



FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSÉY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADORO Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GÓMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUDAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibaut	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOU LAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric, je vous remercie de présider ce jury et de me faire l'honneur d'évaluer ce travail. Votre dévouement pour la médecine générale ainsi que pour la formation des internes au sein de ce territoire si vaste, si varié et si magnifique est un exemple. Veuillez trouver ici le témoignage sincère de mon profond respect.

Au directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Jordan Birebent, merci de m'avoir fait confiance pour réaliser ce travail et pour ta précieuse aide tout au long de ce parcours. Ce fut un plaisir de travailler avec toi.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain, je te remercie de ton accueil généreux dans le Comminges. Je suis heureux que nos chemins s'y soient croisés. Merci pour ton aide, ta bienveillance, ta disponibilité en toutes circonstances et ton investissement en faveur du territoire.

Madame le Docteur Anne Lagorce, je te remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Je te suis très reconnaissant pour toute la générosité et la gentillesse dont tu as fait preuve à mon égard lors de mon passage dans l'Armagnac.

Un grand merci aux **Docteurs Emilie Franzin et Jean-Pierre Rocher** ainsi qu'à **Madame Marie-Neige Passarieu** pour leur précieuse collaboration ayant permis la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier mes différents maîtres de stage pour leur accueil, notamment les Docteurs **Marc Dupui, Santiago Garcia, Michel Galland, Anne Lagorce** et **Xavier Sirgant** qui ont grandement participé à mon attrait pour la médecine générale.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
I) Contexte démographique	6
1) Démographie médicale en France.....	6
2) Inégalités territoriales	6
3) Echec des moyens engagés	8
II) Etats des lieux des connaissances.....	9
III) Objectifs	10
MATERIEL ET METHODE.....	11
I) Recherches Préliminaires	11
II) Population cible et critères d'inclusion.....	11
1) Les territoires	11
2) Année d'installation	11
3) Médecins concernés.....	12
III) Elaboration du questionnaire.....	12
1) Organisation.....	12
2) Choix des déterminants proposés dans l'échelle de Likert	13
3) Plateforme d'hébergement.....	13
4) Date d'envoi du questionnaire et du recueil de données	13
IV) Statistiques :.....	13
1) Critères d'inclusion et d'exclusion des données	13
2) Logiciels de traitement de données.....	13

RESULTATS	14
I) Caractéristiques de la population étudiée	14
1) Caractéristiques générales	14
2) Caractéristiques de l'installation	14
3) Connaissance du territoire et rôle du parcours de l'internat.....	16
II) Importance des déterminants	17
III) Autres déterminants exprimés	20
DISCUSSION	21
I) Analyse des déterminants.....	21
1) Possibilité de créer et/ou intégrer un regroupement de professionnels de santé	21
2) Opportunité professionnelle pour le conjoint	21
3) Proximité géographique avec la famille et/ou lieu d'origine	21
4) Expérience professionnelle au travers de l'internat	21
5) Facteurs géographiques	22
6) Aides financières et/ou logistiques.....	22
II) Comparaison avec les données de la littérature	22
III) Forces de l'étude	23
1) Méthode quantitative	23
2) Taille de l'effectif.....	23
IV) Limites.....	24
1) Biais.....	24
2) Données manquantes	24
3) Déterminants non étudiés.....	24
V) Perspectives	25
1) Leviers d'action	25
a) Mesures incitatives	25
b) Mesures restrictives	25
2) Réplication de l'étude	26
3) Recherche des freins à l'installation	26

CONCLUSION.....	27
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	28
ANNEXE 1.....	30
ANNEXE 2.....	35
RESUME.....	45
ABSTRACT.....	46

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

APL : Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ZIP : Zones d'Intervention Prioritaire

ZAC : Zones d'Action Complémentaire

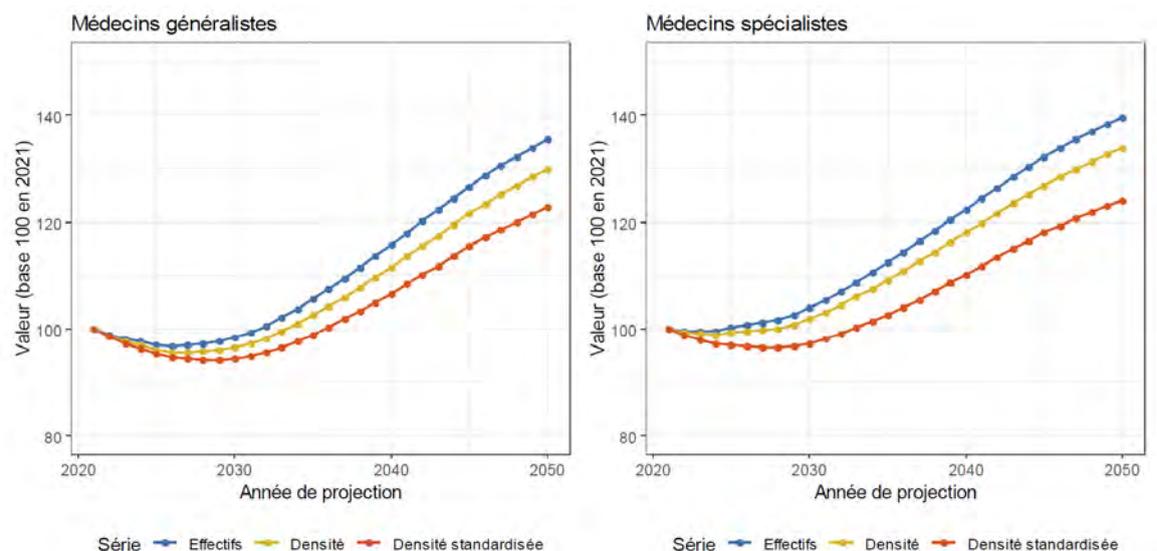
INTRODUCTION

I) Contexte démographique

1) Démographie médicale en France

La France connaît une décroissance du nombre de médecins généralistes en exercice depuis plus de 10 ans (-11% entre 2012 et 2023¹) dans un contexte de vieillissement global de la population et, par conséquent, d'augmentation de la consommation de soin². Ce phénomène va s'aggraver encore dans les prochaines années selon les projections de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), qui ne prévoit d'amélioration de la densité médicale « standardisée », c'est-à-dire pondérée avec la démographie et l'augmentation de la consommation de soin de la population, qu'après 2035³ (Graphique 1).

Graphique 1 : Effectifs, densité et densité standardisée des médecins généralistes et spécialistes, projetés entre 2021 et 2050³



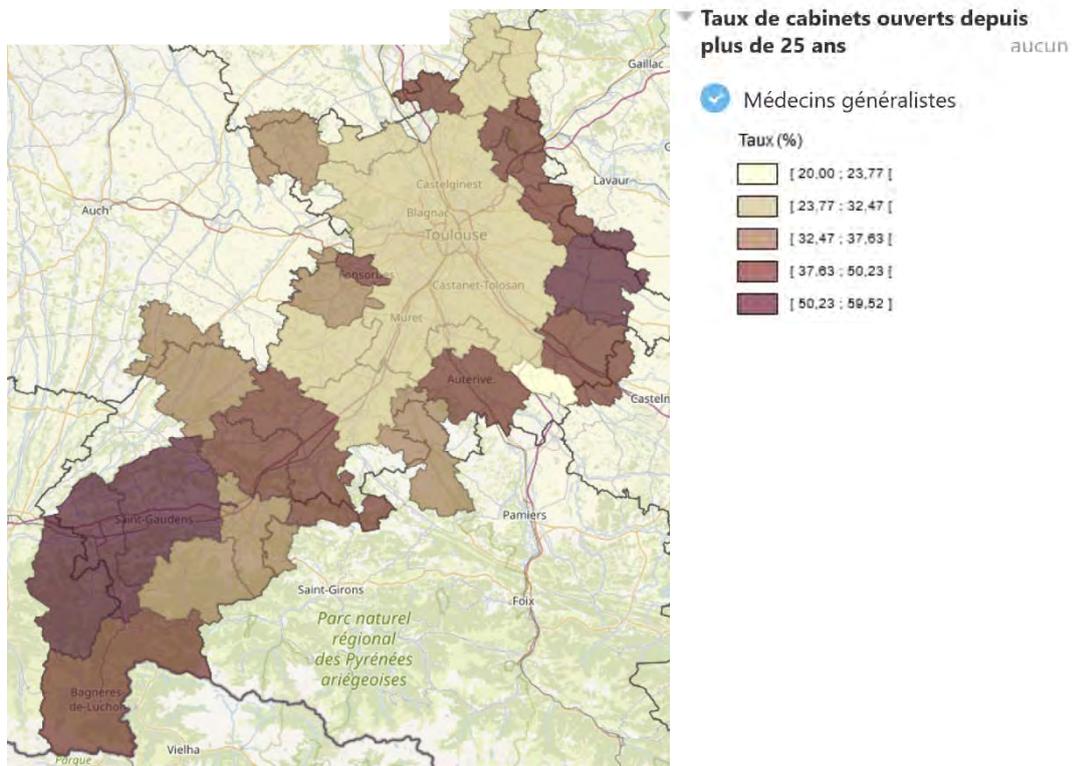
Champ > Professionnels actifs de moins de 70 ans, inscrits à l'Ordre, France entière.

Sources > Modèle de projection DREES par microsimulation, alimenté par les données des médecins inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales (SISE, ECN). Projections de population de l'Insee. Consommations de soins calculées à partir des données de l'Assurance maladie.

2) Inégalités territoriales

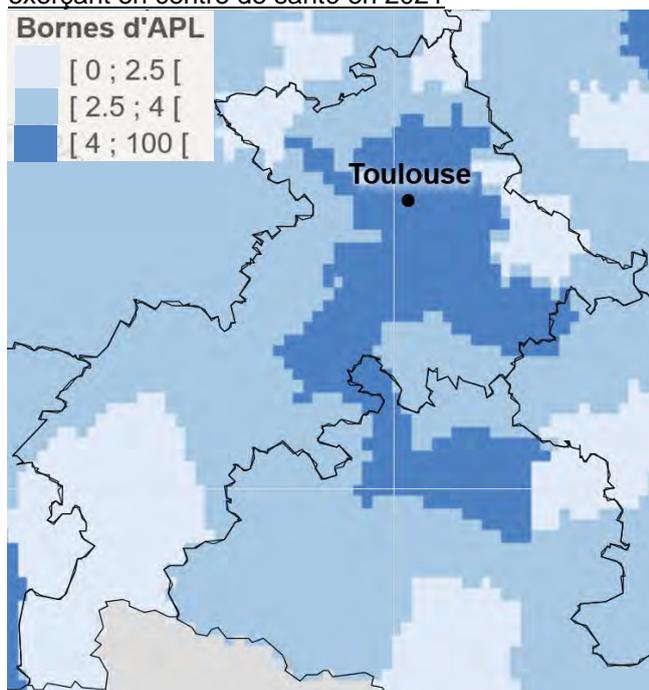
Ce phénomène s'accompagne d'un accroissement des inégalités territoriales. Les territoires ruraux en subissent particulièrement les conséquences avec un recul plus marqué de la densité en médecins généralistes (-24% dans le Gers, -18% en Ariège entre 2010 et 2023⁴). Les disparités peuvent se retrouver au sein même des départements avec une attractivité moindre des territoires ruraux, comme en Haute-Garonne où l'essentiel des installations depuis moins de 25 ans se distribue dans l'aire urbaine toulousaine⁵, au détriment des zones rurales du département (Graphique 2).

