



**HAL**  
open science

## Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France : une revue systématique de la littérature

Rebecca Lemonnier, Paul Aubry

### ► To cite this version:

Rebecca Lemonnier, Paul Aubry. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France : une revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02345119

**HAL Id: dumas-02345119**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02345119v1>**

Submitted on 4 Nov 2019

**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.

**THESE POUR LE DOCTORAT EN  
MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

LEMONNIER REBECCA née le 25/09/1984 à Montélimar

Et

AUBRY PAUL né le 18/12/1990 à Dieppe

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 OCTOBRE 2019

**Les déterminants du parcours professionnel des  
médecins généralistes en France : une revue  
systématique de la littérature**

**Président du jury :** Pr Véronique MERLE

**Membres du jury :** Dr Elise RIDARD (Directrice de thèse)

Dr Matthieu SCHUERS

Pr Yveline SEVRIN

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

-----

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET  
Professeur Benoit VEBER  
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Gisèle APTER Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN Immunologie
Mr François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN Informatique médicale et technique de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	HCH-CB Cancérologie

Mr Fabien DOGUET	HCN Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN Pédiopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN Dermato –Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
Mr. David MALTETE	HCN Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (détachement)	HCN Réanimation Médicale Mr Jean-François
Mr MUIR (surnombre)	HB Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (détachement)	HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (disponibilité)	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (surnombre)	HB Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (surnombre)	HCN Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (détachement)	HCN Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN Anatomie
Mr David WALLON	HCN Neurologie
Mr Julien WILS	HCN Pharmacologie

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR Anglais

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON	(PU-PH) Biophysique
Mr Jean COSTENTIN	(Professeur émérite) Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC	(PU-PH) Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	(Professeur émérite) Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	(PU-PH) Microbiologie
Mr Rémi VARIN	(PU-PH) Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEU	(MCU-PH) Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA	(MCU-PH) Parasitologie

Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET	(MCU-PH) Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

#### PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

#### PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

#### ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
------------------	---------------

#### ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
--------------------	------------------

#### LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie



Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup HERMIL (PU-MG) UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-MG) UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET	UFR Médecine générale
Mme Laëtitia BOURDON	UFR Médecine Générale
Mr Emmanuel HAZARD	UFR Médecine Générale
Mme Marianne LAINE	UFR Médecine Générale
Mme Lucile PELLERIN	UFR Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV	(med) Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER	(phar) Sciences du Médicament
Mme Su RUAN	(med) Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH	(med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	(med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	(med) Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU	(med) Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT	(med) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT	(med) Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER	(med) Physiologie
Mme Christine RONDANINO	(med) Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD	(med) Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER	(med) Biochimie (UMR 1079)

### CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :

Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## **Remerciements**

### **A Madame le Professeur Véronique MERLE,**

Merci de nous faire l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

### **Au Docteur Elise RIDARD,**

Merci de nous avoir accompagné tout au long de ce travail. Nous avons pu réaliser cette thèse grâce à ta grande disponibilité, ton implication et ta rigueur.

### **Au Professeur Yveline SEVRIN,**

Merci de nous faire l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

### **Au Docteur Matthieu SCHUERS,**

Merci de nous faire l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

### **Aux bibliothécaires de la BU,**

Merci pour votre aide, vos nombreuses recherches et prêts.

## **Serment d'Hippocrate**

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## **Abréviations**

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

Asalée : Action de santé libérale en équipe

BDSP : Banque de données en santé publique

CAIM : Contrat d'aide à l'installation des médecins

CCU-MG : Chef de Clinique Universitaire de Médecine générale

CESP : Contrat d'engagement de service publique

CISMEF : Catalogue et index des sites médicaux de langue française

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

DUMAS : Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance

ETP : Équivalents Temps Plein

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

LiSSa : Littérature scientifique en santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyse

PTMG : Praticien Territorial en Médecine Générale

PubMed : Public Access to Medline

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SUDOC : Système universitaire de documentation

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

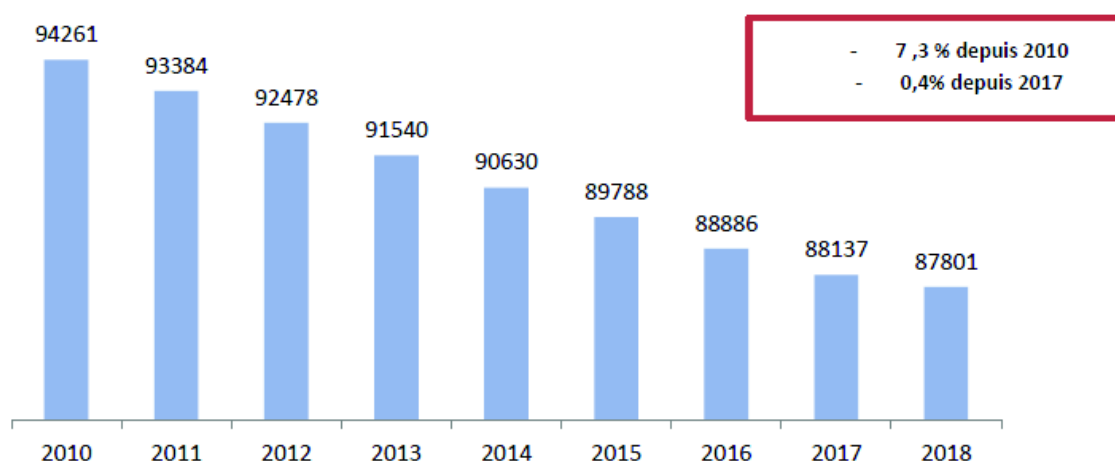
<b>INTRODUCTION</b>	<b>16</b>
<b>METHODE</b>	<b>24</b>
1. Stratégies de recherche :	25
2. Critères de sélection :	27
2.1. Les critères d'inclusion :	27
2.2. Les critères d'exclusion :	28
2.3. La sélection des articles :	28
3. Extraction des données	29
<b>RESULTATS</b>	<b>30</b>
1. Facteurs modifiables	32
1.1. Déterminants de l'installation	32
1.1.1. Facteurs d'ordre professionnel	32
1.1.2. Facteurs d'ordre personnel	34
1.1.3. Facteurs économiques	35
1.2. Freins à l'installation	36
1.2.1. Freins d'ordre professionnel	36
1.2.2. Freins d'ordre économique	38
2. Facteurs non modifiables	39
2.1. Déterminants de l'installation	39
2.2. Freins à l'installation	40
3. Installation en zone rurale	40
3.1. Facteurs modifiables	40
3.2. Facteurs non modifiables	42
<b>DISCUSSION</b>	<b>43</b>
1. Principaux résultats	44
2. Forces et limites de cette revue de la littérature	45
3. Comparaison et perspectives	46
<b>CONCLUSION</b>	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>56</b>
<b>RESUME</b>	<b>89</b>

# INTRODUCTION



La diminution du nombre de médecins généraliste en France et leur répartition inégale participent à l'accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins. Cette thématique est source d'inquiétudes pour les patients comme pour les médecins. Elle est relayée par les médias et est l'objet de nombreuses mesures politiques de santé.

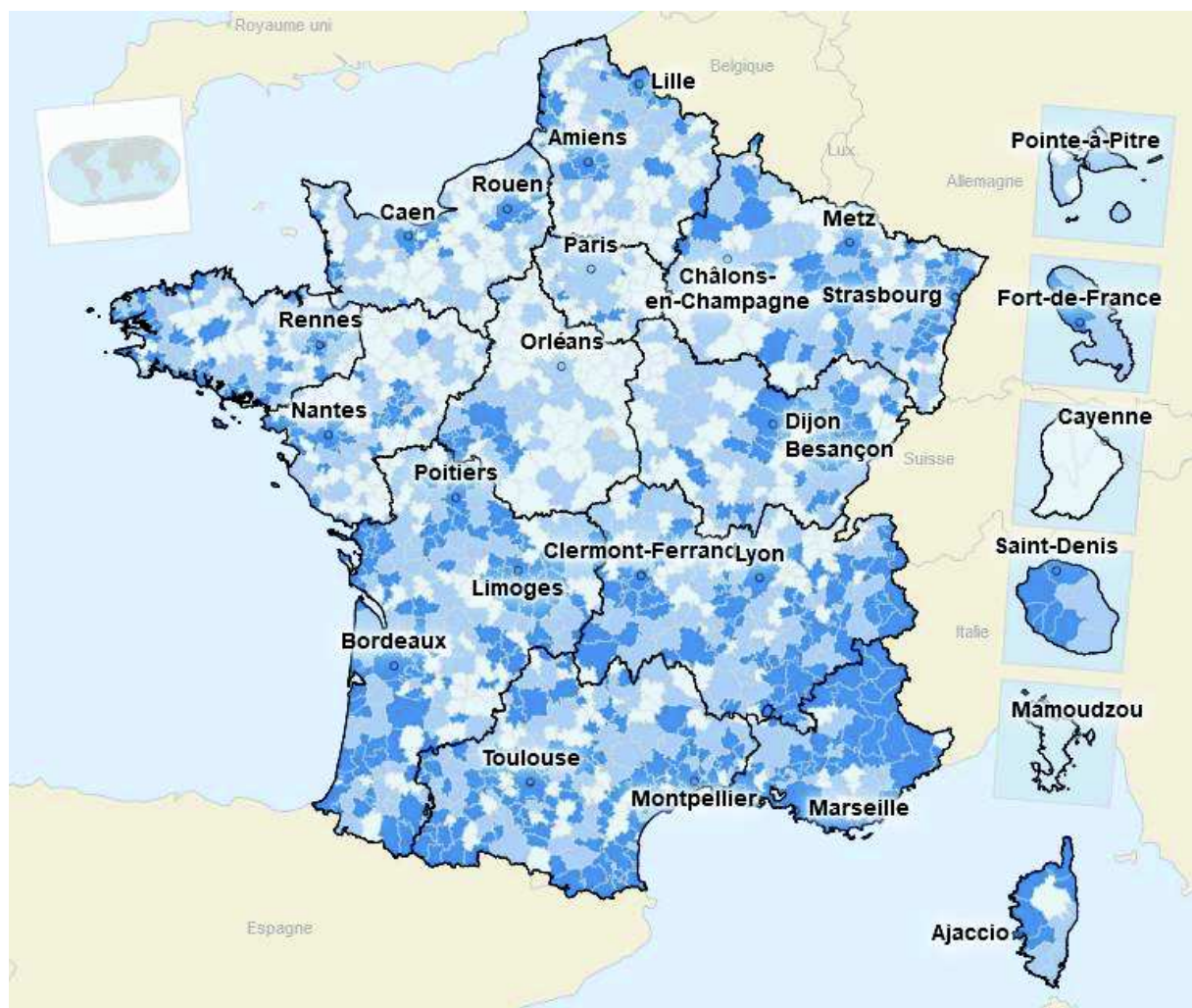
Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) recense en 2018, 87801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) ; soit une diminution des effectifs de 7,3% depuis 2010. Les effectifs de médecins généralistes en activité régulière devraient poursuivre leur diminution jusqu'à 81 804 médecins en 2025 soit une diminution supplémentaire de 6,8% (1).



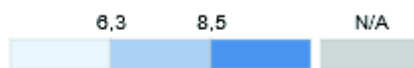
#### Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010

Source : CNOM 2018 (1)

À l'échelon régional, de fortes disparités territoriales sont constatées. D'après les données du CNOM, la densité médicale métropolitaine varie, pour l'ensemble des médecins, de 2,3 en région Centre à 3,5 médecins pour 1 000 habitants en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (soit un rapport de 1 à 1,5), pour une moyenne de 2,8. Pour la seule médecine générale, cette densité oscille, entre les mêmes régions, de 1,07 à 1,52 médecin pour 1000 habitants (soit un rapport de 1 à 1,4), pour une moyenne de 1,32. À l'échelon départemental, la densité de médecins varie dans des proportions encore plus importantes : en médecine générale, pour la seule France métropolitaine, elle va de 0,94 médecin pour 1 000 habitants en Eure-et-Loir ou en Seine-et-Marne à 1,94 médecin pour 1 000 habitants dans les Hautes-Alpes ou à Paris, soit un rapport de 1 à 2 (2).



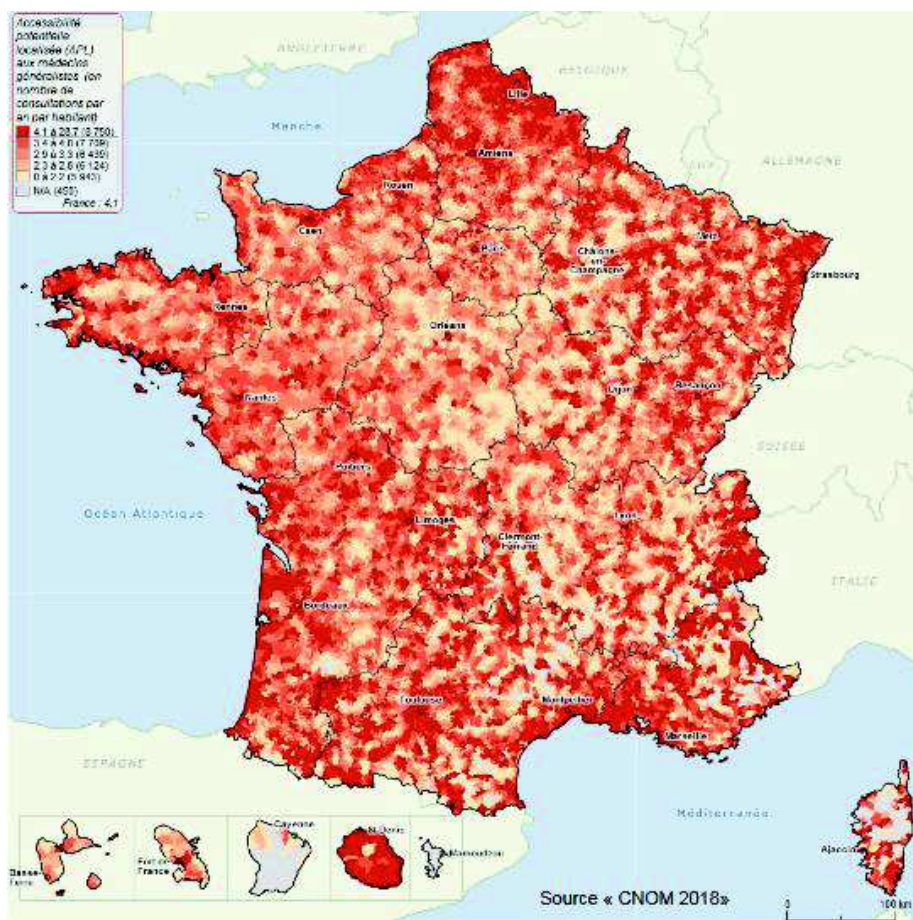
France par bassin de vie  
1 667 bassins de vie 2012



### Densité médicale des généralistes, activité libérale et mixte pour 2019 (3)

Calculée à l'échelle communale, l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aurait tendance à masquer. L'APL est un indicateur local exprimé en nombre moyen de consultations/visites accessibles par an par habitant, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes (1). Le calcul de l'APL aux médecins généralistes repose ainsi sur l'estimation de plusieurs paramètres. On considère que l'accessibilité au professionnel diminue avec la distance ; les choix des seuils de distance sont estimés à partir de

taux de fréquentation des médecins généralistes observés dans les bases de l'Assurance maladie. L'activité de chaque médecin généraliste est convertie en « équivalents temps plein » (ETP), calculés en fonction du nombre d'actes (consultations et visites). La demande de soins de médecins généralistes est différenciée par classe d'âge, d'après l'observation des consommations par tranche d'âge disponibles dans les bases de l'assurance-maladie (4). L'APL aux médecins généralistes libéraux est, en moyenne, plus élevée pour les habitants des communes urbaines. Au sein de ces communes, les habitants des moyens ou petits pôles ont une meilleure accessibilité (81 ETP pour 100 000 habitants) que ceux des grands pôles (75 ETP pour 100 000 habitants). Au sein des communes rurales, les communes rurales isolées ont une accessibilité plus élevée (63 ETP pour 100 000 habitants) que les communes rurales situées en périphérie des pôles (52 ETP pour 100 000 habitants) (5).



Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (1)

Aux inégalités territoriales d'accès aux soins s'ajoute la diminution du nombre de médecins généralistes. Il est constaté une période de remplacement plus longue au détriment de l'installation. Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le tableau de l'Ordre recense 12 011 médecins remplaçants. Sur les dix dernières années, les effectifs ont augmenté de 24,6%. Selon les projections du CNOM en 2017, il y a une forte probabilité que d'ici à 2025 les effectifs continuent d'augmenter pour atteindre plus de 14 300 médecins remplaçants (6). Les départs de médecins retraités ne sont en grande partie pas suivis d'installation. Cela accentue l'inégalité de répartition territoriale. Un certain nombre de cabinets médicaux ferment après le départ en retraite des médecins en exercice (7).

Il faut noter que le développement du cumul emploi-retraite, soutenu par la réforme des retraites de 2003, peut contribuer à amortir la baisse du nombre de praticiens libéraux, y compris des médecins généralistes : au 1<sup>er</sup> janvier 2016, 26 % des médecins retraités continuaient à exercer la médecine, en majorité en activité libérale ou mixte (57 %) (2).

Parallèlement à cette baisse de l'offre de soins, la demande de soins augmente avec la croissance démographique, le vieillissement de la population et la transition épidémiologique (augmentation de la prévalence des maladies chroniques) nécessitant plus de suivi et recours aux soins (8).

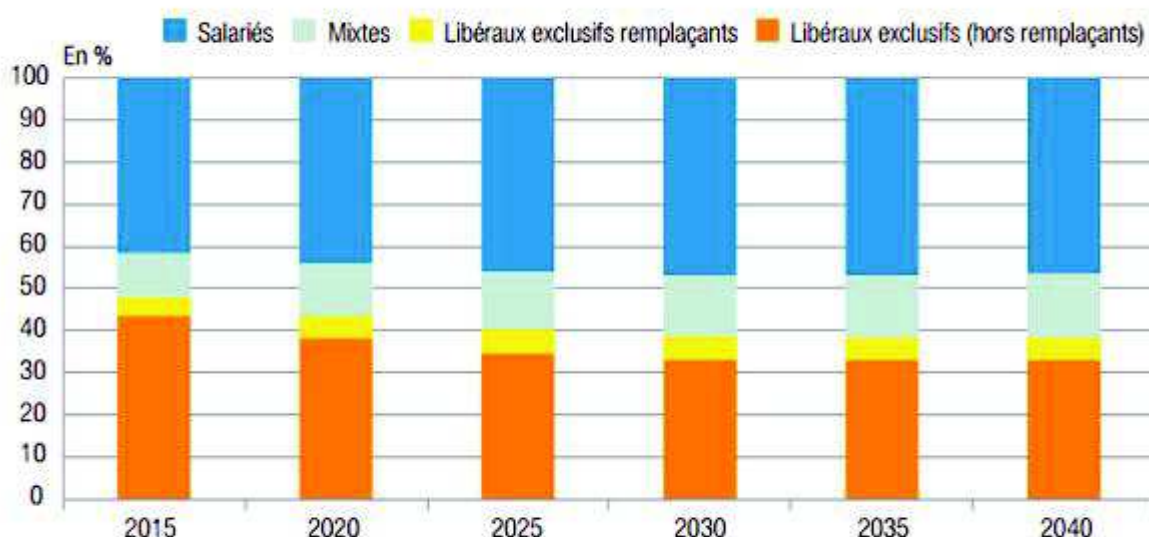
Le médecin généraliste a un rôle pivot dans le parcours coordonné de soins, mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins (9). Par ailleurs, la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) de juillet 2009 a réaffirmé le rôle du médecin généraliste comme « point d'entrée » dans le système de soins. Elle a posé, en outre, les prémices d'une structuration de l'action de l'État en faveur d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins (2). La loi Ma santé 2022 a pour objectif la structuration du premier recours et des soins de proximité. Elle tente de passer du médecin traitant isolé à une équipe de soins du patient en renforçant l'exercice coordonné et reconnaît une équipe de soins traitante (10).

On assiste à une féminisation de la profession. Les femmes représentent au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 48,2% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (1).

Les modalités de l'exercice de la médecine générale sont en mutation.

