



HAL
open science

Description et évaluation des moyens mis en œuvre par
les pouvoirs publics, en France et à l'étranger, pour
retenir ou inciter les médecins généralistes à exercer en
milieu rural : revue narrative non exhaustive de la
littérature

Matthieu Sautel

► To cite this version:

Matthieu Sautel. Description et évaluation des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics, en France et à l'étranger, pour retenir ou inciter les médecins généralistes à exercer en milieu rural : revue narrative non exhaustive de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01062665

HAL Id: dumas-01062665

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01062665>

Submitted on 10 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE**

ANNÉE 2014

**Description et évaluation des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics,
en France et à l'étranger, pour retenir ou inciter les médecins généralistes
à exercer en milieu rural : revue narrative non exhaustive de la littérature.**

**THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT**

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

**MATTHIEU SAUTEL
Né le 03 JANVIER 1987 à Montpellier**

**Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble*
Le 28 Août 2014**

Devant le jury composé de :

**Monsieur le Professeur Patrice FRANÇOIS, Président du Jury
Monsieur le Professeur Georges WEIL
Monsieur le Professeur Christophe PISON
Monsieur le Docteur Jean-Pierre JACQUET, Directeur de thèse**

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Université Joseph Fourier – Grenoble
UFR de Médecine
Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers 2012-2013

Nom - Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques

BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
CHIROUSSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire

FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire

LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie

TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Maîtres de Conférence des Universités – Praticiens Hospitaliers 2012-2013

Nom - Prénom	Discipline
APTEL Florent	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART M.Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie

MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

- Au président du jury : Monsieur le Professeur François, vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver l'expression de ma gratitude pour vos conseils et votre présence aujourd'hui.
- Aux membres du jury : Monsieur le Professeur Weil et Monsieur le Professeur Pison, pour votre participation à ce jury de thèse.
- A mon directeur de thèse, Docteur Jacquet, pour votre disponibilité et votre aide précieuse à l'élaboration et à la réalisation de ce travail.
- A Madame le Professeur Gagnon, pour vos conseils riches en expérience du milieu rural canadien.
- A Monsieur le Docteur Martin et Monsieur Luc Voisin, pour votre aide dans ce travail.
- A tous les médecins qui ont participé à ma formation, depuis la Faculté Paris V à la Faculté Joseph Fourier, des hôpitaux de Paris au CHU de Grenoble, puis à Chambéry.
- A Pidou, mon petit frère bilingue et futur papa, pour ton aide à la traduction du résumé, mais aussi pour ces bons souvenirs d'enfance et ces belles années vécues ensemble.
- A Rebecca ma femme chérie, mon bonheur qui m'accompagne tous les jours, pour ta patience et tes encouragements dans tout ce travail.
- A mes parents, pour votre soutien pendant toutes ces années d'études, pour ce que vous m'avez appris et transmis, pour votre amour, pour la Vie.
- A mes frères et sœur : Petit Monsieur, Mn, Soeurette, Le Prof, Pidou, avec ceux qui vous accompagnent et la ribambelle de petits trésors. Une grande famille et de grands cœurs !
- A la famille du Bouchet : Daniel et Daisy, Acsa, Manoah, pour toute votre affection et les heures passées au bureau à la grange pour finaliser ce travail.
- A tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont accompagné de leurs pensées.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations.....	12
Article.....	
- Résumé.....	13
- Introduction.....	15
- Matériel et Méthode.....	16
- Résultats.....	17
- Discussion.....	22
- Conclusion.....	24
Bibliographie.....	26
Annexes.....	30
Serment d'Hippocrate.....	43

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

CISMef : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

ARS : Agence Régionale de Santé

BIUM : Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine

IRDES : Institut de la Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ECN : Epreuves Classantes Nationales

JORF : Journal Officiel de la République Française

CSP : Code de la Santé Publique

CGI : Code Général des Impôts

CSS : Code de la Sécurité Sociale

CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

**Description et évaluation des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics,
en France et à l'étranger, pour inciter ou retenir les médecins généralistes à exercer en
milieu rural : revue narrative non exhaustive de la littérature.**

Introduction : Devant l'inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des mesures afin de garantir une meilleure offre de soins. Elles ont été instaurées dans les zones rurales depuis 2004 en France et 1970 dans d'autres pays développés. L'objectif de cette étude a été de décrire ces mesures et de relever celles qui ont fait l'objet d'une évaluation.

Matériel et Méthode : Cette étude descriptive a été une revue narrative non exhaustive de la littérature. Effectuée entre mars 2013 et avril 2014, elle s'est appuyée sur des documents publiés dans les banques de données bibliographiques, la littérature grise, les textes législatifs et réglementaires.

Résultats : En France, essentiellement incitatives, les mesures sont peu évaluées. Dans d'autres pays, les mesures coercitives n'ont pas été efficaces. Les aides financières étaient utiles à court terme. La formation adaptée au milieu rural favorisait l'installation, mais aimer y vivre restait le facteur le plus important. Les mesures favorisant l'intégration de la famille et du conjoint, l'exercice regroupé, l'aide au remplacement et de bonnes relations professionnelles avaient un rôle important dans le maintien des médecins dans ces régions.

Conclusion : Les mesures mises en place en France ne paraissent efficaces qu'à court terme dans d'autres pays. Celles touchant le contexte professionnel et la famille des médecins y sont peu représentées, et semblent jouer un rôle important à long terme. Quelle association de mesures permettrait de garantir des soins de premier recours mieux répartis sur le territoire national ?

Mots-clés : Démographie médicale, Médecine générale, Milieu rural, Politique sanitaire ou Système de soins, Evaluation de politiques publiques, Soins de santé primaire, Organisation des soins, France, Europe, Canada

**Description and assessment of means applied by authorities, in France and abroad,
in order to retain or encourage general practitioners to work in rural environment :
non exhaustive narrative literature review.**

Introduction : The unequal geographical breakdown of french general practitioner lead the authorities to take measures in order to guarantee a better health care offer. In rural areas, these measures have been established since 2004 in France, and 1970 in other developed countries. This study aims at describing these measures and noting those which were appraised.

Materials and methods : This descriptive study is a non exhaustive narrative literature review. Written between March 2013 and April 2014, it is leaned on documents published in bibliographic data bases, grey literature and legal texts.

Results : In France, mainly motivational and financial, these measures are not much evaluated. In other countries, coercive measures have not been efficient. Financial assistance only seems useful in the short term. Specific training for working in rural environment increase further installations of general practitioners, but the main factor remains the fact of liking the rural way of life. In the long term, measures which are promoting the integration of the doctors' families and spouses, as gathering healthcare practitiens and good professional relationships, would play a major role in keeping general practitioners in these areas.

Conclusion : The measures which were set up in France seem to be only efficient in the short term in other countries. The ones which deal about professional environment and doctors' families are rare, and seem to play a major role in the long term in the other countries. In a context of staff cuts, and mind changing, a body of focused and coordinate measures would guarantee better distibuted primary health care all around the french territory ?

Keywords : Medical demography, Internal medicine ou General practice, Rural environment, Health policy, Evaluation of public policies, Primary health care, Health organization, France, Europe, Canada

Introduction

L'un des enjeux des politiques de santé des pays développés consiste à garantir à la population un égal accès aux soins de santé sur leur territoire[1].

La population rurale est nécessiteuse de soins. Plus âgée que la population urbaine (11,4% de plus de 75 ans vs 7,7%)[2], elle présente un taux de morbidité pour 100 000 habitants plus élevé (cancers 197 vs 191, diabète 18,8 vs 15,7, tabagisme 32,4 vs 24,9, blessures 97,1 vs 43). Le taux de mortalité toutes causes est plus élevé et l'espérance de vie plus courte (-2,8 ans)[4].

La désertification médicale est un problème international. Depuis 2004 en France et 1970 en Europe et dans d'autres pays, des mesures ont été mises en place pour favoriser l'exercice de la médecine générale en milieu rural. L'Australie, le Canada et les Etats-Unis ont été des pays pionniers dans leur instauration. En Australie, 30% de la population vivait en milieu rural[4], le pays occupait le 2ème rang mondial en terme de santé avec une espérance de vie à 81,4 ans et des dépenses de santé maîtrisées[5]. Au Canada, près de 95% du territoire était considéré en zone rurale ou éloignée[3], il concernait 21,4% de la population et 9,4% des médecins[6], avec un système de soins proche du système français[7]. Suite aux mesures incitatives, des mesures de rétention y ont été développées[8]. En 5 ans, le nombre de médecins en milieu rural a augmenté de 10% alors que la population rurale augmentait seulement de 2%[9].