Graphique 2 : Cartographie montrant le taux de cabinets ouverts depuis plus de 25 ans en Haute-Garonne par bassin de vie en 2023⁵ :



En résulte ainsi une inégalité d'accessibilité à l'offre de soins, illustrée sur la cartographie suivante⁶ (Graphique 3).

Graphique 3 : Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2021



L'indicateur d'APL indique le volume de soins accessibles pour les habitants de cette commune, compte tenu de l'offre disponible et de la demande au sein de la commune et dans les communes environnantes. Elle s'exprime en nombre de consultations accessibles par an et par habitant.

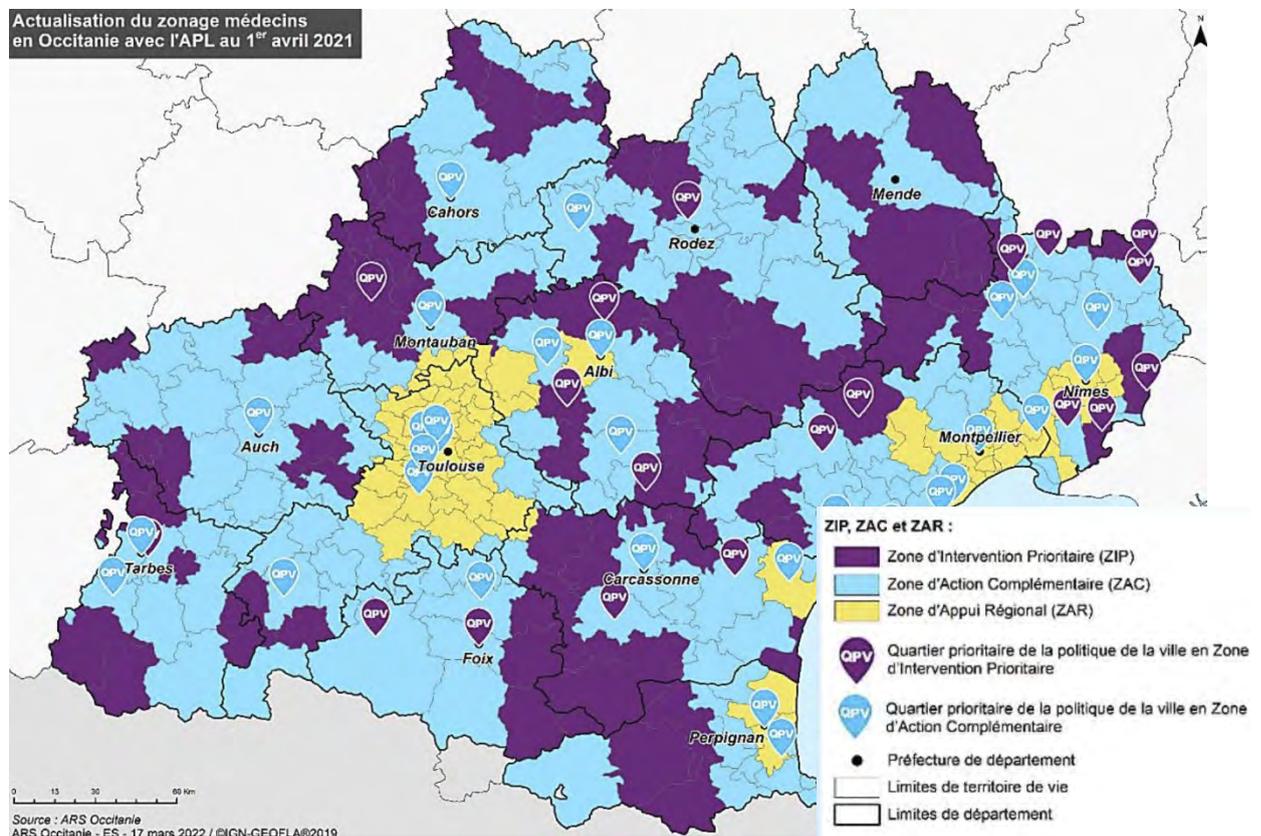
3) Echec des moyens engagés

Depuis la loi HPST de 2009⁷ et la création des ARS (Agences Régionales de Santé) jusqu'au plan « Ma Santé 2022 »⁸ dernièrement, l'État tente de répondre à ces inégalités territoriales. Divers moyens sont employés : augmentation du nombre d'étudiants admis ; aides financières à l'installation dans des zones considérées « sous-denses » (caractérisées par une offre de soins insuffisante pour leur population⁹) ; développement de terrains de stage en zones rurales ; incitation au regroupement de professionnels de santé dans des maisons de santé voire des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) ou encore amélioration des conditions de travail avec la création du poste d'assistant médical¹⁰.

A leur échelle respective, les collectivités locales essaient de lutter contre ces zones sous-denses en utilisant les moyens à leur disposition tels que le financement de locaux de santé ou la création de postes salariés. Certains départements comme l'Aveyron ou le Gers, ont créé des services administratifs spécifiquement dédiés à accompagner et faciliter l'installation des médecins et des internes en médecine ainsi qu'à faire la promotion de leur territoire^{11,12}.

En dépit de toutes ces actions, l'Occitanie reste couverte par des zones sous-denses. Excepté les métropoles toulousaine et montpelliéraine, l'essentiel du territoire, dont des départements entiers, sont classés ZIP (zones d'intervention prioritaire, les plus fragiles) ou ZAC (zones d'action complémentaire, fragiles à un niveau moindre)⁹, appellations issues du zonage effectué par l'ARS et ouvrant droit aux aides à l'installation.

Graphique 4 : Cartographie des zones sous-denses en Occitanie réalisée par l'ARS en 2021¹³ :



II) Etats des lieux des connaissances

Ces dernières années, des travaux de recherche ont tenté d'identifier les facteurs influençant la zone d'installation des médecins :

- En 2019, la « commission jeunes médecins » du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) a publié une enquête¹⁴ sur les déterminants à l'installation des médecins. Elle portait sur un effectif national composé à la fois d'internes, de remplaçants, de praticiens libéraux et de salariés de toutes spécialités. Cette enquête relativisait l'importance des aides financières comme déterminant à l'installation avec moins de la moitié des internes et remplaçants jugeant ce critère comme « tout à fait ou plutôt » déterminant. La proximité familiale et les services publics semblaient être les critères les plus retenus parmi une liste incluant les critères suivants : raisons personnelles, transports, attachement au territoire, coût du logement, équipements culturels et sportifs, et connectique satisfaisante. L'enquête portait sur un effectif national, sans distinction de territoire, ni de date d'installation, ni d'âge, ni de spécialité. L'effectif comprenait alors 40% de spécialités autres que la médecine générale et 48% de praticiens de plus de 40 ans.
- En 2020, la DREES a étudié les motifs d'installation des médecins dans une enquête menée auprès de 3 034 médecins généralistes libéraux et publiée dans son « quatrième panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville »¹⁵. Chez les moins de 40 ans (environ 660 médecins), les principales motivations du choix de leur lieu d'installation étaient : « la possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels de santé », « les facilités pour leur famille (travail du conjoint, école des enfants, etc.) » et « la proximité géographique par rapport aux attaches familiales ». Le motif « aide(s) logistique(s) ou financière(s) » restait le dernier, choisi par seulement 16% des médecins de moins de 40 ans, et encore moins par les médecins plus âgés.
- Fin 2021, la DREES a publié un rapport^{16,17} qui évaluait l'état des connaissances sur l'efficacité des politiques menées pour remédier aux inégalités géographiques d'accès aux soins, à partir d'une analyse de la littérature internationale. Les données disponibles étaient abondantes mais fortement limitées sur le plan méthodologique et difficiles à extrapoler au modèle français. Malgré ce manque de données robustes et la différence des contextes spécifiques, les résultats convergeaient vers des déterminants d'installation communs représentés par les conditions d'exercice, l'environnement professionnel et les facteurs personnels tels que l'origine sociale et géographique. Les incitations financières montraient une efficacité mitigée par rapport aux sommes engagées et limitée au court terme, contrairement aux interventions pour l'amélioration de l'accessibilité aux études médicales pour les populations rurales et/ou moins favorisées, levier puissant et plus pérenne.

Enfin, des travaux de thèse de médecine générale ont retrouvé des déterminants similaires au travers de méthodes qualitatives sur des territoires spécifiques tels que l'Aveyron¹⁸, la Lorraine¹⁹, l'Isère²⁰ ou la Normandie²¹.

III) Objectifs

L'objectif de notre travail était d'identifier les déterminants favorisant l'installation des médecins généralistes en zones rurales et/ou sous-denses. En effet, pour lutter efficacement contre l'accroissement des inégalités territoriales de densité médicale et répondre à l'échec des politiques menées, il est indispensable de connaître précisément les facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes, et plus particulièrement en territoires sous-denses et/ou ruraux. Or, peu de travaux menés récemment se sont concentrés spécifiquement sur ces territoires. En Occitanie, seule une thèse de médecine générale utilisant une méthode qualitative a été réalisée dans l'Aveyron en 2021¹⁸.

L'analyse des données recueillies devait nous permettre de prioriser et comparer les principaux déterminants identifiés avec ceux retrouvés dans les travaux déjà réalisés à l'échelon national et international.

MATERIEL ET METHODE

Pour répondre à notre objectif principal, nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, transversale, sur des territoires définis, effectuée par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme et auto-administré (consultable en Annexe 1). Différentes étapes, détaillées ci-après, se sont succédées pour la réalisation de ce travail.

I) Recherches Préliminaires

La première étape a été de rechercher les travaux réalisés sur le sujet depuis 2015, en utilisant les mots clefs suivants : « déterminants, facteurs, installation, motivations, médecins généralistes, zones rurales, zones sous-denses, désert médical » dans les différents moteurs de recherche, aussi bien généralistes comme Google[®], que dans les bases de données bibliographiques automatisées telles que Google Scholar[®], Suddoc, Cismed. D'autres sources ont été consultées : les différents rapports de la DREES^{3,15,16,22} concernant la démographie médicale, les ressources gouvernementales^{8,9,23,24} à propos du zonage médical et des politiques menées contre la désertification médicale, les articles publiés depuis des sources secondaires de la littérature telle que la revue Prescrire¹⁷.

