L'exercice de la médecine générale dans la Corse rurale de 2017

Matthieu Piazza

▶ **To cite this version:**

Matthieu Piazza. L'exercice de la médecine générale dans la Corse rurale de 2017. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01925788

HAL Id: dumas-01925788

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925788

Submitted on 17 Nov 2018

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.

UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LA CORSE RURALE DE 2017

THÈSE D'EXERCICE

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Mars 2018
par

M. Matthieu PIAZZA

Né le 21 Décembre 1988 à Zonza (Corse du Sud)

Examinateurs de Thèse :

Monsieur le Professeur F. DE PERETTI	Président du jury
Madame le Docteur A. ESCAVY	Assesseur
Monsieur le Professeur G. GARDON	Assesseur
Monsieur le Professeur M. PAPA	Assesseur

Directeur de Thèse:

Monsieur le Docteur C. HEBERT

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Fernand DE PERETTI

Professeur des Universités 1ère Classe - Praticien Hospitalier

Anatomie - Chirurgie Orthopédique

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant mon jury de thèse. Je sais à quel point la ruralité corse vous tiens à cœur.

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Professeur associé

Médecine générale

Vous m'avez fait l'honneur de participer avec enthousiasme à mon jury de thèse et je vous en remercie infiniment.

Monsieur le Professeur Michel PAPA

Professeur associé

Médecine générale

Je vous suis reconnaissant de me faire l'honneur et de prendre le temps de faire partie de mon jury.

Madame le Docteur Annabelle ESCAVY

Médecine générale – Médecine d'urgence

Merci de l'honneur que tu me fais de participer à mon jury de thèse. Merci pour ces moments passés en stage et en dehors. Tu as ma reconnaissance éternelle.

Monsieur le Docteur Christophe HEBERT

Maître de Stage Universitaire

Médecine générale

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger mon travail de thèse, du temps que tu y as consacré et des conseils que tu m'as donné. Merci également de la formation que tu m'as prodigué en stage et également en remplacement, mais aussi de tes conseils pour la guitare.

À ma famille

À mon père, mon professeur, mon mentor, qui m'a grandement aidé dans l'élaboration de ce travail, tout au long de mon cursus et encore aujourd'hui. J'espère pouvoir faire aussi bien que toi, ça sera déjà un grand exploit.

À ma mère qui me supporte depuis bientôt 30 ans, malgré le fait que je la martyrise. Tu as toujours pris soin de ton fifils sans faire de préférences et je t'en remercie du fond du cœur.

À mes sœurs, Stéphanie et Ludivine, qui m'ont soutenu tout au long de mes études, et conseillé lorsque j'en avais besoin.

À mes beaux frères, Jérôme et Thierry, je vous considère comme des frères et je vous adore.

À mes padawans, Trystan, Jocelyn et Rémy, j'espère que vous suivrez mes traces, ou pas ! N'est-ce pas ?!

À Mamie Manou, j'espère que tu nous accompagneras encore longtemps.

À ma compagne Marion, qui est là depuis le début de mes études, qui m'a supporté tout au long de ces dix années et qui va partager ma vie en Corse. Merci de ton soutien inconditionnel et vivement la suite !

À mes amis

À Arnaud, ma beauté chevelue, j'espère que tu me rejoindras déboucher des tuyaux à Conca. Sleep sound !
À Kévin, mon compagnon de toujours, et surtout de musique. Continues de me tanner pour que je prépare ma reconversion ! Pour le reste tu sais déjà tout !
À Nicolas, souviens-toi quand je révisais la pharmaco chez toi ! Toi aussi tannes moi pour préparer ma reconversion en politique !
À Camille, avec qui nous avons tout traversé en médecine, de l'externat à l'internat, tu sais déjà tout, même si tu ne suis jamais mes conseils. Que mon départ ne nous éloigne pas.

À Marc, je t'ai connu tu jouais du piano et tu avais des cheveux. Maintenant tu es chauve et tu fais de la batterie et surtout tu es médecin urgentiste, les temps changent. J'ai été ravi de faire mes études avec toi.

À Émilie et Julia, vous me connaissez depuis toujours, vous m'en avez fait voir de toutes les couleurs et je vous adore. À nos futures soirées bastiaises !

À Supremacy, Matthieu, Tristan, Malcolm, Romain, Fabien, et à tous ces concerts et ces émotions que vous m'avez apporté, en espérant que l'on puisse continuer encore un peu.

À Marie-Lucile et Pierre-Vincent, merci de me sortir de mon trou et de me faire découvrir tant de beaux paysages !

À Élisa et Clément, on va faire du sale « Mamène », de belles prises à la JC Vandamme !

À Anto et Franck, les meilleurs d'entre nous !

À Marine, que j'ai découverte. Vivement la soirée cigare tant attendue ! Une dédicace de ma thèse y est prévue, n'oublies pas.

À Marie-Jeanne et Patrick qui me suivent depuis tout petit. J'espère pouvoir prendre soin de vous comme vous avez pris soin de moi.

À tous mes anciens co-internes que je n'ai pas cité : Marion, Claudia, Pierre-Julien (l'escroc), Hugo, Fanny, Frédérique, Christopher.

À mes maîtres qui m'ont apporté le savoir, la pratique et qui ont fait le médecin que je suis aujourd'hui : les docteurs Marc Castellani, Michel Fédériconi, Fréderic Leccia, Eric Meulet, Dominique Pulicani.

Au Docteur Georges Fani qui a eu la gentillesse de me laisser le remplacer régulièrement et faire mes armes au sein du cabinet de Sainte-Lucie de Porto-Vecchio.

Au Docteur Roland Pastor, « Crampinho » t'attend pour ta future installation en Corse !

Au Docteur Baptiste Calais, et à tout ces Chics qu'on s'est fait pendant les remplacements et surtout à cette demi-finale France Allemagne d'anthologie. Merci pour tout ce que tu m'as apporté. Vivement des Mario kart au cabinet !

Au Docteur Christophe Olivesi, mon futur associé, voisin et acolyte guitaristique. Que notre exercice futur soit riche et fructueux. Et qu'on arrive à te relooker et à te couper les cheveux.

Au Docteur Paul-André Colombani, mon futur associé. Puisses tu continuer à prêcher les bienfaits liés à la consommation de pommes encore longtemps.

Au Docteur Bastien Mondet, mon futur associé.

Au Docteur Sébastien Prost, et à tous ces étés passés en ta compagnie en remplacement. Espérons que la « Love clinic » puisse prospérer longtemps.
À Malène et Corinne, nos fidèles secrétaires qui ont la patience de nous supporter.
À mes infirmières préférées : Clarisse, Manon, Cyrielle, Faustine, Marcelle.

À tous les médecins qui ont eu la gentillesse et la patience de participer à cette étude.

<u>À ceux partis trop tôt</u>

À mes grands-pères Toussaint et Louis, j'espère être digne de votre héritage.
À Mamie Françoise, tu m'as toujours soutenu et j'ai pu être là pour toi quand tu en as eu besoin. Je sais que tu es là toi aussi.
À mon oncle et parrain Christian, tu nous manques énormément.
À Marcel, qui a toujours vu dans mes mains la réussite en uniforme.
À mes amis pour toujours Brahim, Damien, Jacques-Antoine, Francis.
À Étiennette, tu n'as malheureusement pas pu attendre mon arrivée.

À la Corse, que je porte viscéralement et pour toujours dans mon cœur.
Au rock et à la musique : Muse, Radiohead, U2, Pink Floyd, Coldplay, Arctic Monkeys qui m'ont toujours accompagné et qui continueront à le faire.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS **15**

INTRODUCTION **16**

MATÉRIEL ET MÉTHODE **18**

RÉSULTATS **19**

Difficultés liées à l'offre de soins **20**

Densité médicale 20

Accès aux spécialistes 20

Offre de soins en paramédicaux 21

Les structures hospitalières en Corse 21

Examens complémentaires 22

Transports sanitaires 22

Structures d'accueil des personnes âgées et du handicap 23

Difficultés en rapport avec la pratique de la médecine générale **23**

L'administratif 23

Rapports avec la patientèle 23

Charge de travail 24

Formation continue 24

Gestion de l'urgence 25

Remplacements 25

Difficultés d'ordre structurel **25**

Réseau routier 25

Réseaux numériques 26

Spécificité corse **26**

Solutions proposées **27**

Bilan **27**

DISCUSSION **28**

L'échantillon **28**

Le rural **28**

L'offre de soins en Corse **29**

La pratique de la médecine générale en zone rurale **34**

Des réseaux défaillants **36**

Une spécificité corse dans la pratique **37**

Des solutions diverses **38**

Validité de l'étude et perspectives futures **40**

CONCLUSION **42**

BIBLIOGRAPHIE **43**

ANNEXES **51**

RÉSUMÉ **54**

SERMENT D'HIPPOCRATE **55**

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARCEP : Autorité de Régulation des Communications Électroniques et des Postes
ARS : Agence Régionale de Santé
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CTC : Collectivité Territoriale de Corse
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG : Électro Cardiogramme
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
URSSAF : Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

INTRODUCTION

La médecine générale en milieu rural représente un exercice professionnel difficile, rendant son attractivité relativement limitée (1). Plusieurs facteurs viennent confirmer cet état de fait :

- Bien que le nombre de médecins n'ait jamais été aussi important qu'aujourd'hui en France, les jeunes hésitent de plus en plus à s'installer dans les zones rurales pour des raisons d'ordre socio-professionnel (vie de famille, éloignement des plateaux techniques, isolement…) (2), ou par méconnaissance des particularités de cet exercice (aucun stage obligatoire en médecine rurale).
- Les médecins partant à la retraite ne sont, en majorité, pas remplacés, aggravant de fait la désertification médicale.
- Enfin, les mesures incitatives mises en œuvre par l'État ou au niveau local n'ont pas fait la preuve à ce jour de leur efficacité pour lutter contre cette désertification (3).