En France l'offre de soins marque de fortes disparités entre les territoires[10]. Les zones identifiées comme fragiles en terme de présence médicale comptent environ 2,3 millions de personnes[11] (soit 4% de la population), avec une proportion qui risque de croître dans les dix années à venir[12]. Elle concerne 4500 communes (soit 12% d'entre elles) et plus de 1600 médecins généralistes[9] (soit environ 3% des effectifs). La situation risque de s'aggraver avec la diminution des effectifs (-6,6% entre 2007 et 2014)[14] et leur vieillissement. Âgés en moyenne de 52 ans, 24,8% d'entre eux sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici à 2018[15]. En 2030, leur effectif en zone rurale diminuerait de 25,1%[16]. S'y ajoutent la féminisation croissante[14] et les nouvelles attentes des jeunes générations[8].

Le premier objectif de cette étude a été de décrire les mesures mises en place par les pouvoirs publics pour inciter ou retenir les médecins généralistes à exercer en milieu rural. Le deuxième objectif a été de relever celles qui ont fait l'objet d'une évaluation. Une revue narrative de la littérature a été effectuée en France et dans d'autres pays développés.

Matériel et Méthode

Cette étude descriptive a été une revue narrative non exhaustive de la littérature. Effectuée de mars 2013 à avril 2014, elle s'est appuyée sur des documents publiés depuis 2004 en France et plus anciens à l'étranger, dans les bases de données bibliographiques et les moteurs de recherche. Elle a été complétée par des contacts avec des professionnels.

Les bases de données bibliographiques, PubMed, BDSP, CISMef, ont été interrogées avec les mots-clés suivant : medical demography, general practitioner, rural medicine, rural environment, motivation, coercive measures, professional installation, health policy, evaluation of public policies, primary health care. Plusieurs articles s'attachaient à énumérer les facteurs qui influencent les étudiants et les médecins dans leur choix du lieu d'exercice. La plupart des études étaient qualitatives. Celles qui n'ont pas été retenues étaient trop anciennes, se déroulaient dans des pays en voie de développement, étudiaient les professions de santé dans leur ensemble, se basaient sur de faibles effectifs de médecins.

En utilisant le moteur de recherche Google, les textes législatifs et réglementaires consultables sur Légifrance, les sites des ministères de la santé, des ARS et des organismes concernés par cette problématique ont été consultés. Les mots-clés suivant ont été employés : démographie médicale, médecin généraliste, milieu rural, installation, rétention, mesures, évaluation, France, Europe, Canada, Australie, Etats-Unis. La consultation de revues non accessibles sur internet a pu être réalisée à la bibliothèque de l'Université Joseph Fourier de Grenoble (base de données g@el). Les thèses non disponibles ont pu être obtenues grâce aux ententes d'échanges inter-bibliothèques de la BIUM.

L'analyse documentaire a été complétée par un contact avec la Professeure Suzanne Gagnon (département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval de Québec, Canada). Le Docteur Denis Martin (médecin conseil à la Mutualité Sociale Agricole de l'Isère, France) et Monsieur Luc Voisin (responsable des bourses pour les étudiants en médecine de la région Rhône-Alpes, France) ont aussi été contactés.

La définition de zone rurale variait selon les pays, et à l'intérieur même des pays. Cependant, elle comprenait toujours la notion d'un lieu isolé, à distance d'un centre hospitalier de référence, délaissé par les jeunes générations, présentant des difficultés importantes en terme d'offre de soins. L'installation était l'aboutissement d'une décision concernant le lieu de pratique. Le maintien représentait le choix de demeurer dans ce lieu après l'avoir expérimenté. Il a été nécessaire de garder à l'esprit les différences importantes existant entre les systèmes de santé, notamment en termes de densité médicale et d'espace géographique. Si les problèmes traités ne se posaient pas avec la même acuité dans les pays étudiés, ils paraissaient proches des questionnements français.

Résultats

81 articles ont été récupérés ainsi que 13 textes législatifs et réglementaires. Les articles rapportaient essentiellement des études qualitatives, descriptives, parfois rétrospectives, transversales, longitudinales, avec des méta-analyses et des revues de la littérature. 137 mesures ont été recensées par l'IRDES en 2011[2]. 17 groupes de mesures ont été relevés, mises en place depuis 2005 en France (Loi n°2005-157) et depuis 1970 dans d'autres pays. Elles concernaient l'augmentation du nombre de médecins, le parcours universitaire, les mesures restrictives, les incitatifs financiers, la charge de travail, les conditions d'exercice, le conjoint et la famille. Les mesures évaluées ont été signalées à chaque sous-titre.

Augmentation du nombre de médecins : numerus clausus, ECN, médecins étrangers, médecins retraités

Depuis 1997 en France, le numerus clausus (nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine) a doublé en dix ans, puis est resté stable, à 7492 en 2014 (Arrêté du 31 décembre 2013, JORF). L'objectif était de rééquilibrer la répartition des étudiants suivant les régions. Ne protégeant nullement d'une mobilité ultérieure[17], cette mesure n'a pas garanti que les jeunes médecins se soient installés dans la région où ils ont étudié[12]. En Angleterre et au Québec, ce nombre était révisé annuellement en s'appuyant sur les recommandations faites par un comité d'experts en fonction de la demande présumée d'offre de soins[18]. Malgré une augmentation importante de la densité médicale au cours des trente dernières années dans ces deux pays, les problèmes de répartition géographique ont persisté[1].

A l'issue des ECN (examen de fin de deuxième cycle), en France, plus de la moitié des postes étaient affectés en médecine générale[19]. 33% d'entre eux n'avaient pas été pourvus en 2004[10] contre 4,4% en 2013[20]. Entre 2009 et 2014, le nombre de postes était de 20% supérieur aux effectifs des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans[21]. L'engagement dans un internat de médecine générale n'a pas garanti que les diplômés aient exercé la médecine de premier recours dans la région où ils ont fait leur formation. 59% des médecins généralistes exerçaient leur activité en libéral exclusif[15]. 37% des étudiants envisageaient de quitter la région dans laquelle ils étudiaient[22]. 60% des médecins formés dans les régions sous médicalisées y demeuraient contre 100% pour les autres régions[23].

En 2013, en France[15] et au Canada[9], 24% des nouveaux médecins étaient titulaires d'un diplôme étranger. En Ontario et en Alberta, où étaient déployées le plus grand nombre de mesures, ils représentaient plus de la moitié des médecins en milieu rural[8]. Ils se tournaient principalement vers le salariat et les régions à forte densité médicale[24].

En Angleterre, une prime de poursuite d'activité a été mise en place pour les médecins de 60 à 65 ans[23]. En Allemagne, depuis 2006, la limite d'âge d'exercice de 68 ans a été supprimée[18].

Parcours universitaire : formation en médecine générale (évalué), recrutement sélectif (évalué)

En France, le manque de formation apparaissait comme un frein à l'exercice en zone rurale[25]. Au deuxième cycle, un stage de 6 semaines en médecine générale libérale était obligatoire (Arrêté du 18 juin 2009, JORF), en 2013 60% des étudiants l'effectuaient[26]. Au troisième cycle, le tiers des internes en médecine générale réalisait le stage autonome en soins primaires supervisé[2]. Les internes effectuant un stage dans les zones déficitaires pouvaient bénéficier d'indemnités de déplacement, de transport (depuis mars 2014) et de logement par les collectivités territoriales (Article L1434-7 du CSP, et Loi n°2010-1657). En Australie depuis 1997, une année entière de formation était effectuée en zone rurale[2], puis des départements universitaires en santé rurale ont été créés en 2000. Une faculté de médecine rurale délivrait un diplôme de médecine générale rurale en 4 ans[27]. Aux Etats-Unis et au Canada, après respectivement deux années et une année de formation en milieu rural, 66% et 59% des participants s'y étaient installés contre 30% et 19% pour ceux qui n'y avaient pas participé[8]. Pour les médecins omnipraticiens du Bas St Laurent au Québec, la réalisation de stages en région éloignée augmentait la probabilité ajustée d'y demeurer de 2,12 ($p = 0,15$)[28]. Une information avant le stage des possibilités d'expérience négative diminuait l'abandon des résidents[29]. Au début des études, les stages en milieu rural jouaient un rôle important dans l'attraction et dans l'installation. Ils n'augmentaient pas la rétention des médecins[30].

Aux États-Unis en 1974, un programme visait le recrutement et la formation d'étudiants ayant passé une partie de leur vie dans une zone rurale avec l'intention d'y exercer (Physician Shortage Ar Program)[23]. En 1993, 26% des 147 diplômés de ce programme exerçaient la médecine de premier recours en milieu rural contre 3% pour les non bénéficiaires[31]. 87% d'entre eux y pratiquaient encore après 5 à 10 ans d'exercice. En prenant en compte l'intérêt pour cette pratique et l'origine rurale des étudiants, la participation au programme n'apparaissait plus discriminante, les étudiants prédisposés à la pratique rurale le choisissaient. Au Canada, les médecins de famille d'origine rurale étaient plus intéressés par cette pratique que les urbains, respectivement 90% vs 67% au début des études et 98% vs 91% à la fin ($p < 0,0001$)[32]. Pour ces derniers, la formation en milieu rural avait le plus d'influence. En Alberta en 2010, sur 283 étudiants, ceux qui avaient vécu en milieu rural préféraient davantage la médecine familiale rurale que ceux qui n'y avaient pas vécu (41,8 vs 10,9 %, $p < 0,001$)[33]. Dans la région du Bas St Laurent, la probabilité ajustée de demeurer en région éloignée augmentait de 4,5 ($p < 0,01$) pour ceux qui en étaient originaires[28]. Dans une autre étude, avoir grandi en milieu rural n'influait pas le niveau de rétention, mais le facteur le plus important pour amener des médecins en milieu rural était le fait d'aimer y vivre[8].