Le nombre de médecins généralistes salariés devrait poursuivre sa hausse. Parmi ceux-ci, une faible part (5,1 % de l'ensemble des salariés au 1er janvier 2016 et 11,1 % des salariés non hospitaliers à la même date) exercent dans des centres de santé et peuvent donc contribuer à l'offre de soins de premier recours, mais cette part reste insuffisante pour compenser la baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux (4). L'activité salariée attire de plus en plus les jeunes médecins, leur permettant un allègement des charges administratives et comptables. Le salariat est spontanément évoqué comme un statut privilégié, par ses congés payés et autres avantages sociaux, congé maternité en particulier. L'organisation du travail qui en découle permet un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle. L'absence d'investissement financier personnel et la liberté en termes de mobilité permise par ce statut sont appréciées, et participent à une construction plus facile de la vie familiale. Les médecins généralistes s'orientent de plus en plus vers le salariat, que ce soit en milieu ambulatoire ou en hospitalier. La qualité de vie professionnelle en centre de santé semble être une des principales motivations des médecins. Le centre de santé présente l'avantage de permettre une décharge administrative pour les médecins (11).

### Répartition des médecins en activité à l'horizon 2040 par mode d'exercice



**Lecture** • En 2040, 46 % des médecins actifs de moins de 70 ans exerceraient en tant que salarié.

**Champ** • France entière, médecins actifs de moins de 70 ans.

**Sources** • RPPS, Projections DREES 2015.

Ce tableau témoigne d'un recul de l'exercice libéral au dépend de l'exercice salarié.

La part de médecins libéraux exclusifs (y compris remplaçants) reculerait fortement, passant de 47 % en 2016 à 38 % en 2040 tandis que les proportions de médecins mixtes (c'est-à-dire ayant une activité libérale et une activité salariée) et salariés augmenteraient (respectivement de 11 à 15 % et de 42 à 46 % au cours de la même période) (12).

Les souhaits d'exercice changent. Ils profitent à la création de Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et aux cabinets de groupes. Les raisons de ce développement sont multiples : l'exercice de groupe permet par exemple la mise en commun de moyens, qu'ils soient humains (secrétariat) ou matériels, la possibilité d'acquérir et de rentabiliser des équipements coûteux, ainsi que davantage de souplesse en matière de conditions de travail (4).

Plusieurs aides financières et mesures incitatives ont été mises en place afin de favoriser l'installation. Les principales aides seront abordées. Le CESP (contrat d'engagement de service public), créé en 2011, prévue par la loi HPST de 2009, est destiné à promouvoir, par une bourse contractuelle, l'installation en zone déficitaire. Il a pour objectif de fidéliser les jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée. Ce contrat est destiné aux étudiants en médecine, de la 2<sup>ème</sup> année des études médicales à la dernière année d'internat.

Le premier volet du pacte territoire santé (2012-2015) comportait 12 engagements ayant pour volonté de faire reculer les déserts médicaux dans notre pays. Un des engagements était la réalisation d'un stage en médecine générale pour 100% des étudiants. Un autre des engagements était d'atteindre 1500 contrats CESP en 2017. Le dispositif de praticien territorial en médecine générale (PTMG) s'adresse aux jeunes médecins souhaitant s'installer (ou étant déjà installés depuis moins d'un an) en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral dans une zone fragile. Il leur assure une rémunération mensuelle pendant les deux premières années d'exercice (13). La convention médicale de 2016 a défini 4 contrats types nationaux ayant pour objectif d'encourager une répartition plus homogène des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire. Parmi ces contrats le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) est une aide financière forfaitaire de 50 000 euros. Il s'adresse aux médecins qui s'installent dans une zone fragile définie par l'ARS (agence régionale de santé) (14). La création du numerus clausus en 1971 avait pour but de limiter le nombre de

médecins, après avoir fortement baissé jusque dans les années 1990, le *numerus clausus* s'est très nettement redressé depuis le début des années 2000 avec une hausse de 86 % entre 2000-2001 et 2015-2016. Ce redressement reflète la volonté de rééquilibrer la démographie de ces praticiens, dans la perspective de nombreux départs pour ceux issus des promotions des années 1970 à fort *numerus clausus*. Le nombre de postes par faculté est adapté en fonction des besoins régionaux en médecins. Le *numerus clausus* augmente davantage dans les régions aux densités médicales plus faibles (15). Le stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS) créé en 2004 a pour objectif de placer l'étudiant en situation réelle mais supervisée, « à la place » du médecin généraliste afin de parfaire sa formation. Avec une dizaine d'années de recul, le SASPAS influence l'installation des jeunes médecins généralistes (16,17).

Malgré ces différentes mesures mises en œuvre il est constaté des zones de « désertification médicale » et surtout un accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins de premier recours annoncées pour les prochaines années. Cela amène à s'interroger sur les choix de carrière des médecins généralistes, et plus particulièrement sur les facteurs déterminants leur choix d'exercice en médecine ambulatoire de premier recours. De nombreuses études ont été réalisées afin de mieux appréhender les déterminants des choix d'exercice des jeunes médecins généralistes. Les facteurs d'installation modifiables sont l'objet d'une attention particulière, puisqu'ils devraient inspirer les mesures politiques facilitant l'installation des médecins.

L'objectif principal était de recenser les facteurs de l'installation des médecins généralistes en France par une revue systématique de la littérature.

L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs d'installation modifiables les plus pertinents.

# METHODE



## 1. Stratégies de recherche :

Une revue systématique de la littérature française a été conduite entre le 26/02/2019 et le 27/09/2019. Les bases de données interrogées étaient les suivantes : SUDOC (Système universitaire de documentation), BDSP (Banque de données en santé publique), DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance), Theses.fr, LiSSa (Littérature scientifique en santé), PubMed (Public Access to Medline), IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) et CISMEF (Catalogue et index des sites médicaux de langue française). La conception des équations de recherche pour SUDOC a été réalisée à la bibliothèque universitaire de médecine de Rouen avec l'aide d'une bibliothécaire.

Différentes équations complémentaires ont été utilisées pour le catalogue SUDOC :

- démographie médicale ou choix de carrières et médecine générale
- démographie médicale ou choix de carrière et med\*gen\*
- installation ou parcours professionnels et med\*gen\*
- médecine générale et installation professionnelle
- médecine générale et démographie médicale
- choix de carrières et med\*gen\*
- choix de carrière et med gen\*
- choix de carrière et médecins généralistes
- installation et med\*gen\*
- parcours professionnels et med\*gen\*

L'équation de recherche sur DUMAS était :

- installation et médecins généralistes

Aucun article n'a été retrouvé sur theses.fr.

L'équation de recherche pour PubMed (avec l'ajout de « France ») était :

```
((France[Text Word] AND ( "2008/01/01"[PDate] : "2019/07/23"[PDate] ))) AND  
((((("health manpower"[TW] OR "resources, human"[TW] OR "manpower, health"[TW]
```

OR "human resource"[TW] OR "manpower needs"[TW] OR "health workforce"[TW] OR "resource, human"[TW] OR "human resources"[TW] OR "manpower need"[TW]) OR ("career choice"[MH] OR ("career choice"[TW] OR "career choices"[TW] OR "professional image "[TW] OR "vecu"[TW] OR "professional identity"[TW])) OR ("personnel selection"[MH] OR ("personnel selection"[TW] OR "recruitment activity"[TW] OR "personnel selections"[TW] OR "recruitment activities"[TW] OR "personnel recruitment"[TW])) AND "2009/02/08"[PDat] : "2019/02/05"[PDat]) AND (((("general practice"[TW] OR "practice, general"[TW]) AND ("organization & administration"[TW] OR "administrative management"[TW] OR "organizational structure"[TW] OR "organizational management"[TW] OR "organization"[TW] OR "administrative structure"[TW])) OR ("general practice/statistics and numerical data"[MH] OR ("statistics and numerical data"[TW] OR "numerical data"[TW])) OR (("group practice"[TW] OR "group practices"[TW]) OR "group practice/statistics and numerical data"[MH])) OR (("ambulatory care"[TW] OR "services, outpatient health"[TW] OR "clinic visits"[TW] OR "Outpatient Service"[TW] OR "Outpatient Services"[TW] OR "urgent cares"[TW] OR "Services, Outpatient"[TW] OR "outpatient care"[TW] OR "Service, Outpatient"[TW] OR "outpatient health service"[TW] OR "care, outpatient"[TW] OR "care, ambulatory"[TW] OR "clinic visit"[TW] OR "urgent care"[TW] OR "outpatient health services"[TW]) OR "ambulatory care/statistics and numerical data"[MH])) OR "medical consulting room"[TI] AND "2009/02/08"[PDat] : "2019/02/05"[PDat]) AND ("2009/02/08"[PDat] : "2019/02/05"[PDat])) AND ( "2008/01/01"[PDat] : "2019/07/23"[PDat] ) )

L'équation de recherche pour LiSSa et CISMef était :

(((((main-d'oeuvre en santé.mc[TER\_MSH]) OR Choix de carrière.mc[TER\_MSH]) OR sélection du personnel.mc[TER\_MSH]) AND médecine générale/organisation et administration.mc[TER\_MSH] OR médecine générale/statistiques et données numériques.mc[TER\_MSH]) OR (cabinets de groupe/organisation et administration.mc[TER\_MSH] OR cabinets de groupe/statistiques et données numériques.mc[TER\_MSH])) OR (soins ambulatoires/organisation et administration.mc[TER\_MSH] OR soins ambulatoires/statistiques et données numériques.mc[TER\_MSH])

De même que pour la conception de l'équation de recherche de SUDOC celle de la BDSP fut réalisée à la bibliothèque universitaire de la faculté Médecine de Rouen avec l'aide de la même bibliothécaire. L'équation était basée sur le thésaurus de la BDSP. Ces équations ont été validées par téléphone par l'une des bibliothécaires de la BDSP :

- Mcl=(([demographie medicale]) ET([medecin generaliste]OU [medecine generale]))
- Mcl=(([medecine generale] OU [medecin generaliste]) ET ([installation professionnelle] OU [activite professionnelle] OU [exercice liberal] OU [exercice salarie]))

La recherche bibliographique dans la base de données de l'IRDES a été menée par Marie-Odile Safon, responsable du service documentation de l'IRDES. Elle a été transmise en mars 2019. Une vérification complémentaire sur le site de l'IRDES n'a pas permis d'inclure de documents supplémentaires. Ces différents résultats ont été complétés par des études issues des bibliographies des études analysées.

## **2. Critères de sélection :**

### **2.1. Les critères d'inclusion :**

Les études incluses étaient des études quantitatives françaises :

- épidémiologiques descriptives (études transversales) et analytiques (études de cohorte)
- interventionnelles

Les articles publiés entre 2004 (naissance de la spécialité de la médecine générale en France) et aujourd'hui ont été retenus. L'ensemble des études portait sur des médecins généralistes (thésés ou non), hors internes : en exercice sur le territoire français, de tous âges et exerçant la médecine générale ambulatoire de premier recours.

## **2.2. Les critères d'exclusion :**

Ont été exclues les études s'intéressant au choix de la spécialité médecine générale, les études sur les parcours professionnels d'autres professions de santé, les études qualitatives, les revues de la littérature, les études francophones hors territoire français ainsi que les études sur les souhaits d'exercice des médecins. Les études sur les souhaits d'exercice futurs d'internes en médecine générale ou de médecins généralistes étaient exclues.

## **2.3. La sélection des articles :**

Une première sélection a été faite sur les titres par les deux relecteurs de manière indépendante. Un taux de 88,9% d'accord est constaté entre les deux relecteurs.

Pour les désaccords les titres étaient tout de même sélectionnés ou retirés après discussion avec un troisième relecteur (ER).

Une deuxième sélection a été faite sur résumé de manière indépendante par les deux relecteurs. Un taux de 89,2% d'accord a été calculé entre les deux relecteurs. De la même manière tous les désaccords ont été retenus afin de les analyser sur article entier.

Certains résumés n'étaient pas disponibles en ligne. Pour ces résumés manquants nous avons fait appel aux bibliothécaires.

Une dernière sélection a été faite après analyse sur les études complètes de façon simultanée par les deux relecteurs. De même que pour les résumés les études qui n'étaient pas en ligne étaient fournies par la bibliothèque de Rouen via une demande de prêt entre bibliothèque. L'analyse de la qualité des études s'est faite en s'inspirant des critères PRISMA.

### **3. Extraction des données**

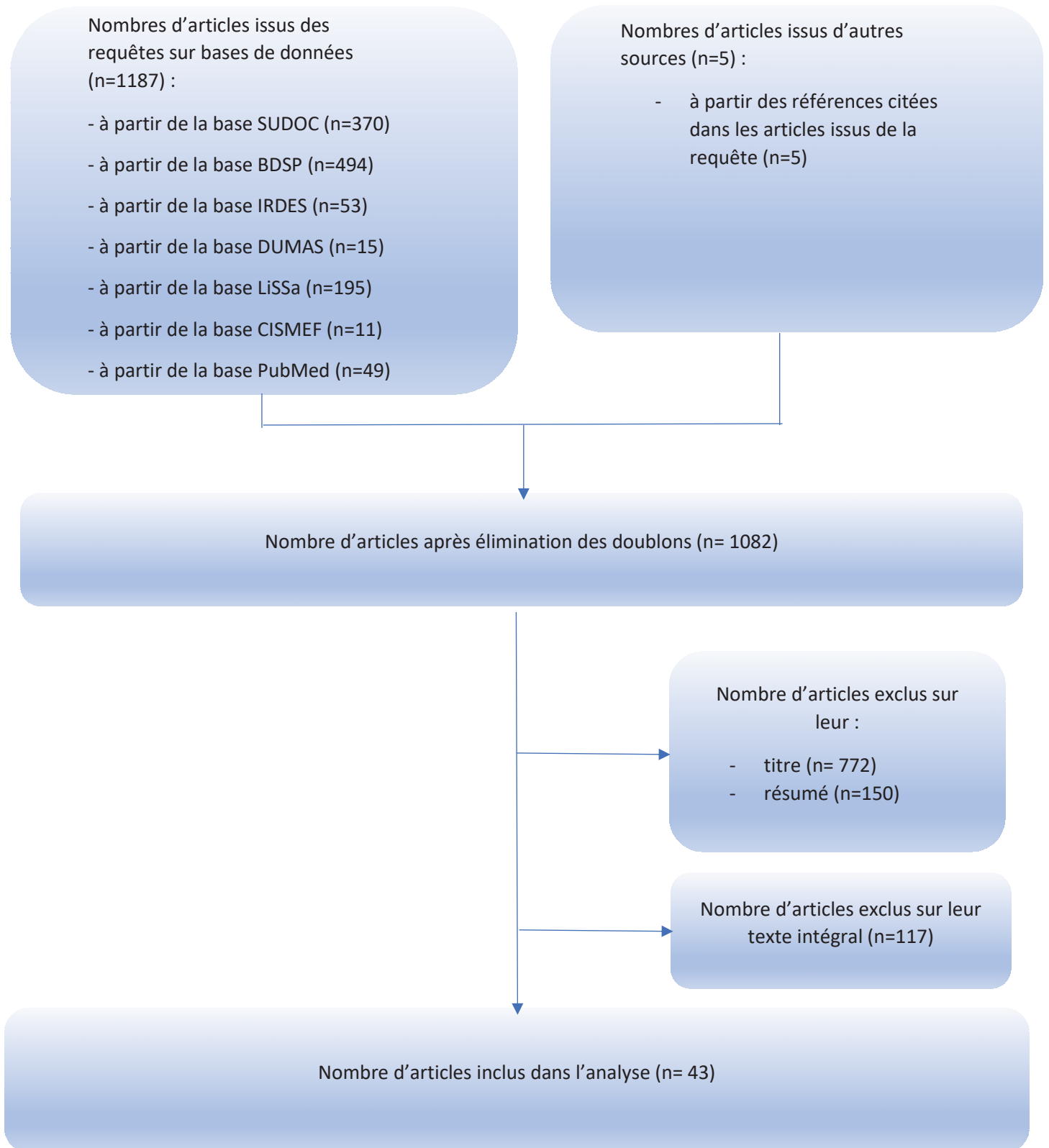
Les données de chaque article ont été extrait dans un tableau Excel afin d'en faciliter l'analyse.

Ces données sont :

- Les caractéristiques de l'étude (auteurs, titre, date de publication).
- Le type d'étude et la méthode.
- La population étudiée, ses données démographiques (sexe, âge moyen, statut marital et enfant, statut professionnel) et le lieu de l'étude.
- Le type d'analyse statistique utilisé propre à chaque étude.
- Les résultats.

# RESULTATS

## Diagramme de flux



La recherche réalisée entre février et septembre 2019 a permis d'obtenir 1082 études après suppression de 110 doublons. Une thèse n'était pas disponible malgré une demande de prêt entre bibliothèques. À la suite de la sélection des titres et des résumés, 155 études ont été conservées puis évaluées sur texte intégral. Trente-huit études correspondant aux critères d'inclusion ont été conservées. Cinq études ont été ajoutées à partir des références citées dans les études recueillies. Parmi ces quarante-trois études analysées, trois étaient des rapports, les quarante autres étaient des thèses d'exercice.

Les déterminants de l'installation ont été divisés en deux catégories. Les facteurs modifiables et les facteurs non modifiables, sur lesquels il est difficile d'agir. Comme de nombreuses études s'intéressaient aux déterminants de l'installation en zone rurale, ces déterminants ont été étudiés séparément. Les déterminants de l'installation concernaient uniquement l'exercice libéral. L'exercice salarié de la médecine de premier recours n'était pas analysé dans les études.

## **1. Facteurs modifiables**

### **1.1. Déterminants de l'installation**

#### **1.1.1. Facteurs d'ordre professionnel**

Douze thèses relevaient l'importance de l'environnement professionnel (autres professionnels de santé, centres hospitaliers...). Parmi 51 médecins généralistes libéraux installés en Bourgogne, la proximité du plateau technique était un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 82 % d'entre eux et la proximité d'autres professionnels de santé était un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 80% d'entre eux (18). La proximité d'un centre hospitalier était un critère de choix du lieu d'installation pour 65,1% des nouveaux installés, la proximité d'autres professionnels de santé était un critère de choix du lieu d'installation pour 69,2% des nouveaux installés (19). Une étude sur 213 médecins formés à Dijon a montré que l'environnement médical a été significativement plus influençant pour les libéraux que pour les salariés ( $p = 0,0413$ ) avec près de 84% des médecins libéraux (20). Une étude sur 123 médecins généralistes nouvellement installés en zone sensible ou MSP de



Pays de la Loire, montrait que le réseau de correspondants avait une influence positive significative pour 56% ( $p < 0,05$ ) d'entre eux (21).

L'expérience professionnelle antérieure, la réalisation de SASPAS et de remplacements étaient des déterminants de l'installation. Ils étaient retrouvés dans 21 thèses. Selon la thèse de Mintandjian A. le fait d'avoir fait son SASPAS en 6<sup>ème</sup> semestre ( $p = 0,002$ ) et le fait d'avoir remplacé pendant l'internat ( $p = 0,002$ ) semblaient favoriser un exercice de la médecine générale (22). Une étude sur 213 médecins a montré que près de 84% des libéraux ont été influencés par leurs expériences professionnelles antérieures (20). Une étude sur 158 médecins libéraux formés à Lille montrait que le fait d'avoir fait des remplacements dans la localité était un facteur déterminant le lieu d'installation pour 60% d'entre eux (23). Une étude sur 56 médecins libéraux installés aux Antilles au cours des cinq dernières années montrait qu'avoir réalisé un SASPAS favorisait une installation plus rapide que les autres (1,4 ans contre 3,7 ans ;  $p = 0,029$ ) (17). Selon Louyot T., 57,1% des médecins interrogés ont déclaré s'être installés dans le même secteur que celui dans lequel ils avaient effectué leur SASPAS. Les femmes s'étaient installées significativement plus à proximité du lieu où elles avaient effectué leur SASPAS que les hommes, à 72,4% contre 38,3% ( $p = 0,00092$ ). Cette étude portait sur 137 jeunes médecins généralistes installés récemment en Lorraine (24). La réalisation d'un SASPAS était statistiquement associée à une activité exclusive de médecine générale, 39 médecins exerçant uniquement la médecine générale sur 40 avaient réalisé un SASPAS ( $p = 0,0013$ ) (25).

La perspective d'un exercice diversifié était un déterminant de l'installation, quatre thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 14 médecins installés montrait que 83% des médecins s'étaient installés pour la diversité de l'activité (26).