La Corse jouit d'un statut particulier en France métropolitaine, de par son insularité, son éloignement, sa géographie et sa démographie. Le qualificatif « la plus proche des îles lointaines » la définit parfaitement. Ces spécificités ont récemment été reconnues en partie par l'État, notamment par l'accord du statut d'île montagne (4) et la réévaluation de son coefficient géographique (5). Un volet spécifique lui a même été établi dans la future stratégie nationale de santé (6).

Cette ile se prête bien à l'évaluation des difficultés de l'exercice de la médecine de premier recours car c'est un territoire majoritairement rural dans sa géographie et sa répartition démographique. On y note depuis plusieurs années une augmentation notable de la population (+ 8,75% entre 2007 et 2016) non compensée par l'installation de médecins (+1,4% de médecins actifs, toute activité confondue sur la même période) (7), accentuant les inégalités d'accès aux soins et la charge de travail dans l'une des régions françaises où la proportion de population âgée de plus de 75 ans est la plus importante (10,7%, à égalité avec les régions PACA et Bourgogne Franche Comté) (8). La densité médicale est d'autant plus insuffisante en période estivale où la population est doublée.

Toutes ces constatations nous amènent à essayer de mettre en évidence la complexité de l'exercice de la médecine générale rurale en Corse, et à rechercher la présence ou non d'une spécificité liée à cette région.

L'objectif principal de cette étude sera d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes installés en zone rurale en Corse dans le cadre de leur pratique. L'objectif secondaire sera d'identifier, si possible, celles qui sont spécifiques à l'Ile de Beauté, et de recueillir les solutions proposées par les médecins.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes installés en Corse. L'échantillonnage a été réalisé en recherche de variation maximale. Ceux-ci ont été sélectionnés soit par connaissance interposée, soit grâce au registre des médecins généralistes communiqué par l'URPS de Corse. Nous avons décidé de ne recruter que des médecins installés en zone rurale, en dehors des pôles urbains principaux de Corse, à savoir Bastia et Ajaccio, mais également des plus petites villes que sont Calvi, Ile Rousse, Porto-Vecchio et Corte.

Le recueil de données s'est déroulé entre le 31 Août et le 7 Décembre 2017. J'ai effectué des entretiens semi-dirigés, dont six ont été réalisés en face à face et huit par entretien téléphonique, lorsque la distance à parcourir était trop importante. Un consentement oral et écrit a été recueilli avant le début de chaque entretien.

Le canevas d'entretien (Annexe 1) a été élaboré en concertation avec la cellule qualitative de la faculté de médecine de Nice et testé avec un entretien pilote, puis réévalué et modifié après le quatrième et le septième entretien où nous avons ajouté des thématiques à propos de la surcharge estivale, de l'état des routes et du réseau numérique, ainsi que la question de l'absence de CHU en Corse. La saturation des données est intervenue au dixième entretien. Nous sommes néanmoins allés au bout des 14 entretiens prévus afin d'avoir une variété de profils et une répartition géographique la plus étendue possible.

Les médecins interrogés étaient enregistrés avec deux enregistreurs numériques, puis leur entretien retranscrit mot à mot et analysé au fur et à mesure de leur réalisation, à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo. Une seconde analyse par un confrère a été réalisée une fois tous les entretiens réalisés. Les données quantitatives de l'échantillon ont été analysées grâce au logiciel Microsoft Excel.

Le modèle d'étude ne rentrant pas dans le cadre de la loi Jardé, il n'a pas été fait de demande auprès du Comité de Protection des Personnes.

RÉSULTATS

14 médecins généralistes ont été interrogés ; trois médecins contactés n'ont pas donné suite à notre sollicitation. La moyenne d'âge est de 53 ans (52,6) avec 11 hommes pour trois femmes. 13 médecins exercent en activité libérale ou mixte, un est retraité récent. Cinq d'entre eux avaient exercé ailleurs avant leur installation en Corse. Ils y sont installés depuis 16 ans en moyenne.

La répartition géographique sur la Corse est la suivante (Annexe 2) :

- Quatre dans l'Extrême Sud
- Quatre en Plaine Orientale
- Deux dans le Cap Corse
- Deux dans l'Alta Rocca
- Un dans les Deux-Sevi
- Un en Balagne

J'ai demandé en préambule quelle était leur définition du rural, notion qu'ils ont eu du mal à caractériser. Les termes les plus souvent mis en avant sont : l'éloignement, l'isolement, la notion de village : M12 « *C'est le petit village avec quelques habitants, pas trop isolé, avec quelques administrations essentielles, je pense à la poste, une épicerie.* ». L'éloignement des structures de soins de premier et second recours, mais aussi de tout ce qui régit la vie sociale et culturelle est également évoqué : M5 « *On est évidemment déficitaire en termes d'accès à la culture, sauf si on est très identitaire et qu'on adore la chasse.* »

Tous s'accordent sur la qualité de vie en milieu rural : M11 « *Moi j'avoue je ne suis pas chasseur, je ne cherche pas les champignons, mais j'ai trouvé un calme et un bien-être (…) pour moi c'est une vie fantastique, je suis sur un nuage.* », ainsi que sur une pratique de la médecine générale bien plus riche qu'en ville : M10 « *Ce qui fait pencher la balance, c'est la qualité du travail qu'on fait, la technicité, la variété des gestes qui sont faits, les sutures, des réductions de luxations, des choses comme ça.* », avec le bémol d'un impact sur la vie privée non négligeable : M13 *« La plus grosse difficulté rencontrée c'est d'avoir deux vies, la vie professionnelle médicale en rural et une vie de famille, c'est le problème majeur.* »

Je leur ai également demandé quels facteurs avaient contribué à leur installation. Pour le rural, les médecins mettent en avant l'envie de changer de la ville : M10 « *Quand on a connu la vie à la campagne et qu'on se retrouve coincé à vivre en ville pendant des années et qu'on a qu'une idée c'est de vouloir quitter tout ça…* », l'envie d'une pratique plus riche et

d'une meilleure reconnaissance du métier de médecin généraliste : M5 *« La volonté initiale était de faire une médecine générale complète. J'ai très vite vu que mes confrères installés en ville servaient trop souvent de boite aux lettres aux différents spécialistes.* » À la question « pourquoi l'installation en Corse ? », ils indiquent les origines de près ou de loin : M3 *« Ce que je voulais c'est être médecin généraliste au village.* », le hasard de la vie, ou enfin l'attractivité suite à une venue antérieure en vacances.

Trois grands types de difficultés ont ensuite été identifiées par les médecins de l'échantillon.

<u>Difficultés liées à l'offre de soins</u>

Densité médicale

Il s'agit d'une problématique de territoire avec une mauvaise répartition géographique. Les médecins la décrivent bien : M10 « *Il y a Bastia et Ajaccio, et il y a le reste. Alors Bastia et Ajaccio on est plutôt en sur médicalisation, et il y a le reste où on est sous médicalisé avec des situations catastrophiques.* »

Les zones les plus reculées sont évidemment les plus à risque de désertification selon eux. Pour les autres secteurs, la situation est ressentie comme plus ou moins correcte selon les régions, mais avec la crainte d'un affaiblissement franc de la démographie médicale à très court terme, dû essentiellement à l'âge avancé des médecins généralistes qui y sont installés : M5 « *Quand on sera plus là, il va y avoir un creux incroyable, qu'on a bien identifié depuis vingt ans* », M6 « *Ca risque de devenir orange en début 2018 et peut-être rouge fin 2018 et pour autant l'ARS n'a pas pris de décision, pas d'anticipation.* »

Cette situation est commune en France, mais fait particulièrement sens en Corse : M2 « *On a les plus vieux médecins libéraux de France, la population aussi est la plus vieille.* »

On note enfin une remarque sur la méthode de calcul des ARS qui est jugée complexe et peu en rapport avec la réalité de terrain.

Accès aux spécialistes

D'une manière générale, on note une difficulté d'accès à certains spécialistes, plus marquée sur la Haute-Corse et l'Extrême Sud avec des délais de consultation importants : M14 « *Tout ce qui est spécialistes, c'est la cata, il n'y a pas toutes les spécialités déjà, et quand il y a ils sont débordés.* »

Les spécialités incriminées de manière prépondérante sont : rhumatologie, ophtalmologie, neurologie, endocrinologie, médecine interne. Ces insuffisances poussent parfois les médecins à adresser en premier lieu directement leurs patients sur le continent, notamment pour les cas les plus complexes, ou pour les spécialités totalement absentes : M11 « *Par contre quand on attaque des trucs un peu plus compliqués, les maladies orphelines, c'est le continent d'office.* »

Offre de soins en paramédicaux

Les médecins ne relèvent pas de manque en ce qui concerne le paramédical courant de premier recours, notamment les kinésithérapeutes et les infirmiers libéraux, bien au contraire. Cette abondance, notamment d'infirmiers, est plutôt bien vue : M5 « *C'est pour cela qu'on se bénit, contrairement à l'ARS qui nous renvoie à chaque fois à la gueule le pourcentage élevé qu'on a d'infirmières ou infirmiers libéraux, qui sont, pour nous, nos yeux et nos oreilles, et qui nous permettent de gérer beaucoup de situations sans même avoir à se déplacer.* » Cependant certains abus dans les demandes de soins sont souvent évoqués : M2 « *On a une demande de soins qu'il a fallu recadrer dès le départ.* »

En revanche, ils notent, en dehors des maisons de santé, des manques dans le paramédical plus spécialisé comme les orthophonistes, les diététiciens.