Mesures restrictives

En France, les mesures de restriction et de coercition étaient inexistantes. Au Québec, la réduction de 30% du tarif des actes du généraliste en zone universitaire a été abandonnée depuis

2003, au vu des résultats discutés[27]. En Allemagne, depuis 1992, l'installation a été restreinte dans les zones où la densité médicale était supérieure à 10% de la moyenne nationale[18]. Cette mesure avait diminué le nombre de médecins conventionnés et l'attractivité de la médecine générale, les étudiants préférant des filières plus courtes ou se tournant vers des postes hospitaliers[23].

Incidatifs financiers : bourses d'études (évalué), aides financières à l'installation et au maintien (évalué)

Depuis juin 2010 en France, le contrat d'engagement du service public (CESP) a été mis en place pour les étudiants en médecine. En contrepartie d'une allocation mensuelle pendant leurs études, ils devaient exercer dans des lieux définis par les ARS. En 2013, 31% des postes de CESP n'ont pas été pourvus[20]. Si les bourses d'études sous conditions paraissaient convaincantes à 61% de jeunes médecins[22], pour 202 signataires de ce contrat en 2011 le profil était celui d'étudiants d'origine rurale qui avaient déjà un projet d'installation[34]. Au Québec, les bourses servaient d'encouragement aux étudiants pour maintenir leur décision[30]. Dans le Bas-Saint-Laurent, la probabilité ajustée de demeurer en région éloignée n'était pas significativement différente avec ou sans bourse et prime d'installation[28]. Aux Etats-Unis dans l'Oklahoma, sur 633 médecins qui avaient bénéficié de bourses, 23% l'ont remboursée avant la fin du contrat, 46% ont continué leur exercice[35].

Depuis 2004 en France, l'État avait mis en place des exonérations d'impôt, de charges sociales, de taxe professionnelle pour les professionnels exerçant dans les zones de revitalisation rurale (Article 1465 A du CGI). De son côté l'Assurance Maladie, dans les zones déficitaires (Article L1434-7 du CSP), autorisait pour les nouveaux installés la dérogation au parcours de soins (Article L162-1-8 du CSS). Les collectivités territoriales pouvaient y prendre en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement, mettre à disposition des locaux professionnels ou un logement, verser une prime d'installation ou d'exercice forfaitaire (Article L1511-8 du CGCT). En Rhône-Alpes, l'aide était de 12000 euros pour une première installation[36]. En 2005, l'Assurance Maladie avait mis en œuvre des contrats de bonne pratique, comme le contrat de remplacement et l'aide à l'exercice en station de sports d'hiver. Pour la CNAMTS, ils avaient une attraction faible[12] et ont pris fin en 2010. En 2007, l'avenant n°20 permettait la majoration du tarif de l'activité des généralistes exerçant en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire (Arrêté du 23 mars 2007, JORF). La Cour des comptes a jugé cette mesure coûteuse et peu efficace[37], 17 millions d'euros par an pour un apport de 50 médecins en 4 ans[2]. Depuis 2011, deux nouvelles options l'ont remplacé, destinées aux médecins exerçant en zones fragiles dans le secteur à tarifs opposables (Arrêtés du 22 septembre 2011 et du 4 décembre 2012, JORF). L'option démographie comportait une aide à l'investissement et une majoration de l'activité. L'option santé solidarité territoriale accordait aux médecins des zones surdotées une majoration de l'activité réalisée dans la zone déficitaire. Moins de 10% des médecins éligibles ont adhéré à ces contrats[2]. Tout

nouveau zonage annulait le précédent. Dans le Languedoc-Roussillon, avec le dernier zonage de 2012, 20% de la population des territoires vulnérables était considérée en zone fragile. 3% des médecins généralistes exerçant dans ces zones étaient éligibles pour une aide conventionnelle[38]. Depuis 2013 (Décret n°2013-736), les ARS ont proposé le contrat de praticien territorial de médecine générale aux médecins installés en zone fragile ou de vigilance, avec une rémunération complémentaire mensuelle pendant un an renouvelable une fois. Pour le Syndicat national des jeunes médecins généralistes, on assistait là pour l'essentiel à des effets d'aubaine, et le contrat prenait fin au moment où les charges sociales devenaient importantes[39]. En France, 16% des jeunes médecins considéraient le revenu comme important pour leur choix d'installation[22]. En Loire-Atlantique, les régions avec la densité médicale la plus forte étaient celles où les honoraires moyens par médecin étaient les plus faibles[40]. Au Québec, une prime annuelle de maintien avait été mise en place pour les médecins exerçant en zone éloignée[18]. Le retrait de la majoration de 15% pour les jeunes installés avait eu un impact négatif sur le recrutement de nouveaux médecins, elle jouait un rôle direct pour leur maintien au Québec[30]. La durée d'exercice de 698 étudiants, avec ou sans incitation financière au moment de leur installation en zone rurale, était de 92 vs 77% à 2 ans, 55 vs 52% à 8 ans ($p = 0.029$)[41]. En Australie, 14% des praticiens opposés à une relocalisation l'aurait acceptée pour une augmentation du salaire de 60% dans une région inférieure à 5000 habitants[42]. Aux Etats-Unis, dix ans après la mise en place d'aides à l'installation, 15% des bénéficiaires pratiquaient encore dans leur commune d'installation[27].

Charge de travail : médecins remplaçants (évalué), exercice regroupé (évalué), délégation de tâches

En France, le contrat de bonne pratique d'aide au remplacement proposait une aide financière au médecin remplacé pour la formation continue. Il a été théoriquement modifié par des contrats individuels avec l'ARS. En Alberta, le programme de remplacement (Rural Physician Action Plan) permettait aux médecins de travailler un week-end par mois et de bénéficier de 4 semaines de congés par an[8]. Au Québec[30] et en Australie[42], ces mesures permettaient la rétention des médecins en région éloignée.

En 2009, 77% des médecins français de moins de 40 ans déclaraient exercer en groupe[37]. Depuis 2010, des aides financières ont été accordées par les collectivités territoriales pour les maisons ou pôles de santé (Article L1511-8, CGCT), attribuées en priorité aux zones fragiles. Selon l'IRDES en 2009, le temps de travail moyen des médecins généralistes en exercice regroupé était de 46 heures par semaine contre 52 à 60 heures tous médecins généralistes confondus. Les maisons de santé étaient ouvertes de 252 à 358 jours par an contre 162 à 211 jours pour les autres cabinets médicaux[43]. La mise en place de MSP dans les zones déficitaires paraissait convaincante pour 93% des jeunes installés[22]. Après dix ans, ces structures ont été majoritairement implantées dans les zones plus fragiles en terme d'offre de soins (23%), et peu

nombreuses dans les zones à forte densité privilégiée péri-urbaine (2%). Une moindre diminution de la densité des médecins généralistes y a été observée par rapport à ceux du même type sans ces structures[37]. Au Québec, elles avaient une influence positive sur l'installation et le maintien en région[30].

Le CNOM recommandait en 2010 les assistants de santé, très présents dans les cabinets médicaux canadiens, pour déléguer des tâches administratives, médico-sociales ou paramédicales[44].

Conditions d'exercice : référent installation, formation, télémédecine, relations professionnelles (évalué)

En France depuis 2012, dans chaque ARS a été mis en place un référent installation pour les professionnels. Au Canada, la création d'un programme de mentorat pour l'année d'arrivée favorisait une intégration professionnelle et personnelle du nouveau médecin, l'accueil jouant un rôle capital[30]. Le manque de superviseur était un facteur négatif d'installation[29].

La possibilité de formation médicale continue et le remboursement des déplacements avaient influencé positivement l'attraction et le maintien des effectifs au Québec[30]. En Australie depuis 2004, une formation continue annuelle en santé rurale a été mise en place[42].

Concernant la télémédecine, les coûts induits étaient souvent mal connus[12]. Elle avait un intérêt pour la formation pédagogique des médecins isolés. Au Canada, elle économisait du temps pour des médecins éloignés les uns des autres[45]. Susceptible d'améliorer l'attractivité des zones rurales en limitant les effets d'isolement, son efficacité n'a pas été prouvée[27].

Les relations professionnelles occupaient une place prépondérante dans la rétention des médecins : climat de travail, absence de hiérarchie, solidarité entre collègues et autres professionnels, établissement de réseaux durables. Un des déterminants dans l'exercice en zone rurale en Loire Atlantique était la qualité des relations entre associés[40]. Au Canada, le climat de travail et les conflits professionnels influençaient en priorité le maintien[28][30].