Le suivi de patientèle, l'épanouissement professionnel, l'intérêt pour la médecine étaient des déterminants de l'installation, quatorze thèses abordaient ces déterminants. Les motivations des médecins libéraux à cesser les remplacements pour s'installer étaient le désir de s'installer et le goût pour l'activité pour 44 sur 68 médecins libéraux installés (65%) (27). Sur 26 médecins installés ayant répondu 18 évoquaient l'importance du lien privilégié médecin-malade et du statut de « médecin de famille » ainsi que la volonté d'un suivi au long cours (28). Le travail en équipe était primordial pour 81% des 42 médecins libéraux exclusifs (29).

La liberté de travail, l'indépendance et l'absence de hiérarchie étaient des déterminants de l'installation, quatorze thèses abordaient ces déterminants. Une étude sur 107 libéraux formés en Franche-Comté montrait que 80% des médecins s'installaient pour les conditions de travail (nombre de gardes, horaires, possibilités de prendre des congés) et 89 % pour l'indépendance professionnelle (30). Une étude sur 42 médecins libéraux exclusifs montrait que l'exercice libéral était primordial pour 79 % d'entre eux et que les horaires étaient primordiaux pour 88% d'entre eux (29). Une étude sur 51 médecins généralistes libéraux installés montrait que les horaires souples étaient un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 70% d'entre eux (18).

La stabilité professionnelle était un déterminant de l'installation, sept thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 14 médecins installés montrait que la volonté d'une stabilité professionnelle était un facteur influençant l'installation pour 92% d'entre eux (26). Une étude comparant 114 médecins remplaçants et 60 médecins « primo-installés » montrait que la stabilité géographique était un facteur influençant l'installation pour 46% des médecins installés et que la régularité de l'activité était un facteur influençant l'installation pour 45% dans le groupe installé contre 64% dans le groupe remplaçants ( $p=0,011$ ) (31).

L'opportunité était un déterminant de l'installation, vingt et une thèses abordaient ce déterminant. Parmi 36 médecins libéraux 78% d'entre eux déclaraient avoir choisi leur activité actuelle grâce à une opportunité professionnelle proposée (32). Parmi les 86 médecins libéraux installés 64% ont été beaucoup ou un peu influencés par l'opportunité d'installation, ils ont significativement été plus influencés que les salariés ( $p=0.002$ ) (20). Une étude sur 158 médecins libéraux montrait que la cession d'un cabinet médical ou la proposition d'une association étaient déterminantes dans le lieu d'installation pour 65% d'entre eux. Et la proposition d'un poste dans une MSP ou un pôle de santé était déterminant dans le lieu d'installation pour 50% d'entre eux (23). L'opportunité de reprise d'un cabinet était un critère de choix du lieu d'installation pour 54,1% des nouveaux installés (19).

### **1.1.2. Facteurs d'ordre personnel**

Les congés étaient un déterminant de l'installation, sept thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 135 libéraux montrait que le choix professionnel a été

influencé par les congés pour près de 66% d'entre eux (33). Une étude sur 42 médecins libéraux exclusifs montrait que la possibilité de prendre des vacances était primordial ou importante pour 93% d'entre eux. La possibilité de congé maternité/parental était primordial ou important pour 67% d'entre eux (29).

Le confort de vie était un déterminant de l'installation, neuf thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 123 médecins montrait que les activités extra professionnelles étaient un attrait personnel pour 71% d'entre eux pour la zone d'installation (21).

L'attrait pour la région était un déterminant de l'installation, onze thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 51 médecins généralistes libéraux installés montrait que le cadre de vie et l'environnement représentait le premier critère d'ordre non professionnel à apparaître dans le classement. Ce facteur était jugé « important » ou « très important » par 78% des médecins répondants. Une étude montrait que sur 213 médecins formés à Dijon (dont 86 médecins libéraux installés et 28 remplaçants), l'environnement local a été plus influençant ( $p=0.01$ ) pour les libéraux que pour les salariés avec 80% de libéraux influencés (20). Parmi 127 médecins libéraux interrogés, 73,81% d'entre eux ont été influencé par l'environnement local (démographie de la population, éducation, commerces, services), dans leur choix professionnel (34). Une étude sur 158 médecins libéraux montrait que la proximité d'établissements scolaires et garderies était un facteur du lieu d'installation pour 52% d'entre eux. Les services de proximité (banque, poste, commerces...) l'étaient pour 48% d'entre eux. La proximité des transports était un facteur du lieu d'installation pour 32% des médecins libéraux. La proximité des centres culturels-loisirs était un facteur du lieu d'installation pour 26 % des médecins libéraux (23).

### **1.1.3. Facteurs économiques**

L'aspect financier était un déterminant de l'installation, dix thèses abordaient ce déterminant. Parmi 187 médecins généralistes libéraux de l'Yonne exerçant la médecine générale 44,4% des médecins ont été influencés par un chiffre d'affaire potentiellement important ou une étude de marché favorable (35). Une étude montrait que parmi 107 libéraux 68% d'entre eux s'installaient pour la rémunération (30). Parmi 114 médecins remplaçants et 60 médecins « primo-installés » la régularité des revenus était un facteur influençant l'installation pour 29% des médecins installés

contre 3% des remplaçants ( $p=0,001$ ). L'augmentation des revenus était un facteur influençant l'installation pour 20% des médecins installés (31).

Les aides financières et mesures incitatives étaient un déterminant de l'installation, huit thèses abordaient ce déterminant. Les mesures d'incitation à l'installation étaient un critère de choix du lieu d'installation pour 6,2 % des nouveaux installés (19). Parmi 51 médecins généralistes libéraux installés, le critère considéré comme le moins important pour le choix du lieu d'installation correspondait aux aides financières et matérielles à obtenir. Ce critère a été désigné comme peu ou pas important par 75% des médecins répondants (18).

## **1.2. Freins à l'installation**

### **1.2.1. Freins d'ordre professionnel**

Les lourdeurs administratives étaient un frein à l'installation, dix-sept thèses abordaient ce frein. Une étude sur 46 jeunes médecins dont 30 remplaçants montrait que les contraintes liées à la gestion logistique d'un cabinet et la lourdeur des charges administratives étaient un frein à l'installation pour 88% des remplaçants. Pour 70% des remplaçants la complexité de la comptabilité et de la fiscalité était un frein à l'installation (36). Une étude sur 67 médecins généralistes (dont 3 installés et 35 remplaçants) montrait que les tâches administratives étaient un frein à l'installation pour 99% d'entre eux, les contraintes liées à la gestion logistique d'un cabinet étaient un frein à l'installation pour 93% d'entre eux, la complexité des tâches administratives lors d'une installation était un frein à l'installation pour 80% d'entre eux (37). Une étude sur 128 médecins généralistes remplaçants thésés non installés d'Ile de France montrait que 95% déclaraient que les charges administratives étaient trop importantes et 22% citaient l'absence de formation en gestion d'un cabinet libéral comme un frein à l'installation (38). Une étude portant sur 88 médecins remplaçants (dont 2 installés durant l'étude) montrait que le poids de la gestion logistique du cabinet et la lourdeur administrative étaient un frein à l'installation pour 59% d'entre eux et la complexité de la comptabilité et de la fiscalité étaient un frein à l'installation pour 55% d'entre eux (39). Une étude sur 108 remplaçants montrait que les contraintes administratives trop nombreuses étaient un frein à l'installation pour 81 % d'entre eux (40).

La charge de travail trop importante était un frein à l'installation, quinze thèses abordaient ce frein. Une étude sur 67 médecins généralistes (dont 3 installés et 35 remplaçants) montrait que l'importance du temps de travail (incompatible avec la vie personnelle) était un frein à l'installation pour 76% d'entre eux (37). Une étude sur 114 médecins remplaçants et 60 « primo-installés » montrait que la diminution de la qualité de vie était un frein pour 6% des médecins installés contre 31 % des remplaçants ( $p=0,001$ ), le temps de travail était un frein pour 35% des médecins installés contre 55% des remplaçants ( $p=0,008$ ), la diminution du temps libre était un frein pour 36% des médecins installés contre 65% des remplaçants ( $p=0,001$ ) (31). Une étude sur 91 médecins généralistes remplaçants thésés montrait que la crainte de la diminution du temps libre était un frein à l'installation pour 81,4% d'entre eux ( $p=0,0293$ ) et la crainte d'une augmentation du temps de travail était un frein à l'installation pour 77,7% d'entre eux (41).

La responsabilité professionnelle était un frein à l'installation, huit thèses abordaient ce frein. Une étude sur 135 médecins généralistes remplaçants thésés non installés montrait que la responsabilité professionnelle des médecins était un frein à l'installation pour 19% d'entre eux (38). Une étude sur 192 médecins montrait que la responsabilité juridique était un frein à l'installation pour 45% d'entre eux (30).

La difficulté à trouver des remplaçants était un frein à l'installation, onze thèses abordaient ce frein. Une étude sur 67 médecins généralistes montrait que la difficulté à prendre ses congés (recherche d'un remplacement) était un frein à l'installation pour 65% d'entre eux (37). Une étude sur 55 remplaçants montrait que la crainte de la difficulté à prendre des congés était un frein à l'installation pour 7% d'entre eux (42). Les gardes étaient un frein à l'installation, dix thèses abordaient ce frein. Le peu de gardes était un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 57 % d'entre eux (18). Une étude sur 38 jeunes médecins généralistes montrait que les gardes étaient un frein à l'installation pour 37% d'entre eux (43).

Le confort du remplacement était un frein à l'installation, deux thèses abordaient ce frein. Une étude sur 91 médecins généralistes remplaçants thésés montrait que la crainte de la routine était un frein pour 45,6% d'entre eux (41). L'image négative de la médecine générale était un frein à l'installation, six thèses abordaient ce frein. Une

étude montrait que l'image négative de la médecine générale était un frein à l'installation pour 48% des médecins (26). Une étude sur 192 médecins généralistes montrait que le manque de reconnaissance du métier de médecin généraliste était un frein à l'installation pour 43% d'entre eux et que la dégradation de la relation médecin - patient était un frein à l'installation pour 31% d'entre eux (30).

Le fait de ne pas être thésé était un frein à l'installation, cinq thèses abordaient ce frein. Une étude portant sur 88 médecins remplaçants (dont 2 installés durant l'étude) montrait que le fait de ne pas être thésé était un frein à l'installation pour 58% d'entre eux (39).

La formation initiale non adaptée était un frein à l'installation, huit thèses abordaient ce frein. Une étude sur 67 médecins généralistes montrait que le manque d'expérience et de compétences professionnelles était un frein à l'installation pour 67% d'entre eux (37). Une étude sur 91 médecins généralistes remplaçants thésés montrait que le manque d'expérience était un frein à l'installation pour 30% d'entre eux ( $p=0,0012$ ) (41).

L'isolement professionnel était un frein à l'installation, douze thèses abordaient ce frein. Une étude sur 192 médecins généralistes montrait que l'isolement professionnel était un frein à l'installation pour 32% d'entre eux et que le plateau technique insuffisant/trop éloigné était un frein à l'installation pour 11% d'entre eux (30).

La fixité du lieu d'exercice était un frein à l'installation, six thèses abordaient ce frein. Une étude sur 67 médecins généralistes montrait que la fixité du lieu d'exercice était un frein à l'installation pour 46% d'entre eux (37).

Le manque d'opportunité était un frein à l'installation, cinq thèses abordaient ce frein. Une étude sur 46 jeunes médecins dont 30 remplaçants montrait que le manque d'opportunité était un frein à l'installation pour 35% des remplaçants et 37% pour l'ensemble des médecins (36).

### **1.2.2. Freins d'ordre économique**

L'aspect financier était un frein à l'installation, quatorze thèses abordaient ce frein. Une étude sur 67 médecins généralistes montrait que le coût de l'installation était un frein à l'installation pour 62% d'entre eux (37). Une étude sur 135 médecins montrait que la rémunération était insuffisante pour 44% d'entre eux et que 90% des médecins

déclaraient que les charges financières étaient trop importantes ( $p=0,0003$ ) (38). Une étude sur 114 médecins remplaçants et 60 médecins « primo-installés » montrait que la rémunération insuffisante était un frein pour 22% des installés contre 8% des remplaçants ( $p=0,017$ ) ; le coût de l'installation était un frein pour 35% des installés (31). Une étude sur 91 médecins généralistes remplaçants thésés montrait que la crainte d'une rémunération insuffisante était un frein pour 30% d'entre eux ; la crainte d'un nombre de patients insuffisant était un frein pour 24,6% d'entre eux ( $p=0,047$ ) ; le coût de l'installation était un frein pour 58% d'entre eux ; les charges financières du cabinet trop importantes étaient un frein pour 77,5% d'entre eux (41).

Les mesures incitatives non adaptées ou méconnues étaient un frein à l'installation, six thèses abordaient ce frein. Les mesures incitatives non adaptées étaient un frein à l'installation pour 46% des médecins (26). Une étude sur 114 médecins remplaçants et 60 « primo-installés » montrait que 15,8% des remplaçants déclaraient connaître les aides à l'installation contre 50 % des jeunes installés qui les connaissaient avant de s'installer ( $p<0,001$ ). 98,3% des jeunes installés affirmaient que les aides à l'installation n'avaient pas influencé leur installation. 48,2% du total des remplaçants pensaient que les aides à l'installation pouvaient influencer leur installation (31).

La protection sociale insuffisante était un frein à l'installation, sept thèses abordaient ce frein. Une étude sur 46 jeunes médecins dont 30 remplaçants montrait que la protection sociale insuffisante était un frein à l'installation pour 44% des remplaçants (36).

## **2. Facteurs non modifiables**

### **2.1. Déterminants de l'installation**

Le travail du conjoint et la famille étaient des déterminants de l'installation, vingt et une thèses abordaient ce déterminant. Une étude montrait qu'il y avait 20% de parents en plus, chez les médecins libéraux hommes ou femmes que chez les médecins salariés et remplaçants (soit 82%) (27). Dans un groupe de 60 installés, avoir des enfants était un facteur influençant leur installation pour 32% d'entre eux et 33,3% des 114 remplaçants avaient des enfants contre 71,7% des jeunes installés ( $p<0,001$ ) (31). Parmi 187 médecins généralistes libéraux, 38 % des médecins ont été influencés par le travail de leur conjoint ou par son origine familiale pour l'installation (47,9 % des femmes contre 20,9 % des hommes ( $p< 0,004$ )) (35). Parmi 42 médecins libéraux

exclusifs, la proximité du lieu de travail du conjoint était importante ou primordiale pour 90 % d'entre eux et la possibilité de travail pour le conjoint pour 95% d'entre eux (29). La proximité familiale était un facteur déterminant le lieu d'installation pour 83% des médecins libéraux. La proximité du travail du conjoint était un facteur déterminant le lieu d'installation pour 60% des médecins libéraux (23).

La région d'origine était un déterminant d'installation, dix thèses abordaient ce déterminant. Parmi 135 libéraux, le choix professionnel a été influencé par l'origine familiale pour près de 38% d'entre eux (33). Parmi 158 médecins libéraux la proximité de la région natale était un facteur du lieu d'installation pour 30% d'entre eux (23).

## **2.2. Freins à l'installation**

Au contraire onze thèses abordaient le travail du conjoint et la famille comme un frein à l'installation. Une étude sur 60 médecins installés montrait qu'avoir des enfants était un frein à l'installation pour 15% d'entre eux et que la profession du conjoint était un frein à l'installation pour 9% d'entre eux (31). Une étude sur 91 médecins généralistes remplaçants thésés montrait que la situation professionnelle incertaine du conjoint était un frein pour 37% d'entre eux (41). Une étude sur 192 (installés et remplaçants) montrait que le manque de débouché professionnel pour le conjoint était un frein à l'installation pour 2% d'entre eux (30).

## **3. Installation en zone rurale**

### **3.1. Facteurs modifiables**

La diversité de l'exercice médical était un déterminant de l'installation en zone rurale, neuf thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 51 médecins généralistes libéraux montrait que la perspective d'un exercice diversifié a été un facteur important ou très important pour le choix d'installation d'environ 83% d'entre eux (18). Une étude sur 80 femmes médecins montrait que la variété d'exercice était un critère professionnel majeur ayant motivé l'installation de 95,2% d'entre elles (44).

L'attrait pour la ruralité et le confort de vie étaient un déterminant de l'installation en zone rurale, onze thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 107 jeunes médecins installés en milieu rural montrait que le cadre de vie rural favorisait l'installation en rural pour 82% d'entre eux, la qualité de l'environnement favorisait l'installation en rural pour 37% d'entre eux, la proximité de la famille favorisait



l'installation en milieu rural pour 34% d'entre eux (45). Une étude sur 268 médecins installés dans une commune rurale montrait que la qualité de vie était l'un des points forts pour l'installation, parmi les neuf points forts proposés, pour 56% des médecins (46). La pauvreté des services et commerces était un frein à l'installation en zone rurale, sept thèses abordaient ce frein. Une étude sur 38 jeunes médecins généralistes montrait que la pauvreté des services pour les enfants (école, loisirs) était un frein à l'installation en zone rurale pour 70% d'entre eux (43).

Les services ainsi que l'environnement médical étaient un déterminant de l'installation en zone rurale, cinq thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 80 femmes médecins montrait que la proximité d'un cabinet d'infirmières avait eu une influence sur leur décision d'installation pour 55% d'entre elles et la proximité d'un hôpital avait eu une influence sur leur décision d'installation pour 50% d'entre elles (44). Une étude sur 95 médecins généralistes récemment installés en milieu rural ou semi rural montrait que la proximité d'un établissement scolaire était évaluée comme un facteur déterminant de l'installation pour 80% d'entre elles et que 76% des médecins qualifiaient les commerces de proximité comme un facteur déterminant dans le choix d'installation (47). L'éloignement des services hospitaliers et l'isolement professionnel étaient un frein à l'installation en zone rurale, sept thèses abordaient ce frein. Une étude sur 46 jeunes médecins dont 30 remplaçants montrait que l'isolement professionnel était un frein à l'installation en zone rurale pour 74% d'entre eux et que l'éloignement des hôpitaux et/ou des services d'urgence était un frein à l'installation en zone rurale pour 73% d'entre eux (36).

L'aspect financier était un déterminant de l'installation en zone rurale, neuf thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 67 médecins généralistes (dont 3 installés et 35 remplaçants) montrait que 53% des médecins s'installaient en région rurale pour la possibilité de revenus plus importants et 63% pour le coût du cabinet moins important (37). Les aides financières et mesures incitatives étaient un déterminant de l'installation en zone rurale, dix thèses abordaient ce déterminant. Une étude montrait que 48% des médecins s'installaient en région rurale pour les aides financières et mesures incitatives (39). Une étude montrait que 89% des 310 médecins sollicités pour l'étude connaissaient l'existence des mesures incitatives. D'après les réponses collectées, les mesures incitatives qui ont le plus influencé l'installation des jeunes médecins étaient les aides logistiques à 47% et fiscales à 45%. 31% des libéraux ont

répondu qu'aucune des mesures incitatives n'avait été déterminante ou ne serait déterminante dans leur lieu d'installation (23).

La difficulté à trouver un remplaçant était un frein à l'installation en zone rurale, sept thèses abordaient ce frein. Une étude sur 67 médecins généralistes montrait que la difficulté à trouver un remplaçant était un frein au rural pour 73% d'entre eux (37). La charge de travail trop importante était un frein à l'installation en zone rurale, sept thèses abordaient ce frein. Une étude sur 192 médecins généralistes montrait que la charge de travail trop importante était un frein au rural pour 77% d'entre eux. Le manque de disponibilité pour la vie privée était un frein au rural pour 65% d'entre eux. Le temps administratif trop important était un frein au rural pour 27% d'entre eux. La participation accrue à la permanence des soins (gardes et astreintes) était un frein au rural pour 79% d'entre eux (30).

L'éloignement du lieu d'habitation était un frein à l'installation en zone rurale (22), six thèses abordaient ce frein.

La méconnaissance du milieu rural était un frein à l'installation, cinq thèses abordaient ce frein. Une étude sur 46 jeunes médecins dont 30 remplaçants montrait que la méconnaissance du milieu rural est un frein à l'installation en zone rurale pour 45% d'entre eux (36).