Les structures hospitalières en Corse

Il est indiqué une absence totale de service de chirurgie cardio-thoracique, de cancérologie pédiatrique, de médecine interne, de neurologie médicale hors neuro-vasculaire.

En grande majorité, les médecins mettent en avant une impossibilité de faire des admissions directes en service, avec obligation de passer par les urgences et accentuation de la surcharge de ces services. Les médecins de Haute-Corse ressentent néanmoins une moindre difficulté en hospitalisation dans le privé sur Bastia, spécifiquement pour la chirurgie, la cancérologie et la gastro-entérologie.

Il existe selon eux une défiance des patients vis-à-vis de l'hospitalier en Corse. Certains médecins sont d'accord avec cet état de fait : M14 « *Moi au départ je me disais que les gens exagéraient, que c'était un mythe, mais à l'expérience, on va dire qu'il y a des services qu'il vaut mieux éviter.* »

L'absence de CHU en Corse est considérée comme délétère par un certain nombre de médecins, jugeant en particulier que cela apporterait plus d'internes qui pourraient rester et s'installer : M9 « *Ça ne draine pas autant d'internes que ce qu'on était à l'époque. Donc carence de probable installation, notamment de gens de chez nous, qui n'ont plus la*

possibilité de faire leur choix d'internat et de s'installer, nous c'était le cas, on était une dizaine à faire les choix, là les corses restent sur le continent, font leur vie là bas, parce qu'ils ont un internat sur le continent. » ; un meilleur accès à des examens de pointe et à des spécialités non implantées en Corse, une diminution du nombre de transports vers le continent : M12 « *On pourrait plus gérer sur place.* »

Les médecins, pour qui l'absence de CHU semble ne pas poser de problème, soulignent notamment la question de la faisabilité et du coût par rapport au nombre de personnes vivant en Corse.

Examens complémentaires

Les médecins notent un bon accès de manière générale aux examens de laboratoire de routine, soit par accès direct au laboratoire, soit par bilan prescrit à domicile avec système de ramassage des tubes, à l'exception d'un médecin de la région de Ghisonaccia : M5 « *[Le laboratoire] ne fait pratiquement plus d'analyse. Il reçoit les tubes, mais la grosse majorité est traitée sur Porto-Vecchio et Corte, et tout ce qui est un peu compliqué à Bastia. Donc on a toute une série d'examens urgents ou semi-urgents qui nous sont donnés avec des retards, voire pas donnés*. »

Concernant les examens de radiologie de premiers recours, les difficultés se présentent dans les zones les plus éloignées, où se mêlent délais de rendez-vous et difficultés d'accès, induisant une moindre prescription : M10 « *C'est vrai qu'on en prescrit pas autant ou aussi facilement qu'en ville, on fait un peu plus confiance à la clinique qu'aux examens complémentaires.* » Pour les autres, ils ne relèvent pas de difficultés majeures et sont globalement satisfaits.

De la même manière, dans ces zones, les examens en urgence ne sont pas disponibles, motivant des consultations aux urgences directement, ou une adaptation de la pratique (ECG, échographie, holter…).

Transports sanitaires

Pour les transports en semi-urgence, ne relevant pas du SMUR, les médecins éprouvent de grandes difficultés à avoir accès rapidement à une ambulance, surtout à certaines heures : M3 « *Il m'est arrivé d'être bloqué deux fois au cabinet en attendant qu'une ambulance veuille bien se libérer pour venir le chercher.* » Ils doivent souvent faire appel aux pompiers pour des patients ne nécessitant pas forcément un tel détournement de moyens, ou avoir recours à un appel au centre 15.

Certains médecins étaient surpris également de devoir faire des bons de transports en commun pour aller sur le continent, pour les spécialités absentes en Corse : M11 « *c'est étonnant de faire une feuille de transport pour aller prendre l'avion.* »

Structures d'accueil des personnes âgées et du handicap

Le nombre d'EHPAD semble suffisant mais il est mis en avant une mauvaise répartition de ceux-ci sur le territoire : M2 « *Je n'ai pas de difficulté à placer une personne âgée si besoin, vu que l'EHPAD est en recherche de patients depuis un moment, ils cherchent à travailler. Alors qu'ailleurs une place en EHPAD c'est introuvable.* » Ils soulignent que l'occupation de ces lits n'est pas toujours optimale.

L'offre en SSR étant variable sur le territoire, l'avis des médecins est divergent. Pour certains elle est grandement insuffisante voire nulle, pour d'autres présente mais difficile d'accès, et enfin certains ne rencontrent pas de problème.

Ils dénoncent en revanche unanimement un manque de structures d'accueil et d'intégration pour les patients atteints de handicap : M10 « *L'idée c'est d'avoir des structures qui sont intégrantes, et ça on a beaucoup de problèmes (...) quand ils sont vieillissants, on n'a pas de structure d'accueil, c'est dramatique.* »

<u>Difficultés en rapport avec la pratique de la médecine générale</u>

L'administratif

Les médecins pointent unanimement une surcharge administrative chronophage et complexe, s'étant aggravée avec le temps, avec difficultés d'accès aux diverses administrations. Il est considéré comme surcharge administrative ce qui est en rapport avec la CPAM, l'URSSAF, les assurances, les impôts, les certificats.

Les rapports avec les médecins conseils sont variables, mais il apparait parfois un manque de communication et d'explications dans les décisions prises, avec une sensation de surveillance permanente : M5 « *On te dit refus médical, mais il n'est jamais détaillé. On te dit jamais pourquoi.* »

Rapports avec la patientèle

La proximité de la patientèle est le premier élément qui ressort des entretiens à ce sujet. Cette proximité est souvent perçue comme une difficulté avec un retentissement sur la vie privée, un impact sur la prise de décision médicale et la nécessité de mettre de la distance : M2 « *Tu soignes des gens que tu connais autrement que par le travail, ça met un obstacle*

dans ta manière de réfléchir, les diagnostics, ta conduite à tenir. » Cette proximité présente également des bons côtés : M13 « *L'avantage c'est qu'on va très vite, on connaît déjà tous les antécédents familiaux par cœur, leur façon de vivre, pratiquement tout de leur famille, leurs problèmes sociaux, on va très vite dans les diagnostics, on va droit au but.* » M11 « *Il y a une chaleur humaine que je n'avais absolument pas quand je travaillais à la chaîne.* »

Concernant la gestion de la patientèle, l'ensemble des médecins essaie de diminuer le nombre de visites et de ne garder que les visites incompressibles.

Les patients résidents en Corse une partie de l'année ne posent en revanche pas de difficulté particulière, les médecins et les patients sont organisés : M13 « *Quand ils arrivent ils viennent me voir, ils prennent rendez-vous et m'amènent tout ce qui s'est passé durant l'hiver, avec leur petit dossier, puis on prend un peu le train en marche et ça se gère, et s'il y a un incident durant leur séjour aussi, on fait une lettre au confrère.* » Ils suggèrent la possibilité de pouvoir avoir deux médecins référents déclarés à la CPAM.

Charge de travail

La charge de travail fait partie des difficultés citées fréquemment : M2 « *Quand tu te lèves le matin, que tu te dis qu'il va falloir que tu calcules à la minute pour pouvoir rentrer manger.* », notamment pour les médecins des zones les plus reculées où les gardes de nuit sont maintenues : M7 « *Je commence vers les 9h, et l'après-midi je suis au cabinet trois ou quatre heures, mais après je suis de garde, donc si on m'appelle il faut partir, ce soir par exemple je suis de garde, jusqu'à demain 8h.* »

La surcharge de travail estivale est également une difficulté, amoindrie par le type de pathologie moins chronophage. Elle nécessite le plus souvent une adaptation de la pratique par les médecins généralistes, soit par renfort, soit en s'organisant : M13 *« Mes patients habituels, au printemps je leur fait une ordonnance de renouvellement bien chargée pour trois ou quatre mois, en leur disant que s'il y a un souci on les voit, et l'été on gère de la petite urgence en permanence toute la journée.* », M8 « *On refuse de faire des visites dans les campings, dans les hôtels, ça fait longtemps que ça n'existe plus, les visites de commodité également.* »

Formation continue

Les médecins relèvent des difficultés à se former avec un délitement du tissu local de formation continue : M5 « *On avait une structure locale qui a été complètement laminée par les réformes des DPC.* », les obligeant le plus souvent à aller se former sur le continent, sur internet (moyen très discuté), ou par le biais des revues médicales, qui est l'outil de formation

le plus souvent mis en avant. Ils relèvent aussi la nécessité qu'elle soit indépendante des laboratoires pharmaceutiques : M4 « *On faisait partie d'une association de formation continue, qui était indépendante des labos, je tiens à le préciser.* »

Gestion de l'urgence

Les temps d'accès aux urgences vont de 15 minutes à 2 heures pour les zones les plus reculées. Cela incite les médecins à plutôt temporiser lorsque la situation le permet, sauf dans les zones les plus reculées et encaissées, où ils ont tendance à beaucoup anticiper pour tenir compte des délais de transport : M7 *« Il fallait anticiper parce que si vous avez une douleur abdominale, si vous avez un petit doute par exemple et que ça tourne en eau-de-boudin, ben il y a deux heures de route.* »

Cela les incite également à pratiquer plus de gestes, et à être mieux équipés : M13 « *On est obligé d'assurer un peu, de faire un peu de tout, notamment ce qui est petite chirurgie d'urgence, prise en charge initiale des problèmes aigus, AVC, infarctus, œdème du poumon, on est obligé d'y aller et de bidouiller un peu* ».

Il est d'ailleurs à noter que nombre d'entre eux sont médecins pompiers ou formés à l'urgence.