Conjoint et famille (évalué)

Le conjoint et la famille jouaient un rôle majeur dans le choix du lieu d'exercice[40]. En France, 81% des jeunes médecins priorisaient l'épanouissement personnel et familial avec une localisation du lieu d'exercice compatible avec les attentes du conjoint[22]. Au Canada, sur 1609 médecins ruraux 66% avaient un partenaire provenant d'un milieu rural[8]. Au Québec, l'origine du conjoint et ses préférences vis-à-vis du milieu de vie influençaient directement l'attraction, l'installation et le maintien dans la pratique[28][30].

Discussion

Cette revue des incitatifs à l'exercice en milieu rural a montré une grande diversité de mesures. Peu ont fait la preuve de leur efficacité. Les plus validées ont révélé que les étudiants d'origine rurale s'installaient et demeuraient davantage en campagne, qu'une formation adaptée permettait de recruter et retenir les étudiants urbains et que les aides financières étaient utiles à court terme. L'exercice regroupé et la possibilité de formation médicale continue influençaient l'installation et la rétention des médecins. Les conditions de travail en priorité (notamment les relations professionnelles, l'accès à des réseaux durables) et les programmes de remplacement permettaient le maintien des médecins en milieu rural.

La plupart des études étaient des études qualitatives et des enquêtes menées souvent sur un petit échantillon où des attitudes et des intentions étaient étudiés, moins souvent les comportements réels. Plusieurs auteurs soulignaient l'important biais de sélection rendant difficile de dissocier l'exposition à la pratique rurale de la prédisposition manifeste des étudiants qui choisissaient d'y participer. Très peu d'études évaluaient un programme spécifique. La majorité des sources concernait des systèmes de santé dont l'organisation est plus ou moins proche du système français. De plus, les définitions variaient suivant les pays. Celle de milieu rural, de zone déficitaire, de zone sous-médicalisée, de région éloignée était le plus souvent fonction de la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants[23]. La limite inférieure était de 60 en France (soit 3 pour 5000 habitants), de 68 en Angleterre, de 75% de la moyenne en Allemagne[18]. Au Canada, elle comprenait des territoires où la population était inférieure à 10 000 habitants[23]. En Australie, la population minimale pour soutenir des soins de santé primaires était de 5000 habitants[4]. De même pour la définition de rétention des médecins, certains considéraient un succès au bout d'un an, alors que pour d'autres cette durée menaçait la continuité des soins. Enfin, le montant des aides en fonction du niveau de vie n'a pas été pris en compte. La généralisation des résultats est donc limitée. Il n'est pas possible d'appliquer en bloc au cas français les recommandations reconnues comme pertinentes pour d'autres systèmes. Cependant, ces pays ont le recul sur les mesures mises en place récemment en France, et leurs conclusions doivent être prises en compte.

En France, la définition de zone rurale était variable suivant les textes. Pour les ARS, les zones fragiles déterminées lors du dernier zonage de 2012 (Loi n°2012-1404) étaient définies par une densité médicale inférieure d'au moins 30% à la moyenne nationale, avec un niveau d'activité suffisant (Loi n°2004-809 consolidée en janvier 2013). L'ensemble de ces zones ne devait pas dépasser un taux plafond fixé à 7,34% de la population nationale[46]. Dans le code général des impôts de décembre 2013, les zones de revitalisation rurale étaient définies comme des zones à très faible densité de population. Il devait s'y ajouter un déclin de la population (dans une majorité des communes dont le chef-lieu), ou un déclin de la population active, ou une forte proportion d'emplois agricoles (Loi n°2013-1279). Dans l'étude sur l'impact des MSP, les bassins de vie

définis en 2012 ont été employés. Ils définissaient les plus petits territoires où les habitants avaient accès aux équipements et aux services les plus courants. 75% étaient répertoriés comme ruraux, ils s'étendaient sur 78% du territoire et regroupaient 30% de la population[47].

Les soins de santé primaires sont le moyen qui permet d'atteindre un niveau de santé compatible avec une vie socialement et économiquement productive[48]. Le problème méthodologique majeur est l'absence de norme, universellement reconnue, permettant de déterminer le niveau d'offre sanitaire nécessaire pour satisfaire les besoins de santé d'une population[12]. La densité médicale constitue un indicateur frustré pour apprécier l'offre médicale, ne tenant pas compte des conditions réelles d'exercice. Concernant l'intensité du travail des praticiens, les jeunes générations ont un nouveau rapport au temps et au rythme de travail qui va dans le sens d'une diminution de l'offre de soins[49]. La féminisation croissante de la profession n'est pas prise en compte. 43% des médecins généralistes en 2014 sont des femmes[14]. Parmi celles qui sont âgées de moins de 40 ans, 23,4% exercent une activité exclusive libérale, contre 32% des hommes[15]. En cabinet de médecine générale libérale, la différence hebdomadaire de travail était de 12 heures[50]. Les facteurs liés à la géographie, comme l'accessibilité et la dispersion de l'habitat, limitent le temps de soins en zone rurale. Pour la population bénéficiaire des soins, la précarité, la proportion de personnes âgées et les variations saisonnières de la population ne sont pas prises en compte[13].

L'accessibilité potentielle localisée (APL) est un instrument de mesure des disparités d'offre de soins, développé par la DREES et l'IRDES. Il tient compte de l'offre des communes environnantes, un médecin généraliste est considéré comme accessible s'il exerce dans une commune située à moins de 15 minutes. Le niveau d'activité des professionnels de santé est aussi pris en compte, grâce à l'utilisation d'équivalents temps plein (ETP). Elle intègre la demande de soins, en tenant compte des besoins différenciés selon l'âge, approchés par la consommation de soins par chaque tranche d'âge au niveau national. L'indicateur fournit un nombre d'ETP accessibles pour 100 000 habitants, pondérés en fonction de leur consommation de soins. La Picardie est la région caractérisée par la plus faible densité de médecins généralistes libéraux[51]. Cependant, avec cet instrument de mesure, l'accessibilité aux médecins généralistes se situe à un niveau comparable à celui observé au niveau national.

Il est difficile de prévoir quels seront les besoins médicaux dans les régions rurales en raison d'incertitudes concernant le temps de travail, les départs en retraite et les besoins médicaux de la population vieillissante[52].

Conclusion

Les mesures mises en place en France, pour inciter ou retenir les médecins généralistes à exercer en milieu rural, relèvent essentiellement de l'augmentation du nombre de médecins, des incitations financières et du regroupement des professionnels de santé.

Dans d'autres pays, malgré l'ancienneté des mesures instaurées on ne trouve pas de solution unique. La littérature étudiée souligne l'inefficacité de l'augmentation du nombre de médecins. Les incitations financières ne sont utiles qu'à court terme. Souvent liées à un effet d'aubaine, inconstantes dans le temps, elles ont un rôle secondaire. La formation en milieu rural favorise l'installation et devrait être introduite tôt dans le cursus universitaire. Les aides au regroupement des professionnels de santé paraissent prometteuses tant pour l'installation que pour le maintien des médecins dans ces zones. Sur le long terme, les conditions d'exercice, où les relations professionnelles occupent une place importante, sont décisives sur la rétention. Au-delà des mesures mises en place, le facteur le plus important pour amener des médecins en milieu rural est le fait d'aimer vivre dans ce type d'environnement, généralement associé au fait d'y avoir grandi, d'avoir un conjoint qui partage les mêmes goûts et d'y être socialement bien intégré.

Afin de mieux répartir l'offre de soins, les mesures mises en place doivent être évaluées et adaptées aux nouvelles mentalités des jeunes médecins. D'autres études pourraient rechercher quelle association de mesures, ciblées et coordonnées, permettrait de garantir des soins de premier recours mieux répartis sur le territoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature. *Quest d'Economie Santé*. 2006 Dec;(116):1–6.
2. Pineau C. Les soins de premier recours en zone rurale fragile. Dossier de soutenance publique. Sciences Po; 2011.
3. Institut canadien d'information sur la santé. Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé. Ottawa: 2006. <http://epe.lac-bac.gc.ca>
4. Wakerman et al. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):276.
5. Pineau C. Spécificités de la médecine rurale : l'expérience australienne. *Trib Santé*. 2011;33(4):91.
6. Touati N, Turgeon J. Répartition géographique des médecins de famille : quelles solutions à un problème complexe ? *Santé Publique*. 2013;25(4):158.
7. Le système des soins de santé du Canada. Santé Canada; <http://www.hc-sc.gc.ca>
8. Fournier M-A. Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée: politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec. Faculté de médecine, Université de Montréal; 2004.
9. Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2012. <http://site.ebrary.com>
10. Burdillat M. Avons-nous trop de médecins en France? *Inst Rech En Santé Publique*. 2010 Jun;(9). <http://www.iresp.net>
11. Juilhard J-M. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale? France: Sénat; 2007 Oct p. 4. Report No.: 14 (2007-2008).
12. Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. *Quest d'Economie Santé*. 2007 May;(122):1–6.
13. Ambroise-Thomas P. Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*; 2007 Mar p. 641–52.