### **3.2. Facteurs non modifiables**

Les relations médecin-patient de meilleure qualité retrouvé en zone rurale étaient un déterminant de l'installation en zone rurale, dix thèses abordaient ce déterminant. Une étude sur 107 jeunes médecins installés en milieu rural montrait que 82% s'installaient pour la qualité des rapports avec les patients (45). Une étude sur 80 femmes médecins généralistes libérales exerçant dans le Limousin en zone rurale ou semi rurale montrait que le goût pour les relations humaines était un critère professionnel majeur ayant motivé l'installation pour 96,8% d'entre elles, la vocation était un critère professionnel majeur ayant motivé l'installation pour 85,7% d'entre elles (44).

Le travail du conjoint était un frein à l'installation en zone rurale, sept thèses abordaient ce frein. Une étude sur 46 jeunes médecins dont 30 remplaçants montrait que l'absence de possibilité professionnelle pour le conjoint était un frein à l'installation en zone rurale pour 58% d'entre eux (36).

# DISCUSSION

## 1. Principaux résultats

Cette revue de littérature a permis d'identifier quatorze facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes libéraux. Certains de ces déterminants sont apparus comme particulièrement significatifs.

Le travail du conjoint est un déterminant non modifiable. Il conditionne souvent le lieu d'installation. L'importance de ce déterminant dans l'installation était toutefois très variable en fonction des études. L'opportunité d'installation avec un possible rachat de cabinet, une reprise de cabinet et la proposition d'association ou d'un poste en MSP sont autant d'arguments pour s'installer. Ce déterminant modifiable était le plus retrouvé. L'expérience professionnelle antérieure avec les remplacements jouent un rôle tremplin dans une installation future. La réalisation d'un SASPAS favorise l'exercice de la médecine générale ainsi qu'une installation dans le même secteur selon les études citant ce facteur. L'environnement médical permet une installation sereine. La liberté de travail avec l'absence de hiérarchie définit l'exercice libéral. L'indépendance professionnelle incite à l'installation. Le suivi de patientèle n'est possible qu'en cas d'installation. Le désir de suivi et la lassitude des remplacements incite à l'installation, permettant l'épanouissement professionnel. Ces cinq derniers déterminants sont modifiables. Les résultats des études abordant ces déterminants sont comparables et montrent leur importance.

Seize freins à l'installation libérale ont été retrouvés dans cette revue de la littérature. La lourdeur administrative est le plus important des freins à l'installation. Elle comprend la lourdeur des charges administratives, la complexité de la comptabilité et de la fiscalité, les contraintes liées à la gestion logistique d'un cabinet. L'aspect financier, avec en particulier le coût de l'installation et la crainte de revenus insuffisants par rapport au temps de travail sont des freins retrouvés dans plusieurs études. La charge de travail importante et la difficulté de prendre des congés sont des freins à l'installation. Elles contribuent à la difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle. Ces principaux facteurs sont modifiables. Les résultats des études abordant ces facteurs sont comparables et montrent leur importance.

Cette revue de littérature a pointé six déterminants et sept freins à l'installation des médecins généralistes libéraux en zone rurale. La relation avec les patients, étant de meilleure qualité en zone rurale, favorise une installation pour ce lieu d'exercice. Un exercice médical plus diversifié est retrouvé en zone rurale. Le travail du conjoint, de par l'éloignement géographique et le manque d'offre d'emploi, est un frein limitant l'installation en zone rurale. L'isolement professionnel et l'accès difficile aux autres spécialistes faisait craindre une installation en zone rurale. La surcharge de travail avec une participation accrue à la permanence des soins et la difficulté à trouver des remplaçants ne favorisent pas l'installation en zone rurale.

## **2. Forces et limites de cette revue de la littérature**

Afin de mener la recherche la plus exhaustive possible, huit bases de données ont été interrogées. Pour certaines bases de données, des experts ont aidé à l'élaboration des équations de recherche.

Une double lecture a été réalisée. La sélection des articles a été faite en s'inspirant des critères PRISMA.

Plusieurs références ont échappé à nos requêtes initiales, et ont été retrouvées à partir de citations des études analysées. Ce biais de sélection a été favorisé par la difficulté du requêtage dans certaines bases de données, et ce malgré l'aide de documentalistes.

Le faible nombre d'études incluses et l'hétérogénéité de certains résultats conduisent à une lecture prudente de l'analyse finale.

Les données françaises recherchées étant peu publiées, les études analysées font partie de la littérature grise. Afin de conserver le plus de données possibles, il n'a pas été fait de sélection sur la qualité des études.

Certaines études avaient une faible puissance (effectif faible), une méthode critiquable, responsables d'une fiabilité discutable.

La moyenne d'âge des populations des différentes études de cette revue de la littérature n'est pas représentatif de l'ensemble de la population des médecins généralistes. La moyenne d'âge basse est responsable d'un biais de recrutement.

### 3. Comparaison et perspectives

Les mesures incitatives et aides financières ne semblent pas être convaincantes à elles seules, comme l'atteste également le travail de Pauline Lemoine : seuls 14% (n=43) des médecins de l'étude ont cité la possibilité d'avoir recours aux mesures incitatives comme étant un facteur déterminant du lieu d'installation. Ce constat met en avant la notion « d'effet d'aubaine » que représentent les mesures incitatives pour les jeunes médecins. Ils choisiraient leur lieu d'installation en fonction de divers facteurs personnels et professionnels puis éventuellement en fonction des aides disponibles dans cette localité (20). Julien Poimboeuf le montrait également dans sa revue de littérature portant sur les facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux : les mesures financières pendant l'internat de médecine générale n'ont pas montré de résultats probants (48). Par ailleurs ces mesures incitatives étaient responsables d'une remise en cause de leur liberté d'installation (49) ; leurs diffusions et communications ne semblent pas être connues de l'ensemble du corps médical. Une meilleure information serait souhaitable via les supports médiatiques actuels tel que les réseaux sociaux. Le CESP constitue l'un des principaux dispositifs incitatifs à l'installation. Une enquête menée par l'Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) montre que les répondants de leur enquête déclaraient pour la plupart un souhait d'installation immédiat ou dans l'année suivant la fin de leur formation, respectant ainsi la clause immédiate d'exercice définie dans les textes réglementaire (50).

Plusieurs leviers mis en évidence peuvent encourager l'installation. Les lourdeurs administratives et financières sont les principaux freins retrouvés dans cette revue de la littérature. Ce résultat est comparable à la revue de littérature menée par Céline Rassu (51) et à un travail mené en Angleterre (52). Un allègement de ces charges devrait donc favoriser l'installation des médecins. A travers un exercice regroupé tel qu'un exercice en MSP, une mutualisation de ces charges (locaux, coût informatique, frais de secrétariat) est possible. Les MSP sont une belle opportunité pour l'installation et permettent de rompre les craintes d'un éventuel isolement professionnel. L'exercice en MSP se positionnerait donc comme une voie d'avenir de l'exercice médical en médecine de ville (53). La loi Ma Santé 2022 a pour objectif de déployer 4000 assistants médicaux d'ici 2022 qui devraient permettre d'alléger le travail administratif

et de libérer du temps médical pour le médecin (54). La charge de travail du médecin peut donc être soulagée par les assistants médicaux mais aussi par les infirmières Asalée (Action de santé libérale en équipe). Créés en 2004, ces consultations infirmières ou pour but d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville (55). L'opportunité professionnelle est un des déterminants les plus retrouvés dans cette étude. La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) peut valoriser un territoire et faire connaître les opportunités professionnelles de son territoire (56). La CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiés. Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS. C'est l'une des mesures du plan de transformation du système de santé par la loi Ma santé 2022 qui vise à décroïsonner et réorganiser le système de soins. De plus, l'exercice en équipe répond aux aspirations des jeunes médecins (57).

Les stages chez le praticien et SASPAS ainsi que le remplacement permettent l'acquisition d'expérience et la connaissance du secteur géographique favorisant l'installation. Le remplacement n'est donc pas un frein à l'installation mais semble être une porte d'entrée privilégiée dans le monde professionnel libéral (58). Il faut encourager le recrutement des maîtres de stage. Comme le montre Charlotte Renoult 53% des médecins de son étude estiment que le stage chez le praticien a joué un rôle dans leur choix de carrière (59). Une étude a constaté une évolution très positive du regard des externes sur la discipline médecine générale, sur l'exercice de la médecine générale et sur le médecin généraliste (60). Une étude est en contradiction avec ce résultat, elle n'a pas mis en évidence d'effet du stage chez le praticien (appelé aussi stage de niveau 1) sur les projets d'installation en ambulatoire (61). La loi Ma Santé 2022 a pour objectif de préparer les futurs soignants aux besoins du système de santé de demain en proposant des stages d'au moins six mois en cabinets de ville ou en maison de santé dans les zones manquant de professionnels pour les futurs médecins généralistes (62). Cette loi permettrait une meilleure connaissance des étudiants de l'exercice de la médecine générale ambulatoire.

L'environnement familial, comprenant le travail du conjoint et le réseau familial, conditionne en partie l'installation. Nos résultats montraient moins d'importance de ce facteur que ceux de Céline Rasse (51). Le problème de répartition des médecins n'est pas isolé, il fait partie d'un problème plus global d'équilibre entre les territoires avec une forte tendance à la concentration urbaine de la population. Il faut donc réinvestir les territoires afin de proposer les conditions adéquates pour l'emploi du conjoint et la scolarisation des enfants.

Les territoires ruraux souffrent davantage du manque de médecins. Le CESP issu de la Loi HPST de 2009 a pour but de promouvoir l'installation en zone déficitaire. Depuis sa mise en œuvre le CESP connaît une montée en charge encourageante (63). D'autres mesures sont proposées tels que la télémédecine qui peut, en zone rurale, offrir au patient l'accès aux médecins spécialistes dont les médecins généralistes (54).



# CONCLUSION

Connaître les déterminants de l'installation est essentiel pour répondre de façon efficiente aux inégalités de répartition des médecins généralistes en France. Cette revue de la littérature a permis de répondre à l'objectif principal, recenser les déterminants de l'installation des médecins généralistes en France. La lourdeur administrative et l'importance de la charge de travail sont les principaux freins à l'installation. L'opportunité professionnelle est un des déterminants les plus retrouvés dans cette étude, les CPTS pourraient rendre plus visibles les opportunités professionnelles. Les autres facteurs déterminants modifiables de l'installation sont l'environnement médical, l'expérience professionnelle antérieure. Le suivi de patient via l'installation permet un épanouissement personnel. La diversité de l'activité et la relation médecin-patient de qualité favorisent l'installation en zone rurale quand l'isolement, la surcharge de travail ainsi que les difficultés d'emploi du conjoint en sont des freins. Les aides et mesures incitatives n'ont à priori pas répondu pleinement à leurs objectifs.

Cette revue de la littérature a mis en avant plusieurs déterminants modifiables sur lesquelles pourraient s'appuyer des mesures favorisant l'installation et une meilleure répartition démographique des médecins.

Il serait intéressant de compléter ce travail par une revue de littérature sur les déterminants de l'installation dans d'autres pays.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil national de l'ordre des médecins. L'atlas de la démographie médicale 2018.
2. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires. 2017 mai. Disponible sur : [http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-686\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-686_mono.html)
3. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. Disponible sur : <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#listindics>
4. Vergier N. Chaput H. L-HI. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? - Ministère des Solidarités et de la Santé. Mai 2017 ; Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>
5. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux - Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-accessibilite-potentielle-localisee-apl-une-nouvelle-mesure-de-l>
6. BOUET D., Breton-Lerouillois G. L. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au coeur de la réflexion. Situation au 1er janvier 2017. - Disponible sur : <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=514380>
7. LEGMANN M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. 2010. Disponible sur : <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=413756>
8. MANGENEY C., GREMY I. Les déserts médicaux en Île-de-France. De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? 2018. Disponible sur : <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=520590>
9. Ministère chargé de la Santé. Paris. PARCOURS DE SOINS COORDONNES. 2009. p. 8. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf)
10. PRIBILE P. NABET N. Stratégie de transformation du système de santé - Rapport final : Repenser l'organisation territoriale des soins. 2018 sept. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000614/index.shtml>
11. Ridard E, Somme D. Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. Sante Publique. 9 sept 2018 ; Vol. 30(3) :361-70.
12. BACHELET M. ANGUIS M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. 2017.
13. Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. Dossier de presse. 10 février 2014
14. Laforêt C, Buchon D. Impact des différentes mesures incitatives sur le choix du lieu d'installation : étude auprès des médecins généralistes installés en zones sous-dotées et des médecins généralistes remplaçants en Limousin. France ; 2018.
15. DRESS. Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé. 2016.
16. Cogneras L. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes formés en Auvergne : cohorte ECN 2014. 6 juillet 2018 ; Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02090167>

17. Marcin K. Profils et motifs d'installation des jeunes médecins généralistes libéraux installés aux Antilles entre 2010 et 2015. 24 octobre 2016 ; Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01495070>
18. Guais-Lerat F. Etude des facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes libéraux en Bourgogne. Rapport d'étude. 1 juillet 2015.
19. BONNAUD F. HAIAT R. Recherche médecin désespérément ! motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. Paris : URML Ile de France ; 2008.
20. MERGER-MARTINOT G. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de médecine de Dijon de 2003 à 2007. 2012.
21. Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015.
22. Mintandjian A. Étude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Île-de-France : étude de cohorte. [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes. 2015.
23. Lemoine P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives : enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008) [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France] : Université du droit et de la santé ; 2014.
24. 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 [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lorraine ; 2016.
25. Faget É. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande. [Thèse d'exercice]. Université de Rouen Normandie. 2016.
26. Libera M. Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne : devenir après six ans de la cohorte de 2011 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2018.
27. Poisson Rubi S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie ; 2006.
28. Bouthors F. Impact de la féminisation sur les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais : enquête comparative auprès des médecins thésés, à la faculté de médecine de Lille, en 2000 et 2010 [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France] : Université du droit et de la santé; 2015.
29. Abello C. Les nouveaux médecins généralistes francs-comtois : statuts professionnels et motivations : à propos d'une enquête auprès des médecins inscrits aux Conseils de l'Ordre de Franche-Comté entre le 1/11/1999 et le 31/10/2005 [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2006.
30. WORONOFF A-S. GAGEY S. PAULIN B. HOCHART A. Les médecins généralistes diplômés en Franche-Comté : description des situations professionnelles. Analyse des motivations et des freins à l'installation en libéral. 2007. Disponible sur : <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=376398>
31. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. [Thèse d'exercice]. 2011 Université Grenoble.

32. Decreuse M. Situation socio professionnelle des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de Nice entre 2003 et 2005 : enquête par 77 questionnaires [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine ; 2012.
33. PINSON-GOUGET M-L. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de Dijon de 1998 à 2002 (étude démographique réalisée à partir des réponses de 93,28% des médecins de l'enquête). 2008.
34. GOUGET A. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de Dijon de 1993 à 1997 (Étude démographique réalisée à partir des réponses de 95,22% des médecins de l'enquête). 2005.
35. Hans S. Le problème de la démographie médicale dans l'Yonne : enquête auprès des médecins généralistes libéraux du département et suggestions pour encourager de nouvelles installations [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2012.
36. Dautremay C. Lancement d'un observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2013.
37. Goulet L-P. Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne : création d'une nouvelle cohorte (ECN 2013) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2018.
38. BARANES D. Étude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France. 2016.
39. Loizeaux V. Poursuite de l'observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes de Champagne Ardenne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
40. Beral O. Devenir socio-professionnel des internes de médecine générale lyonnais des promotions 2004 à 2012 incluse et ses facteurs influents. Lyon, France ; 2018.
41. Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? : enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne. Toulouse, France : Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2014.
42. Dubosq V. Motivations et freins à l'installation en médecine libérale des jeunes médecins généralistes dans le département de Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris 13 ; 2013.
43. Loron A. Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne: devenir après deux années de suivi [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
44. Veyriras Chemille A. Critères d'installation en secteur rural ou semi-rural des femmes médecins généralistes exerçant en Limousin. Limoges, France : S.C.D. de l'Université de Limoges ; 2008.
45. Bleau F. Facteurs ayant favorisé l'installation en zone rurale en Champagne Ardenne des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2010.
46. RIGOT H. Installation des médecins généralistes en milieu rural : motivations, impact des mesures incitatives, premières constatations et perspectives. 2015.
47. Thouraud de Lavignère M. Les freins à l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu semi-rural et rural : enquête, en Aquitaine, auprès des médecins généralistes récemment installés en milieu semi-rural ou rural, et des internes en médecine générale en fin de 3ème cycle [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2012.

48. POIMBOEUF J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux : une revue de la littérature. [Thèse d'exercice]. 2015.
49. Szwarc G. Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives : de l'expérience d'URBAN, première association de remplaçants [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Caen. UFR de médecine ; 2007.
50. ISNAR-IMG. Résultats de l'enquête CESP. 04/19.
51. RASSU C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France : une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.
52. Barber S, Brettell R, Perera-Salazar R, Greenhalgh T, Harrington R. UK medical students' attitudes towards their future careers and general practice : a cross-sectional survey and qualitative analysis of an Oxford cohort. BMC Med Educ. 4 juill 2018 ;18(1) :160.
53. CGET. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. 2015. Disponible sur : <http://bdspehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=499156>
54. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019.
55. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. 2018.
56. DGOS. Permettre une offre de soins au plus près des territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/lutter-contre-les-deserts-medicaux/article/une-offre-de-soins-au-plus-pres-des-territoires>
57. ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé. 2019 Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé>
58. BONNAVION C. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés. ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine. Disponible sur : <https://www.anemf.org/download/enque%cc%82te-sur-les-determinants-de-linstallation-chez-les-internes-les-remplac%cc%a7ants-exclusifs-et-les-installes/>
59. Renoult C. Devenir des internes de médecine générale formés à la faculté de médecine d'Amiens : promotions sortantes 2009-2010 [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie Jules Verne ; 2013.
60. Pigache C, Lamort-Bouché M, Chaneliere M, Dupraz C, Girier P, Le Goaziou M-F. Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité. Pédagogie Médicale. Mai 2015 ;16(2) :119-32.
61. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 2015 ;27(1) :49-58.
62. ARS. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins. 2019.
63. DGOS. Le principe du CESP [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
64. VIALLE E. L'installation des médecins généralistes : entre désir et réalité. Enquête auprès des médecins généralistes récemment installés en Auvergne et des internes en médecine générale de la faculté de Clermont-Ferrand. [Thèse d'exercice]. 2014.

65. LABRUNIE-DIAS V. Démographie médicale et devenir socio-professionnel des jeunes médecins généralistes thésés à Marseille entre 2006 et 2009. [Thèse d'exercice]. 2010.
66. Échasserieau J. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes : Suivi à 18 mois de la cohorte Haut-Normande. [Thèse d'exercice] France ; 2019.
67. Lo Presti J. Conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle et familiale des femmes médecins généralistes de la Somme en 2005 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2006.
68. Guillot L. Démographie médicale en Limousin : profil et devenir des jeunes médecins généralistes : enquête auprès d'internes et de jeunes médecins récemment inscrits au Tableau de l'Ordre [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2008.
69. Scheck E. Etat des lieux des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire en vue d'améliorer sa lisibilité : profil des médecins généralistes installés. Lyon, [Thèse d'exercice] France ; 2014.
70. Cholley C. Etude des déterminants du choix de la médecine générale d'une cohorte d'étudiants en fin de DES en Lorraine. [Thèse d'exercice] Université de Lorraine. 2019
71. Léonard G. Etude démographique de la médecine générale dans le département des Vosges : enquête auprès des médecins généralistes libéraux vosgiens et perspectives d'avenir [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2010.
72. CAPERA A. L'installation des médecins généralistes libéraux en Gironde en 2009-2010 et 2011 : comparaison d'une thèse réalisée en 2007. 2013.