Remplacements

Deux attitudes se dégagent. Les médecins interrogés étant maitres de stage ont peu de difficultés à se faire remplacer en puisant chez leurs anciens internes : M12 « *Ils savent comment je travaille, c'est pour éviter de devoir tout reprendre, c'est pas évident, le logiciel, il y en a tellement…* » Beaucoup ne se font pas remplacer du tout car ils ne trouvent pas de remplaçants ; d'autres soit ferment leur cabinet, soit ne partent pas en vacances, soit basculent leur patientèle chez leurs associés ou un confrère voisin avec qui ils sont organisés.

<u>Difficultés d'ordre structurel</u>

Réseau routier

La mauvaise qualité de ce réseau augmente les temps de trajets, ce qui rend difficile la réalisation de certaines visites : M13 « *C'est-à-dire que quand on compte en kilomètres ça parait peu, mais quand on sait que pour faire quarante kilomètres il faut en moyenne trois quart d'heure.* »

Le réseau routier corse présente de part sa dangerosité une difficulté supplémentaire : M11 « *Ici, comme disent les corses : « On ne conduit pas, on pilote.* ». », ce d'autant plus en période estivale où le réseau n'est pas adapté à l'afflux de circulation.

Réseaux numériques

L'état des réseaux numériques est jugé problématique par bon nombre de médecins interrogés. Pour ce qui est d'internet, le réseau est jugé correct en ce qui concerne le débit, mais limité pour le développement de certaines activités, notamment la télémédecine : M14 « *Envoyer une photo d'un bouton à un dermato pour avoir un avis, ça va mettre trente minutes pour passer, c'est même pas la peine.* »

En ce qui concerne la téléphonie, le réseau est jugé fragile, aléatoire, et météo dépendant : M10 « *Il y a des conditions météo souvent instables, il n'est pas rare qu'on soit privé de courant l'hiver pendant deux jours, plus de chauffage, plus de téléphone, plus d'éclairage.* », problématique surtout en visite, obligeant certains médecins à s'adapter : M11 « *Les opérateurs, il y a un côté c'est orange et l'autre côté c'est SFR, donc j'ai une ligne orange et une ligne SFR.* »

<u>Spécificité Corse</u>

Les médecins n'ayant exercé qu'en Corse éprouvent des difficultés à désigner des éléments spécifiques ou majorés par cet exercice en l'absence d'éléments de comparaison : M5 « *C'est vrai qu'on a peut-être ce handicap de ne pas savoir comment ça se passe ailleurs.* »

Malgré cela, ils mettent en avant en premier lieu la particularité géographique avec l'éloignement et les distances qui en découlent, et l'insularité : M14 : « *Ici, si vous voulez faire quelque chose, c'est l'avion ou le bateau, six mois de l'année il n'y en a pas beaucoup, c'est le problème de l'isolement de l'île, l'insularité, les transports, la continuité territoriale.* », avec une dépendance aux transports pour aller sur le continent, aggravée par des rotations moins fréquentes l'hiver.

L'absence de CHU avec comme corollaire le recours fréquent à ceux du continent est aussi reconnu comme une spécificité : M7 « *Il n'y a qu'en Corse où j'ai fait des bons de transports d'avion.* »

Solutions proposées

Les médecins interrogés proposent de nombreuses solutions afin de lutter contre les difficultés qu'ils rencontrent.

Les solutions les plus souvent citées sont d'ordre fiscal : abaissement des charges, défiscalisation plus importante, aides diverses à l'installation. Quelques médecins déplorent le fait de ne pas être éligible à ces aides alors qu'eux même sont en poste et participent déjà à l'offre de soin depuis de nombreuses années. Selon eux, cela encourage plutôt des « mercenaires » à venir s'installer et à repartir aussi rapidement

Pour de nombreux médecins, une des solutions à l'installation de nouveaux confrères serait un meilleur aménagement du territoire, que ce soit au niveau routier, structures de base (poste, école…), transports, accès à la technologie…

La télémédecine est jugée comme une bonne solution par la plupart des médecins, dans le cas d'une demande d'avis à un confrère spécialiste, mais ils ne voient pas d'un bon œil une consultation à distance sans examiner le patient.

D'autres solutions sont évoquées : rendre la formation continue obligatoire, favoriser le regroupement des médecins, développer les accueillants familiaux plutôt que les EHPAD, développer les maisons médicales.

Bilan

Pour l'ensemble des médecins interrogés, le bilan est globalement positif malgré les diverses contraintes : M3 « *Pour moi c'est le plus beau métier du monde.* » ; M10 *« Je suis devenu corse et mes enfants aussi.* » Un seul évoque la nécessité de partir pour se rapprocher d'un centre urbain en raison de son isolement.

DISCUSSION

L'échantillon

La moyenne d'âge de l'échantillon (53 ans) était cohérente avec la moyenne d'âge nationale des médecins généralistes indiquée par l'Ordre des médecins en 2017 (9), et inférieure à la moyenne d'âge en Corse en 2015 qui était de 54 ans. La répartition homme/femme était également en accord avec la moyenne régionale : trois femmes soit environ 21% pour une moyenne à 23%.

La répartition de l'échantillon sur l'ensemble du territoire corse et la variété des profils sont une force de l'étude, ainsi que la réalisation d'une double analyse, permettant d'éviter un biais d'interprétation. Pour être totalement exhaustif, il aurait été appréciable d'avoir dans l'échantillon un médecin exerçant en centre Corse dans la région de Corte mais les médecins contactés dans cette zone n'ont pas donné suite à nos sollicitations. Cinq médecins interrogés avaient exercé sur le continent avant de venir s'installer en Corse. Ce double regard sur la pratique de la médecine est une force de l'étude en permettant la comparaison entre Corse et continent bien sûr, mais aussi entre rural et urbain pour certains. Le fait de connaître certains médecins interrogés est une force de l'étude car cela permettait aux médecins de se livrer plus facilement en étant en confiance, mais pouvait a contrario induire un biais d'interprétation et un biais affectif. Cependant, il était difficile de s'affranchir de cet état de fait. La Corse étant une petite région (la plus petite de France), les médecins se connaissent facilement. La réalisation d'une partie des entretiens par téléphone constitue un biais d'investigation, car ne permettant pas de capter le langage non verbal. Il n'y avait cependant pas d'autres alternatives compte tenu des distances à parcourir, afin d'avoir une répartition sur tout le territoire. De même, l'inexpérience dans la conduite des entretiens est un biais d'information, n'ayant pas toujours permis d'approfondir certains thèmes.

Le rural

La première difficulté mise en avant, et qui sera le fil rouge tout au long des résultats recueillis, est l'éloignement et l'isolement consécutif à l'exercice en milieu rural et semi-rural, et ce d'autant plus que les médecins étaient éloignés des pôles urbains principaux que sont Bastia et Ajaccio, qui eux-mêmes ne sont pas de grands centres. Il est à noter qu'en Corse 62% des communes sont à plus d'une heure des centres urbains et la répartition

démographique montre que 66% de la population se situe en communes peu et très peu denses (10). La Corse est également la région la moins densément peuplée de France avec 37,4 habitants au kilomètre carré contre 116 en moyenne nationale (11).

Le poids de l'éloignement et l'isolement ont été mis en évidence par les médecins, ce que l'on retrouve dans d'autres travaux. Selon *Arnaud et al* (12), c'est une donnée considérée comme un frein à l'installation de médecins généralistes en milieu rural. Elle souligne l'éloignement structurel ainsi que l'isolement en matière d'accès à la culture avec un impact non négligeable sur la vie sociale, données que nous retrouvons également dans les entretiens. Selon *Rigot et al*, cet éloignement est effectivement une difficulté dans l'exercice rural, et est perçu comme une contrainte. Seule *Veauvy et al* (13)*,* dans sa thèse sur l'installation de jeunes médecins en zone rurale, montre que l'éloignement des structures de soins n'est pas vécu comme un poids par les médecins généralistes. Cependant, la difficulté d'accès aux structures inhérente à la géographie et au réseau routier corse n'est pas un facteur que l'on retrouve forcément dans la région étudiée par *Veauvy et al*, à savoir l'Indre et Loire.

La qualité de vie en milieu rural était largement mise en avant par les médecins de l'échantillon. C'est un élément que l'on retrouve fréquemment dans d'autres travaux. Ainsi *Veauvy et al* montre que la zone rurale leur permettait d'avoir un plus grand espace de vie. *Maisonneuve et al* démontre quant à elle que les médecins ruraux sont satisfaits de leur qualité de vie professionnelle et personnelle.

Les facteurs d'installation en milieu rural ont été évalués par *Chandez et al* (14). Il identifie les facteurs suivants : le rôle des stages ambulatoires pour la formation décisionnelle et technique, l'apport des remplacements pour le choix du type d'exercice, la place de l'histoire personnelle et des projets familiaux, l'envie d'un exercice médical en groupe, modulable et diversifiable, enfin, le rôle attractif du médecin de famille, acteur de santé sur un territoire. Nous retrouvons dans les réponses de notre échantillon une partie de ces motivations.