14. Rault J-F, Lebreton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2014.
15. Romestaing P, Lebreton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins.; 2013.
16. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030. France: DREES; 2009 Feb p. 8. Report No.: 679.
17. Berland Y. Effectifs et répartition 2010-2014. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2010 p. 148. <http://www.sante.gouv.fr>
18. Sénat. La démographie médicale. 2008 May. Report No.: LC 185.
19. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). Le rapport 2010-2011. Paris: La Documentation française; 2012.
20. Bertereau V. ECN 2013 : spécialités des étudiants en médecine. L'Etudiant; 2013. <http://www.letudiant.fr>
21. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). Le rapport 2008-2009. Paris: La Documentation française; 2009.
22. Perigeois E. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. BVA opinion, pour l'Ordre National des Médecins; 2007.
23. Pilorget A. Inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire, quelles solutions ? Etude des mesures prises dans quatre pays européens. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Rennes 1; 2010.
24. Atlas de la démographie médicale 2012 | Conseil National de l'Ordre des Médecins. <http://www.conseil-national.medecin.fr>
25. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation. Etude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. Diplôme d'état de Docteur en médecine. Faculté de Médecine de Grenoble, Université Joseph Fourier.; 2013.
26. Touraine M. Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. Ministère des affaires sociales et de la santé; Février 2014. <http://www.sante.gouv.fr>
27. La répartition équilibrée des soins de santé dans les régions rurales. 2007 Apr. Report No.: 14ème session plénière.

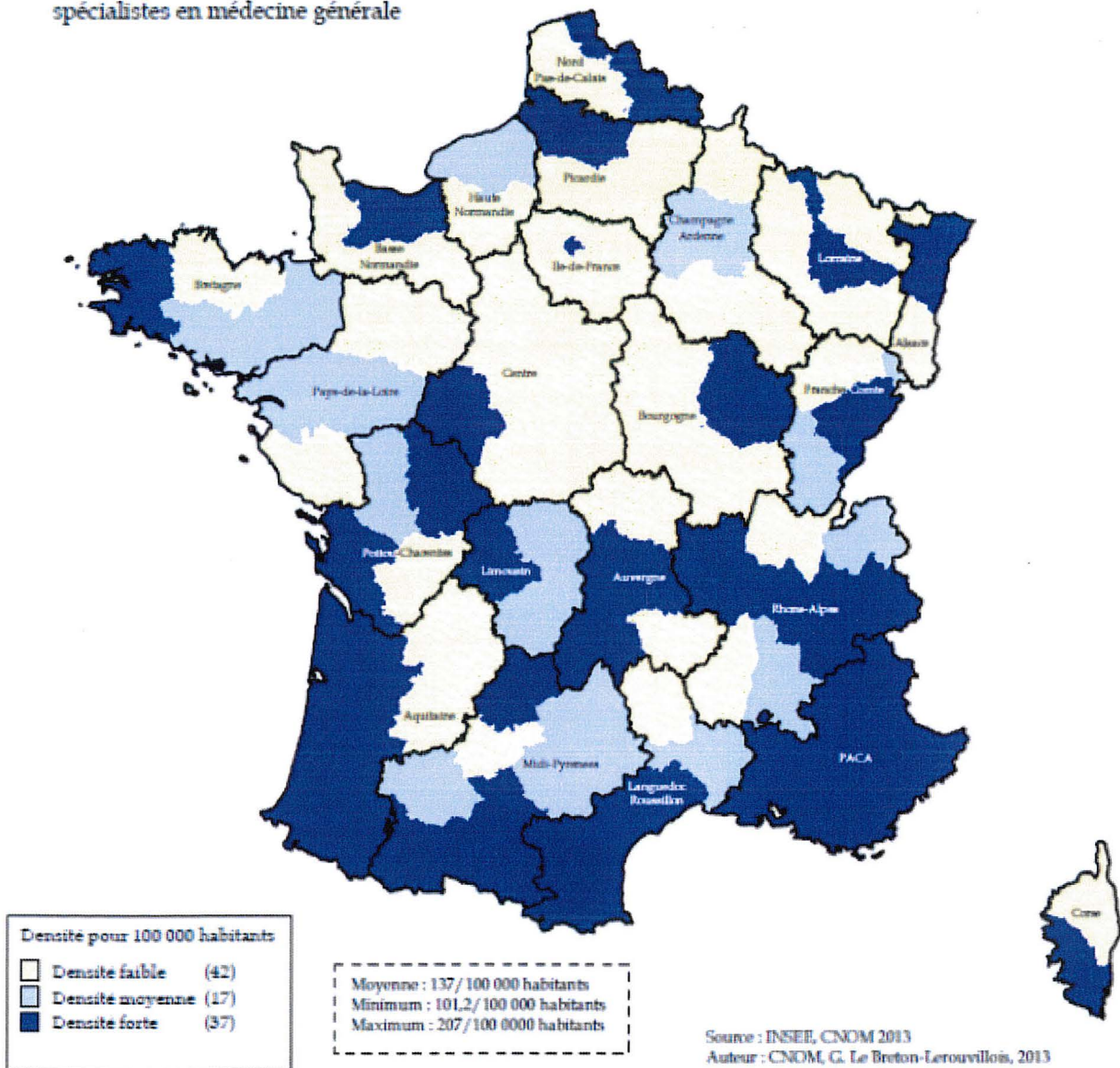
28. Bustinza R, Gagnon S, Burigusa G. Le Programme d'enseignement décentralisé et la rétention des médecins omnipraticiens dans la région du Bas-Saint-Laurent au Québec. *Can Fam Physician*. 2009;55:e29–34.
29. Viscomi M, Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med*. 2013;18(1).
30. Bilodeau H, Van Schendel N, Leduc N. Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec rapport final. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal; 2006. <http://site.ebrary.com>
31. Rabinowitz H. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *N Engl J Med*. 1993 Apr 1;328(13):934–9.
32. Chan B. Factors influencing family physicians to enter rural practice. Does rural or urban background make a difference? *Can Fam Physician*. 2005 Sep;51(9):1246–7.
33. Gill H, McLeod S, Duerksen K. Factors influencing medical students' choice of family medicine. Effects of rural versus urban background. *Can Fam Physician*. 2012 Nov;58:e649–57.
34. Vachon B. Profil et motivations des signataires d'un contrat d'engagement de service public Diplôme d'état de docteur en médecine. Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012.
35. Lapolla M, Brandt E, Barker A, Ryan L. State public policy: the impacts of Oklahoma's physician incentive programs. *J Okla State Med Assoc*. 2004 May;97(5).
36. Aides financières accordées aux médecins ou aux internes. Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins de Rhône-Alpes. 2013. <http://www.urps-med-ra.fr>
37. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V. Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. Novembre 2013.
38. Remy J. En Languedoc-Roussillon, dans les zones rurales reculées, l'accès aux soins fortement compromis par des critères aberrants d'aides aux médecins. URPS, Médecins Libéraux; 2012.
39. Murrin C. Praticien territorial : « un miroir aux alouettes » dénonce le SNJMG. Medscape 2013.
40. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique. Diplôme d'état de Docteur en médecine. Nantes, 2010.

41. Pathman et al. Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. *Med Care*. 2004 Jun;42(6):560–8.
42. Review of Australian Government Health Workforce Programs. Rural recruitment and retention strategies. 2013. <http://www.health.gov.au>
43. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Quest d'Economie Santé*. 2009 Jul;(144).
44. Legmann M. Vers un nouveau modèle pour la médecine libérale. *Médecins*. 2010 May;13–21.
45. Gagnon S, Minguet C. Internet: un moyen alternatif au présentiel pour la formation pédagogique de médecins isolés? *Can Fam Physician*. 2008 Aug;54:e1–4.
46. Instruction relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. *Santé Publique*, Janvier 2010.
47. Brutel C, Levy D. Le nouveau zonage en bassins de vie de 2012. *Décembre 2012*;(1425).
48. Cartier T, Mercier A, De Pourville N. Constat sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012;(101):65–71.
49. Bur Y. Rapport d'information par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé. *Assemblée nationale*; 2008 Feb p. 168. Report No.: 697.
50. Ferley J-P, Da Silva E, Beauvais C. Trois études sur la féminisation de la profession médicale. Synthèse. *Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire*; 2005.
51. Le Scouëzec P et al. D'ici 2020 un médecin généraliste sur deux sera à remplacer. 2014 Jan p. 6. Report No.: 85.
52. Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE. *Organization for Economic*; 2013. <http://dx.doi.org>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Densités départementales des médecins spécialistes en médecine générale