# ANNEXES



### Protocole d'étude

Titre	Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France : une revue systématique de la littérature.
Promoteur	Département de médecine générale UFR Santé – Université de Rouen Normandie 22 Boulevard Gambetta 76183 Rouen cedex 1
Investigateurs	Rebecca LEMONNIER et Paul Aubry, IMG à Rouen Dr Elise RIDARD, CCU-MG à Rouen
Contexte et rationnel de l'étude	La « désertification médicale », et surtout l'accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins de premier recours annoncées pour les prochaines années sont au cœur des préoccupations autour de la santé en France. Cela amène à s'interroger sur les choix de carrière des médecins généralistes, et plus particulièrement sur les facteurs déterminant leur choix d'exercice en médecine ambulatoire de premier recours. De nombreuses études ont été réalisées afin de mieux appréhender les déterminants des choix d'exercice des jeunes médecins généralistes. Les facteurs d'installation modifiables sont l'objet d'une attention particulière, puisqu'ils devraient inspirer les mesures politiques facilitant l'installation des médecins.
Objectifs	<u>Objectif principal</u> : recenser les déterminants de l'installation des médecins généralistes en France  <u>Objectifs secondaires</u> : Identifier les facteurs d'installation modifiables les plus pertinents
Méthode / Design de l'étude	Revue systématique de la littérature française
Critères d'inclusion = critères d'éligibilité	<u>Types d'études</u> : études quantitatives françaises Épidémiologiques descriptives (études transversales) et analytiques (études de cohorte) Interventionnelles <u>Littérature étudiée</u> : Articles de revue, livres, actes de conférence et congrès Littérature grise : Thèses et mémoires, rapports institutionnels, publications gouvernementales ou organisationnelles <u>Objet des études</u> : études s'intéressant aux modalités d'exercice effectives des médecins généralistes, au moment de l'étude, et antérieurement à l'étude. Les études sur les

	<p>souhaits d'exercice futurs d'internes en médecine générale ou médecins généralistes sont exclues.</p> <p><u>Date de parution</u> : entre 2004 (naissance de la spécialité MG en France) et aujourd'hui.</p> <p><u>Population des études</u> :</p> <p>Médecins généralistes (thésés ou non), en exercice sur le territoire français, de tous âges, exerçant la médecine générale ambulatoire de premier recours</p> <p>Les études s'intéressant aux médecins ayant suivis le DES de médecine générale dont certains n'exercent plus ou n'ont jamais exercé la médecine générale ambulatoire de premier recours sont incluses, mais les résultats concernant ces médecins exerçant comme urgentistes ou autres ne sont pas pris en compte.</p>
Critères de non inclusion	<p>Études s'intéressant au choix de la spécialité médecine générale, études sur les parcours professionnels d'autres professions de santé, études qualitatives, revues de la littérature, études francophones hors territoire français, études sur les souhaits d'exercice des médecins.</p>
Procédure	<p>Élaboration des équations de recherches</p> <p>Recherche dans plusieurs bases documentaires : DRESS, IRDES (avec l'aide des documentalistes de l'IRDES), BDSP, Cismef, Lissa, Sudoc, Thèses.fr, DUMAS, Pubmed.</p> <p>Inclusion des études de manière indépendante par les deux internes</p> <p>Analyse de la qualité des études inspirée des critères PRISMA par les deux internes</p>
Période d'analyse des données	<p>De février à septembre 2019</p>
Résultats attendus	<p>Lister les déterminants de l'installation des médecins généralistes et les hiérarchiser selon leur importance.</p> <p>Différencier les facteurs modifiables des facteurs non modifiables.</p>

## Types d'études et population

Légende : F = femme ; H = homme ; MG = médecin généraliste

Références	Population	Statut marital	Age moyen	Enfants	Sexe	Type d'Etude
DAUTREMAI, 2013 (36)	30 remplaçants, 11 salariés, 2 en activité mixte et rajout de 3 personnes par rapport à 2011	30 en couple (70%), 13 célibataires (30%)	28,2 ans	34 n'avaient pas d'enfants. 8 avaient 1 enfant. 1 avait 2 enfants	13 H et 30 F	Quantitative descriptive par un suivi de cohorte de 11/11 à 11/12
VIALLE,2014 (64)	163 internes et 94 MG installés depuis moins de 5 ans	65% des internes 95% des MG mariés ou en couple	Internes 28 ans. MG 36 ans	82% des MG étaient parents contre 10% des internes (p=0,000)	61% d'internes F et 39% H. 49% F et 51% H MG	Descriptive, quantitative, comparative entre les internes de médecine générale et médecine générale installés depuis moins de 5 ans en région Auvergne
GOULET,2018 (37)	67 MG :3 installés, 35 remplaçants (et salariat non abordé)	100% des installés en couple, 80% des remplaçants	29,21 ans	Les Installés n'avaient pas d'enfants, 20% des remplaçants avaient des enfants	68,7 % F et 31,3% H	Quantitative, descriptive et analytique avec création d'une cohorte de jeune MG
BLEAU,2010 (45)	107 jeunes MG installés en milieu rural	92% en couple	53 ans	63% avaient 1 enfant ou plus	81.3 % H et 18.7% F	Quantitative, épidémiologique, descriptive
DUBOSQ,2013 (42)	70% de libéral et 30 % de salariés				40% H (n=29) et 60% F (n=43)	Prospective longitudinale portée sur 2 populations (questionnaire)
SZWARC,2007 (49)	77 MG remplaçants de Basse Normandie	En couple 83%	32,5 ans	57% avaient un ou plusieurs enfants	51% H et 49% F	Enquête démographique
LABRUNIE-DIAS,2010 (65)	160 MG : 57 installés et 35 remplaçants (et salariat non abordé)	86.3% en couple ou mariés	31,3 ans	45.6% avaient 1 ou plusieurs enfants	67.5% F (n=108) et 32.5% H (n=52)	Enquête d'opinion
DECREUSE, 2012 (32)	Trois promotions successives :77 MG	En couple 85%	35,17 ans	70% avaient au moins un enfant	44% F et 56% H	Enquête quantitative épidémiologique descriptive par questionnaires

BARANES,2016 (38)	135 MG remplaçants thésé non installé inscrit à l'ordre des MG en Ile de France	76% en couple	32 ans	69% n'avaient pas d'enfants à charges, 31% avaient des enfants	31% H et 69% F	Quantitative observationnelle descriptive transversale
LOIZEAUX, 2014 (39)	Initialement 85 remplaçants puis l'année suivante 88 avaient une activité libérale ou mixte dont 2 étaient installés	69,41% en couple à l'inclusion	28 ans	22,35 % avaient au moins un enfant	70,59% F et 29% H	Suivie de cohorte prospectif, quantitatif descriptif et analytique de 11/11 à 11/13
LIBERA,2018 (26)	33 internes en médecine générale ayant débuté leur DES de médecine générale en 2008 : remplaçants MG installés (salarial non abordé)	87% en couple	34 ans	27,3% n'avaient pas d'enfants en 2017	75% F (n=25) et 25% H (n =8)	Étude quantitative épidémiologique analytiques cohorte prospectif initié en 11/11 puis suivi de cette même cohorte avec un nouveau recueil de données en 11/17
HANS,2012 (35)	187 MG libéraux	85 % en couple	53,7 ans	66,3% avaient 1 ou plusieurs enfants	74,3 % H(n=13) et 25,7% F (n= 48)	Étude quantitative épidémiologique descriptive enquête par questionnaire
MERGER-MARTINOT, 2012 (20)	86 libéraux installés en cabinet et 28 remplaçants (salarial non abordé)	82,26 % en couple	36,34 ans	73,89 % étaient parents	58,12 % F (n=135) et 97 H. L'activité libérale est plus choisie par les H (p< 0,053)	Étude quantitative épidémiologique descriptive transversale
LORON,2013 (43)	38 jeunes MG (remplaçants, salariat, mixte et collaborateur)		28 ans	La proportion de répondants sans enfant était passé de 79% en 2011 à 55,3% en 2013	68% F (n=26) et 32% H (n=12)	Étude quantitative épidémiologique analytique suivi de cohorte prospectif de 11/11 à 11/13, quantitatif descriptif
PINSON GOUGET,2008 (33)	135 MG libéraux (installés et remplaçants) (salarial non abordé)	87,07% en couple	38,61 ans	87,93% (n=204) étaient parents	146 F soit 61,86% et 90 H	Étude quantitative épidémiologique descriptive transversale
GOUGET,2005 (34)	127 libéraux (installés et remplaçants) (salarial non abordé)	86,13% en couple		87,98% avaient des enfants	126 H et 113 F soit 47,28%	Étude quantitative épidémiologique descriptive transversale
ECHASSERIEA U, 2018 (66)	61 internes débutant le troisième cycle d'étude médical (TCEM) à la faculté de médecine de Rouen en 2012	35 en couple (57,37%), 26 célibataires (42,62%)	30,5 ans	46 n'avaient pas d'enfants (75,41%), 15 avaient des enfants (24,59%)	22 H (36,1%) et 39 F (63,9%)	Étude prospective épidémiologique d'évaluation à 1an et demi de la cohorte créée lors de la thèse d'Elodie Faget
LO PRESTI-THOMAS,2006 (67)	59 F MG	51 mariées ou en couple soit 86,4 %	43,5 ans		100% F	Etude quantitative descriptive transversale
Etude de l'observatoire régional de la santé,2007 (30)	192 MG (installés et remplaçants) + salariat	86% en couple	37,6 ans	Huit MG sur 10 avaient des enfants	46% F en libéral et 54% H en libéral	

VEYRIRAS ep. CHEMILLE, 2008 (44)	80 F MG exerçant dans le Limousin en zone rurale ou semi rurale en tant que libérale	70% mariées ou en couple		La grande majorité des F MG avaient des enfants	100% F	Etude quantitative descriptive transversale
DECORDE, 2011 (31)	2 groupes : 114 remplaçants et 60 MG installés	9,8 % des remplaçants en couple (mariage, PACS ou concubinage), et 85% des jeunes installés en couple	30,7 ans pour les remplaçants et 33,8 ans pour les jeunes installés (p<0,001)	33,3% des remplaçants avaient des enfants. 71,7% des jeunes installés avaient des enfants (p < 0,001)	62,8% F remplaçantes, 63,3% F jeunes installés, 37,2 % H remplaçants et 36,7% de jeunes installés	Étude descriptive transversale, portait sur deux populations interrogées par questionnaires, entre le 30/04 et le 15/06/2011
GUILLOT, 2008 (68)	117 MG					Étude descriptive
RENOULT, 2013 (59)	11 MG installés, 12 remplaçants, 2 collaborateurs, 8 en activités mixte et salariat qui n'ont pas été étudiés.	36% des MG mariés (n=16), 29% pacsés (n=13), 20 % en union libre (n=9) et 15% célibataires(n=7)			26 F (58%) et 19 H (42%)	
MINTANDJIAN, 2015 (22)	124 MG ayant une pratique exclusive de la médecine générale :5 installés, 63 remplaçants, activité mixte : 4 MG installés et 15 remplaçants et autre non étudiés	101 répondants (81,5%) en couple, parmi lesquels 43 répondants (42,6%) étaient mariés et 11 répondants (10,9%) pacsés.	29,4 ans	97 sans enfant à charge (78,2%). 17 répondants (13,7%) avaient 1 enfant à charge, 8 répondants (6,5%) avaient 2 enfants à charge et 2 répondants (1,6%) avaient 3 enfants à charge.	26 H (21%) et 98 F (79%)	Quantitative, descriptive et analytique. Suivi de cohorte de jeunes MG en 2014 en Ile de France
ROZIER, 2015 (21)	123 MG nouvellement installés en zone sensible de Pays de la Loire, ou en maison de santé pluri- professionnelle (dont 106 MG installés 17 collaborateurs).	93,5% en couple (n=115)	42,5 ans		64 F (52%) et 59 H (48%)	Étude descriptive quantitative transversale
COPPOLANI, 2014 (41)	91 MG remplaçants thésés	70,33 % en couple	36,1 ans	57,14 % n'ont pas encore d'enfant.	F (64,84 % de l'échantillon) H (35.16 %)	Enquête observationnelle quantitative transversale
MARCIN, 2016 (17)	56 MG primo installés	32 MG mariés ou pacsés (57,1%)	36,9 ans	37 MG avaient des enfants.	23 H et 33 F (58,9%)	Étude observationnelle descriptive transversale

SCHECK, 2014 (69)	72 MG installés en Isère Rhodanienne	60 en couple (83,3 %)	51,5 ans	68 avaient des enfants (94,4 %)	46 H et 26 F	Étude quantitative descriptive transversale de type enquête
POISSON RUBI, 2006 (27)	5 promotions de MG : 90 MG installés, 61 remplaçants. (Salariés non abordés)	161 MG en couple (88 %).	32,7 ans	131 ont déclaré avoir un ou plusieurs enfants, soit 71,6% de l'échantillon	107 H (43%) et 141 F (57%)	Etude descriptive par enquête
BERAL, 2018 (40)	MG installés n=268 (43,9%) MG remplaçants n=108 (17,7%) (Salariés non abordés)	88% soit 537 en couples	33,2 ans		73% de femme (soit 445) et 27% H (soit 165)	Rétrospective par questionnaire, observationnelle et monocentrique
CHOLLEY, 2019 (70)	26 remplaçants, 1 collaborateur, 12 internes sur une cohorte d'étudiants en fin de DES de médecine générale ayant effectué leur internat en 2014 à la faculté de Nancy.	69,8% (n=37) en couple	28,5 ans.	11,3% (n=6) avaient des enfants	32 F (60,4%) et 21 H (39,6%)	Étude descriptive d'une cohorte d'étudiants, étude descriptive transversale
LEMOINE, 2014 (23)	310 anciens internes de médecine générale des facultés de médecine de Lille ayant passé l'ECN de 2004 à 2008 inclus. Dont parmi les libéraux, 59% (n=94) étaient remplaçants, 32% (n=50) étaient installés, 4% (n=7) étaient collaborateur, 4% (n=7) étaient collaborateur et remplaçant ou assistant.	73% en couple	32 ans et 4 mois	45% sans enfant	56% F	Étude épidémiologique, observationnelle, transversale.
RIGOT, 2015 (46)	268 MG installés dans une commune rural ou semi rurale de moins de 2500 habitants				168 F soit 63% et 98 H soit 37%	Suivi de cohorte, observationnelle et prospective
LÉONARD, 2010 (71)	248 MG libéraux installés dans le département des Vosges	88,6 % mariés	51,9 ans	93,15% avaient un ou plusieurs enfants	22,58 % F	
CAPERA, 2013 (72)	27 MG libéraux installés ou collaborateur (en première installation) en Gironde en 2009, 2010e t 2011	17 mariés soit 63 %, 8 en couple soit 30 %	36,14 ans	85% des MG avaient un enfant ou plus	14 F soit 51,9% et 13 H	Enquête descriptive transversale
BOUTHORS, 2015 (28)	32 MG libéraux exclusif, 15 MG salariés exclusif 1 médecin en activité mixte, 1 médecin remplaçant		39,9 ans		55,1% F (n=27) et 44,9% H (n=22)	Enquête descriptive transversale
THOURAUD DE LAVIGNERE, 2012 (47)	95 MG récemment installés en milieu rural ou semi rural (Internes non abordés)					Etude descriptive sur deux populations distinctes

ABELLO, 2006 (29)	115 MG (37,3 % de MG installés 21,7% de remplaçants 2,4% de MG collaborateur 42,2% salariés hospitalier) thésés enregistrés dans un des 4 conseils de l'Ordre de Franche-Comté entre le 1/11/1999 et le 31/10/2005.	83% en couple	35 ans	78,3 % avaient au moins un enfant	58,7 % F dans le groupe 1 et 53% F dans le groupe 2. 41,3% H dans le groupe 1 et 48,7% H dans le groupe 2	Enquête issue d'un tirage au sort randomisé entre 1999 et 2005
URML, 2008 (19)	1300 MG ont répondu au questionnaire	88% en couple lors de leur installation : 37% en union libre et 51% mariés	43 ans		48,5% F et 51.5% H	Enquête URML
Guais-Lerat, 2015 (18)	51 MG libéraux installés				29 F (57%) et 22 H (43%)	Rapport d'étude
LOUYOT, 2016 (24)	137 jeunes MG installés récemment en Lorraine	92% des installés en couple, et 51,2% mariés.	37,3 ans	La plupart des jeunes installés interrogés étaient en couple avec des enfants.	50,4% H et 49,6% F.	Enquête rétrospective et quantitative auprès des jeunes MG installés récemment en Lorraine
FAGET, 2016 (25)	Pratique exclusive de la médecine générale (n=40), Remplaçant libéral (n=38), Remplaçant Salarié (n=2), Installé (n=1) Pratique exclusive d'une autre activité (n=7) : poste hospitalier, Activité mixte (n=4) Interne (n=9)	46 en couple (76,7%)	28,48 ans	9 avaient des enfants (15%)	40 F (66,7%) et 20 H (33,3 %)	Étude quantitative descriptive par création d'une cohorte
COGNERAS, 2018 (16)	62 MG dont 20 pratiquants exclusivement la médecine générale avec 3 installés	48 en couple (77.4 %)	29.1 ans	10 étaient parents (16.1 %)	41 F (66.1 %)	Étude descriptive transversale, s'inscrivant dans un suivi de cohorte longitudinal

## Facteurs non modifiables de l'installation

Références	Travail du conjoint et famille	Région d'origine
VIALLE, 2014	36% des MG s'installent pour la proximité familial, 33% des MG s'installent pour la proximité lieu de travail du conjoint. Les MG s'installent près de leurs familles pour 64% alors que les internes ne sont que 44% à rester près de leurs proche (p=0,002)	36% des MG s'installent pour la proximité géographique et 5% pour proximité de la fac de formation
LABRUNIE-DIAS, 2010	Les facteurs familiaux sont le choix déterminant de l'activité professionnelle actuelle pour 15,9% des libéraux contre 28,9% des remplaçants de manière très significative (1-p=98,84) et à 19,2% de manière générale	
HANS, 2012	38 % des MG ont été influencés par le travail de leur conjoint ou par son origine familiale pour l'installation (47,9% des F contre 20,9% des H (p< 0,004))	36,9% des MG ont été influencés par leur région d'origine pour l'installation
MERGER-MARTINOT, 2012	Les raisons familiales et personnelles ont influencé près de 74% des MG libéraux pour leur installation. L'origine familiale a influencé près de 32% pour leur installation	L'origine estudiantine a influencé près de 43% des MG sans différence significative selon leur secteur d'activité pour l'installation
PINSON GOUGET, 2008	Le choix professionnel a été influencé par les raisons familiales et personnelles pour près de 78% des libéraux	Le choix professionnel a été influencé par l'origine familiale pour près de 38% des 135 libéraux
GOUGET, 2005	58 MG libéraux soit 46,03% des libéraux ont été beaucoup influencé par les raisons familiales et personnelles (profession du conjoint) dans leur choix professionnel et 23,02% l'ont été un peu. Donc 69,05% ont été influencé par les raisons familiales	20 MG libéraux soit 15,87% des libéraux ont été beaucoup influencé par l'origine estudiantine (fac, lieu de stage d'internat) dans leur choix professionnel et 17,46% l'ont été un peu. Donc 33,33% ont été influencé par l'origine estudiantine
LO PRESTI - THOMAS, 2006	12 F sur 59 se sont installées dans la Somme pour suivre leur conjoint	3 F sur 59 se sont installées dans la Somme car c'est le lieu de leurs études médicales
Étude réalisée par l'observatoire régional de la santé, 2007	41% des MG s'installent suite à une opportunité professionnelle du conjoint	
DECORDE, 2011	La profession du conjoint est un facteur influençant l'installation pour 12% dans le groupe des installés. Le fait d'avoir des enfants est un facteur influençant pour 32% dans le groupe des installés. 33,3% des remplaçants ont des enfants. C'est le cas de 71,7% des jeunes installés. La différence est significative (p< 0,001)	
ROZIER, 2015	Les attrait personnels pour la zone d'installation retrouvent la contrainte professionnelle du conjoint (67%) comme influençant mais non significativement.	
MARCIN, 2016	Pour 4 MG l'arrivée ou le projet d'enfants est un facteur influençant l'installation.	