L'offre de soins en Corse

Les difficultés liées à l'offre de soin étaient ensuite mises en avant par les médecins interrogés. La densité en médecin généraliste était jugée correcte par les médecins ce qui est confirmé par l'Ordre. La Corse est en deuxième position (143,6 pour 100 000 habitants), juste

derrière la région PACA. Cette donnée brute ne peut être interprétée telle quelle, ne prenant en compte ni la particularité territoriale, ni la polarisation importante sur Bastia et Ajaccio. De plus, selon la DREES, la Corse présente la moyenne d'âge des médecins généralistes la plus élevée de France (55 ans) (15), l'exposant dans les années à venir à une forte diminution de leur densité, avec une probable désertification du milieu rural. Elle est d'ailleurs décrite par l'Ordre des médecins en 2016 comme non attractive pour la médecine générale et les spécialités chirurgicales au vu du nombre de médecins sortants plus importants que le nombre des entrants (16). De plus, on y note depuis plusieurs années une augmentation notable de la population (+ 8,75% entre 2007 et 2016) non compensée par l'installation de praticiens (+1,4% de médecins actifs, toute activité confondue sur la même période). Ces différentes problématiques avaient déjà été dénoncées par un rapport de la CTC en Avril 2011 (17) et par une étude de l'URML Corse en 2008 (18).

Les médecins pointaient des difficultés d'accès à certaines spécialités par manque ou délai de rendez-vous important. Selon la DREES, il n'y a effectivement aucun hématologue ni chirurgien cardio-thoracique inscrit en Corse. Dans les spécialités dites manquantes par les médecins, la DREES décompte sept endocrinologues (six en libéral), six médecins internistes, sept neurologues (deux en libéral, deux mixtes, trois hospitaliers), sept rhumatologues (six en libéral, un hospitalier), vingt-neuf ophtalmologues (vingt-trois en libéral et cinq mixte) et treize dermatologues (tous en libéral). Parmi ces spécialités, on retrouve une forte disparité départementale en rhumatologie (un en Haute-Corse, cinq en Corse du Sud), et en dermatologie (neuf en Corse du Sud, quatre en Haute-Corse) (19). Ils sont installés préférentiellement à Bastia et Ajaccio. On relève quelques consultations délocalisées pour améliorer l'accès aux soins dans les autres zones dans des structures publiques (ex : hôpital de Bonifacio), des maisons de santé, ou des structures privées (ex : Clinique de l'Ospedale à Porto-Vecchio).

Malgré cela dans l'exercice quotidien il est parfois difficile d'avoir accès à un intervenant, c'est pour cela notamment que des expérimentations de télémédecine ont vu le jour : la télé-dermatologie pour répondre au déficit en dermatologue de l'île et pour des recours rapides, et la rétinographie non mydriatique pour faciliter le dépistage et le suivi des rétinopathies diabétiques.

La situation de la structure hospitalière en Corse était également décrite comme difficile par les médecins interrogés, avec des services totalement absents, obligeant les

patients à effectuer des soins sur le continent. Il est à noter que la Corse, selon l'INSEE, présente le taux de fuite, c'est-à-dire le taux de patients changeant de région pour être traités, le plus important de France (14,8%) (20). Selon l'ARS, ces fuites se répartissent en deux catégories :

- Fuites pour lesquelles il n'existe pas d'offre de soins développée en hospitalisation au niveau régional ou départemental, notamment en endocrinologie, rhumatologie, neurologie, maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques ;
- Fuites pour lesquelles il existe une consommation de soins déjà importante dans les établissements de santé de la région : hépato-gastro-entérologie et cardiologie (21).

Autre particularité, la Corse est, toujours selon l'INSEE, la région où la fonction publique hospitalière est la moins présente, compensée par une offre privée prépondérante (54%). C'est cette offre privée qui, selon certains médecins interrogés, permet encore des prises en charge adéquates. Cette pauvreté du service public a une autre cause prépondérante : l'absence de CHU ou de CHR. En effet, la Corse est la seule région de France, outre-mer compris, à ne pas en bénéficier, obligeant parfois les hôpitaux locaux à effectuer des évacuations sanitaires sur le continent, avec des contraintes en termes de temps et de coût. La mise en place d'une telle structure se heurte à la question de sa rentabilité par rapport au bassin de population concerné, et à la proximité du continent.

Une troisième difficulté a été mise en exergue : celle d'hospitaliser directement un patient en service sans passer par les urgences. Cela a été également mis en évidence à Mâcon par *Le Gall et al* (22) et par *Mezino et al* (23) au CHU de la Réunion. Ce dernier montrait que l'admission directe était délicate à mettre en place par les médecins généralistes, qui s'orientaient plus vers les urgences, soit par manque de temps pour organiser l'hospitalisation, soit à cause du refus du praticien hospitalier de faire une admission directe. Cette impossibilité a tendance à surcharger des services d'urgence déjà débordés. De plus, cela semble délétère pour le patient car il a été démontré par *Favre et al* (24) que les patients âgés de plus de 75 ans admis en entrée directe bénéficiaient d'une hospitalisation moins longue et retournaient plus souvent et plus rapidement à domicile que les autres.

Il faut enfin rappeler que les hôpitaux publics de Bastia et Ajaccio sont aujourd'hui en proie à de fortes difficultés d'ordre budgétaire. Néanmoins, l'État finance la construction actuelle du nouvel hôpital d'Ajaccio à hauteur de 140 millions d'euros, ainsi que la rénovation en deux temps de l'hôpital de Bastia, afin de moderniser les structures insulaires.

L'accès aux examens complémentaires ne semble pas problématique. En ce qui concerne la biologie, l'état des lieux fait par l'ARS en 2012 pour le projet régional de santé montrait qu'il existait 28 sites de prélèvement représentant 18 laboratoires avec un déséquilibre nord-sud important (20 en Haute-Corse, huit en Corse du Sud). Il y a en France en moyenne un laboratoire pour 16 000 habitants. En 2012 en Corse, il y avait un laboratoire pour 16 831 habitants soit un rapport comparable à la moyenne nationale. Selon l'ARS, l'offre en biologie était à l'époque de nature à répondre aux besoins de la population. Ces données vont être réévaluées en 2018 pour l'élaboration du prochain plan régional de santé 2018-2022.

Pour ce qui est de l'imagerie, l'accès aux examens les plus courants ne semble pas poser de problème hors zones reculées. La Corse possède cinq IRM et sept scanners répartis sur l'ensemble du littoral, ce qui est selon le SROS équivalent à la moyenne nationale pour la densité par habitant. C'est un secteur qui a connu une forte progression en matière de densité (seulement deux IRM installées en 2012).

En ce qui concerne le transport sanitaire, les médecins évoquaient des difficultés à avoir accès à un transport hors SMUR et pompier. Selon la CPAM (25), la Corse est la région avec le montant par habitant et le coût moyen en transport sanitaire le plus élevé. Ceci est en partie dû au taux de fuite énoncé plus haut, provoquant également des difficultés pour la prise en charge des patients en matière de confort et de coûts. Cette problématique est néanmoins amortie par un tissu associatif développé, par exemple l'association INSEME, qui propose des conseils et une aide logistique aux familles des patients devant se rendre sur le continent pour être soignés (26).

S'agissant des professions paramédicales, les médecins ne relevaient pas de difficultés dans l'accès aux infirmiers et aux kinésithérapeutes. Ils se satisfont de la présence de nombreux infirmiers libéraux, notamment pour les aider à prendre en charge des patients à domicile ne pouvant pas se déplacer. Ils notent que cela les aide grandement dans la gestion de leurs patients parfois éloignés. Cette délégation des tâches est souhaitée par les médecins comme l'a souligné *Marquisey-Varney et al.* Néanmoins, selon elle, des obstacles liés aux conditions matérielles, au contenu des actes délégués, à la formation des IDE, à la responsabilité et au financement les empêchent d'y adhérer totalement (27). Le protocole ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe) est un parfait exemple de délégation des tâches. Le principe est d'établir une coopération entre infirmiers et médecins généralistes,

avec des transferts d'actes et d'activités entre professionnels médicaux et paramédicaux, en l'occurrence ici une infirmière, pour améliorer la qualité des soins des patients grâce au dépistage (troubles cognitifs des personnes âgées et BPCO du patient tabagique) et au suivi de pathologies chroniques (diabète et risque cardio vasculaire) (28).

Selon la DREES en 2014 (29), concernant les infirmiers libéraux, les deux départements de Corse font partie de ceux où la densité est la plus forte. Concernant les kinésithérapeutes, elle est plus importante en Corse du Sud qu'en Haute-Corse, mais les effectifs demeurent élevés. Ce constat a également été fait par l'ARS en 2012 lors de l'élaboration du projet régional de santé. En revanche, la DREES montre un déficit concernant les autres spécialités paramédicales comme les orthophonistes, les audioprothésistes, les diététiciens, les ergothérapeutes, avec des densités en dessous de la moyenne nationale.

La Corse est, selon l'INSEE, la région française où la part d'individus de plus de 60 ans est la plus importante, ce qui en fait une région où le problème de la prise en charge des personnes âgées va devenir central. Les médecins de l'échantillon ne semblaient pas ressentir de manque concernant le placement des personnes âgées en EHPAD bien que la répartition de ceux-ci soit inégale avec une forte densité sur Ajaccio et Bastia. Il est noté un taux d'occupation faible, ceci pouvant s'expliquer par le fait que les personnes vivant en dehors de ces zones n'aspirent pas forcément à s'éloigner de leur village et de leurs proches pour aller vivre dans ces structures onéreuses. De plus, les familles ont tendance culturellement à maintenir à domicile leurs aînés autant qu'il leur est possible. Il n'en demeure pas moins que selon l'Observatoire des territoires, le taux d'équipement en place d'hébergement pour les personnes de plus de 75 ans est deux fois inférieur à la moyenne nationale (57 pour 1000 personnes contre 121,7). *Morin et al* (30) a mis en évidence en 2014 un nombre de lits d'EHPAD en Corse insuffisant, et polarisé avec une forte part dans le privé. Il faut souligner néanmoins que depuis, plusieurs EHPAD ont été ou vont être créés.