II) Population cible et critères d'inclusion :

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes installés dans l'Ariège, le Comminges et le Gers depuis 2017. Chacun de ces critères a été déterminé en fonction de plusieurs facteurs :

1) Les territoires :

Les territoires choisis furent l'Ariège et le Gers, qui ont comme limites celles de leur département respectif, ainsi que le Comminges, défini par le territoire « Pays Comminges Pyrénées » constitué de 3 communautés de communes, regroupant 235 communes²⁵. Il s'agit de territoires essentiellement couverts de zones sous-denses et rurales, particulièrement touchés par la diminution de la densité médicale²³. Etudier précisément ces territoires permettait de se concentrer sur l'échelle locale et apporter des réponses concrètes aux collectivités concernées.

2) Année d'installation :

Le choix de l'année d'installation conditionnait deux paramètres importants : d'une part, l'effectif potentiel de médecins pouvant être inclus, d'autant plus important que l'année choisie est ancienne, et d'autre part, la représentativité de l'effectif par rapport aux médecins s'installant actuellement. En effet, plus les médecins interrogés sont installés depuis longtemps, plus les déterminants de leur installation sont susceptibles d'avoir évolué par rapport à ceux s'installant actuellement. Pour se concentrer sur les facteurs actuels favorisant l'installation des médecins, l'année 2017, soit six ans avant l'envoi du questionnaire, a été choisie comme seuil. Ce compromis permet de cibler un nombre suffisant de médecins récemment installés tout en restant pertinent par rapport au contexte actuel et aux études récentes sur le sujet.

3) Médecins concernés :

Les médecins concernés étaient ceux déjà installés en médecine générale, ce qui exclut les remplaçants et internes. En effet, pour ces derniers, de nombreux facteurs et événements de la vie pouvaient encore faire évoluer les déterminants qui favoriseraient leur installation. Les spécialités autres que la médecine générale n'ont pas été étudiées. Le nombre total et réel d'installations en médecine générale sur un territoire est normalement connu des administrations (CPAM ou ARS), mais nous n'avons pas pu avoir accès à ces informations pour des raisons de confidentialité. Pour estimer le nombre de médecins concernés, c'est-à-dire installés en médecine générale depuis 2017 au sein des territoires définis, les médecins et acteurs locaux ont été consultés dans chaque territoire en amont de l'envoi du questionnaire. Ainsi, l'estimation approximative du nombre de médecins concernés s'élevait à une dizaine en Ariège, treize dans le Comminges et une quarantaine dans le Gers, portant le total à environ une soixantaine de médecins généralistes potentiellement concernés.

III) Elaboration du questionnaire

Le questionnaire était construit en trois parties, formant un ensemble de douze questions réalisables en quelques minutes depuis une page web (consultable en Annexe 1).

1) Organisation

La première partie, composée de dix questions catégorielles, fermées, à choix simple ou multiples étudiait les variables de la population interrogée : âge, situation familiale, département, mode et année d'installation, exercice en zone sous-dense. Les items concernant le lieu et la date d'installation permettaient de vérifier les critères d'inclusion à l'étude.

La deuxième partie proposait un questionnaire à choix multiples sous la forme d'une échelle de Likert, qui permet d'attribuer un degré d'importance à chacun des déterminants proposés. Quatre degrés d'importance furent proposés, inspirés de ceux utilisés dans les travaux du CNOM et de la DREES :

- Indifférent : critère neutre, sans influence particulière ;
- Intéressant : critère ayant une influence faible, dont on peut se passer aisément ;
- Important : critère ayant une influence forte dont on peut difficilement se passer ;
- Prioritaire et/ou indispensable : critère nécessaire dont l'absence est rédhibitoire et/ou la présence obligatoire.

La dernière partie comportait un item ouvert invitant à renseigner librement un ou des déterminants, non proposés dans l'échelle de Likert, en fonction de leur degré d'importance : intéressant, important, indispensable/prioritaire.

2) Choix des déterminants proposés dans l'échelle de Likert

Les déterminants favorisant l'installation des médecins généralistes proposés dans le questionnaire fermé, sous forme d'échelle de Likert, ont été choisis à partir des travaux du CNOM et la DRESS. Afin de maintenir un nombre d'entrées et un temps de complétude du questionnaire convenable, un nombre limité de déterminants pouvaient être proposés. Les déterminants non retenus furent principalement ceux sur lesquels les décisions politiques ne pouvaient pas ou peu intervenir, comme l'ambiance au sein d'une structure de soin, la proposition de reprise d'activité par un confrère, etc. Les déterminants qui ne figuraient pas dans l'échelle de Likert pouvaient être renseignés librement dans la dernière partie du questionnaire.

De plus, l'ordre d'affichage des différents critères a été randomisé pour chaque participant afin d'éviter toute influence, autrement appelée « effet d'ordre ».

3) Plateforme d'hébergement

Le questionnaire était hébergé par LimeSurvey^{®26}, plateforme dite « open-source » basée en Allemagne et accessible depuis n'importe quel navigateur web. Cette plateforme d'hébergement a été choisie pour la confidentialité et la protection des données confiées aux utilisateurs : la participation au questionnaire restait anonyme, les adresses IP masquées ; aucune adresse mail n'a été demandée ni récupérée.

4) Date d'envoi du questionnaire et du recueil de données

Le questionnaire fut envoyé le 24/03/2023 aux médecins installés en Ariège, par le biais d'un mail commun transmis par le conseil départemental de l'ordre des médecins. Le même jour, l'envoi a été effectué par mail aux médecins généralistes concernés du Comminges, puis le 29/05/2023 pour les médecins concernés du Gers. Le recueil de données s'est arrêté au 15/06/2023.

IV) Statistiques :

1) Critères d'inclusion et d'exclusion des données

Seules les réponses complètes de médecins généralistes installés depuis 2017 dans un des territoires étudiés pouvaient être incluses pour l'analyse de données, ce qui excluait toutes les réponses incomplètes de médecins non généralistes installés avant 2017 ou dans un territoire autre que le Gers, l'Ariège ou le Comminges.

2) Logiciels de traitement de données

Les données ont été exportées depuis la plateforme du questionnaire en ligne LimeSurvey[®] vers Microsoft Excel pour être analysées et pour réaliser la construction des tableaux de résultats.

RESULTATS

L'analyse des données a été réalisée à partir des réponses provenant des questionnaires entièrement complétés, soit 40 questionnaires. Les questionnaires partiellement complétés furent exclus. Parmi ces 40 questionnaires, 2 ne correspondaient pas aux critères d'inclusion, il s'agissait d'installations antérieures à 2017 ou en dehors des territoires concernés. Au final, 38 questionnaires furent retenus pour l'analyse des données.

I) Caractéristiques de la population étudiée

1) Caractéristiques générales

L'âge moyen de la population étudiée, constituée très majoritairement de femmes à hauteur de 76%, s'élevait à 33,5 ans (IC95% [32,1 ; 34,9]) et l'âge moyen au moment de l'installation à 31,1 ans (IC 95% [29,5 ; 32,7]).

Au moment de l'installation, 89% des médecins ayant complété le questionnaire étaient en couple et plus de 40% avait un ou plusieurs enfants. (Tableau 1)

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée

	N= 38	Part relative
Age moyen à l'installation	31,1 ans - IC 95% [29,5 ; 32,7]	
<u>Sexe :</u>		
Femme	29	76%
Homme	9	24%
<u>Situation familiale au moment de l'installation :</u>		
En couple sans enfant	18	47,4%
En couple avec enfant(s)	15	39,5%
Célibataire sans enfant	3	7,9%
Célibataire avec enfant(s)	1	2,6%
En couple, enceinte	1	2,6%
Total en couple	34	89,5%
Total avec enfant(s)	16	42,1%

2) Caractéristiques de l'installation

Le territoire du Gers était le plus représenté avec 55% des répondants, suivi de l'Ariège et du Comminges (24% et 21% respectivement). Les années d'installation se répartissaient équitablement. La quasi-totalité des installations l'ont été en libéral (95%), principalement en groupe (79%), dans une zone catégorisée sous-dense par l'ARS (79%) et majoritairement dans le cadre d'une création d'activité (66%). (Tableau 2)

Tableau 2 : Caractéristiques liées à l'installation

	N= 38	Proportion
<u>Année d'installation :</u>		
2017	4	10,53%
2018	6	15,79%
2019	8	21,05%
2020	6	15,79%
2021	6	15,79%
2022	6	15,79%
2023	2	5,26%
<u>Département d'installation :</u>		
Ariège	9	24%
Comminges	8	21%
Gers	21	55%
<u>Forme d'activité :</u>		
Libérale	36	94,7%
Salariée	1	2,6%
Mixte	1	2,6%
<u>Mode d'installation :</u>		
Création d'un cabinet libéral dans un groupe déjà existant	14	36,8%
Création d'un cabinet libéral individuel	5	13,1%
Création d'un poste salarié pour l'installation	1	2,6%
Succession dans un cabinet libéral individuel déjà existant	1	2,6%
Succession d'un cabinet/d'une activité libéral(e) dans un groupe déjà existant	11	29%
Autre :	6	15,8%
- Dont création d'activité dans/avec un groupe (collaboration, création MSP etc.)	5	13%
- Dont reprise d'activité	1	2,6%
Total installation dans un groupe :	30	79%
Total création d'activité :	25	66%
Total reprise d'activité :	13	34%

3) Connaissance du territoire et rôle du parcours de l'internat

Pour 47% des répondants, le territoire d'installation était lié à l'origine personnelle et/ou familiale, et pour 42% par le parcours de l'internat. Seul 1 répondant estimait avoir connu le territoire grâce à une annonce ou communication.

Parmi les médecins interrogés, 42% étaient passés par la même structure que celle dans laquelle ils se sont installés et 26% dans un cabinet ou structure environnante. Seuls 32% des répondants se sont installés en dehors des territoires dans lesquels ils avaient réalisé une partie de leur internat. (Tableau 3)

Tableau 3 : Connaissance du territoire et rôle du parcours de l'internat

	N=38	Proportions
<u>Comment avez-vous connu la zone de votre installation ?</u>		
(Multiples choix possibles)		
Origine personnelle/familiale	18	47,4%
Au travers du parcours de l'internat	16	42,1%
Par des proches	4	11,5%
Par annonce/communication du département ou de la commune	1	2,6%
Tourisme	0	0%
Autres :	6	15,8%
- remplacements	2	5,3%
- recherche personnelle	2	5,3%
- chasseur de tête	1	2,6%
	N=38	Proportions
<u>Avez-vous réalisé une partie de votre internat à l'endroit ou proche de l'endroit de votre installation ?</u>		
Oui, dans la même structure de soins (MSP ou autre)	16	42,1%
Non	12	31,6%
Oui dans les environs	10	26,3%

II) Importance des déterminants

Le déterminant le plus souvent classé comme prioritaire et/ou indispensable était la « possibilité de créer et/ou intégrer un regroupement de professionnels de santé » (44,7%), devançant les « opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e) » (31,6%) et la « proximité géographique avec la famille et/ou le lieu d'origine » (26,3%). A contrario, les « aides financières et/ou logistiques » ainsi que « l'offre de soins locale » ont été les moins souvent considérés comme prioritaires (1 répondant sur 38).