SCHECK, 2014	26 MG se sont installés pour le bassin familial et 23 MG se sont installés pour la profession du conjoint	
LEMOINE, 2014	La proximité environnement familial est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 83% des MG libéraux. La proximité travail du conjoint est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 60% des MG libéraux	La proximité de la région natale est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 30% des 158 MG libéraux
LÉONARD, 2010	La stabilité de la situation professionnelle du conjoint est un élément attractif d'un lieu d'installation à 7,3 (cotation de 0 à 10 selon le degré d'attractivité perçue). La présence de la famille à proximité est un élément attractif d'un lieu d'installation à 7,1 (cotation de 0 à 10 selon le degré d'attractivité perçue).	
CAPERA, 2013	41% des MG ont choisi comme critère principal du lieu d'installation la proximité familiale	
BOUHSORS, 2015	3 évoquent la proximité du domicile, de la famille comme raison les ayant motivé à l'installation parmi les 26 MG ayant répondu	
THOURAUD DE LAVIGNERE, 2012	32% des MG installés en rural ou semi-rural pensent que la possibilité professionnelle du conjoint est un facteur "indispensable" (32% "très important" et 31% "important") pour le choix d'installation	Les MG ont choisi leur lieu d'installation (Aquitaine) pour 38% d'entre eux car c'est leur région d'origine
ABELLO, 2006	La proximité du lieu de travail du conjoint est importante ou primordial pour 90% des MG libéraux exclusifs et la possibilité de travail pour le conjoint à 95%	Exercer dans la région de naissance est primordial pour 45% des MG libéraux exclusifs, exercer dans la région de naissance du conjoint est primordial pour 33% des MG libéraux exclusifs, exercer dans la région d'étude est primordial pour 29% des MG libéraux exclusifs
URML, 2008	L'origine familiale est un critère de choix du lieu d'installation pour 58,6% des nouveaux installés. La possibilité professionnelle du conjoint est un critère de choix du lieu d'installation pour 66% des nouveaux installés	Le lieu où a été réalisé l'internat est un critère de choix du lieu d'installation pour 26,7% des nouveaux installés.
Guais-Lerat, 2015	Le lieu d'activité du conjoint est un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 64% des MG.	
LOUYOT, 2016	Pour 29,9% des MG interrogés, la présence des parents est un élément pris en compte pour leur installation Ainsi que, pour 13,1% d'entre eux, la présence de leurs frères et/ou sœurs est importante. Le conjoint est un élément majeur pour l'installation de 44,5% des jeunes MG généralistes ayant répondu.	

## Facteurs modifiables de l'installation

Références	Proximité hôpital/spécialistes, environnement médical	Expérience professionnelle antérieure (remplacement, SASPAS)	Suivie de patientèle, épanouissement professionnel, intérêt pour la médecine, diversité de l'activité	Liberté de travail, absence de hiérarchie, congés
VIALLE, 2014		93% des MG ont effectués des remplacements, les remplacements restent un élément décisionnel majeur dans l'installation pour 79% d'entre eux (p=0,001). Les stages et remplacements (47 %) jouent un rôle important dans ce choix (installation libérale). 73% des mg ont réalisé un SASPAS contre 23% des internes p=0,001 tous ses stages constituent un élément décisionnel majeur dans le choix de la médecine générale et de l'installation interne (50%) MG (64%)		Les modalités d'exercices (57 %) jouent un rôle important dans ce choix (installation libérale).
GOULET, 2018			100% des MG avaient pour motivation à l'installation le contact privilégié avec la patientèle (n=3 répondeurs)	100% des MG avaient pour motivation à l'installation l'indépendance et absence de hiérarchie , 100%, pour la liberté d' organisation du temps de travail (n=3 répondeurs). 100% des MG avaient pour motivation à l'installation la liberté d'organisation de congés (n=3 répondeurs)
DUBOSQ,2013		Les MG installés ont été encouragés par leur expérience de remplaçant (pas de chiffres car question ouvertes)		
LABRUNIE-DIAS, 2010		Les MG libéraux sont les plus nombreux à avoir eu une activité de remplaçant lors de leurs études de manière significative. Les MG libéraux ont effectué plus de contrat de remplacement que les autres de manière très significative (75.4% des libéraux contre 48,6 chez les remplaçants et 44.6 chez les salariés). Les libéraux et remplaçant ont pratiqué en plus grand nombre que les salariés un SASPAS de manières très significative (51,2 % et 52,9% contre 17,2%)	L'intérêt professionnel est le choix déterminant de l'activité professionnelle actuelle pour 5,4% des MG de manière générale	

LIBERA, 2018			100 % des MG se sont installés pour le contact privilégié avec la patientèle. 100 % des MG se sont installés pour le suivi de sa propre patientèle. 92% des MG se sont installés pour la prise en charge globale du patient. 83% des MG se sont installés pour l'épanouissement professionnel. 83% des MG se sont installés pour être reconnue en tant que médecin à part entière. La possibilité de faire de l'enseignement est un facteur influençant l'installation pour 21 % des MG. (Parmi les 14 MG installés). 83% des MG se sont installés pour la diversité de l'activité (parmi les 14 MG installés).	L'indépendance et l'absence de hiérarchie est un facteur influençant l'installation pour 100% des MG. La liberté d'organisation du temps de travail est un facteur influençant l'installation pour 92% des MG (parmi les 14 MG installés). La possibilité de congés est un facteur influençant l'installation pour 63% des MG (parmi les 14 MG installés).
HANS, 2012	35,3 % des MG ont été influencés par l'accès facile aux spécialistes et 34,7 % pour la proximité d'un hôpital	70 % des MG ont effectué des remplacements dans l'Yonne avant de s'installer. 10,7 % se sont installés dans la région pour rester dans la région de leur stage. 14,6 % des moins de 49 ans ont eu un contact pour l'installation par l'intermédiaire d'un maître de stage contre 3,6 % des plus de 50 ans (p<0,005)		38 % des MG ont été influencés par la possibilité de prendre des congés (41,7 % des moins de 49 ans contre 10,8 % des plus de 50 ans (p< 0,001)) et 3 % par la possibilité de se faire remplacer
MERGER-MARTINOT, 2012	L'environnement médical a été significativement plus influençant pour les libéraux que les salariés (p = 0.0413) avec près de 84% des MG libéraux	Près de 84% des libéraux ont été influencé (beaucoup ou un peu) par leur expérience professionnelle antérieure		Les horaires de travail ont influencé près de 73% des libéraux (environ 74% des F contre environ 57% des H p=0.002). Environ 72% des libéraux ont été beaucoup ou un peu influencé par les congés. Différence significative p = 0.016 entre femme pour 72% contre 59% des H
LORON, 2013		58% a effectué un SASPAS, 95% des MG ayant réalisé un SASPAS exercent en libéral, contre 50% chez ceux n'ayant pas bénéficié de ce stage. 38 jeunes MG (remplaçants, salariat, mixte et collaborateur)		
PINSON GOUGET, 2008	Le choix professionnel a été influencé par l'environnement médical pour près de 80% des libéraux, ils ont été plus influencés que les salariés	47,17% des MG ont trouvé leur installation suite à des remplacements. Le choix professionnel a été influencé par l'expérience professionnelle antérieure pour près de 81% des libéraux.		Le choix professionnel a été influencé par les horaires de travail pour près de 71% des libéraux. Le choix professionnel a été influencé par les congés pour près de 66% des 135 libéraux

GOUGET, 2005	48 MG libéraux soit 38,09% des libéraux ont été beaucoup influencé par l'environnement médical, dans leur choix professionnel et 31,75% l'ont été un peu. Donc 69,84% ont été influencé.	Sur les 114 libéraux installés, 21 soit 18,42% ont trouvé leur installation à l'occasion de remplacements et 61 MG soit 53,5% par le biais de relations		51 MG libéraux soit 40,47% des libéraux ont été beaucoup influencé par les horaires de travail (en quantité et en qualité), dans leur choix professionnel et 23,01% l'ont été un peu. Donc 63,49% ont été influencé. 49 MG libéraux soit 38,89% des libéraux ont été beaucoup influencé par les possibilités de congés, dans leur choix professionnel et 22,22% l'ont été un peu. Donc 61,11% ont été influencé.
Etude réalisée par l'observatoire régional de la santé, 2007	71 % des MG s'installent pour l'environnement technique (proximité d'un hôpital, de spécialistes, d'autres professionnels paramédicaux...) et le réseau de connaissances professionnelles (contacts tissés au cours des stages d'externat et d'internat), sur 107 libéraux.		72% des MG s'installent pour l'intérêt du travail, sur 107 libéraux.	80% des MG s'installent pour les conditions de travail (nombre de gardes, horaires, possibilités de prendre des congés) et 89 % pour l'indépendance professionnelle, sur 107 libéraux.
VEYRIRAS ep. CHEMILLE, 2008		95% des F MG ont effectué des remplacements avant leur installation		
DECORDE, 2011		La formation à la pratique libérale durant le cursus influence ce projet : ils sont 93,3 % à l'envisager quand ils ont réalisé 2 semestres libéraux (n = 60). Ils sont 75 % quand ils ont réalisé 1 seul semestre libéral (n = 52). Ils sont 50 % quand ils n'en ont réalisé aucun (n = 2). La différence est significative (p = 0,005) entre ceux qui ont effectué 2 semestres et ceux qui ont eu une formation plus courte	Une meilleure considération des patients est un facteur favorisant l'installation pour 28% dans le groupe installé contre 23% groupe remplaçants. Ce résultat est significatif p=0,03.	L'autonomie dans la gestion du cabinet est un facteur influençant l'installation pour 43 % des MG installés.

RENOULT, 2013		90 % (40) des jeunes MG ont remplacé pendant leur internat. 53% (24) des MG estiment que le stage chez le praticien a joué un rôle dans leur choix de carrière : pour 88% (21) d'entre eux, il a confirmé le choix de faire une activité libérale pour 12% (3) d'entre eux, il a confirmé le choix de ne pas faire d'activité libérale.	31% ont fait leur choix de carrière pour l'intérêt de la profession	
ROZIER, 2015	Parmi les attraits professionnels pour la zone d'installation, on obtenait une influence positive significative pour le réseau de correspondants (56%) avec $p < 0,05$			Parmi les attraits professionnels pour la zone d'installation, on obtenait une influence positive significative pour les horaires de travail (59%), avec $p < 0,05$
MARCIN, 2016			26 MG s'installent pour un meilleur suivi du patient. 19 MG s'installent devant la lassitude des remplacements	18 MG s'installent pour l'indépendance professionnelle et 16 pour le sentiment d'autonomie complète
SCHECK, 2014		63 MG sur 72 ont effectué des remplacements avant de s'installer. 21 ont été influencé par le lieu d'installation où ils ont réalisé leurs SASPAS		
POISSON RUBI, 2006			Les motivations des MG libéraux à cesser les remplacements pour s'installer sont le désir de s'installer et le goût pour l'activité pour 44 d'entre eux (65%).	
LEMOINE, 2014	La connaissance de l'offre de soin du secteur est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 48% des MG libéraux et la proximité établissements de soins pour 62% des MG libéraux	Le fait d'avoir fait des remplacements dans la localité est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 60%, des MG libéraux.		

LÉONARD, 2010	La proximité d'une structure hospitalière est un élément attractif d'un lieu d'installation à 7,5 (cotation de 0 à 10 selon le degré d'attractivité perçu)		Le type d'exercice (rural, urbain) est un élément attractif d'un lieu d'installation à 7,2 (cotation de 0 à 10 selon le degré d'attractivité perçu).	
CAPERA, 2013		100% des MG ont remplacé avant de s'installer	48% des MG ayant répondu placent le contact privilégié avec la patientèle comme premier critère décidant leur installation.	44% des MG ayant répondu placent l'indépendance comme premier critère décidant leur installation.
BOUTHORS, 2015		2 évoquent la lassitude des remplacements comme raison les ayant motivés à l'installation, parmi les 26 MG ayant répondu.	18 évoquent l'importance du lien privilégié médecin-malade et du statut de « médecin de famille » ainsi que la volonté d'un suivi au long cours, parmi les 26 MG ayant répondu. Les réponses des 11 MG F (2 n'ayant pas répondu) mettent en avant comme motivation à l'installation (pour 72,7%) l'importance du lien privilégié médecin-malade et du statut de « médecin de famille » ainsi que la volonté d'un suivi au long cours. 5 mettent en avant le goût, la vocation pour la médecine générale (« n'est-ce pas là le but de nos études... »). 2 apprécient la variété de l'activité, parmi les 26 MG ayant répondu.	17 mettent en avant la liberté d'organisation de l'exercice libéral (horaires, indépendance, autonomie, mode de fonctionnement) comme raison les ayant motivé à l'installation, parmi les 26 MG ayant répondu.
THOURAUD DE LAVIGNERE, 2012		Sur la population de médecin récemment installés, 88% (n = 84) déclarent avoir fait des remplacements en milieu rural ou semi rural avant de s'installer		
ABELLO, 2006	L'accessibilité aux établissements de soins est primordiale ou importante pour 86% des MG libéraux exclusifs, le recours aisé aux spécialistes est primordial ou important pour 90% des MG libéraux exclusifs (n=42).	Exercer dans la région des premières expériences professionnelle est primordial pour 48% des MG libéraux exclusifs(n=42).	Le travail en équipe est primordial pour 81% des MG libéraux exclusifs(n=42).	L'exercice libéral est primordial pour 79 % des MG libéraux exclusifs. Les horaires sont primordiaux pour 88% des MG (n=42). La possibilité de prendre des vacances est primordial ou importante pour 93 % des MG. La possibilité de congé maternité/parental est primordial ou important pour 67% des MG libéraux exclusifs(n=42).

URML, 2008	La proximité d'un centre hospitalier est un critère de choix du lieu d'installation pour 65,1% des nouveaux installés, la proximité d'autres professionnels de santé est un critère de choix du lieu d'installation pour 69.2% des nouveaux installés.	Le lieu où les MG ont réalisé leur externat est un critère de choix du lieu d'installation pour 16,8 %des nouveaux installés.	La pénurie d'offre libérale dans le secteur est un critère de choix du lieu d'installation pour 29,3 %des nouveaux installés. La possibilité d'exercice en cabinet de groupe est un critère de choix du lieu d'installation pour 66,5% des nouveaux installés.	
Guais-Lerat (rapport d'étude MSA SERVICES BOURGOGNE FRANCHE-COMTE), 2015	La proximité du plateau technique est un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 82 % des MG et à 80% pour la proximité d'autres professionnels de santé.		Le rapport privilégié avec le patient est un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 84% des MG. Le volume d'activité satisfaisant avec le patient est un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 84% des MG. La perspective d'exercice diversifié est un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 80 % des MG.	Les horaires souples sont un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 70% des MG
LOUYOT,2016	Parmi les MG interrogés, 68,3% savaient que leur secteur manquait de MG, et le fait de savoir cette information a été déterminante dans l'installation de 43,9% de ces MG. Nous avons constaté que 10,2% des MG interrogés jugent la présence d'un hôpital général comme nécessaire à leur installation alors qu'il n'est pas à proximité de leur cabinet médical.	95,9% des MG interrogés ont été remplaçant avant de s'installer, avec une moyenne de temps de remplacement de 5,6 ans. Les MG ayant répondu ont déclaré à 74,4% s'être installé à proximité des lieux dans lesquels ils avaient remplacé. Il y a une différence significative de temps passé en tant que remplaçant. Les F restent en moyenne 3,8ans remplaçantes, mais les H restent presque deux fois plus longtemps remplaçants, avec une moyenne de 7,4ans, cette différence est significative (p=0,0014). 57,1% des MG interrogés ont déclaré s'être installés dans le même secteur que celui dans lequel ils avaient effectué leur SASPAS. Les F se sont installées significativement plus à proximité du lieu où elles ont effectué leur SASPAS que les H, à 72,4% contre 38,3% des H (p=0.00092).		

FAGET, 2016		Remplacements pendant l'internat n=38 63,3%. La réalisation d'un SASPAS est statistiquement associée à une activité exclusive de médecine générale, 39 MG exerçant la médecine générale strict sur 40 ont réalisé un SASPAS (p=0,0013)		
COGNERAS, 2018		69.4 % ont effectué des remplacements (n=43), en zone rurale pour la majorité (60 % soit n= 26) et pendant moins de 5 semaines (n=27). Un lien significatif a été retrouvé entre le fait d'avoir fait des remplacements en zone rurale (n=8 vs 19) et le fait d'exercer en zone rurale après l'internat (n=15 vs 12) (p=0.04). Ils étaient 66 % à avoir effectué un SASPAS durant leur internat (n=41). Un lien significatif a été établi entre le fait d'avoir réalisé un SASPAS (n=41 vs 21) et le fait d'exercer la MG exclusivement (n=20 vs 42) (p=0.03), ainsi qu'entre le fait d'avoir effectué un SASPAS (n=17 vs 4) et le fait d'envisager une installation (n=19 vs 2) (p=0.03).		

Références	L'attrait pour la région/environnement local, confort de vie	Stabilité professionnelle	L'aspect financier	Opportunité/rachat	Aides financières et mesures incitatives
VIALLE, 2014				71% ont attendu qu'une opportunité se présente pour s'installer	
GOULET, 2018		100% des MG avaient pour motivation à l'installation la volonté d'une stabilité professionnelle (n=3 répondants)	66% des MG avaient pour motivation à l'installation l'aspect financier intéressant (n=3 répondants)		33% des MG avaient pour motivation à l'installation le bénéfice d'une mesure incitative (aide financière) (n=3 répondants)
LABRUNIE-DIAS, 2010	Le confort de vie est le choix déterminant de l'activité professionnelle actuelle pour 22,7% des libéraux contre 30,1% des remplaçants de manière très significative (1-p=98,84) et à 25,5% de manière générale		Les facteurs financiers sont le choix déterminant de l'activité professionnelle actuelle pour 9,5% des MG de manière générale	L'opportunité professionnelle est le choix déterminant de l'activité professionnelle actuelle pour 39.4% des libéraux contre 25.3% des remplaçants de manière très significative (1-p=98,84) et à 35,2% de manière générale	



DECREUSE, 2012	59% des MG libéraux déclarent avoir choisi leur activité actuelle pour la recherche d'un confort de vie (bonne qualité de vie et temps libre)		29% des MG libéraux déclarent avoir choisi leur activité actuelle pour l'aspect financier	78% des MG libéraux déclarent avoir choisi leur activité actuelle grâce à une opportunité professionnelle proposée	
LIBERA, 2018		La volonté d'une stabilité professionnelle est un facteur influençant l'installation pour 92% des MG (parmi les 14 MG installés).	L'aspect financier est un facteur influençant l'installation pour 28% des MG (parmi les 14 MG installés).		Le bénéfice d'une mesure incitative n'a influencé aucun médecin (0%)
HANS, 2012	L'attrait de la région a eu une influence moyenne ou forte chez 51,3 % des MG (critère le plus influent de l'étude). 17,6 % des MG ont été influencés par le faible nombre de garde et 17,1 % par la possibilité de faire des gardes		44,4% des MG ont été influencé par un chiffre d'affaire potentiellement important ou une étude de marché favorable	25,7% des MG ont été influencés par des conditions intéressantes d'achat ou de reprise du cabinet	30 % des MG ont été influencés par des charges peu élevées et 5,4 % par les aides à l'installation (beaucoup à leur époque n'avait pas cette possibilité car les aides n'existaient pas)
MERGER-MARTINOT, 2012	L'environnement local a été plus influençant (p=0.01) pour les libéraux que pour les salariés avec 80% de libéraux (beaucoup ou un peu) influencé			64% des MG libéraux ont été beaucoup ou un peu influencé par l'opportunité d'installation, ils ont significativement été plus influencés que les salariés (p=0.002).	
PINSON GOUGET, 2008	Le choix professionnel a été influencé par l'environnement local pour près de 78% des libéraux			L'influence de l'opportunité dans leur choix professionnel est citée par environ 86% des libéraux	
GOUGET, 2005	45 MG libéraux soit 35,71% des libéraux ont été beaucoup influencé par l'environnement local (démographie de la population, éducation, commerces, services), dans leur choix professionnel et 38,10% l'ont été un peu. Donc 73,81% ont été influencé. Seulement 30,6% ont été influencé par l'origine familiale.			94 MG libéraux soit 74,6% des libéraux ont été beaucoup influencé par l'opportunité et/ ou l'expérience antérieure, dans leur choix professionnel et 18,26% l'ont été un peu. Donc 92,86% ont été influencé.	
LO PRESTI - THOMAS, 2006				2 F sur 59 se sont installées dans la Somme pour des occasions professionnelles intéressante	

Etude réalisée par l'observatoire régional de la santé, 2007	83% des MG s'installent pour le lieu du poste / de l'installation. 63% des MG s'installent pour la localisation géographique du lieu d'exercice, sur 107 libéraux.		68% des MG s'installent pour la rémunération sur 107 libéraux.	67% des MG s'installent pour les opportunités liées aux expériences professionnelles antérieures (avoir remplacé ou occupé un poste d'assistant...), sur 107 libéraux.	
DECORDE, 2011	L'augmentation de la qualité de vie est un facteur influençant l'installation pour 22 % des MG installés.	La stabilité géographique est un facteur influençant l'installation pour 46 % des MG installés. La régularité de l'activité est un facteur influençant l'installation pour 45% dans le groupe des installés contre 64% groupe remplaçants. Ce résultat est significatif p=0,011	La régularité des revenus est un facteur influençant l'installation pour 29% des MG installés, avec une différence significative entre le groupe des remplaçants (3%) p=0,001 L'augmentation des revenus est un facteur influençant l'installation pour 20% des MG installés.	L'opportunité est un facteur influençant l'installation pour 63 % des MG installés.	
RENOULT, 2013				69% d'entre eux déclarent avoir bénéficié d'une opportunité professionnelle pour leur installation en cabinet	
ROZIER, 2015	Les attraits personnels pour la zone d'installation retrouvée la connaissance géographique de la région comme une influence positive significative (63%, p<0,05). Les activités extra professionnelles sont un attrait personnel pour 71% des MG pour la zone d'installation			Parmi les attraits professionnels pour la zone d'installation, on obtenait une influence positive significative pour l'opportunité professionnelle (72%) avec p<0,05	Parmi les attraits professionnels pour la zone d'installation, on obtenait une influence positive mais non significative pour les mesures incitatives (80%)
MARCIN, 2016		26 MG s'installent pour la stabilité de revenus et d'activité et 19 pour la stabilité géographique.	12 MG s'installent pour l'envie d'avoir des revenus plus important	32 MG s'installent devant une opportunité	
SCHECK, 2014	46 MG se sont installés pour la qualité et 42 pour l'attractivité du bassin de vie.				