Concernant le handicap, l'ARS a prévu dans son projet interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC 2017) (31) de renforcer son action, notamment pour la prise en charge des patients handicapés présentant des troubles du spectre autistique, où elle reconnaît que l'offre d'accompagnement spécifique est insuffisamment développée à la fois sur le secteur adulte et enfant.

La pratique de la médecine générale en zone rurale

Les difficultés liées à la pratique de la médecine générale étaient ensuite mises en avant, avec en premier lieu celles liées à la surcharge administrative du quotidien des médecins. Même si elles ne relèvent pas seulement de la médecine rurale, mais de la médecine libérale en règle générale, force est de constater que l'éloignement des structures administratives à Bastia et à Ajaccio les aggrave en cas de nécessité d'avoir un contact direct avec les caisses. Lors des différents entretiens, l'administratif recouvrait plusieurs champs :

- Les rapports à la CPAM,
- La comptabilité
- Les différents formulaires et certificats à remplir au cours de la consultation ou non,
- Les rapports avec les assurances,
- Les rapports avec la CARMF et l'URSSAF

Le poids de la part administrative a été mis en évidence lors d'une étude de l'URML Rhône-Alpes en 2010 (32) ainsi que par *Maisonneuve et a*l. Le temps administratif hebdomadaire mesuré variait, selon les sources, entre 4h30 et 6h. *Rakotoarivonina et al*, par une étude observationnelle, a mis en évidence une charge supplémentaire variant entre 4h08 et 4h42 soit environ 15% du temps de consultation (33). Cette activité, selon les médecins interrogés, n'a fait qu'augmenter au cours des dernières années. Selon *Begon-Bellet et al* (34) cela apparaît comme une des causes d'épuisement professionnel. Bien sûr ce poids peut être allégé par la présence d'une secrétaire au cabinet médical, pouvant prendre en charge une partie des obligations administratives.

Les urgences et leur gestion font partie du quotidien des médecins ruraux. La distance et le temps d'accès au centre d'urgence ou au SAMU conditionnent les prises en charge de ces situations. En effet, l'attitude thérapeutique sera différente selon que le patient se trouve à vingt minutes ou à deux heures de l'hôpital, ou du SMUR. Les médecins les plus éloignés des centres étaient d'ailleurs souvent formés à l'urgence, médecin pompier ou correspondant SAMU. Selon *Sander et al* (35)*,* l'isolement des médecins est un facteur déterminant dans leur motivation et leur volonté à pouvoir faire face à des situations d'urgence et à remettre régulièrement à jour leurs connaissances théoriques et pratiques afin de continuer à se sentir à l'aise dans ces cas particuliers. L'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, pour toute la population, fait partie des priorités du gouvernement et constitue l'un des engagements du

pacte territoire santé. C'est dans ce cadre que le dispositif des médecins correspondants SAMU a été déployé en 2016. En Corse, une expérimentation est en cours dans deux zones où l'accès aux soins urgents est à plus de 45 minutes : la Costa Verde et les Deux-Sevi. Malheureusement, par manque de volontaires, toutes les zones isolées ne sont pas encore couvertes (36).

Les relations avec la patientèle sont également jugées problématiques du fait de la proximité. Dans son travail sur les freins à l'installation en médecine rurale, *Arnaud et al* a bien mis en évidence cette contrainte de proximité de la patientèle et du manque d'anonymat. Cette contrainte était perçue comme un frein à l'installation surtout par les internes interrogés. La Corse étant un petit territoire centré en rural sur le village, garder l'anonymat pour un médecin semble impossible.

Enfin les médecins étaient impactés différemment par la surcharge de travail estivale en fonction de leur zone d'installation. La Corse, selon l'agence du tourisme (37), a accueilli en 2017 trois millions de touristes, dont 73% entre Mai et Novembre, soit dix fois sa population. Cette surpopulation entraine :

- Une augmentation de la fréquentation des cabinets médicaux,
- Un allongement des temps de trajets à cause d'un réseau routier inadapté,
- Une hausse des prix.

Les médecins s'adaptent à ce constat : moins de visites à domicile, renouvellement d'ordonnance précoce et plus long pour ne pas charger la consultation aux mois de Juillet et Août.

Les médecins interrogés éprouvaient souvent des difficultés à se faire remplacer, les forçant à s'adapter pour remédier à ces problématiques : bascule de la patientèle chez un confrère local, absence de prise de congé, fermeture du cabinet, logement du remplaçant. *Maisonneuve et al* montre dans son étude que cela fait également partie des difficultés d'ordre professionnel mises le plus souvent en avant par les médecins. On note néanmoins que les médecins interrogés étant maîtres de stage universitaires se faisaient plus facilement remplacer, puisant souvent chez les internes ayant été en stage chez eux. Cela leur offrait également un réseau de remplaçants supplémentaires. Un outil d'aide à la recherche de remplaçants a été mis en place récemment par l'URPS de Corse, le site « Remplacorse ». Deux médecins de notre échantillon ont eu l'occasion de l'utiliser, avec des résultats mitigés.

La formation continue a été remplacée il y a quelques années par le Développement Professionnel Continu (DPC). Il est défini comme suit par la HAS (38): le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et il constitue une obligation quel que soit le mode d'exercice.

Selon les médecins interrogés, le tissu local de formation s'est depuis quelques années délité, en partie à cause de la réforme du DPC induisant plus de contraintes dans la réalisation et l'organisation de ces formations. Beaucoup de médecins sont obligés d'aller sur le continent pour se former. De l'aveu même des acteurs des organismes de formation, il devient difficile d'organiser des formations validant le DPC. Les médecins semblaient se former préférentiellement par voie de presse. La revue « Prescrire » était la plus souvent citée en référence. Quelques uns étaient en revanche très méfiants vis-à-vis des formations par internet, notamment les médecins les plus âgés, soit par manque de compétences en informatique, soit par crainte d'une dérive commerciale. Dans sa thèse*, Cordonnier et al* (39) montrait pourtant une forte adhésion des médecins généralistes à ce mode de formation. La nécessité d'avoir une formation indépendante des laboratoires pharmaceutiques était une priorité pour les médecins interrogés. Il apparaît évident en ces temps de défiance de l'opinion publique, et de scandales pharmaceutiques à répétition, d'avoir une information la plus éloignée possible de l'industrie pharmaceutique et basée sur des preuves valables.

Des réseaux défaillants

Le troisième type de difficulté mis en évidence par les médecins interrogés était d'ordre structurel, notamment sur deux aspects : le réseau routier et l'accès au numérique. Concernant le réseau routier, son état est particulier en Corse : absence d'autoroute, durée de trajet allongée pour de courtes distances (exemple : distance Porto-Vecchio Ajaccio : 2h35 pour 140 km), routes majoritairement départementales, transports en commun peu développés, compliquant parfois les prises en charge en urgence, ou même le quotidien des patients devant se rendre régulièrement en consultation spécialisée sur Bastia et Ajaccio. Le mauvais état du réseau a été reconnu par l'assemblée de Corse en 2011 et un schéma d'aménagement des routes territoriales a été actualisé au 23 Juin 2011 sur plusieurs axes routiers (40).

La mauvaise qualité des réseaux internet et téléphoniques était également montrée du doigt. Selon l'ARCEP, la Corse est plutôt bien couverte en matière de réseau téléphonique, avec 99% des utilisateurs couverts par les quatre opérateurs. Néanmoins, il est à noter que la carte interactive de l'ARCEP se limite au réseau 2G qui concerne les seules communications vocales et les SMS. Elle a été élaborée à partir des seules données fournies par les opérateurs qui ne partagent par ailleurs pas la même méthodologie. Surtout, la réalité vécue par les usagers n'a ainsi pas été prise en compte. *Clément et al* (41) a mis en évidence, dans sa thèse sur l'utilisation du smartphone en médecine générale en Haute-Corse, que la lenteur de connexion était un frein à leur utilisation ainsi qu'à celle d'internet en pratique courante, et qu'une amélioration de ces deux réseaux inciterait les médecins à y avoir recours plus souvent. L'État, en accord avec l'ARCEP et les opérateurs, a prévu pour les prochaines années un dispositif d'amélioration des réseaux avec généralisation de la 4G. Il est évident, et cela a été souligné par quelques médecins de notre échantillon, qu'un bon réseau permet, outre une meilleure prise en charge à l'extérieur du cabinet, le développement de certaines activités comme la télémédecine, pour laquelle le transfert de photos volumineuses ne peut se faire correctement qu'avec un débit internet suffisant. Il est à noter que la fibre optique est encore en cours de déploiement en Corse et que seulement quatre communes y ont pour l'instant accès. L'État, par le plan France très haut débit pour Bastia et Ajaccio, et la CTC pour les autres territoires, investissent de concert dans ce déploiement, avec une couverture de l'ensemble des foyers prévue d'ici à 2030.

Une spécificité corse dans la pratique ?

L'un des objectifs de ce travail était de mettre en évidence une spécificité Corse dans les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ruraux. Ils répondaient difficilement à cette question puisque seulement cinq d'entre eux avaient exercé sur le continent, d'où un manque de comparaison significatif. Outre l'aspect insulaire et montagnard, ainsi que l'absence de CHU, il n'en demeure pas moins que la Corse présente les mêmes difficultés d'exercice que les autres terrains ruraux, avec seulement une majoration de l'intensité de celles-ci, notamment dans l'accès à certaines spécialités uniquement disponibles sur le continent. Il semble en effet plus facile de se rendre dans un CHU voisin en voiture comme *Veauvy et al* le montrait dans l'Indre et Loire, que de traverser la mer parfois seulement pour une consultation.