Parmi les déterminants considérés soit comme prioritaires, soit comme importants, l'ordre reste similaire, hormis « expérience professionnelle dans la zone d'installation : internat, remplacement, etc. » en deuxième avec « opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e) » (63,2%), toujours derrière la « possibilité de créer et/ou intégrer un regroupement de professionnels de santé » (73,7%). La « proximité géographique avec la famille et/ou le lieu d'origine » (55,3%) vient ensuite.

Le critère « aide financière et/ou logistique » semble être le moins déterminant avec 14 interrogés, soit 36,8% de l'effectif, qui l'ont classé soit comme prioritaire soit comme important. Ce critère fut celui qui a le plus souvent été classé comme « indifférent » (14 fois sur 38 soit 36,8%). (Tableaux 4 et 5)

Tableau 4 : Importance des déterminants proposés dans le choix du lieu d'installation

	N=38	Proportions
<u>Dynamisme et commodités locales : écoles, associations, activités</u>		
Indifférent	5	13,2%
Intéressant	14	36,8%
Important	13	34,2%
Prioritaire et/ou Indispensable	6	15,8%
<u>Offre de soin locale : hôpital, confrères spécialistes, laboratoires</u>		
Indifférent	3	7,9%
Intéressant	17	44,7%
Important	17	44,7%
Prioritaire et/ou Indispensable	1	2,6%
<u>Aide financière et/ou logistique</u>		
Indifférent	14	36,8%
Intéressant	10	26,3%
Important	13	34,2%
Prioritaire et/ou Indispensable	1	2,6%
<u>Opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e) :</u>		
Indifférent	9	23,7%
Intéressant	5	13,2%
Important	12	31,6%
Prioritaire et/ou Indispensable	12	31,6%
<u>Intérêt personnel pour la localité/attachement au territoire</u>		
Indifférent	6	15,8%
Intéressant	13	34,2%
Important	15	39,5%
Prioritaire et/ou Indispensable	4	10,5%
<u>Expérience professionnelle dans la zone : internat, remplacement, etc.</u>		
Indifférent	6	15,8%
Intéressant	8	21,1%
Important	17	44,7%
Prioritaire et/ou Indispensable	7	18,4%
<u>Proximité géographique avec votre famille et/ou votre lieu d'origine</u>		
Indifférent	5	13,2%
Intéressant	12	31,6%
Important	11	28,9%
Prioritaire et/ou Indispensable	10	26,3%
<u>Possibilité de créer/intégrer un regroupement de professionnels de santé</u>		
Indifférent	4	10,5%
Intéressant	5	13,2%
Important	12	31,6%
Prioritaire et/ou Indispensable	17	44,7%

Tableau 5 : Déterminants classés par importance et triés par ordre décroissant

	N	Proportions
<u>- Déterminants classés comme « Prioritaire et/ou indispensable » :</u>		
Possibilité de créer/intégrer un regroupement de professionnels de santé	17	44,7%
Opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e)	12	31,6%
Proximité géographique avec votre famille et/ou votre lieu d'origine	10	26,3%
Expérience professionnelle dans la zone : internat, remplacement, etc.	7	18,4%
Dynamisme et commodités locales : écoles, associations, activités	6	15,8%
Intérêt personnel pour la localité/attachement au territoire	4	10,5%
Offre de soin locale : hôpital, confrères spécialistes, laboratoires	1	2,6%
Aide financière et/ou logistique	1	2,6%
<u>- Déterminants classés soit comme « Prioritaire et/ou indispensable » soit comme « Important » :</u>		
Possibilité de créer/intégrer un regroupement de professionnels de santé	28	73,7%
Expérience professionnelle dans la zone : internat, remplacement, etc.	24	63,2%
Opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e)	24	63,2%
Proximité géographique avec votre famille et/ou votre lieu d'origine	21	55,3%
Dynamisme et commodités locales : écoles, associations, activités	19	50%
Intérêt personnel pour la localité/attachement au territoire	19	50%
Offre de soin locale : hôpital, confrères spécialistes, laboratoires	18	47,4%
Aide financière et/ou logistique	14	36,8%

III) Autres déterminants exprimés

Les déterminants cités librement par les répondants ont été classés en plusieurs catégories :

- Relation avec ses confrères, cité 7 fois comme prioritaire, 1 fois comme important : ambiance au cabinet, entente entre professionnels, possibilités d'échange avec ses confrères et de compagnonnage après l'installation
- Conditions de travail, cité 3 fois comme prioritaire, 1 fois comme important, 2 fois comme intéressant : semaine de trois jours, cabinet déjà meublé et loué par la mairie, charges de fonctionnement prises en charge, absence de garde
- Proximité géographique avec le lieu d'habitat, cité 2 fois comme prioritaire et 2 fois comme important.
- Proximité géographique avec activité professionnelle du conjoint, cité 2 fois comme prioritaire
- Qualité de vie, cité 1 fois comme prioritaire
- Prix de l'immobilier, cité 1 fois comme important

DISCUSSION

I) Analyse des déterminants

1) Possibilité de créer et/ou intégrer un regroupement de professionnels de santé :

Il s'agit du déterminant principal, de loin le plus cité comme prioritaire par 45% des répondants, ce qui concorde avec la tendance actuelle d'installation au sein de groupe de professionnels (comme 79% de l'effectif étudié et 80% des jeunes médecins en France²⁴) ainsi qu'avec la dynamique de création de maisons de santé pluriprofessionnelles dont le nombre est en constante augmentation (1 118 fin 2017, 2 251 en mars 2023)²⁷. La relation avec ses confrères est le déterminant librement cité le plus mentionné comme prioritaire, suivi par les conditions de travail, ce qui confirme que les nouveaux installés recherchent en priorité un cadre professionnel agréable, permettant un exercice coordonné en groupe et dans de bonnes conditions de travail.

2) Opportunité professionnelle pour le conjoint :

Ce déterminant figure parmi les plus prioritaires (31% des répondants) et témoigne de l'importance accordée à l'équilibre personnel et familial. C'est tout à fait compréhensible dans la mesure où l'installation intervient généralement à un âge propice à la création d'un foyer : l'âge moyen (31 ans) à l'installation des médecins interrogés correspond à l'âge moyen de la première maternité chez les mères diplômées du supérieur en France²⁷, ou encore de la primo-accession au logement²⁸. L'effectif interrogé comportait 90% de médecins en couple et presque la moitié qui avait au moins un enfant.

3) Proximité géographique avec la famille et/ou lieu d'origine :

Un quart des jeunes médecins estime ce critère comme prioritaire, ce qui montre l'importance de l'origine territoriale et la nécessité d'améliorer l'accès aux études de médecine dans les territoires ruraux : plus il y aura de médecins formés originaires des territoires ruraux, et plus grandes seront les chances qu'ils s'installent dans ces territoires.

4) Expérience professionnelle au travers de l'internat :

Important ou indispensable pour deux tiers des interrogés, le parcours de l'internat apparaissait comme un déterminant principal d'installation. On observe que 68 % des médecins se sont installés dans une zone où ils ont effectué une partie de leur internat, dont 40 % dans la même structure où ils ont exercé en tant qu'interne. Le développement des terrains de stage associé à des structures d'accueil des internes en zone rurale constitue donc un élément essentiel dans la lutte contre la désertification des zones rurales. Ce levier d'action avait déjà été présenté par l'OMS dès 2010²⁹ en tant que recommandation forte.

5) Facteurs géographiques

Les déterminants suivants « dynamisme et commodités locales : écoles, associations, activités », « Intérêt personnel pour la localité/attachement au territoire », « Offre de soin locale : hôpital, confrères spécialistes, laboratoires » semblent avoir une influence non négligeable puisqu'ils ont été mentionnés comme importants ou prioritaires par la moitié des répondants, mais pas déterminante car considérés prioritaires seulement pour, respectivement, 15,8%, 10,5% et 2,6% des répondants.

6) Aides financières et/ou logistiques

Prioritaires pour seulement un interrogé sur l'ensemble de l'échantillon, et ni important ni prioritaire pour les deux tiers, les incitations financières et/ou logistiques ne semblent pas avoir été déterminantes dans l'installation des médecins interrogés. Il s'agit même du critère le plus souvent classé comme « indifférent » (36,8% des réponses). Ce résultat suggère qu'actuellement, les médecins s'installant en zone rurale favorisent plutôt les conditions de travail et le cadre familial par rapport à l'aspect financier.

II) Comparaison avec les données de la littérature

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans les travaux de la DREES de 2019¹⁵, puisque les mêmes déterminants principaux ont été retrouvés chez les médecins généralistes de moins de 40 ans, dont les trois premiers dans le même ordre de priorité. Ces travaux relèvent que « les aides financières et/ou logistiques » étaient le critère le moins déterminant dans l'installation des jeunes médecins.

Les résultats concordent aussi avec les travaux du CNOM¹⁴ sur le sujet puisque dans leur enquête, environ 60% des internes et remplaçants affirmaient que la proximité familiale pesait fortement dans leur choix et 86% des internes ayant un conjoint jugeaient que ce dernier influence le projet d'installation.

Le rapport de la DRESS de 2021¹⁶ étudiant la littérature internationale trouve des résultats similaires à notre travail. Le critère principal qui en ressort est de bénéficier de conditions d'exercice et d'un environnement de travail favorable à un équilibre entre vie professionnelle et familiale, par exemple grâce à la possibilité de maîtriser la charge de travail et surtout de ne pas se retrouver isolé professionnellement. Le choix d'installation dépendait également de l'origine sociale et géographique des médecins ainsi que du parcours de formation, ce que nous retrouvons dans nos résultats.

Concernant les aides financières, le rapport indique que ce critère est important mais secondaire par rapport aux critères relatifs à l'exercice professionnel et aux conditions de vie. Ce levier est pourtant le plus largement utilisé, avec des résultats plutôt décevants car, en dépit d'un accroissement de l'offre à court terme, l'efficacité à long terme reste discutable.

III) Forces de l'étude :

1) Méthode quantitative :

Le choix de ce type d'étude a été motivé par la possibilité d'étudier précisément les déterminants favorisant l'installation des médecins et de pouvoir reproduire à l'échelon local les travaux réalisés à l'échelon national, tels que ceux de la DREES¹⁵ ou du CNOM¹⁴, permettant une comparabilité des résultats. Ce format d'étude est répliquable sur d'autres périodes et/ou territoires afin d'enrichir les connaissances.

Aucune autre étude avec méthode quantitative et/ou fournissant des données sur une telle taille de l'effectif n'a été réalisée sur les territoires concernés et il s'agit du seul travail s'attachant à reproduire à l'échelon local les travaux réalisés à l'échelon national par la DREES et le CNOM.

De plus, la méthode utilisée permettait l'anonymisation complète des participants, garantissant une protection des données et limitait les biais de réponse au questionnaire.