POISSON RUBI, 2006		Les motivations des MG libéraux à cesser les remplacements pour s'installer sont : le désir de stabilité professionnelle et pour la vie familiale, le confort de vie pour 9 MG (soit 13%)	Les motivations des MG libéraux à cesser les remplacements pour s'installer sont : le besoin d'améliorer ses revenus pour 1 médecin.	Les motivations des MG libéraux à cesser les remplacements pour s'installer sont : une opportunité professionnelle pour 1 médecin.	
LEMOINE, 2014	La proximité d'établissements scolaires, garderies est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 52% des MG libéraux. Les services de proximité (banque, poste, commerces..) le sont pour 48% des libéraux. La proximité des transports est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 32% des MG libéraux. La proximité des centres culturels/loisirs est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 26 % des MG libéraux.			La cession d'un cabinet médical ou la proposition d'une association est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 65%, des MG libéraux. Et la proposition d'un poste dans une MSP ou un pôle de santé est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 50%, des MG libéraux.	Avoir recourt aux mesures incitatives est un facteur déterminant le lieu d'installation pour 12%, des MG libéraux.
LÉONARD, 2010	La proximité des structures éducatives est un élément attractif d'un lieu d'installation à 8,3 (cotation de 0 à 10 selon le degré d'attractivité perçu). La proximité d'une ville est un élément attractif d'un lieu d'installation à 7,6 (cotation de 0 à 10 selon le degré d'attractivité perçu). La vie culturelle et sociale est un élément attractif d'un lieu d'installation à 7,3 (cotation de 0 à 10 selon le degré d'attractivité perçu).				
CAPERA, 2013		48% des MG ayant répondu placent la stabilité comme premier critère décidant leur installation. (critère principal)		52 % des MG ont choisi comme critère principale du lieu d'installation l'opportunité d'association ou de reprise	
BOUTHORS, 2015		9 apprécient la stabilité apportée quant au rythme de travail et au rythme de vie comme raison les ayant motivé à l'installation, parmi les 26 MG ayant répondu.		6 parlent d'opportunité d'installation (départ en retraite, proposition...) comme raison les ayant motivé à l'installation, parmi les 26 MG ayant répondu.	
THOURAUD DE LAVIGNERE, 2012				Les MG ont choisi leur lieu d'installation (Aquitaine) car l'opportunité s'est présentée à eux pour 43% d'entre eux	

ABELLO, 2006	La proximité des commerces et services est primordial ou important pour 71% des MG libéraux exclusifs. La proximité des activités culturelles et de loisirs est primordiale ou importante pour 74 % des MG libéraux exclusifs. La proximité des structures de scolarisation est importante ou primordial pour 95% des MG libéraux exclusifs(n=42).		Les revenus sont primordiaux pour 79% des MG libéraux exclusifs(n=42).	L'opportunité d'un poste, d'une reprise de cabinet est primordiale pour 79% des MG libéraux exclusifs (n=42).	
URML, 2008	La proximité de commerces et de services culturels est un critère de choix du lieu d'installation pour 57,3 %des nouveaux installés. La qualité de vie dans le quartier (sécurité) est un critère de choix du lieu d'installation pour 75,3%des nouveaux installés. La proximité d'un établissement scolaire est un critère de choix du lieu d'installation pour 51,2% des nouveaux installés.			L'opportunité de reprise d'un cabinet est un critère de choix du lieu d'installation pour 54,1% des nouveaux installés.	Les mesures d'incitation à l'installation est un critère de choix du lieu d'installation pour 6,2 %des nouveaux installés.
Guais-Lerat (rapport d'étude MSA SERVICES BOURGOGNE FRANCHE-COMTE), 2015	La connaissance préalable de l'environnement est un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 58 % des MG. Et à 45% pour la proximité d'équipements scolaires et extra-scolaires. Le cadre de vie et l'environnement représente le premier critère d'ordre non professionnel à apparaître dans le classement. Ce facteur est jugé « important » ou « très important » par 78% des MG répondants. Le peu de gardes est un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 57 % des MG.			L'opportunité d'association est un facteur important ou très important ayant expliqué leur choix du lieu d'installation pour environ 66% des MG.	Le critère considéré comme le moins important pour le choix du lieu d'installation correspond aux aides financières et matérielles qu'ils peuvent obtenir. Ce critère a été désigné comme peu ou pas important par 75% des MG répondants.
LOUYOT,2016	Les F habitent plus près de leur lieu d'exercice que les H et passent moins de temps en trajet qu'eux. Ceci est une différence significative : 79,7 % des F interrogées habitent à proximité de leur lieu d'exercice contre seulement 55,7% des H (p=0,0074).				Parmi les MG ayant répondu, 67,2%, ont déclaré ne pas avoir reçu d'aides physiques à l'installation.

## Freins à l'installation

Références	Lourdeur administratif/Gestion cabinet	Charges de travail importantes, difficultés des congés en libéral/difficultés à trouver un remplaçant	Responsabilité professionnelle	Gardes et astreintes	Remplacement confortable
DAUTREMAY, 2013	Pour 88% des remplaçants les contraintes liées à la gestion logistique d'un cabinet sont un frein à l'installation et 92% pour tous les MG, pour 88% des remplaçants la lourdeur des charges administratives est un frein et 89% pour tous les MG. Pour 70% des remplaçants la complexité de la comptabilité et de la fiscalité est un frein et pour 73% pour tous les MG	Pour 61% des remplaçants l'importance du temps de travail est un frein à l'installation et 56% pour tous les MG. Pour 59% des remplaçants la difficulté à prendre des congés est un frein à l'installation et 55% pour le groupe de tous les MG	Pour 41% des remplaçants la responsabilité professionnelle est un frein à l'installation et 42% pour le groupe de tous les MG	Pour 38% des remplaçants les gardes sont un frein à l'installation et 31% pour le groupe de tous les MG	
GOULET, 2018	99% des MG trouvent que des tâches administratives sont un frein à l'installation. 93% des MG trouvent que les contraintes liées à la gestion logistique d'un cabinet sont un frein à l'installation. 88% des MG trouvent que le manque d'informations concernant ces tâches administratives est un frein à l'installation. 80% des MG trouvent que la complexité des tâches administratives lors d'une installation est un frein à l'installation	76% des MG trouvent que l'importance du temps de travail (incompatible avec la vie personnelle) est un frein à l'installation. 65% des MG trouvent que la difficulté à prendre ses congés (recherche d'un remplacement) est un frein à l'installation	43% des MG trouvent que le poids de la responsabilité professionnelle (décision médicale) est un frein à l'installation	20% des MG trouvent que la participation à la permanence des soins (gardes et astreintes) est un frein à l'installation	
DUBOSQ, 2013	33% des MG non installés considère que la surcharge de travail administratif dû à la gestion du cabinet est un frein à l'installation	22% des MG non installés considère que la crainte d'une perte de qualité de vie est un frein à l'installation. 7% des MG non installés considère que la crainte de la difficulté à prendre des congés/à se faire remplacer est un frein à l'installation			
LABRUNIE-DIAS, 2010	Les difficultés administratives sont le facteur prédominant comme difficultés rencontrées au début de l'activité professionnelle pour 41% des libéraux contre 29.8% des remplaçants de manière très significative (1-p=98.33) et à 29,5% de manière générale	La charge de travail est le facteur prédominant comme difficultés rencontrées au début de l'activité professionnelle pour 10,3% des libéraux contre 14% des remplaçants de manière très significative (1-p=98.33) et à 14,3% de manière générale			
BARANES, 2016	95%(n=128) déclarent que les charges administratives sont trop importantes et l'absence de formation en gestion d'un cabinet libéral est un frein pour 22%	La diminution de la qualité de vie et du confort constituent un frein pour 66% (n=89) (p=0,0007), la diminution du temps libre est un frein pour 59%(n=79), la charges de travail est trop importante pour 43%. Pour 10% des MG la difficulté des congés en libéral/la difficulté à trouver un remplaçant est un frein à l'installation	Pour 19% la Responsabilité professionnelle des MG est un frein à l'installation		

LOIZEAUX, 2014	Pour 59% le poids de la gestion logistique du cabinet est un frein à l'installation. Pour 59% la lourdeur administratif est un frein à l'installation. Pour 55% la complexité de la comptabilité et de la fiscalité est un frein à l'installation	Pour 45% la charge de travail trop importante est un frein à l'installation. Pour 40% la difficulté à prendre ses congés en libéral est un frein à l'installation	Pour 30% la responsabilité professionnelle est un frein à l'installation	Pour 23% les gardes sont un frein à l'installation	
LIBERA, 2018	La lourdeur des charges administratives est un frein à l'installation pour 81.5% des MG (contre 91% en 2013). La contrainte liée à la gestion du cabinet est un frein pour 78,9% MG contre 85% en 2013. La complexité de la comptabilité est un frein pour 63%. La complexité des démarches administratives pour 59% des MG est un frein à l'installation	La charge de travail importante est un frein à l'installation pour 68% des MG. La difficulté à prendre ses congés est un frein à l'installation pour 53% des MG	La responsabilité professionnelle est un frein à l'installation pour 34% des MG	Les gardes sont un frein à l'installation pour 42% des MG	
LORON, 2013	Le poids de la gestion logistique est un frein à l'installation en 2013 pour 88% et en 2012 pour 90%. La lourdeur administrative est un frein à l'installation en 2013 pour 92% et en 2012 pour 89%. La complexité de la comptabilité et de la fiscalité est un frein à l'installation en 2013 pour 78% et en 2012 pour 72%	La charge de travail importante est un frein à l'installation en 2013 pour 73% et en 2012 pour 59%. La difficulté à prendre ses congés est un frein à l'installation en 2013 pour 63% et 2012 pour 57%	La responsabilité professionnelle est un frein à l'installation en 2013 pour 42% et en 2012 pour 38%	Les gardes sont un frein à l'installation en 2013 pour 37%	
Étude réalisée par l'observatoire régional de la santé, 2007	Le premier frein à une installation en libéral, identifié par un médecin sur deux, est la charge administrative considérée comme prenant un temps trop important. Il s'agit d'une réalité vécue par les MG qui exercent en libéral : ils citent cet item loin devant les autres (71% pour les MG libéraux)	La charge de travail trop importante (horaires) est un frein à l'installation pour 45%. Le manque de disponibilité pour la vie privée pour 54% et une installation à temps partiel peu compatible avec l'exercice libéral pour 46%. La difficulté à se faire remplacer est un frein à l'installation pour 36%.	La responsabilité juridique est un frein à l'installation pour 45%	Les gardes sont un frein à l'installation pour 27%	
DECORDE, 2011	Les charges financières de fonctionnement est un frein à l'installation pour 64% groupe des MG installés. Les charges administratives pour 86% groupe des MG installés	La diminution de la qualité de vie est un frein pour 6% dans le groupe des installés contre 31% dans le groupe remplaçants (p=0,001). Le temps de travail pour 35% dans le groupe des installés contre 55% dans le groupe remplaçants (p=0,008). La diminution du temps libre pour 36% dans le groupe des installés contre 65% dans le groupe remplaçants (p=0,001)		Les gardes sont un frein pour 22% groupe installés	La peur de la routine est un frein pour l'installation pour 13%
GUILLOT, 2008	Les principaux freins à l'installation : la lourdeur administrative/gestion. Les principaux freins sont les contraintes imposées par la sécurité sociale	Les principaux freins sont : la charge de travail trop importantes		Les principaux freins sont : la participation au gardes et astreintes	
MINTANDJIAN, 2015	Parmi les freins à l'installation en libéral déclarés par les répondants, on retrouve en trio de tête la lourdeur des charges administratives, les contraintes liées à la gestion logistique du cabinet et la complexité de la comptabilité et de la fiscalité. Suivent de près la complexité des démarches administratives lors d'une installation ainsi que le coût élevé d'une installation (investissement financier)				

COPPOLANI, 2014	Les charges administratives trop importantes sont un frein pour 91%. Les démarches administratives d'ouverture trop lourdes pour 72,8%	La crainte de la diminution du temps libre est un frein pour 81,4%(p=0,0293). La crainte d'une augmentation du temps de travail pour 77,7%. La crainte de la difficulté pour se faire remplacer est un frein pour 64,6%	La crainte de la responsabilité juridique est un frein pour 34,5%	Les gardes sont un frein pour 33%	La crainte de la routine est un frein pour 45,6%
MARCIN, 2016	33 MG ont rencontré des difficultés lors de l'installation pour les charges et démarches administratives. 23 MG ont rencontré des difficultés lors de l'installation pour les charges comptable et gestion du cabinet. 20 MG ont rencontré des difficultés lors de l'installation avec les difficultés techniques (équipement et informatisation du cabinet)	10 MG ont rencontré des difficultés lors de l'installation avec une charge de travail importante		6 MG ont rencontré des difficultés lors de l'installation avec les gardes	
BERAL, 2018	Pour 81% des remplaçants les contraintes administratives trop nombreuses sont un frein à l'installation (n= 108 remplaçants sur 610 interrogés)	Pour 50,4% des remplaçants les conditions d'exercice trop difficiles sont un frein à l'installation (n= 108 remplaçants sur 610 interrogés)			
LÉONARD, 2010	8,6% des MG pensent que la charge de travail administrative est trop lourde. 40,7% déclarent qu'elle peut être déléguée. 43,6% des praticiens trouvent leur charge de travail trop importante	On remarque une difficulté notable pour les MG de se faire remplacer puisque 57,3% d'entre eux ont des difficultés pour trouver un remplaçant lors de leurs absences			
URML, 2008	La gestion comptable du cabinet (charges de fonctionnement) représente un frein pour 81,1%, les charges administratives pour 84,8%. Les F citent davantage la gestion comptable (81% vs 74%)	Le temps de travail hebdomadaire représente un frein pour 45,5%. La diversité de la pratique représente un frein pour 25,7%. La relation médecin-patient pour 26,7%. Le parcours de soins (médecin traitant) pour 39%. Les difficultés à se faire remplacer représente un frein pour 36,9%			

Références	Images négatives de la médecine générale	Ne pas être thésé	Formation initiale non adaptée/Manque d'expérience	Isolement professionnel/manque de plateau technique	Fixité du lieu d'exercice
DAUTREMAI, 2013	Pour 26% des remplaçants et du groupe tous les MG l'image négative de la médecine générale est un frein à l'installation	Pour 73% des remplaçants le fait de ne pas être thésé un frein à l'installation et 71% pour tous les MG	Pour 59% des remplaçants la formation initiale non adaptée est un frein et 56% pour tous Pour 41% des remplaçants le manque d'expérience et de compétences est un frein et 42% pour tous	Pour 50% des remplaçants l'isolement professionnel est un frein et 47% pour tous les MG.	Pour 41% des remplaçants la fixité du lieu d'exercice est un frein et 42% pour tous
GOULET, 2018	32% des MG trouvent que la mauvaise image de la médecine libérale (véhiculée pendant les études) est un frein à l'installation	46% des MG trouvent que le fait de ne pas être thésé est un frein à l'installation	67% des MG trouvent que le manque d'expérience et de compétences professionnelles est un frein à l'installation	39% des MG trouvent que l'isolement professionnel est un frein à l'installation	46% des MG trouvent que la fixité du lieu d'exercice est un frein à l'installation
DUBOSQ, 2013				24% des MG non installés considère que la crainte de l'isolement est un frein à l'installation	
BARANES, 2016			Pour 2% des MG l'impression de connaissance insuffisante est un frein	Pour 13% des MG l'isolement professionnel est un frein	
LOIZEAUX, 2014	Pour 25% l'image négative de la médecine générale est un frein	Pour 58% le fait de ne pas être thésé est un frein à l'installation	Pour 42% la formation initiale non adaptée est un frein à l'installation et le manque d'expérience pour 32%	Pour 32% l'isolement professionnel est un frein à l'installation	Pour 32% le lieu d'exercice fixe est un frein à l'installation
LIBERA, 2018	L'image négative de la médecine générale est un frein à l'installation pour 48% des MG	Le fait de ne pas être thésé est un frein à l'installation pour 24%	La formation initiale non adaptée est un frein à l'installation pour 58% des MG et le manque d'expériences professionnel pour 28%	L'isolement professionnel est un frein à l'installation pour 44% des MG	La fixité du lieu d'exercice est un frein à l'installation pour 10% des MG
LORON, 2013	L'image négative de la médecine générale est un frein à l'installation en 2013 pour 30% et en 2012 pour 34%	Le fait de ne pas être thésé est un frein à l'installation en 2013 pour 44% et en 2012 pour 75%	La formation initiale non adaptée est un frein à l'installation en 2013 pour 54% et en 2012 pour 55%. Le manque d'expérience est un frein à l'installation en 2013 pour 30% et en 2012 pour 44%	L'isolement professionnel est un frein à l'installation en 2013 pour 52% et 2012 pour 53%	La fixité du lieu d'exercice est un frein à l'installation en 2013 pour 37% et 2012 pour 49%
Étude réalisée par l'observatoire régional de la santé, 2007	Le manque de reconnaissance du métier de MG est un frein à l'installation pour 43%. La dégradation de la relation médecin-patient est un frein à l'installation pour 31%		La difficulté à suivre la formation médicale continue est un frein à l'installation pour 16%	L'isolement professionnel est un frein à l'installation pour 32%. Le Plateau technique insuffisant/trop éloigné pour 11%	
DECORDE, 2011				L'isolement professionnel est un frein pour 16% dans le groupe installés	
COPPOLANI, 2014			Le manque d'expérience est un frein pour 30%(p=0,0012)	L'isolement professionnel est un frein pour 41%	
MARCIN, 2016				5 MG ont rencontré des difficultés lors de l'installation avec la solitude de l'exercice et 12 MG ont rencontré des difficultés lors de l'installation avec la création d'un réseau personnel de soin	



BERAL, 2018					Pour 28,1% le manque de possibilité de mobilité est un frein à l'installation (n= 108 remplaçants sur 610 interrogés)
URML, 2008				L'isolement géographique représente un frein pour 18.9%. La perte du travail en équipe (isolement professionnel) pour 41.5%	