De manière générale la spécificité corse a néanmoins été reconnue par l'État avec l'accord du statut d'île montagne, la réévaluation du coefficient géographique pour les hôpitaux se rapprochant de celui des DOM-TOM, et par un volet spécifique à la Corse dans la stratégie nationale de santé 2018-2022. Celle-ci prend en compte les contraintes et fragilités du territoire dues à son statut d'île montagne, notamment en matière d'accessibilité ; la forte précarité observée (un habitant sur cinq sous le seuil de pauvreté) ; et le vieillissement de la population plus important que sur le continent. Plusieurs mesures sont mises en avant : autoriser des expérimentations dans les territoires ruraux, préserver l'offre de premier recours, compenser l'inaccessibilité par des moyens dédiés à l'innovation (télémédecine, téléconsultation…), garantir l'appui des CHU de Nice et Marseille, renforcer les capacités d'évacuation sanitaire vers le continent et intra insulaire, prendre en compte les chrono distances dans le maillage du territoire (42).

Au final, c'est la particularité géographique de la Corse en tant qu'île montagne, trop proche du continent pour bénéficier de politiques d'exception et suffisamment éloignée pour que cette distance soit problématique, qui en fait sa spécificité.

Des solutions diverses

Les solutions préconisées par les médecins pour améliorer leur activité médicale étaient variées. Les plus souvent citées étaient d'ordre fiscal. Cela rejoint l'étude de *Rigot et a*l où les médecins interrogés proposaient de telles dispositions. Il est à noter que plusieurs dispositifs sont disponibles en Corse : zone de revitalisation rurale avec exonération d'impôts sur le revenu pendant cinq ans si le territoire est éligible, défiscalisation d'une partie des revenus de permanence de soin en zone déficitaire, dispositif de praticien territorial de médecine générale. La même étude montre aussi que les médecins n'étaient pas convaincus de l'impact de ces aides sur l'installation de jeunes médecins, tandis que *Rozier et al* (43) montre qu'uniquement les maisons de santé pluridisciplinaires semblent avoir un impact sur l'installation. Les médecins installés trouvent anormal de ne pas également bénéficier d'aide, ce qui semble logique dans le sens où ils participent au maintien d'une offre de soin dans certains territoires, pour certains depuis de nombreuses années. Il existe cependant dans la nouvelle convention deux contrats qui se rapprochent de ces aides :

- Le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) destiné à encourager les médecins impliqués dans des démarches de prise en charge coordonnée sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en participant à une équipe de

soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé. Il vise également à valoriser l'activité de formation par l'accueil d'étudiants en médecine dans le cadre de stages en médecine de ville et la réalisation d'une part de l'activité libérale au sein d'hôpitaux de proximité.

- Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) pour encourager l'activité à temps partiel (avec un minimum de 10 jours par an – contre 28 précédemment) de médecins en soutien de leurs confrères exerçant dans des zones sous dotées. Il prévoit une aide correspondant à 10% des honoraires liés à l'activité dans la zone concernée, dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an (44).

Pour répondre au défaut d'offre de soin, des expérimentations de télémédecine ont vu le jour. La première en télé-dermatologie, mise en place de concert avec l'URPS Corse, et récemment évaluée par *Ottavy et al* (45) avec des résultats encourageants : un total de 10 665 kilomètres évités aux patients, une économie en termes de trajets et transports sanitaires pour les patients, quinze cas de cancers confirmés, essentiellement des carcinomes basocellulaires. 18 télé-expertises ont été réalisées pour des plaies chroniques avec quatre plaies totalement guéries. Il relevait cependant des problèmes liés à la maîtrise de l'outil informatique et à sa performance propre. La seconde est le dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie non mydriatique et interprétation à distance par un ophtalmologue rémunéré, projet subventionné par l'ARS de Corse. La troisième est le projet ETTIC (Évaluation de Télémédecine en Territoire Isolé Corse) qui consistait en une téléconsultation par visioconférence avec une infirmière auprès du patient. Ce dispositif a été étudié par *Dufoin et al* (46), mais n'a pu aboutir faute d'une participation insuffisante à l'étude, due à une méfiance des patients vis-à-vis de ce dispositif. Il faut noter également dans notre échantillon une méfiance des médecins qui ne conçoivent pas la médecine sans examen physique.

Enfin, selon les médecins de l'échantillon, l'incitation à l'installation de jeunes médecins passe par l'aménagement du territoire pour ce qui est de l'environnement socio-professionnel (travail pour le conjoint, une école pour les enfants, services de proximité, qui ont tendance à disparaître dans les territoires ruraux), par l'amélioration de la continuité territoriale, et par des initiatives locales telles que la fourniture par la mairie d'un local équipé, d'un logement de fonction, avec exonération de loyer.

Validité de l'étude et perspectives futures

In fine, les résultats de ce travail sont cohérents avec les données de la littérature, pour les différents thèmes abordés, apportant une forte validité externe à notre étude. L'originalité de ce travail repose sur le territoire étudié car il existe peu de travaux ayant été effectués en Corse. De plus, le large champ thématique de l'étude permet d'avoir une vision globale des difficultés rencontrées par les médecins dans leur pratique. Il serait intéressant à l'avenir d'effectuer le même travail dans d'autres zones rurales du continent ou dans les DOM-TOM afin de comparer les résultats.

Bien que le tableau dépeint puisse paraître sombre, l'avenir ne l'est pas. Les médecins décrivent bien le fait que la médecine de famille dite « à l'ancienne » ou sacerdotale est sur le point de disparaître, ainsi que le dogme « un médecin par village ». *Arnaud et al* montre bien cet état de fait, et les jeunes générations aspirent à une autre pratique de la médecine générale : exercice en groupe, travail en équipe pluridisciplinaire, mise en place de nouvelles technologies dans la pratique (télémédecine, échographie…), priorité de la vie privée sur la vie professionnelle. L'évolution de cet exercice est indispensable pour le valoriser et motiver les projets d'installations.

Différents exemples de réussite sur l'île montrent que les ressources et les volontés d'améliorer les choses sont présentes :

- Les maisons de santé pluridisciplinaires de San Nicolao et de Calenzana sont une satisfaction pour les usagers et pour les professionnels, et semblent être le modèle à suivre, vivement encouragé par le gouvernement qui souhaite doubler leur nombre d'ici 2022. Néanmoins les médecins de l'échantillon sont sceptiques quant à leur efficience car selon eux, la création de maisons de santé n'incitera pas de nouveaux médecins à venir s'installer.
- D'autres projets comme celui de la santé en plaine orientale sont porteurs d'espoir. Ce projet a pour but d'améliorer l'accès global aux soins grâce à plusieurs actions : renforcer le maillage territorial par le recrutement de médecins au sein d'équipes de soins primaires ou de maison de santé pluridisciplinaire, mettre en place le système des médecins correspondants SAMU sur toute la plaine ainsi qu'une maison médicale de garde à Ghisonaccia, développer des consultations avancées et de spécialités, construire un centre de réadaptation, améliorer les réseaux existants, construire un projet HAD en plaine, permettre un accès à l'imagerie et à la biologie sept jours sur sept.

- La maison de santé de Levie où différents praticiens se relaient pour assurer une présence médicale en montagne, avec une défiscalisation des honoraires et une prise en charge des frais de déplacements, est aussi une initiative intéressante.

C’est au moyen de telles initiatives que l’installation de jeunes médecins et l’amélioration de l’accès aux soins sur l’île seront possibles.

CONCLUSION

La répartition de l'échantillonnage sur tout le territoire corse en milieu rural, la double analyse des résultats ainsi que le large champ des thématiques abordées ont été autant d'atouts pour apprécier les difficultés rencontrées par les médecins de Corse dans leur exercice. Cette étude a mis en évidence trois grands types de difficultés :

- Les premières étaient liées à l'offre de soin avec une densité médicale qui se dégrade ; des manques dans le recours à certaines spécialités ou à certains services hospitaliers ; l'absence de CHU ; une déficience en capacité d'accueil des personnes âgées ou atteintes de handicap,
- Venaient ensuite les difficultés liées à la pratique même de la médecine générale : isolement et éloignement des structures de soins ; surcharge administrative ; surcharge de travail majorée l'été ; gestion des urgences parfois complexe ; formation continue déficiente sur le territoire avec réticence aux nouveaux moyens de formation ; difficultés à se faire remplacer ; absence d'anonymat,
- Enfin, les difficultés d'ordre structurel en rapport avec un réseau routier accidenté et dangereux ; un réseau numérique, internet et téléphonique, peu fiable.

La médecine rurale corse ne semble pas différer de la médecine rurale continentale, hormis l'absence de CHU, les difficultés conjointes de l'insularité et de la montagne.

Quelques solutions ont été proposées : incitation d'ordre fiscal, aménagement du territoire dans toutes ses composantes ou développement d'alternatives médicales (télémédecine…).

La médecine en Corse, tout comme la médecine libérale en général, est à un tournant de son histoire. Malgré une amélioration certaine des conditions d'exercice au cours du temps, la pratique de la médecine générale rurale demeure difficile, et peu attractive en l'état. Il est important, pour inciter les jeunes médecins à s'installer mais aussi pour la population insulaire, que la Corse développe son offre de soin, ses structures indispensables au quotidien, son réseau numérique, et l'accès aux zones les plus reculées, notamment en montagne. La continuité territoriale avec le continent doit également être renforcée, surtout en hiver. Ces évolutions sont essentielles et permettront de développer une médecine en phase avec son temps, pleinement inscrite dans le 21ème siècle.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Baude N, Flacher A, Bosson JL, Marchand O.**

   Soins primaires : crise et dynamique d'avenir : les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale.

   Med Med factuelle nos Prat. 2008;4(3):135-40.

2. **Maisonneuve Myriam.**

   Difficultés socio-professionnelles rencontrées par les médecins généralistes exerçant en milieu rural dans l'Oise en 2016 : étude de la qualité de vie.