2) Taille de l'effectif

L'âge d'installation centré autour de la moyenne (31,1 ans - IC 95% [29,5 ; 32,7]) comportait peu de valeurs extrêmes : 2 installations après 37 ans et 1 installation avant 27 ans. Le ratio femme/homme de 75/25 montrait une surreprésentation de femmes dans l'effectif étudié en comparaison de celui au sein de l'effectif total des médecins généralistes en France (53/47) et des médecins généralistes de 30 à 34 ans (65/35)⁵.

Le taux de réponses exact ne peut pas être calculé par manque de données sur le nombre réel de médecins concernés et ayant reçu l'invitation à répondre au questionnaire, notamment en Ariège. Cependant, sur les 13 médecins contactés dans le Comminges et 41 dans le Gers, respectivement 8 (61%) et 21 (51%) médecins ont répondu et respectaient les critères d'inclusion. Le nombre total relativement élevé de réponses recueillies incluses (38) permet de réduire les biais d'échantillonnage.

IV) Limites

1) Biais

Le questionnaire étant auto-administré, les participants sont soumis aux biais cognitifs favorisant les réponses plus « vertueuses », c'est-à-dire les plus en adéquation avec l'image positive que l'on se fait de soi-même, ce qui pourrait défavoriser les déterminants tels que l'aide financière et/ou logistique, que ce soit dans ce travail ou ceux réalisés par la DRESS ou le CNOM. En effet, il pourrait apparaître moins vertueux d'être influencé par des incitations financières que par d'autres critères. Cependant ce biais est limité par l'anonymisation complète des réponses ainsi que par l'absence de recueil de données personnelles.

Un autre biais de sélection particulier limite l'extrapolation des résultats, appelé « biais du survivant », car notre étude ne portait uniquement que sur les médecins qui se sont installés sur ces territoires. Afin de connaître l'impact réel de chacun des déterminants, il aurait été nécessaire d'interroger ceux qui n'ont pas souhaité s'installer sur ces territoires étudiés. Par exemple, avant de conclure à une faible importance de l'aide financière, ce déterminant étant le moins prioritaire parmi ceux qui se sont installés dans le territoire étudié, il conviendrait de s'assurer qu'il ne soit pas un critère prioritaire pour ceux qui s'installent ailleurs, dans l'hypothèse où l'aide financière proposée hors de la zone étudiée y serait plus intéressante.

Le biais de mémorisation, commun à tous les questionnaires portant sur des événements passés, est ici limité car les installations datent d'au maximum 5 ans.

2) Données manquantes

Le nombre exact de nouvelles installations depuis 2017 sur les territoires étudiés et les coordonnées des médecins concernés n'ont pas pu être obtenus de la part de la CPAM pour des raisons de protection des données personnelles. Ces données auraient permis de connaître précisément les caractéristiques de l'effectif cible, d'évaluer la représentativité de l'effectif étudié, de déterminer le taux de réponses et d'estimer au mieux la généralisation possible des données obtenues.

3) Déterminants non étudiés

Comme expliqué dans la partie « matériel et méthodes », tous les déterminants n'ont pu être proposés dans le questionnaire. Il aurait été intéressant d'étudier, entre autres, l'influence du type de poste proposé (libéral, salarié, mixte) ou de l'opportunité de bénéficier de postes récemment créés d'assistant médical ou d'infirmier en pratique avancée, déterminants également non étudiés dans les travaux de la DRESS ou du CNOM.

V) Perspectives

1) Leviers d'action

a) Mesures incitatives

Les résultats de cette étude confirment l'importance des projets favorisant l'amélioration des conditions d'exercice de la profession médicale, comme la création de structures adaptées à l'exercice coordonné en groupe. Il s'agit d'une condition quasiment indispensable pour permettre de nouvelles installations en zones sous-dotées et il semble judicieux pour les collectivités locales d'en faire une priorité.

La création de ces structures doit s'accompagner de dispositifs favorisant l'accueil d'internes durant leur parcours d'internat en médecine générale : création de terrains de stage, logement, accompagnement, communication facilitée avec un interlocuteur dédié etc. Pour aller dans ce sens, l'Aveyron³⁰ et le Gers³¹ ont mis en place des dispositifs consacrés aux internes, remplaçants et nouveaux installés, qui possèdent un champ d'action large : propositions de logement, d'offre d'installation, de remplacement, de mise en relation avec les professionnels et même d'aide à la recherche d'emploi pour le conjoint.

En outre, au-delà de la formation d'un plus grand nombre de médecins, il est essentiel d'augmenter la proportion de médecins formés provenant des territoires ruraux. Cela peut être réalisé en améliorant l'accès aux études supérieures, peut-être grâce à la délocalisation des formations médicales, la création d'aides financières spécifiques ou toutes autres mesures incitatives pour encourager les élèves ayant le niveau requis à choisir la voie universitaire. L'OMS émettait déjà en 2010²⁹ une recommandation forte, préconisant d'utiliser « des politiques d'admissions ciblées pour accueillir des étudiants d'origine rurale dans les programmes de formation à diverses disciplines sanitaires, afin que les diplômés soient plus enclins à choisir d'exercer en zone rurale ».

Concernant les aides financières, il est clair qu'elles ne suffiront pas comme seul levier d'action, surtout sur le long terme et doivent impérativement s'accompagner de mesures dédiées à l'amélioration des conditions de travail.

b) Mesures restrictives

Ce travail n'a pas étudié directement l'impact de mesures contraignantes, telles que l'obligation d'exercice dans les zones sous-dotées ou la régulation de l'installation des médecins. Cependant, les données étudiées par la DRESS provenant des pays ayant mis en place ce type d'action montrent des résultats mitigés. L'obligation temporaire d'installation entraîne mécaniquement une amélioration à court terme de l'offre médicale mais se montre contre-productive à long terme. En effet, non seulement elle ne permet pas d'augmenter le nombre d'installations à terme, mais elle entraîne une rotation constante de médecins qui nuit à la qualité des soins. Quant à la régulation de l'installation des médecins, elle semble conduire à une distribution géographique plus homogène sur de grands territoires, mais ne permet pas d'éviter les pénuries localisées.

Notre travail apporte des éléments de compréhension à ces échecs et laisse à penser que ces mesures aboutiraient à des résultats similaires en France. Comme nous l'avons vu, l'âge d'installation correspond généralement à l'âge de construction du foyer (parentalité, primo-accession au logement) après de longues études, avec une forte importance attribuée à l'environnement familial (proximité avec la famille, importance du métier du conjoint) et professionnel. L'obligation d'exercice, même temporaire, dans un lieu imposé après ses études compromet fortement ces aspirations et il semble peu probable qu'imposer de tels sacrifices encouragerait à l'installation au sein des territoires contraints d'exercice. De même, réguler l'installation des médecins permettrait dans le meilleur des cas d'homogénéiser la densité médicale entre les régions, mais ne résoudra pas la pénurie globale de médecins aggravée par le contexte de déclin démographique, et ne pourrait donc pas empêcher l'existence de zones sous-dotées, à l'instar des autres pays. Au contraire, ces mesures risqueraient de diminuer l'intérêt pour la médecine générale, au profit d'autres filières moins contraignantes.

2) Réplication de l'étude

Ce travail peut être répliqué sur d'autres territoires ou périodes. Reproduire ce travail permettrait d'enrichir les données, de suivre l'évolution des déterminants au fil des années et des territoires ou encore d'étudier d'autres critères. A l'avenir, il serait intéressant de pouvoir collaborer avec les CPAM locales concernant l'utilisation des données disponibles sur les installations médicales afin d'améliorer la qualité des recherches, dont les résultats pourraient présenter une utilité dans leur démarche d'aide à l'installation des jeunes médecins. Les données des CPAM permettraient, entre autres, de cibler plus précisément les médecins concernés, d'estimer la représentativité des données et de simplifier le processus d'envoi des questionnaires.

3) Recherche des freins à l'installation

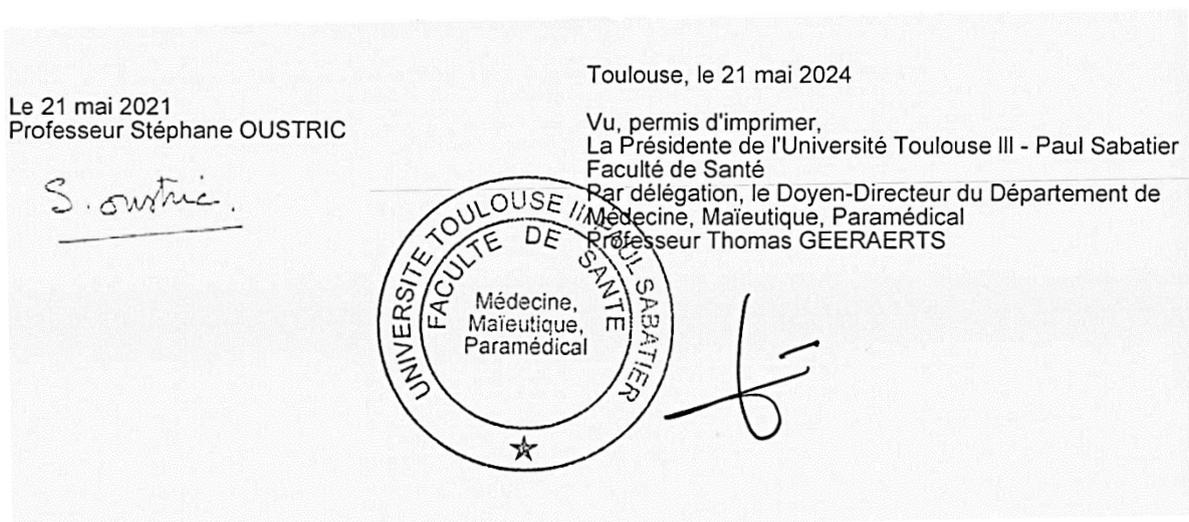
Il serait utile de rechercher les principaux freins à l'installation des médecins en zones rurales, en questionnant les médecins qui ne souhaitent pas s'installer dans ces zones sur les principaux déterminants à l'origine de cette réticence. A ma connaissance, peu de travaux ont été réalisés sur le sujet. Pourtant, étudier ces facteurs permettrait d'avoir des données plus exhaustives concernant l'influence des principaux déterminants, de découvrir d'autres facteurs non étudiés jusqu'alors, et limiterait les biais communs aux travaux déjà réalisés sur le sujet, comme le biais du survivant précédemment explicité. Ainsi, réunir les connaissances sur les principaux déterminants favorisant ou freinant l'installation en zones rurales contribuera à l'élaboration de réponses politiques efficaces.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'identifier et analyser les principaux déterminants favorisant l'installation des médecins généralistes en zones sous-denses, au travers d'un questionnaire adressé aux médecins récemment installés dans le Comminges, l'Ariège et le Gers.