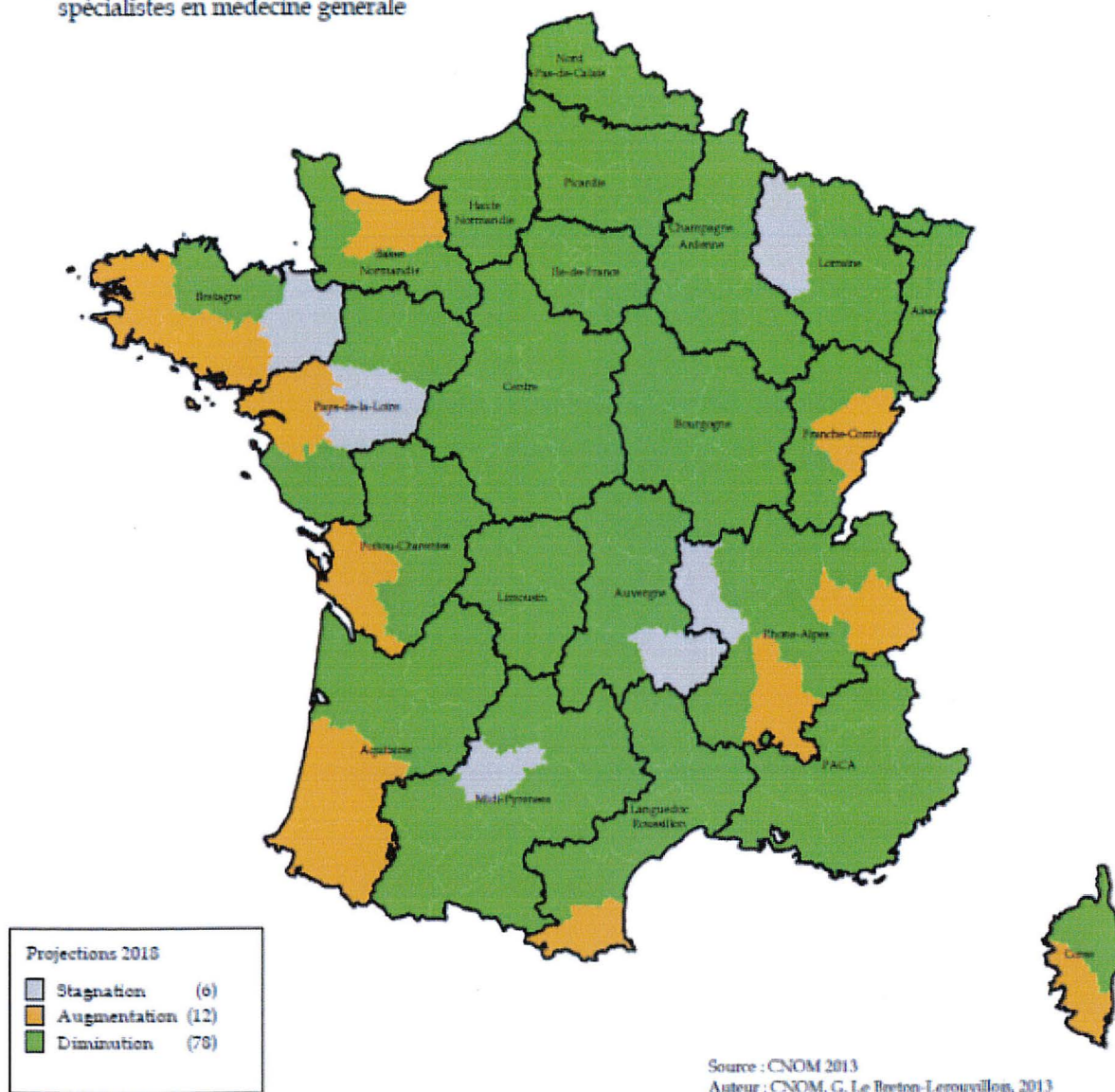
Densités départementales des médecins spécialistes en médecine générale



Source : Romestaing P, Lebreton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins.; 2013.

ANNEXE 2 : Projections départementales 2018 des médecins spécialistes en médecine générale

Projections départementales des médecins spécialistes en médecine générale



Source : Romestaing P, Lebreton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins.; 2013.

ANNEXE 3 : Tableau récapitulatif des mesures mises en place en France et à l'étranger avec les évaluations disponibles

	Nom de la mesure	Modalité	Effet sur l'installation et/ou la rétention
Augmentation du nombre de médecins	Numerus Clausus	Augmentation du nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études de médecine.	-
	Épreuves Classantes Nationales	Nombre de postes disponibles en médecine générale.	-
	Médecins étrangers	Mêmes préférences que les autochtones	-
	Médecins retraités	Incitation à une retraite retardée	-
Parcours universitaire	Formation spécifique	En médecine générale rurale	Augmente l'INSTALLATION, et de 2,12 fois la RÉTENTION ($p=0,15$) des médecins urbains, Québec
	Recrutement sélectif	Impact d'avoir vécu en milieu rural	Augmente de 4 fois la RÉTENTION ($p<0,001$), Canada
Mesures restrictives		Restriction à l'installation et pénalités financières en région surdotée	-
Incitatifs financiers	Bourses d'étude	Prime mensuelle versée à un étudiant en contre-partie de son installation	-
	Aide à l'installation et au maintien	Aide à l'investissement, majoration de l'activité, prime annuelle	Utile sur l'INSTALLATION à court terme Plus d'effet après 8 ans d'exercice ($p=0,029$), au Québec
Charge de travail	Médecins remplaçants	Programme de remplacement pour les congés et la formation	Augmente la RÉTENTION, Québec et Australie
	Exercice regroupé	Aides financières pour le regroupement des professionnels	Influence positive sur l'INSTALLATION et la RÉTENTION, France et Québec
	Délégation de tâches	Auxiliaires médicaux	-
Conditions d'exercice	Référent installation	Correspondant unique et programme de mentorat	Impact sur l'INSTALLATION au Canada
	Formation continue	Facilitation de remplacement et remboursement des déplacements	Favorise l'INSTALLATION et la RÉTENTION au Québec
	Télémédecine	Pour la formation et les consultations	-
	Relations professionnelles	Ambiance de travail, réseaux durables	Influence la RÉTENTION en priorité France et Canada
Conjoint et famille		Possibilité de travail pour le conjoint, et services pour les enfants	Influence l'INSTALLATION et la RÉTENTION, au Québec

ANNEXE 4 : Détail des mesures mises en œuvre par les pouvoirs publics en France, par l'Etat, les collectivités territoriale et l'Assurance Maladie.

A/ L'ETAT : 6 mesures

1. CONTRAT D'ENGAGEMENT DU SERVICE PUBLIC (CESP)

- **TEXTE JURIDIQUE:** Article L. 632-6 du code de l'éducation et Décret relatif aux CESP du 29 juin 2010
- **PROFESSIONNELS CONCERNÉS :** Étudiants en médecine
- **CRITÈRES :**
 - Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé (zones prévues à l'art. L1434-7 code de la santé publique)
 - En priorité les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles
 - Arrêté annuel du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale qui détermine le nombre d'étudiants pouvant signer un CESP avec le Centre national de gestion.
- **MODALITÉS :**
 - La signature d'un contrat d'engagement de service public ouvre droit à une allocation mensuelle de 1200 euros brut, versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation dans les lieux d'exercice précis.
 - La durée de l'engagement de l'étudiant est égale à celle pendant laquelle l'allocation a été versée et ne peut être inférieure à deux ans
 - Les lieux d'exercice ouverts aux internes ayant signé un CESP sont déterminés comme suit : sur proposition des ARS, dans la limite de plafonds annuels régionaux et selon des modalités fixées par le ministre de la santé
- **MISE EN OEUVRE :** Centre National de Gestion et ARS

2. EXONÉRATION D'IMPÔT SUR LES SOCIÉTÉS OU LES REVENUS

- **TEXTES JURIDIQUES :** Article 8 Loi n° 2005-157 du 23 février 2005, Article 44 sexies du code général des impôts, 1 de l'article 92 du CGI, Article 1465 A du CGI
- **PROFESSIONNELS CONCERNÉS :** Professions libérales qui ont créés leur activité nouvelle à compter du 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2010 en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR)

- **CRITÈRES :**
 - En zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts. Le siège social ainsi que l'ensemble de l'activité et des moyens d'exploitation doivent être implantés dans ces zones.
 - Le professionnel doit s'être installé avant le 31 décembre 2010. L'activité doit être nouvelle, ce qui exclut la restructuration, l'extension ou la reprise d'activité.
- **MODALITÉS :**
 - Exonération d'impôt sur les revenus ou sur les sociétés à raison des bénéfices réalisés (hors plus-values constatées lors de la réévaluation des éléments d'actif), jusqu'au terme du cinquante-neuvième mois suivant celui de leur création.
 - Ces bénéfices sont soumis à l'impôt sur le revenu ou à l'impôt sur les sociétés à hauteur de 40 %, 60 % ou 80 % de leur montant selon qu'ils sont réalisés respectivement au cours des cinq premières, des sixième et septième ou des huitième et neuvième périodes de douze mois suivant cette période d'exonération.
- **MISE EN OEUVRE :** Direction Générale des Impôts