Références	Manque d'opportunité	Financier	Mesures incitatives non adaptée/inconnue	Protection sociale insuffisante	Famille/conjoint/personnel
DAUTREMAI, 2013	Pour 35% des remplaçants le manque d'opportunité un frein et 37% pour tous les MG	Pour 44% des remplaçants les revenus insuffisants par rapport aux temps de travail sont un frein à l'installation et 42% pour tous les MG. Pour 71% des remplaçants le cout de l'installation est un frein à l'installation et 72% pour tous les MG	Pour 53% des remplaçants les mesures incitatives non adaptées sont un frein à l'installation et 52% pour tous les MG	Pour 44% des remplaçants la protection sociale insuffisante est un frein à l'installation et 51% pour le groupe de tous les MG	Pour 27% des remplaçants la situation du conjoint est incompatible avec une installation et 26% pour le groupe de tous les MG
GOULET, 2018		62% des MG trouvent que le coût de l'installation est un frein à l'installation		59% des MG trouvent que la protection sociale insuffisante est un frein à l'installation	26% des MG trouvent que la situation professionnelle du conjoint est incompatible avec une installation
DUBOSQ, 2013		5% des MG non installés considère que l'investissement financier initial est un frein à l'installation			
LABRUNIE-DIAS, 2010		Les difficultés financières sont le facteur prédominant comme difficultés rencontrées au début de l'activité professionnelle pour 12,8% des libéraux contre 14% des remplaçants de manière très significative (1p=98.33) et à 10,7% de manière générale			Concilier vie professionnelle et personnelle est le facteur prédominant comme difficultés rencontrées au début de l'activité professionnelle pour 11,5% des libéraux contre 22,8% des remplaçants de manière très significative (1p=98.33) et à 20,1% de manière générale
BARANES, 2016		44% estiment que la rémunération est insuffisante (n=59). 90%(n=121) déclarent que les charges financières sont trop importantes (p=0,0003)			Pour 21% des MG les critères personnels (travail du conjoint, enfants scolarisés) est un frein à l'installation
LOIZEAUX, 2014	Pour 27% le manque d'opportunité est un frein à l'installation	Pour 30% les revenus insuffisants sont un frein à l'installation. Pour 43% le coût de l'installation est un frein à l'installation	Pour 41% les mesures incitatives non adaptées sont un frein à l'installation	Pour 38% la protection sociale insuffisante est un frein à l'installation	Pour 22% des MG, la situation du conjoint est un frein à l'installation

LIBERA, 2018	Le manque d'opportunité est un frein à l'installation pour 31% des MG	Les revenus insuffisants par rapport au temps de travail est un frein à l'installation pour 59% des MG. Le coût de l'installation est un frein à l'installation pour 43% des MG	Les mesures incitatives non adaptées sont un frein à l'installation pour 46% des MG	La protection sociale insuffisante est un frein à l'installation pour 63% des MG	La situation professionnelle du conjoint est un frein à l'installation pour 23% des MG
LORON, 2013	Le manque d'opportunité est un frein à l'installation en 2013 pour 40% et 2012 pour 37%	Les revenus insuffisants par rapport au temps de travail est un frein à l'installation en 2013 pour 58% et en 2012 pour 44%. Le coût de l'installation est un frein à l'installation en 2013 pour 56% et en 2012 pour 73%	Les mesures incitatives non adaptées sont un frein à l'installation en 2013 pour 53% et en 2012 pour 54%	La protection sociale insuffisante est un frein à l'installation en 2013 pour 60% et 2012 pour 52%	La situation professionnelle du conjoint est un frein à l'installation en 2013 pour 18% et 2012 pour 28%
ORS, 2007		Les revenus insuffisants sont un frein pour 21% des MG	Les mesures incitatives non adaptées sont un frein à l'installation pour 41%		Le manque de débouché professionnel pour le conjoint est un frein à l'installation pour 2%. L'isolement social et culturel est un frein pour 16%
DECORDE, 2011		La rémunération insuffisante est un frein pour 22% dans le groupe des installés contre 8% dans le groupe remplaçants (p=0,017). Le coût de l'installation est un frein pour 35% dans le groupe des installés	Seuls 15,8% des remplaçants (n = 114) déclarent connaître les aides à l'installation. 50 % des jeunes installés (n= 60) les connaissaient avant de s'installer. La différence est significative (p<0,001) 98,3% des jeunes installés affirment qu'elles n'ont pas influencé leur installation (n=58). 48,2% du total des remplaçants (n =114) pensent qu'elles peuvent influencer la leur. 51% de ceux souhaitant s'installer(n=96) ont la même opinion		Avoir des enfants est un frein à l'installation pour 15% dans le groupe installé. La profession du conjoint pour 9% dans le groupe installé
MINTANDJIAN, 2015				freins à l'installation en libéral : la protection sociale insuffisante	
COPPOLANI, 2014	Le manque d'opportunité est un frein pour 42%	La crainte d'une rémunération insuffisante est un frein pour 30%. La crainte d'un nombre de patients insuffisant est un frein pour 24,6%(p=0,0477). Le coût de l'installation est un frein pour 58%. Les charges financières du cabinet trop importantes pour 77,5%			La situation professionnelle du conjoint incertaine est un frein pour 37%. La crainte d'une dégradation de la qualité de vie pour 74% (p=0,0162)
BERAL, 2018		Pour 43,8% des remplaçants l'investissement trop lourd est un frein à l'installation (n=108 remplaçants sur 610 interrogés)			

LÉONARD, 2010		Honoraires : Seulement 39,9% des praticiens pensent être correctement rétribués par leur activité professionnelle, près de 50% ne le pensent pas			68,2% des MG considèrent qu'ils n'ont pas assez de temps social, familial et de loisirs
URML, 2008		Les conditions d'exercice à venir incertaine pour 63,5%		La protection sociale insuffisante représente un frein pour 62,3%	Les difficultés à s'installer dans sa zone de convenance pour 29%

## **Facteurs d'installation en zone rurale**

<b>Références</b>	<b>Meilleures relations médecin-patient</b>	<b>Diversité de l'exercice médicale</b>	<b>L'attrait pour la ruralité et le confort de vie</b>	<b>Service/commerces/environnement médical</b>	<b>Financier</b>	<b>Aides financières et mesures incitatives</b>
DAUTREMAI, 2013	87% des MG s'installent en région rural pour les meilleures relations médecin-malade	93% des MG s'installent en région rural pour la diversité de l'exercice	61% des MG s'installent en région rural pour le cadre de vie plus agréable. 50% des MG s'installent en région rural pour une meilleure qualité de vie personnelle et familiale		48% des MG s'installent en région rural pour la possibilité de revenus plus important	44% des MG s'installent en région rural pour les aides financières et mesures incitatives
GOULET, 2018	88% des MG s'installent en région rural pour la relation médecin malade de meilleure qualité	97% des MG s'installent en région rural pour la diversité de l'exercice	80% des MG s'installent en région rural pour le cadre de vie plus agréable		53% des MG s'installent en région rural pour la possibilité de revenus plus important. 63% des MG s'installent en région rural pour le coût du cabinet moins important	62% des MG s'installent en région rural pour la possibilité de bénéficier des aides financières
BLEAU, 2010	82% s'installent pour la qualité des rapports avec les patients		82% trouvent que le cadre de vie rural favorise l'installation en rural, 37% trouvent que la qualité de l'environnement favorise l'installation en rural, être né dans un village de moins de 10000 habitants favorise l'installation en milieu rural, la proximité de la famille favorise l'installation en milieu rural pour 34% des MG	63% trouvent que la présence d'un bureau de poste favorise l'installation en rural, 58% la présence d'une école, 58% la présence de commerces, 68% trouvent que la présence d'une pharmacie favorise l'installation en rural, 48% pour les kinés, la présence de MG spécialistes favorise l'installation en rural pour 18% des MG	56% des MG pense que faire plus de 7000 actes par an favorise l'installation en rural. 63% trouvent que la reprise de patientèle favorise l'installation en milieu rural	L'exonération d'impôt favorise l'installation en rural pour 2% des MG

LOIZEAUX, 2014	78% des MG s'installent en région pour les meilleures relation médecin-patient	80% des MG s'installent en région rural pour la diversité de l'exercice	55% des MG s'installent en région rural pour le cadre de vie plus agreable,45%des MG s'installent en région rural pour une meilleure qualité de vie personnelle et familiale		50% des MG s'installent en région rural pour la possibilité de revenus plus important	48% des MG s'installent en région rural pour les aides financières et mesures incitatives
LIBERA, 2018	79% des MG s'installent en région rural pour les meilleures relation médecin-patient	81% des MG s'installent en région rural pour la diversité de l'exercice	63% des MG s'installent en région rural pour le cadre de vie plus agréable(environnement). 42% des MG s'installent en région rural pour une meilleure qualité de vie personnelle et familiale		23% des MG s'installent en région rural pour la possibilité de revenus plus important	39% des MG s'installent en région rural pour les aides financières et mesures incitatives
LORON, 2013	En 2013 79% des MG s'installent en région rural pour les meilleures relation médecin-patient. En 2012 86% des MG s'installent en région rural pour les meilleures relation médecin-patient	En 2013 83% des MG s'installent en région rural pour la diversité de l'exercice. En 2012 92% des MG s'installent en région rural pour la diversité de l'exercice	En 2013 68% des MG s'installent en région rural pour le cadre de vie plus agréable. En 2012 51% des MG s'installent en région rural pour le cadre de vie plus agréable. En 2013 42% des MG s'installent en région rural pour une meilleure qualité de vie personnel et familial. En 2012 44% des MG s'installent en région rural pour une meilleure qualité de vie personnelle et familiale		En 2013 42% des MG s'installent en région rural pour la possibilité de revenus plus important. En 2012 51% des MG s'installent en région rural pour la possibilité de revenus plus important	En 2013 33% des MG s'installent en région rural pour les aides financières et mesures incitatives. En 2012 42% des MG s'installent en région rural pour les aides financières et mesures incitatives

VEYRIRAS ep. CHEMILLE, 2008	Le goût pour les relations humaines est un critère professionnel majeur ayant motivé l'installation pour 96,83% des F MG installées en rural ou semi rural, la vocation est un critère professionnel majeur ayant motivé l'installation pour 85,72% des F MG installées en rural ou semi rural	La variété d'exercice est un critère professionnel majeur ayant motivé l'installation pour 95,24% des F MG installées en rural ou semi rural	La cout moindre de l'habitat est un critère personnel ayant peu influencé pour 6,25% des F MG installées en rural ou semi rural, la liberté d'activité est un critère professionnel majeur ayant motivé l'installation pour 82,54% des F MG installées en rural ou semi rural, la qualité de vie est un critère personnel ayant influencé de façon importante 87,5% des F MG installées en rural ou semi rural, la connaissance antérieure du lieu d'installation est un critère personnel ayant influencé de façon importante 70% des F MG installées en rural ou semi rural	55% des F des MG installées en rural ou semi-rural considèrent que la proximité d'un cabinet d'infirmières a eu une influence sur leur décision d'installation et 50% pour la proximité d'un hôpital	L'aspect financier est un critère professionnel ayant motivé l'installation pour 15% des F MG installées en rural ou semi rural. 70% des F MG installées en rural ou semi rural estiment que cette installation est secondaire à une opportunité	11,29% des F MG installées ont bénéficié d'aides à l'installation
MINTANDJIAN, 2015	Les meilleures relation médecin-patient en milieu rural est une motivation à l'installation	La diversité de l'exercice médicale en milieu rural est une motivation à l'installation	Le cadre de vie plus agréable et de meilleure qualité de vie en milieu rural est une motivation à l'installation		Le coût du cabinet moins important en milieu rural est une motivation à l'installation	Les mesures incitatives en milieu rural est une motivation à l'installation

LEMOINE, 2014						89% (n=276) des MG sollicités pour l'étude connaissaient l'existence des mesures incitatives. Les mesures incitatives influençant le plus l'installation des jeunes MG étaient les aides logistiques (47%, n=146) et fiscales (45%, n=140). 31% (n=49) des libéraux ont répondu qu'aucune des mesures incitatives n'a été déterminante ou ne serait déterminante dans leur lieu d'installation
RIGOT, 2015	La qualité de la relation médecin-malade a été citée par 87% des MG comme l'un des points forts pour l'installation parmi les neuf points forts proposés	Le critère médecine polyvalente a été citée par 86% des MG comme l'un des points forts pour l'installation parmi les neuf points forts proposés	La qualité de vie a été citée par 56% des MG comme l'un des points forts pour l'installation parmi les neuf points forts proposés	Les relations avec les paramédicaux a été citée par 57% des MG comme l'un des points forts pour l'installation parmi les neuf points forts proposés. Et à 17% pour le facteur relations avec les confrères d'autres spécialités		
THOURAUD DE LAVIGNERE, 2012			Le cadre de vie est qualifié comme un facteur "indispensable" pour 40% des MG dans le choix d'installation, 38% comme "très important", 19% comme "important"	La proximité d'un établissement scolaire est évaluée comme un facteur "très important" pour 31% (et 31% "important", 18% "indispensable") des MG. 45% des MG qualifient les commerces de proximité comme un facteur "important" (et 23% "très important", 8% "indispensable") dans le choix d'installation		
Guais-Lerat, 2015	Environ 83% des MG déclarent que le rapport privilégié avec le patient été un facteur important ou très important pour le choix de leur lieu d'installation	Environ 83% des MG déclarent que la perspective d'un exercice diversifié a été un facteur important ou très important pour le choix de leur lieu d'installation	Environ 94% des MG déclarent que le cadre de vie (environnement) été un facteur important ou très important pour le choix de leur lieu d'installation	Environ 83% des MG déclarent que la proximité d'autres professionnels de santé été un facteur important ou très important pour le choix de leur lieu d'installation. Et environ 66% pour la proximité du plateau technique	Environ 83% des MG déclarent que le volume d'activité satisfaisant été un facteur important ou très important pour le choix de leur lieu d'installation	Seulement environ 28% des MG déclarent que les aides financières ou matérielles sont un facteur important ou très important pour le choix de leur lieu d'installation

## Freins à l'installation en zone rurale

Références	Travail du conjoint	Charge de travail trop importante, difficulté à trouver un remplaçant	Éloignement des services hospitalier et isolement professionnel	Temps de trajets et éloignement du lieu d'habitation	Pauvreté des services et commerces	Méconnaissance du milieu rural
DAUTREMAI,2013	L'absence de possibilité professionnelle pour le conjoint est un frein au rural pour 58%	Le temps de travail trop important est un frein au rural pour 63%. Les gardes sont un frein au rural pour 52%. La difficulté à trouver un remplaçant est un frein au rural pour 72%	L'isolement professionnel est un frein au rural pour 74%. L'éloignement des hôpitaux et/ou des services d'urgence est un frein au rural pour 73%	L'éloignement du lieu d'habitation est un frein au rural pour 64%	La pauvreté des services pour les enfants est un frein au rural pour 79%. Les Difficultés d'accès aux commerces et/ou aux services de proximité est un frein au rural pour 70%	La méconnaissance du milieu rural est un frein au rural pour 45%
GOULET,2018	L'absence de possibilité professionnelle pour le conjoint est un frein au rural pour 62%	Le temps de travail trop important est un frein au rural pour 61%. La participation accrue à la permanence des soins (gardes et astreintes) est un frein au rural pour 62%. La difficulté à trouver un remplaçant est un frein au rural pour 73%	L'éloignement des spécialistes et/ou des différents plateaux techniques est un frein au rural pour 88%. L'éloignement des centres hospitaliers et/ou des services d'urgences est un frein au rural pour 86%. L'isolement professionnel est un frein au rural pour 69%	L'éloignement du lieu d'habitation est un frein au rural pour 64%	La pauvreté des services pour les enfants (école, loisirs) est un frein au rural pour 78 % Les Difficultés d'accès aux commerces et/ou aux services de proximité est un frein au rural pour 74%	
LOIZEAUX,2014	L'absence de possibilité professionnelle pour le conjoint est un frein au rural pour 58%	Le temps de travail trop important est un frein au rural pour 59%. La participation accrue à la permanence des soins (gardes et astreintes) est un frein au rural pour 51%. La difficulté à trouver un remplaçant est un frein au rural pour 67%	L'éloignement des centres hospitaliers et/ou des services d'urgences est un frein au rural pour 67%. L'isolement professionnel est un frein au rural pour 60%	L'éloignement du lieu d'habitation est un frein au rural pour 60%	La pauvreté des services pour les enfants est un frein au rural pour 69% Les Difficultés d'accès aux commerces et/ou aux services de proximité est un frein au rural pour 65%	La méconnaissance du milieu rural est un frein au rural pour 35%
LIBERA,2018	L'absence de possibilité professionnelle pour le conjoint est un frein au rural pour 69%	Le temps de travail trop important est un frein au rural pour 79%. La participation accrue à la permanence des soins (gardes et astreintes) est un frein au rural pour 69%. La difficulté à trouver un remplaçant est un frein au rural pour 84%	L'éloignement des centres hospitaliers et/ou des services d'urgences est un frein au rural pour 77%. L'isolement professionnel est un frein au rural pour 67%	L'éloignement du lieu d'habitation est un frein au rural pour 62%	La pauvreté des services pour les enfants (école, loisirs) est un frein au rural pour 79% Les Difficultés d'accès aux commerces et/ou aux services de proximité est un frein au rural pour 79%	La méconnaissance du milieu rural est un frein au rural pour 28%

LORON,2013	L'absence de possibilité professionnelle pour le conjoint est un frein au rural en 2013 pour 61% et en 2012 pour 59%	Le temps de travail trop important est un frein au rural pour en 2013 pour 66%et en 2012 pour 68%. La participation accrue à la permanence des soins (gardes et astreintes) est un frein au rural en 2013 pour 58%et 2012 pour 55%. La difficulté à trouver un remplaçant est un frein au rural en 2013 pour 76% et en 2012 pour 71%	L'éloignement des centres hospitaliers et/ou des services d'urgences est un frein au rural en 2013 pour 78% et en 2012 pour 76%	L'éloignement du lieu d'habitation est un frein au rural en 2013 pour 64% et en 2012 pour 63%	La pauvreté des services pour les enfants (école, loisirs) est un frein au rural en 2013 pour 70% et en 2012 pour 75%	La méconnaissance du milieu rural est un frein au rural en 2013 pour 33% et 2012 pour 45%
Étude réalisée par l'observatoire régional de la santé,2007	Le manque de débouché professionnel pour le conjoint est un frein au rural pour 33%	La charge de travail trop importante/horaires sont un frein au rural pour 77%. Le manque de disponibilité pour la vie privée est un frein au rural pour 65%. Le temps administratif trop important est un frein au rural pour 27%. La participation accrue à la permanence des soins (gardes et astreintes) est un frein au rural pour 79%. La difficulté à trouver un remplaçant est un frein au rural pour 62%	L'éloignement des centres hospitaliers et/ou des services d'urgences est un frein au rural pour 67%. L'isolement professionnel est un frein au rural pour 71%. L'isolement professionnel et le plateau technique insuffisant ou trop éloigné sont également deux freins importants à l'installation en zone rurale.		L'isolement social et culturel est un frein au rural pour 59%	
MINTANDJIAN,2015	L'absence de possibilité professionnelle pour le conjoint est un frein au rural	Le temps de travail trop important est un frein au rural. La participation accrue à la permanence des soins (gardes et astreintes) est un frein au rural. La difficulté à trouver un remplaçant est un frein au rural	L'éloignement des centres hospitaliers et/ou des services d'urgences est un frein au rural l'isolement professionnel est un frein au rural	L'éloignement du lieu d'habitation est un frein au rural	La pauvreté des services pour les enfants (école, loisirs) est un frein au rural. Les Difficultés d'accès aux commerces et/ou aux services de proximité est un frein au rural	La méconnaissance du milieu rural est un frein au rural



## RESUME

**Introduction** : Devant la « désertification médicale », et l'accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins de premier recours il faut s'interroger sur les choix de carrière des médecins généralistes, et plus particulièrement sur les facteurs déterminants leur choix d'exercice en médecine ambulatoire de premier recours. De nombreuses études ont été réalisées afin de mieux appréhender ces déterminants. Les facteurs d'installation modifiables font l'objet d'une attention particulière, puisqu'ils devraient inspirer les mesures politiques facilitant l'installation des médecins. L'objectif principal était de recenser les déterminants de l'installation des médecins généralistes en France. L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs d'installation modifiables les plus pertinents.

**Matériel et méthodes** : Cette revue systématique de la littérature française a été menée par deux étudiants sur les bases de données : SUDOC, BDSP, DUMAS, These.fr, LISSA, PUBMED, IRDES, CISMEF.

**Résultats** : Les différentes requêtes ont identifié 1187 études, 43 études ont été retenues. Les principaux facteurs favorisant l'installation modifiables sont : l'opportunité professionnelle, l'expérience antérieure, l'environnement médical et la liberté de travail lié à l'activité libérale. Les principaux freins modifiables à l'installation en libéral sont la lourdeur administrative et l'importance de la charge de travail. Les principaux facteurs favorisant l'installation en zone rurale sont : la diversité de l'activité et une meilleure relation médecin-patient. Les freins à l'installation en zone rurale sont : l'isolement professionnel, la charge de travail trop importante et la difficulté à trouver un remplaçant.

**Conclusion** : Notre étude a mis en avant plusieurs déterminants modifiables sur lesquelles pourraient s'appuyer des mesures favorisant l'installation et une meilleure répartition démographique des médecins.

Mots clés : « médecine générale », « médecins généralistes », « choix de carrière », « démographie médicale »