Les principaux déterminants ayant favorisé l'installation des médecins interrogés dans cette étude sont : la possibilité de s'installer dans un groupe de professionnels, d'avoir des opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e) et de maintenir une proximité avec la famille et/ou le territoire d'origine. Ainsi, les données obtenues confirment le lien étroit entre le lieu d'installation, l'origine personnelle et le parcours de l'internat. En revanche, les aides financières étaient peu déterminantes.

Ces résultats sont convergents avec les travaux déjà réalisés à l'échelon national et international, et permettent d'identifier les principaux leviers d'action pour favoriser l'installation des médecins en zones rurales : créer des structures adaptées à un exercice médical en groupe, assurer des conditions de travail permettant de maintenir un équilibre entre vie familiale et vie professionnelle, encourager l'accueil des internes et augmenter la part de médecins originaires de territoires sous-denses. Les mesures coercitives telles que l'obligation ou la restriction d'installation ne semblent pas être des solutions efficaces dans ce contexte de pénurie médicale.



Références Bibliographiques

1. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cited 2023 May 5]. Available from: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
2. Grangier J. Études et résultats N° 1077. [cited 2024 Apr 1]. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux ALD|DREES. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-vieillissement-de-la-population-entraîne-une-hausse-des>
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? Constat et projections démographiques. Les dossiers la DREES [Internet]. 2021; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
4. Atlas de la démographie médicale 2023, Conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. [cited 2024 Apr 1]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medecine-2023>
5. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Atlas de l'implantation des professionnels de santé en France [Internet]. [cited 2024 Apr 2]. Available from: <https://cdonline.articque.com/share/bookmark/display/559>
6. DREES. 2022. [cited 2024 Apr 14]. Accessibilité potentielle localisée. Available from: <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>
7. Loi HPST, hôpital, patients, santé, agences régionales de santé | vie-publique.fr [Internet]. [cited 2023 Jun 19]. Available from: <https://www.vie-publique.fr/loi/20546-loi-hpst-hopital-patients-sante-agences-regionales-de-sante>
8. Ma santé 2022 : découloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. [cited 2023 Jun 19]. Available from: <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decouloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
9. Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins? - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cited 2023 May 6]. Available from: <https://sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
10. Lutter contre les déserts médicaux - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cited 2023 May 10]. Available from: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
11. En Aveyron, on prend soin des médecins - Accueil Médecins Aveyron [Internet]. [cited 2023 May 11]. Available from: <https://accueilmedecins.aveyron.fr/>
12. Futurs médecins, #dites 32 - Le Département du Gers [Internet]. [cited 2023 May 11]. Available from: <https://www.gers.fr/aides-Infos-pratiques/futurs-medecins-dites-32>
13. Un nouveau zonage médecins élargi en Occitanie | Agence régionale de santé Occitanie [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/un-nouveau-zonage-medecins-élargi-en-occitanie>
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Commission Jeunes Médecins. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-l'installation>
15. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-le-panel-d'observation-des-pratiques-et-des-conditions-d'exercice-en>
16. Polton D, Chaput H, Portela M. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques Les leçons de la littérature internationale. Les Dossiers la DREES. 2021;N°89.

17. Prescrire. “Déserts médicaux”: des pistes tirées d’expériences menées hors de France. Rev prescrire. 2023;N°472(tome 43).
18. Cros E, Marquot L. Déterminants et motivations à l’installation des médecins généralistes ambulatoires en Aveyron - Thèses d’exercice de Santé [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 14]. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3684/>
19. Louyot T. Quels sont les déterminants à l’installation des jeunes médecins généralistes en lorraine?: une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine. 2016 [cited 2024 Apr 14]; Available from: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932441>
20. Esnault G. Facteurs déterminants à l’installation des médecins généralistes en milieu rural dans le secteur bas-normand : étude qualitative auprès de médecins généralistes récemment installés dans le Calvados, La Manche et l’Orne. 2022 Jun 1 [cited 2024 Apr 14];52. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03982301>
21. Esnault G. Facteurs déterminants à l’installation des médecins généralistes en milieu rural dans le secteur bas-normand : étude qualitative auprès de médecins généralistes récemment installés dans le Calvados, La Manche et l’Orne. 2022 Jun 1 [cited 2024 Apr 14]; Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03982301>
22. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cited 2024 Apr 1]. Available from: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
23. Agence Régionale de Santé Occitanie - Communiqué de presse. L’ARS Occitanie élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l’accès aux aides à l’installation. [cited 2024 Apr 13]; Available from: www.occitanie.ars.sante.fr
24. 80 % des jeunes généralistes libéraux exercent en groupe [Internet]. [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>
25. Notre territoire - Pays Comminges Pyrénées [Internet]. [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.commingespyrenees.fr/notre-territoire/>
26. LimeSurvey — Outil d’enquête en ligne gratuit [Internet]. [cited 2023 Jun 13]. Available from: <https://www.limesurvey.org/fr/>
27. Volant S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu’en 1974. INSEE Première. 2017;1642:2015–8.
28. Les conditions de logement en France, édition 2017 - Fiches - Propriétaires occupants. Insee Références. 2017;Editions 2:116–7.
29. WHO. Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention. World Heal Organ [Internet]. 2010 [cited 2024 Apr 13];1–72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138618/>
30. Effectuer son internat - Accueil Médecins Aveyron [Internet]. [cited 2023 Dec 6]. Available from: <https://accueilmedecins.aveyron.fr/effectuer-son-internat/>
31. Dites 32 [Internet]. [cited 2023 Dec 6]. Available from: <https://www.dites32.fr/>

Annexe 1

Questionnaire utilisé pour la réalisation de ce travail, disponible en suivant ce lien : <https://theseintallationmedg.limesurvey.net/411691?lang=fr>

Enquête sur les déterminants à l'installation des médecins généralistes

Questionnaire anonyme adressé aux médecins récemment installés (depuis 2017) en territoire sous-dense afin de connaître les principaux déterminants ayant permis leur installation. Environ 3 minutes.

Il y a 12 questions dans ce questionnaire.

Quel âge avez-vous?

*

❗ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Vous êtes? *

❗ Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre'.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Homme

Femme

Autre

En quelle année vous êtes-vous installé? *

❗ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Dans quel département vous-êtes vous installé? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Êtes-vous installé dans une zone sous-dense (classée ZIP, ZAC ou Zone de vigilance) ?

Liste des communes concernées ici (https://drive.google.com/file/d/1xK0f1E8XrSgSyv_zvtp6xh4260_ZZmGr/view?usp=sharing): *

📌 Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Autre

Situation familiale au moment de l'installation: *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Célibataire sans enfant

Célibataire avec enfant

En couple sans enfant

En couple avec enfant

Autre

Quelle forme d'activité exercez-vous? *

📌 Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Libérale

Salariée

Mixte

Autre

Comment avez-vous connu la zone de votre installation? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Par annonce/communication du département ou de la commune

Tourisme

Au travers du parcours de l'internat

Par des proches

Origine personnelle/familiale

Autre:

Quel a été votre mode d'installation?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Création d'un cabinet libéral individuel
- Création d'un cabinet libéral dans un groupe déjà existant
- Succession dans un cabinet libéral individuel déjà existant
- Succession d'un cabinet/d'une activité libéral(e) dans un groupe déjà existant
- Création d'un poste salarié pour l'installation
- Embauche sur un poste salarié déjà créé
- Autre

Avez-vous réalisé une partie de votre internat à l'endroit ou proche de l'endroit de votre installation? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, dans la même structure de soins (MSP ou autre)
- Oui dans les environs
- Non
- Autre

Merci de renseigner l'importance qu'ont eut les critères suivants dans le choix de votre lieu d'installation selon la classification suivante:

- indifférent : critère neutre , sans influence particulière
- Intéressant : critère ayant une influence faible, dont on peut se passer aisément
- Important : critère ayant une influence forte dont on peut difficilement se passer
- Prioritaire et/ou indispensable: critère nécessaire dont l'absence est rédhibitoire et/ou la présence obligatoire

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Indifférent	Intéressant	Important	Prioritaire et/ou Indispensable
Dynamisme et commodités locales: écoles, associations, activités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offre de soin locale: hôpital, confrères spécialistes, laboratoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide financière et/ou logistique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intérêt personnel pour la localité/attachement au territoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expérience professionnelle dans la zone (stage d'internat, remplacement, collaboration)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proximité géographique avec votre famille et/ou votre lieu d'origine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merci de renseigner ici si d'autres facteurs non mentionnés ci-dessus ont influencé votre choix de lieu d'installation, selon leur importance respective:

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Interessant

Important

Indispensable/Prioritaire

Merci d'avoir accepté de répondre au questionnaire. N'hésitez pas à me contacter par mail en cas de problème ou de remarque:
alexandresamadi@yahoo.fr

Annexe 2

Version synthétique de ce travail acceptée pour publication dans la revue « Médecine ».

Chapeau de présentation :

L'aggravation des inégalités d'accès aux soins, notamment dans les zones qualifiées de « désert médical », est une problématique majeure de santé publique, qu'aucune politique n'a réussi à freiner. Comment favoriser l'installation de jeunes médecins en zones sous-denses ? Quelles solutions envisager ? Pour apporter des éléments de réponses, nous avons mené une étude quantitative auprès de médecins récemment installés dans ces zones et avons tenté d'identifier les principaux déterminants ayant favorisé leur installation.

DETERMINANTS FAVORISANT L'INSTALLATION DES MEDECINS GENERALISTES EN ZONES SOUS- DENSES : Etude quantitative menée sur l'Ariège, le Comminges et le Gers

INTRODUCTION

La France connaît une décroissance du nombre de médecins généralistes en exercice (-11% entre 2012 et 2023)¹ dans un contexte de vieillissement global de sa population et d'augmentation de la consommation de soin². Ce phénomène va s'aggraver encore dans les prochaines années selon les projections de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). L'amélioration de la densité médicale « standardisée », c'est-à-dire pondérée avec la démographie et l'augmentation de la consommation de soin de la population, n'est prévue qu'après 2035³.

Ce phénomène s'accompagne d'un accroissement des inégalités territoriales. Les territoires ruraux en subissent particulièrement les conséquences avec un recul plus marqué de la densité de médecins généralistes (-24% dans le Gers, -18% en Ariège entre 2010 et 2023⁴). Les disparités peuvent se retrouver au sein même des départements avec une attractivité moindre des territoires ruraux, comme en Haute-Garonne où l'essentiel des installations depuis moins de 25 ans se distribue dans l'aire urbaine toulousaine⁵, au détriment des zones rurales du département.

L'État et les collectivités locales tentent de répondre à ces inégalités territoriales par divers moyens : augmentation du nombre d'étudiants admis, aides financières à l'installation, incitation au regroupement de professionnels, financement de locaux de santé ou création de postes salariés. En dépit de toutes ces actions, l'Occitanie reste couverte par des zones sous-denses : excepté les métropoles toulousaine et montpelliéraine, l'essentiel du territoire, dont des départements entiers, sont classés ZIP (zones d'intervention prioritaire, les plus fragiles) ou ZAC (zones d'action complémentaire, fragiles à un niveau moindre)⁶ par l'Agence Régionale de Santé.