3. EXONÉRATION D'IMPÔT SUR LES REVENUS AU TITRE DE LA PERMANENCE DES SOINS

- **TEXTES JURIDIQUES :** Article 151 ter du code général des impôts, issu de l'article 109 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 et relative au développement des territoires ruraux
- **PROFESSIONNELS CONCERNÉS :** Les médecins ou leurs remplaçants participant à la permanence des soins ambulatoire
- **CRITÈRES :**
 - Zones de mise en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé
 - Zones prévues à l'art. L1434-7 code de la santé publique et dans l'attente de la parution du SROS, art.L162-47 du code de la sécurité sociale
- **MODALITÉS :** Exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations à hauteur de 60 jours de permanence par an
- **MISE EN OEUVRE :** Direction Générale des Impôts

4. EXONÉRATION DE CHARGES SOCIALES

- **TEXTE JURIDIQUE :** Exonération des cotisations Patronales Article L 131-4-2 du CSS
- **PROFESSIONNELS CONCERNÉS :** Embauche d'un salarié par un cabinet

- **CRITÈRES :**
 - Zones de redynamisation urbaine définies au A du 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire
 - Zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts
- **MODALITÉS :** Exonération d'une partie des cotisations patronales Sécurité Sociale pendant 12 mois, pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale ou urbaine
- **MISE EN OEUVRE :** Conditions remplies auprès de l'URSSAF

5. EXONÉRATION DE TAXE PROFESSIONNELLE

- **TEXTES JURIDIQUES :** Article 7 Loi n° 2005-157 du 23 février 2005, 1er alinéa de l'article 92 du code général des impôts, Article 1465 A du code général des impôts
- **PROFESSIONNELS CONCERNÉS :** Professions libérales
- **CRITÈRES :**
 - Création d'activité en zones de revitalisation rurale au sens de l'article 1465 A CGI

OU Création ou reprise d'activité dans une commune de moins de 2000 habitants

- Cette exonération ne peut avoir pour effet de reporter de plus de cinq ans l'application du régime d'imposition de droit commun
- **MODALITÉS :** Exonération de la cotisation foncière des entreprises, sauf délibération contraire de la commune ou de l'établissement public de coopération intercommunale doté d'une fiscalité propre
- **MISE EN OEUVRE :** Les communes

6. CONTRAT DE PRATICIEN TERRITORIAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (CPTMG)

- **TEXTE JURIDIQUE :** Article 40 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012)
- **PROFESSIONNELS CONCERNÉS :** Médecins généralistes lors d'une première installation
- **CRITÈRES :**
 - Le médecin bénéficiaire ne doit pas avoir déjà été installé en libéral ; il peut être collaborateur, remplaçant ou salarié d'un établissement public ou privé ; il peut exercer sans être conventionné mais doit pratiquer les tarifs opposables
 - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins.
 - Contrat conforme à un contrat type établi par décret en Conseil d'État.

- MODALITÉS :
 - Contre une rémunération complémentaire à son activité libérale, le médecin contractant s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, dans une zone définie déficitaire par l'ARS
 - Si le praticien réalise entre 165 et 300 actes mensuels, la rémunération complémentaire peut atteindre 3 105 € brut par mois
 - Contrat pour un an, renouvelable une fois
- MISE EN OEUVRE : Agence Régionale de Santé

B/ LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : 9 mesures

1. INDEMNITÉS DE LOGEMENT, DE DÉPLACEMENT, DE TRANSPORT, DE PROJET PERSONNEL

- TEXTES JURIDIQUES : Articles L. 1511-8 et D.1511-52 (53, 54, 55, 56) du code général des collectivités territoriales
- PROFESSIONNELS CONCERNÉS : Étudiants de troisième cycle de médecine générale
- CRITÈRES : Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins, zones de mise en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé
- MODALITÉS :
 - Indemnité de logement :
 - Aide au logement, non cumulative avec la mise à disposition d'un logement
 - 400 euros par mois ou logement si stage en zone rurale
 - Ne peut excéder 20 % des émoluments forfaitaires mensuels de troisième année d'internat (TCM 3)
 - Indemnité de déplacement : Concerne les Déplacements effectués dans le cadre de leur stage et des trajets entre leur lieu de résidence et leur lieu de stage
 - Indemnité de transport si le stage effectué se situe à plus de 17km du Centre Hospitalier Universitaire de référence. 130 euros brut par mois
 - Indemnité d'étude ou de projet professionnel :
 - En contrepartie de l'aide, le bénéficiaire s'engage par contrat à exercer pendant au moins 3 ans dans une zone dite déficitaire
 - Le montant annuel ne peut excéder les émoluments annuels du TCM 3
 - Le montant total ne peut excéder la somme des montants annuels susmentionnés
- MISE EN OEUVRE : Collectivités territoriales

2. AIDES A L'INSTALLATION OU AU MAINTIEN

- TEXTES JURIDIQUES : Articles L. 1511-8, R.1511-44 et R.1511-45 du code général des collectivités territoriales
- PROFESSIONNELS CONCERNÉS : Professionnels de santé exerçant à titre libéral
- CRITÈRES :
 - Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins, zones de mise en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé
 - En contrepartie de l'aide, le bénéficiaire s'engage par convention à exercer pendant au moins 3 ans en zone dite déficitaire
 - Les conditions dans lesquelles l'aide prend fin sont prévues dans la convention
- MODALITÉS :
 - 1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins
 - 2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité
 - 3° La mise à disposition d'un logement
 - 4° Le versement d'une prime d'installation
 - 5° Le versement d'une prime d'exercice forfaitaire
- MISE EN OEUVRE : Les collectivités territoriales

C/ L'ASSURANCE MALADIE : 6 mesures

1. MAJORATION DE L'ACTIVITÉ

- TEXTES JURIDIQUES :
 - Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n°20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et Arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale (art 6)
 - Dispositif maintenu jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la démographie intégrées à la nouvelle convention médicale
- PROFESSIONNELS CONCERNÉS : Médecins généralistes libéraux
- CRITÈRES :
 - Les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale jusqu'à l'entrée en vigueur du SROS
 - Les critères complémentaires pour bénéficier de l'option sont les suivants :

- Exercer en groupe
- Réaliser 2/3 de l'activité auprès de patients résidant dans la zone sous médicalisée
- Demeurer au moins trois ans dans la zone
- MODALITÉS :
 - Majoration de 20% de l'activité (C+V) du professionnel dans la zones
 - Dispositif transitoire prévu dans le cadre de la convention du 27 juillet 2011 pour les bénéficiaires de l'avenant n°20 non concernés par la nouvelle option démographie : Dégressivité des avantages sur deux ans à compter de l'entrée en vigueur du zonage pluri-professionnel (2/3 de l'aide forfaitaire la 1ere année, 1/3 de l'aide la 2nde)
- MISE EN OEUVRE : L'Assurance Maladie

2. DÉROGATION AU PARCOURS DE SOINS, MORATOIRE DU MÉDECIN TRAITANT

- TEXTES JURIDIQUES : Articles L.162-5-4 et D.162-1-8 CSS
- PROFESSIONNELS CONCERNÉS : Consultations d'un médecin généraliste
- CRITÈRES :
 - Zones mentionnées à l'article L.162-47 du code de la sécurité sociale et définies par l'ARS puis, à parution du SROS, zones prévues à l'art. L1434-7 code de la santé publique
 - Limité à 5 ans ET une des conditions suivante
 - Professionnel installé dans une zone mentionnée à l'article L. 162-47 puis, à parution du SROS, zone prévue à l'art. L1434-7 du code de la santé publique
 - Professionnel exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone définie par l'agence régionale de santé
 - Professionnel installé pour la première fois en exercice libéral
- MODALITÉS : Pendant 5 ans, les consultations d'un médecin nouvellement installé ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé et/ou exerçant dans une zone fragile sont exonérées des pénalités financières qui s'appliquent parcours de soins (patient n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de son médecin traitant)
- MISE EN OEUVRE : L'Assurance Maladie

3. CONTRATS DE BONNE PRATIQUE (CBP)

- CONTRAT D'AIDE AU REMPLACEMENT en milieu rural et en zones franches urbaines :
 - 300 euros par jour, maximum 10 jours par an
 - Les CBP sont théoriquement remplacés par des contrats individuels passés entre le médecin et son Agence Régionale de Santé, prévues par la loi HSPT

- **CONTRAT D'AIDE A L'INSTALLATION EN STATION DE SPORTS D'HIVER :**
 - Sous conditions, le médecin recevait une rémunération forfaitaire annuelle de 2 000 €
 - Les CBP « Exercice en station de sports d'hiver » conclus avant le 1^{er} avril 2010 perdurent, y compris les rémunérations afférentes, dans l'attente de la mise en œuvre de nouveaux outils de contractualisation

4. OPTION DÉMOGRAPHIE :

- **TEXTE JURIDIQUE :** Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
- **PROFESSIONNELS CONCERNÉS :** Médecins généralistes libéraux
- **CRITÈRES :**
 - Zonage pluriprofessionnel défini conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel
 - Exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans le cadre d'un pôle de santé défini à l'article L6323-4 du code de santé publique
 - Exercer dans le secteur à tarifs opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré à l'option de coordination définie à l'article 36 de la convention, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables
 - Etre installé dans la zone où à proximité immédiate (5km en zone rurale, 2km en zone urbaine)
 - Réaliser 2/3 de l'activité auprès de patients résidant dans la zone
 - Demeurer au moins trois ans dans la zone
 - Aide à l'investissement pendant 3 ans (jusqu'à 5000 euros par an) et une majoration de l'activité qui y était réalisée (jusqu'à 10%, limité par un plafond annuel)
- **MODALITÉS :**
 - Aide à l'investissement (pour les professionnels s'installant dans la zone), forfait annuel versé pendant 3 ans, à hauteur de :
 - 5 000 € pour le professionnel exerçant au sein d'un groupe
 - 2 500€ pour le professionnel membre d'un pôle de santé
 - Aide à l'activité : majoration de l'activité (c+v) réalisée dans la zone :
 - 10% pour le professionnel exerçant au sein d'un groupe, dans la limite d'un plafond fixé à 20000 €
 - 5 % pour le professionnel membre d'un pôle de santé, dans la limite d'un plafond fixé à 10000 €
- **MISE EN OEUVRE :** L'Assurance Maladie

5. OPTION SANTÉ SOLIDARITÉ TERRITORIALE :

- **TEXTE JURIDIQUE :** Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
- **PROFESSIONNELS CONCERNÉS :** Médecins généralistes libéraux n'exerçant pas sur un secteur inclus dans le zonage pluriprofessionnel
- **CRITÈRES :**
 - Exercer dans le secteur à tarifs opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré à l'option de coordination définie à l'article 36 de la convention, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables pour l'activité réalisée sur la zone
 - Exercer au minimum 28 jours/an sur une zone fragile (au sens zonage pluriprofessionnel)
 - Engagement de 3 ans
- **MODALITÉS :**
 - Majoration de 10% de l'activité (C+C) réalisée dans la zone dans la limite de 20 000 euros par an
 - Et prise en charge des frais de déplacement
- **MISE EN OEUVRE :** L'Assurance Maladie

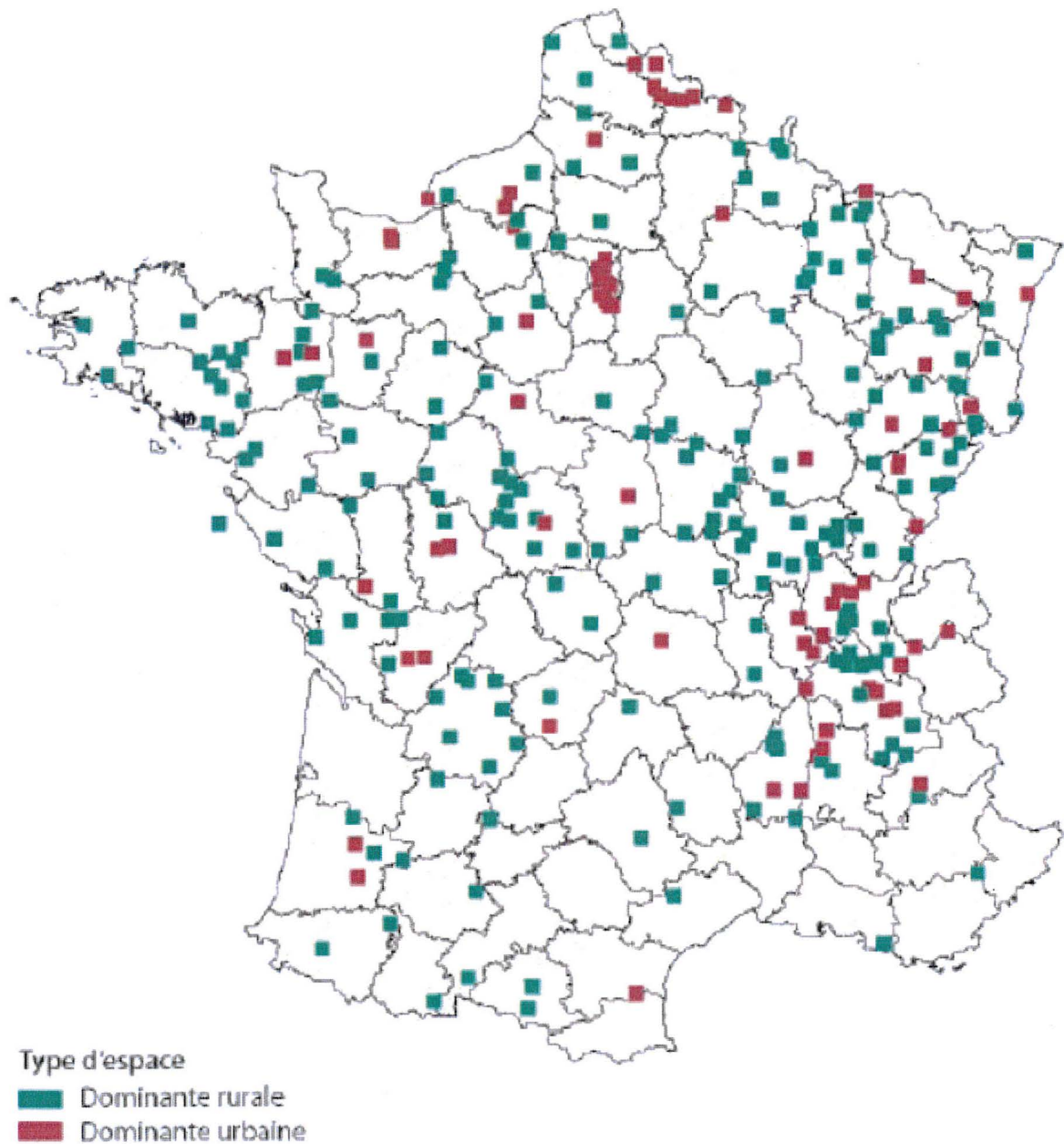
ANNEXE 5 : Impact des zonages sur l'application du critère d'activité en France métropolitaine

Champ : médecins ayant réalisé au moins 10 000 € d'honoraires sans dépassement sur les actes en C ; V, CS, VS, VA, VU.

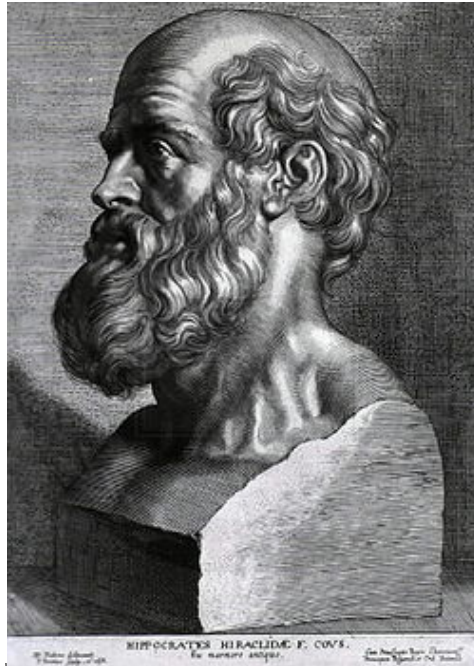
Région (France métropolitaine)	Nb de médecin installés en zones fragiles	Nb de médecins installés en zones fragiles pouvant bénéficier des aides (critère 2/3)	Part de médecins installés en zones fragiles pouvant bénéficier des aides (critère 2/3)
Bretagne	113	97	86 %
Lorraine	125	104	83 %
Centre	262	210	80 %
Alsace	34	27	79 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	54	41	76 %
Auvergne	87	66	76 %
Poitou-Charentes	115	87	76 %
Nord – Pas de Calais	143	104	73 %
Ile de France	603	359	60 %
Pays de la Loire	378	207	55 %
Rhône-Alpes	610	329	54 %
Franche-Comté	144	64	44 %
Basse Normandie	196	78	40 %
Aquitaine	121	41	34 %
Bourgogne	253	42	17 %
Haute Normandie	223	29	13 %
Limousin	125	12	10 %
Champagne-Ardenne	235	20	9 %
Midi-Pyrénées	191	12	6 %
Languedoc-Roussillon	86	3	3 %
Corse	29	0	0 %

Source : Données 2011 en date de traitement issues du portail SNIRAM : tous régimes

ANNEXE 6 : Maisons de santé recensées en fonctionnement au 1^{er} janvier 2013, selon le type d'espace



Source : Direction Générale de l'Offre de Soins, Observatoire des recompositions de l'offre de soins. Cartographie : Irdes.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.