Afin de remédier à l'accroissement des zones sous-denses, des recherches ont tenté d'identifier les facteurs influençant la zone d'installation des médecins :

- En 2019, la « commission jeunes médecins » du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) a publié une enquête⁷ sur les déterminants à l'installation des médecins. Cette dernière relativisait l'importance des aides financières comme déterminant à l'installation au profit de la proximité familiale et de services publics de qualité. L'enquête portait sur un effectif national, sans distinction de statut, de territoire, de date d'installation, d'âge, ni de spécialité et ne comprenait que 60% de médecins généralistes avec 48% de praticiens de plus de 40 ans.
- En 2020, la DREES a mené l'enquête auprès de 3 034 médecins généralistes libéraux⁸. Chez les moins de 40 ans (environ 660 médecins), les principales motivations du choix de leur lieu d'installation étaient : « la possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels de santé », « les facilités pour leur famille (travail du conjoint, école des enfants, etc.) » et « la proximité géographique par rapport aux attaches familiales ». Le critère « aide(s) logistique(s) ou financière(s) » restait classé dernier.

- Fin 2021, la DREES a publié un rapport^{9,10} qui évaluait l'état des connaissances sur l'efficacité des politiques menées pour remédier aux inégalités géographiques d'accès aux soins, à partir d'une analyse de la littérature internationale. Les données disponibles étaient abondantes mais fortement limitées sur le plan méthodologique et difficiles à extrapoler au modèle français. Les résultats convergeaient vers une importance majeure des conditions d'exercice, de l'environnement professionnel et des facteurs personnels tels que l'origine sociale et géographique. Les incitations financières montraient une efficacité mitigée par rapport aux sommes engagées et limitée à court terme, contrairement aux interventions pour l'amélioration de l'accessibilité aux études médicales pour les populations rurales et/ou moins favorisées, levier puissant et plus pérenne.

L'objectif de notre travail était d'identifier les déterminants favorisant l'installation des médecins généralistes en zones rurales et/ou sous-denses. L'analyse des données recueillies devait nous permettre de prioriser et comparer les principaux déterminants identifiés avec ceux retrouvés dans les travaux déjà réalisés à l'échelon national et international.

MATERIEL ET METHODE

Pour répondre à notre objectif principal, nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, transversale, effectuée par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme et auto-administré.

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes installés dans l'Ariège, le Comminges et le Gers depuis 2017. Il s'agit de territoires essentiellement couverts de zones sous-denses et rurales, particulièrement touchés par la diminution de la densité médicale⁴. Le choix de l'année d'installation conditionnait deux paramètres importants : d'une part, l'effectif potentiel de médecins pouvant être inclus, d'autant plus important que l'année choisie est ancienne, et d'autre part, la représentativité de l'effectif par rapport aux médecins s'installant actuellement. Le choix de l'année 2017 comme seuil, soit 6 ans précédant l'envoi du questionnaire, fut le compromis retenu afin de cibler un nombre suffisant de médecins récemment installés sans s'éloigner de l'époque actuelle ni des travaux réalisés récemment sur le sujet.

Les médecins concernés étaient ceux déjà installés en médecine générale, ce qui exclut les remplaçants et internes. En effet, pour ces derniers, de nombreux facteurs et événements de la vie pouvaient encore faire évoluer les déterminants qui favoriseraient leur installation. Les spécialités autres que la médecine générale n'ont pas été étudiées ici.

Le questionnaire était hébergé par LimeSurvey^{®11}, plateforme accessible depuis n'importe quel navigateur web choisie pour la confidentialité et la protection des données conférées aux utilisateurs : la participation restait anonyme, les adresses IP masquées ; aucune adresse mail n'a été demandée ni récupérée. Il se construisait en trois parties, formant un ensemble de douze questions réalisables en quelques minutes depuis une page web.

La première partie étudiait les variables de la population interrogée et vérifiait le respect des critères d'inclusion : âge, situation familiale, département, mode et année d'installation, exercice en zone sous-dense. La deuxième partie proposait un questionnaire à choix multiples sous la forme d'une échelle de Likert, qui permet d'attribuer un degré d'importance à chacun des déterminants proposés. Quatre degrés d'importance furent proposés :

- Indifférent : critère neutre, sans influence particulière ;
- Intéressant : critère ayant une influence faible, dont on peut se passer aisément ;
- Important : critère ayant une influence forte dont on peut difficilement se passer ;
- Prioritaire et/ou indispensable : critère nécessaire dont l'absence est rédhibitoire et/ou la présence obligatoire.

Les déterminants listés dans cette échelle ont été choisis à partir des travaux déjà réalisés sur le sujet par le CNOM et la DRESS. L'ordre d'affichage des différents critères a été randomisé pour chaque participant afin d'éviter toute influence, autrement appelée « effet d'ordre ».

La dernière partie comportait un item ouvert invitant à renseigner librement un ou des déterminants, non proposés dans l'échelle de Likert, en fonction de leur degré d'importance : intéressant, important, indispensable/prioritaire. Le questionnaire fut envoyé aux médecins entre le 24/03/2023 et le 29/05/2023. Le recueil de données s'est arrêté au 15/06/2023.

RESULTATS

L'analyse des données a été réalisée à partir des réponses provenant des questionnaires entièrement complétés et respectant les critères d'inclusion. Au final, 38 questionnaires furent retenus pour l'analyse des données.

L'âge moyen de la population étudiée, constituée très majoritairement de femmes à hauteur de 76%, s'élevait à 33,5 ans (IC95% [32,1 ; 34,9]) et l'âge moyen au moment de l'installation à 31,1 ans (IC 95% [29,5 ; 32,7]). Au moment de l'installation, 89% des médecins ayant complété le questionnaire étaient en couple et plus de 40% avaient un ou plusieurs enfants. La quasi-totalité des installations l'ont été en libéral (95%), principalement en groupe (79%), dans une zone catégorisée sous-dense par l'ARS (79%) et majoritairement dans le cadre d'une création d'activité (66%).

Pour 47% des répondants, le territoire d'installation était lié à l'origine personnelle et/ou familiale, et pour 42% par le parcours de l'internat. Aussi, 42% des médecins se sont installés dans la même structure que celle dans laquelle ils ont travaillé en tant qu'interne et 26% dans un cabinet ou une structure environnante.

Le déterminant le plus souvent classé comme prioritaire et/ou indispensable était la « possibilité de créer et/ou intégrer un regroupement de professionnels de santé » (44,7%), devant les « opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e) » (31,6%) et la « proximité géographique avec la famille et/ou le lieu d'origine » (26,3%). A contrario, les « aides financières et/ou logistiques » ainsi que « l'offre de soins locale » ont été les moins souvent considérés comme prioritaires (1 répondant sur 38) (Tableau 1). Le critère « aide financière et/ou logistique » semble être le moins déterminant avec 36,8% de l'effectif, qui l'ont classé comme prioritaire ou important. Ce critère fut aussi celui qui a le plus souvent été classé comme « indifférent » (14 fois sur 38 soit 36,8%). Les déterminants cités librement ont été classés en plusieurs catégories par ordre décroissant de priorité : relation avec ses confrères, conditions de travail, proximité géographique avec le lieu d'habitat, proximité géographique avec activité professionnelle du conjoint, qualité de vie et prix de l'immobilier.

Tableau 1 : Déterminants classés par importances respectives et triés par ordre décroissant

	N	Proportions
- Déterminants classés comme « Prioritaire et/ou indispensable »:		
▪ Possibilité de créer/intégrer un regroupement de professionnels de santé	17	44,7%
▪ Opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e)	12	31,6%
▪ Proximité géographique avec votre famille et/ou votre lieu d'origine	10	26,3%
▪ Expérience professionnelle dans la zone: internat, remplacement, etc.	7	18,4%
▪ Dynamisme et commodités locales: écoles, associations, activités	6	15,8%
▪ Intérêt personnel pour la localité/attachement au territoire	4	10,5%
▪ Offre de soin locale: hôpital, confrères spécialistes, laboratoires	1	2,6%
▪ Aide financière et/ou logistique	1	2,6%

DISCUSSION

1) Analyse des déterminants :

- Possibilité de créer et/ou intégrer un regroupement de professionnels de santé :
Déterminant principal qui est de loin le plus cité comme prioritaire (45% des répondants) et concorde avec la tendance actuelle d'installation au sein de groupe de professionnels (comme 79% de l'effectif étudié et 80% des jeunes médecins en France¹²) ainsi qu'avec la dynamique de création de maisons de santé pluriprofessionnelles dont le nombre est en constante augmentation (1 118 fin 2017, 2 251 en mars 2023)¹³. La relation avec ses confrères est le déterminant librement cité le plus mentionné comme prioritaire, suivi par les conditions de travail, et confirme que les nouveaux installés recherchent en priorité un cadre professionnel agréable, permettant un exercice coordonné en groupe et dans de bonnes conditions de travail.
- Opportunités professionnelles pour le conjoint :
Ce déterminant figure parmi les plus prioritaires (31% des répondants) et témoigne de l'importance accordée à l'équilibre personnel et familial. C'est tout à fait compréhensible dans la mesure où l'installation intervient généralement à un âge propice à la création d'un foyer : l'âge moyen (31 ans) à l'installation des médecins interrogés correspond à l'âge moyen de la première maternité chez les mères diplômées du supérieur en France¹⁴, ou encore de la primo-accession au logement¹⁵. L'effectif interrogé comportait 90% de médecins en couple et presque la moitié qui avait au moins un enfant.
- Proximité géographique avec la famille et/ou lieu d'origine :
Un quart des jeunes médecins estime ce critère comme prioritaire, ce qui montre l'importance de l'origine territoriale et la nécessité d'améliorer l'accès aux études de médecine dans les territoires ruraux : plus il y aura de médecins formés originaires des territoires ruraux, et plus grandes seront les chances qu'ils s'installent dans ces territoires.

- **Expérience professionnelle au travers de l'internat :**
Important ou indispensable pour deux tiers des interrogés, le parcours de l'internat apparaissait comme un déterminant principal d'installation. Rappelons que 68% des médecins se sont installés dans une zone où une partie de leur internat y a été réalisée, dont 40% dans une structure où ils ont eu une expérience en tant qu'interne. Le développement des terrains de stage en zone rurale associé à des structures d'accueil des internes est donc un élément essentiel dans la lutte contre la désertification des zones rurales. Ce levier d'action avait déjà été présenté par l'OMS dès 2010¹⁶ en tant que recommandation forte.
- **Facteurs géographiques :**
Les déterminants suivants « dynamisme et commodités locales : écoles, associations, activités », « Intérêt personnel pour la localité/attachement au territoire », « Offre de soin locale : hôpital, confrères spécialistes, laboratoires » semblent avoir une influence non négligeable puisqu'ils ont été mentionnés comme importants ou prioritaires par la moitié des répondants, mais pas déterminante car n'ont été considérés prioritaires que pour, respectivement, 15,8%, 10,5% et 2,6% des répondants.
- **Aides financières et/ou logistiques :**
Prioritaires pour seulement un interrogé sur l'ensemble de l'échantillon, et au moins importantes pour environ un tiers, les incitations financières et/ou logistiques ne semblent pas avoir été déterminantes dans l'installation des médecins interrogés. Il s'agit même du critère le plus souvent classé comme « indifférent » (36,8% des réponses). Ce résultat suggère qu'actuellement, les médecins s'installant en zone rurale favorisent plutôt les conditions de travail et le cadre familial par rapport à l'aspect financier.

2) Solutions suggérées par ce travail

- **Mesures incitatives :**
Les résultats de cette étude confirment l'importance des projets favorisant l'amélioration des conditions d'exercice de la profession médicale, comme la création de structures adaptées à l'exercice coordonné en groupe. Il s'agit d'une condition quasiment indispensable pour permettre de nouvelles installations en zones sous-dotées et il semble judicieux pour les collectivités locales d'en faire une priorité. La création de ces structures doit s'accompagner de dispositifs favorisant l'accueil d'internes durant leur parcours d'internat en médecine générale : création de terrains de stage, logement, accompagnement, communication facilitée avec un interlocuteur dédié etc. Pour aller dans ce sens, l'Aveyron¹⁷ et le Gers¹⁸ ont mis en place des dispositifs consacrés aux internes, remplaçants et nouveaux installés, qui possèdent un champ d'action large : propositions de logement, d'offre d'installation, de remplacement, de mise en relation avec les professionnels et même d'aide à la recherche d'emploi pour le conjoint. De plus, au-delà de former d'avantage de médecins, il semble primordial d'augmenter la part de médecins formés issus des territoires ruraux, par exemple en améliorant l'accès aux études supérieures par la délocalisation des études de médecine, la création d'aides financières spécifiques, ou encore à travers des mesures pro-actives encourageant les lycéens qui auraient le niveau scolaire à choisir la voie universitaire. Concernant les aides financières, il est clair qu'elles ne suffiront pas comme seul levier d'action, surtout sur le long terme et doivent impérativement s'accompagner de mesures dédiées à l'amélioration des conditions de travail.

- Mesures restrictives :

Ce travail n'a pas étudié directement l'impact de mesures contraignantes, telles que l'obligation d'exercice dans les zones sous-dotées ou la régulation de l'installation des médecins. Cependant, les données étudiées par la DRESS provenant des pays ayant mis en place ce type d'action montrent des résultats mitigés. L'obligation temporaire d'installation entraîne mécaniquement une amélioration à court terme de l'offre médicale mais se montre contre-productive à long terme. En effet, non seulement elle ne permet pas d'augmenter le nombre d'installation à terme, mais elle entraîne une rotation constante de médecins qui nuit à la qualité des soins. Quant à la régulation de l'installation des médecins, elle semble conduire à une distribution géographique plus homogène sur de grands territoires, mais ne permet pas d'éviter les pénuries localisées.

Notre travail apporte des éléments de compréhension à ces échecs et suggère que ces mesures aboutiraient à des résultats similaires en France. Comme nous l'avons vu, l'âge d'installation correspond généralement à l'âge de construction du foyer (parentalité, primo-accession au logement), avec une forte importance attribuée à l'environnement familial (proximité avec la famille, importance du métier du conjoint) et professionnel. L'obligation d'exercice, même temporaire, dans un lieu imposé après ses études compromet fortement ces aspirations. Imposer de tels sacrifices n'encouragerait certainement pas à l'installation au sein des territoires contraints. De même, réguler l'installation des médecins permettrait dans le meilleur des cas d'homogénéiser la densité médicale entre les régions, mais ne résoudra pas la pénurie globale de médecins aggravée par le contexte de déclin démographique, et n'empêcherait donc pas l'existence de zones sous-dotées, à l'instar des autres pays. Au contraire, ces mesures risqueraient de diminuer l'intérêt pour la médecine générale, au profit d'autres filières moins contraignantes.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'identifier et d'analyser les principaux déterminants favorisant l'installation des médecins généralistes en zones sous-denses, au travers d'un questionnaire adressé aux médecins récemment installés dans le Comminges, l'Ariège et le Gers.

Les principaux déterminants ayant favorisé l'installation des médecins interrogés dans cette étude sont : la possibilité de s'installer dans un groupe de professionnels, d'avoir des opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e) et de maintenir une proximité avec la famille et/ou le territoire d'origine. Ainsi, les données obtenues confirment le lien étroit entre le lieu d'installation, l'origine personnelle et le parcours de l'internat. En revanche, les aides financières étaient peu déterminantes.

Ces résultats sont convergents avec les travaux déjà réalisés à l'échelon national et international, et permettent d'identifier les principaux leviers d'action pour favoriser l'installation des médecins en zones rurales : créer des structures adaptées à un exercice médical en groupe, assurer des conditions de travail favorables à un équilibre entre vie familiale et vie professionnelle, encourager l'accueil des internes et augmenter la part de médecins originaires de territoires sous-denses. Les mesures restrictives telles que l'obligation ou la restriction d'installation ne semblent pas être des solutions efficaces dans ce contexte de pénurie médicale.

Pour la pratique :

Les déterminants relatifs aux conditions de travail sont prioritaires par rapport à l'aspect financier notamment la possibilité d'une installation en groupe, proche de sa famille, dans un territoire offrant des opportunités professionnelles pour le conjoint. L'origine personnelle et le parcours de l'internat ont aussi une importance déterminante. Ce travail encourage la poursuite voire le renforcement de mesures incitatives plutôt que restrictives pour favoriser l'installation des jeunes médecins en zones sous-denses.

Références Bibliographiques :

1. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cited 2023 May 5]. Available from: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
2. Grangier J. Études et résultats N° 1077. [cited 2024 Apr 1]. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux ALD. DREES. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-vieillessement-de-la-population-entraîne-une-hausse-des>
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Les dossiers la DREES [Internet]. 2021; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
4. Atlas de la démographie médicale 2023, Conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. [cited 2024 Apr 1]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>
5. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Atlas de l'implantation des professionnels de santé en France [Internet]. [cited 2024 Apr 2]. Available from: <https://cdonline.articque.com/share/bookmark/display/559>
6. Agence Régionale de Santé Occitanie - Communiqué de presse. L'ARS Occitanie élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation. [cited 2024 Apr 13]; Available from: www.occitanie.ars.sante.fr
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Commission Jeunes Médecins. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
8. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-le-panel-dobservation-des-pratiques-et-des-conditions-dexercice-en>
9. Polton D, Chaput H, Portela M. N°89. 2021. p. 5 LES DOSSIERS DE LA DREES Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale.
10. Prescrire. "Déserts médicaux": des pistes tirées d'expériences menées hors de France. Rev prescrire. 2023;N°472(tome 43).
11. Enquête sur les déterminants à l'installation des médecins généralistes [Internet]. [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://theseintallationmedg.limesurvey.net/411691?lang=fr>
12. Hélène Chaput MM (DREES), Lisa Fressard PV (ORS PAC d'Azur), Bruno Ventelou AZ (AMSE). Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Panel d'observation des Prat Cond d'exercice en médecine générale DRESS. 2019;N°114.
13. Les maisons de santé - Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
14. Volant S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. INSEE Première. 2017;1642:2015–8.
15. Les conditions de logement en France, édition 2017 - Fiches - Propriétaires occupants. Insee Références. 2017;Editions 2:116–7.
16. WHO. Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention. World Heal Organ [Internet]. 2010 [cited 2024 Apr 13];1–72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138618/>
17. Effectuer son internat - Accueil Médecins Aveyron [Internet]. [cited 2023 Dec 6]. Available from: <https://accueilmedecins.aveyron.fr/effectuer-son-internat/>
18. Dites 32 [Internet]. [cited 2023 Dec 6]. Available from: <https://www.dites32.fr/>

Résumé

AUTEUR : Samadi Alexandre

TITRE : Déterminants favorisant l'installation des médecins généralistes en zones sous-denses : Etude quantitative menée sur l'Ariège, le Comminges et le Gers

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr Jordan Birebent

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine de Toulouse, 37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse, le 11/06/2024

Introduction : L'objectif de notre travail était d'identifier les principaux déterminants favorisant l'installation des médecins dans les territoires sous-denses.

Matériel et méthode : Nous avons conduit une étude quantitative au travers d'un questionnaire anonyme et auto-administré, adressé aux médecins installés depuis 2017 dans 3 territoires recouverts de zones sous-denses : l'Ariège, le Gers et le Comminges.

Résultat : 38 questionnaires furent analysés, les principaux déterminants retrouvés étaient : la possibilité de s'installer dans un groupe de professionnels, avoir des opportunités professionnelles pour le/la conjoint(e) et maintenir une proximité avec la famille et/ou le territoire d'origine. Le parcours de l'internat et l'origine personnelle influençaient fortement le lieu d'installation. Les aides financières revêtaient une importance secondaire.

Discussion : Les facteurs assurant un environnement de travail propice au maintien de l'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle apparaissent prioritaires par rapport aux critères financiers. Augmenter la part de médecins formés issus de territoires sous-denses et y développer l'accueil des internes sont des leviers d'action efficaces. Ces résultats convergent avec les travaux déjà réalisés sur le sujet.

Conclusion : Cette étude confirme l'importance d'agir pour l'amélioration des conditions de travail ainsi que dans la formation des médecins généralistes pour favoriser leur installation en zones sous-denses.

Mots-Clés : Déterminants – Installation – Désert médical – Zone Sous-dense – Médecins généralistes - Occitanie – Rurale

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – Fr

ABSTRACT

AUTHOR : Samadi Alexandre

TITLE : Factors encouraging the establishment of general practitioners in underdense areas : a quantitative study conducted in Ariège, Comminges, and Gers

THESIS SUPERVISOR : Pr Jordan Birebent

LOCATION AND DATE OF DEFENSE : Faculté de Médecine de Toulouse, 37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse, le 11/06/2024

Introduction : The objective of our work was to identify the main factors encouraging the establishment of family doctors in underdense territories.

Material and Method : We conducted a quantitative study through an anonymous and self-administered questionnaire, addressed to general practitioners who have already established their practice since 2017 in three territories covered by underserved areas : Ariège, Gers, and Comminges.

Result : From 38 questionnaires analysed, the main factors identified were the possibility to join a structure of physicians, having professional opportunities for the spouse/husband, and maintaining proximity to family and/or to home territory. The internship path and home territory strongly influenced the choice of the place of practice establishment. Financial incentives were of secondary importance.

Discussion : Factors ensuring a work environment conducive to maintaining a balance between family and professional life appear to be prioritized over financial criteria. Increasing the number of trained physicians from underdense territories and welcoming students are effective action points. These results converge with the previous studies made on that subject.

Conclusion : This study confirms the importance of improving working conditions and investing in the educational establishment of general practitioners to promote their installation in underdense areas.

Keywords : Factors – medical establishment – Medical Desert – Underdense area – General Practitioner - Occitanie – Countryside

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – Fr