   [Thèse d'exercice] Université de Picardie; 2016 35 p.

3. **Rigot Hélène.**

   Installation des médecins généralistes en milieu rural: motivations, impact des mesures incitatives, premières constatations et perspectives.

   [Thèse d'exercice] Université Paris Descartes; 2015 84p.

   Disponible sur :

   http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/d00013c83/Machaon-2015-14-RIGOT.pdf

4. **Mari N.**

   Loi Montagne : La Corse enfin reconnue, dans un article spécifique, comme île montagne.

   [Internet] Corse Net Infos 27 Septembre 2016.

   Disponible sur :

   http://www.corsenetinfos.corsica/Loi-Montagne-La-Corse-enfin-reconnue-dans-un-article-specifique-comme-ile-montagne_a23439.html

5. *Hôpitaux corses : Marisol Touraine annonce un relèvement du coefficient géographique à 11%.*

   Société Française de Médecine d'Urgence [Internet].

   Disponible sur :

   http://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/hopitaux-corses-marisol-touraine-annonce-un-relevement-du-coefficient-geographique-a-11-/new_id/59589

6. **Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé.**

   2016-1621 nov 28, 2016.

7. **Conseil national de l'Ordre des médecins.**

La démographie médicale en région Corse, situation en 2015

[Internet]. Disponible sur :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_corse_2015.pdf

8. **Institut National de la Statistique et des Études Économiques.**

Population par sexe et âge au 1er janvier 2016.

[Internet]. Disponible sur :

https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#tableau-TCRD_021_tab1_regions2016

9. **Conseil national de l'Ordre des médecins.**

Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er Janvier 2017.

[Internet] Disponible sur :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

10. **Bretel Antonin. Institut National de la Statistique et des Études Économiques..**

320 200 habitants en Corse au 1er janvier 2013.

[Internet]. Disponible sur :

https://www.insee.fr/fr/statistiques/1895102

11. **Institut National de la Statistique et des Études Économiques.**

Territoire - Population − La France et ses territoires.

[Internet]. Disponible sur :

https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372998?sommaire=1373022#tableau-multi_graph1_regions2016

12. **Arnaud Clémence, Thiron Pierre.**

Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés.

[Thèse d'exercice]. Université de Grenoble; 2013 167p.

13. **Veauvy Cindy.**

L'installation des jeunes médecins en zone rurale.

[Thèse d'exercice] Université de Tours; 2014 83p.

Disponible sur :

http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2014_Medecine_VeauvyCindy.pdf

14. **Chandez Charlotte, Chiron François.**

Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes: étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés

[Thèse d'exercice]. Université de Grenoble; 2013 214p.

15. **Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.**

Âge moyen des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe.

[Internet]. Disponible sur :

http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3341

16. **Conseil national de l'Ordre des médecins.**

Atlas de la démographie médicale, situation au 1er Janvier 2016.

[Internet]. Disponible sur :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

17. **Conseil économique, social et culturel de Corse.**

La perte d'autonomie des personnes âgées en Corse. 2011

18. **Casanova Paule.**

50 000 habitants du rural menacés par le désert médical.

Corse Matin 10 Juillet 2010.

[Internet] Disponible sur :

http://www.corsematin.com/article/corse/50-000-habitants-du-rural-menaces-par-le-desert-medical

19. **Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.**

Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe.

[Internet] Disponible sur :

http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3339

20. **Bretel Antonin. Institut National de la Statistique et des Études Économiques.**

Les spécificités géographiques et administratives portent l'emploi public en Corse.

[Internet] Disponible sur :

https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285720

21. **Agence Régionale de Santé de Corse.**

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) Corse 2012-2016.

[Internet] Disponible sur :

https://www.corse.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SROS%201.pdf

22. **Le Gall Aveline.**

Programmer les hospitalisations en médecine générale? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise.

Médecine. 1 sept 2010;6(7):326-30.

23. **Mezino Yohan.**

Motifs de recours des médecins généralistes aux urgences du CHU Sud Réunion, déterminants de la prise de décision et communication ville-hôpital.

[Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016 84p.

Disponible sur :

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01346746/document

24. **Favre Jonathan.**

Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant, admission directe ou par les urgences : une étude prospective en court séjour gériatrique.

[Thèse d'exercice]. Université de Lille 2; 2014 50p.

Disponible sur :

http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2721

25. **Caisse Primaire d'Assurance Maladie.**

Les dépenses de transport et leurs disparités régionales.

Les comptes de la CPAM. Juin 2016 p.108-111

[Internet] Disponible sur :

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche2.pdf

26. *Présentation de l'association INSEME.*

[Internet]. Disponible sur :

https://www.inseme.org/_a7.html

27. **Marquiset-Varney D, Dumel F.**

La délégation de tâche en médecine générale : étude qualitative par focus groups auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Comté.

Exercer 2009;85(supp1):54S-5S**.**

28. **Agence Régionale de Santé de Provence Alpes Côte d'Azur**

Améliorer la qualité des soins par la délégation d'actes : zoom sur le protocole Asalee.

Notre ARS 48, Février 2015.

[Internet] Disponible sur :
http://www.paca.paps.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_PAPS/J_exerce/Protocoles_de_cooperation/Article-protocole_Asalee.pdf

29. **Sicart Daniel.**

Les professions de santé au 1er Janvier 2014.

DREES Série statistiques n°189 Juin 2014.

[Internet] Disponible sur :

http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf

30. **Morin L.**

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014.

La Revue de Gériatrie 2015; 40, 529-38

31. **Agence Régionale de Santé de Corse.**

Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2014-2018 Mise à jour 2017.

[Internet] Disponible sur :

https://www.corse.ars.sante.fr/system/files/2017-09/Maj%20PRIAC%202017.pdf

32. **Bez Nicole.**

Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes.

URML Rhône-Alpes. Rapport n°661 Septembre 2010.

[Internet]. Disponible sur :

http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/publications/rapportcarepsurmlmedecintraitantversionfinale-1438163818.pdf

33. **Rakotoarivonina Solomampionina, Ferrier Renaud.**

Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral: Étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

[Thèse d'exercice]. Université de Nice Sophia Antipolis; 2015 91p.

34. **Begon-Bellet Aurélie.**

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire.

[Thèse d'exercice] Université de Saint-Etienne; 2003.

35. **Sander Caroline.**

Le médecin généraliste et les soins non programmés.

[Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2010 137p.

36. **Agence Régionale de Santé de Corse.**

Temps d'accès théorique aux soins urgents. Structure d'accueil urgences-SMUR. Couverture des MCS.

[Internet] Disponible sur :

https://www.corse.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Carte_MCS_et_territoires_a_plus_de_30min.pdf

37. *Chiffres clés.*

Corsica pro, site professionnel du tourisme corse

[Internet]. Disponible sur :

http://www.corsica-pro.com/fr/observatoire/chiffres-cles

38. **Haute Autorité de Santé.**

Développement professionnel continu (DPC).

[Internet] Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

39. **Cordonnier Pauline.**

La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu.

[Thèse d'exercice] Université de Strasbourg; 2011 242p.

40. **Collectivité Territoriale de Corse.**

Le réseau routier.

2012.

[Internet] Disponible sur :

https://www.corse.fr/Le-reseau-routier_a430.html

41. **Clément Nicolas.**

Place du smartphone en médecine générale : étude réalisée auprès de 88 médecins généralistes de Haute-Corse.

[Thèse d'exercice]. Université de Nice Sophia Antipolis; 2013 115p.

Disponible sur :

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00985653/document

42. **Ministère des solidarités et de la santé.**

Stratégie nationale de santé 2018-2022.

[Internet] Disponible sur :

https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2017-12-29_dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

43. **Rozier Pierre.**

Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013.

[Thèse d'exercice] Université d'Angers; 2015 55p.

44. **Caisse Primaire d'Assurance Maladie.**

La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie 2016-2021.

[Internet] Disponible sur :

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_convention_medicale_final.pdf

45. **Ottavy F, Filippi G.**

Retour d'expérience : un an de télé-expertise en dermatologie libérale en Corse.

Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine. avr 2017;6(1):23-9.

46. **Dufoin Mailys.**

Pathologies chroniques et téléconsultation: une expérimentation de médecine générale en zone rurale corse.

[Thèse d'exercice]. Université d'Aix-Marseille; 2013 68p.

ANNEXE 1

Questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon

- Age :

- Sexe :

- Année d'installation :

- Micro région d'exercice :

- Conditions d'exercice :

Guide d'entretien

1) Comment définiriez-vous le milieu rural, de manière général?
2) Quels facteurs ont favorisé votre installation en milieu rural ? en Corse ?
3) Quelles sont dans votre expérience les majeures difficultés que vous rencontrez dans votre exercice en milieu rural ?

Relances :

- *Quelles sont les **difficultés administratives** que vous rencontrez ? (rapport CPAM, médecins conseils, ODM…)*
- *Comment procédez-vous à votre **formation continue** ?*
- *Comment **organisez votre pratique au cabinet** (remplacements, prise de RDV, visites etc) ?*
- *Quel est votre regard sur la **densité médicale** en **Corse**, et plus particulièrement dans votre lieu d'exercice*
- *Quels sont les **rapports** que vous entretenez avec votre **patientèle** ?*
- *Comment gérez-vous la **surcharge estivale** ?*
- *Comment gérez-vous **la prise en charge des patients présents partiellement** en Corse (retraités notamment) ?*
- *Que pensez-vous du **numérique** et des **réseaux routiers** en Corse ?*

4) Quel est votre expérience de l'offre de soins en milieu rural en Corse ?

Relances :

- *Quelles sont les **spécialités** dont l'accès est **difficile** ou **impossible** dans votre*

pratique ?

- *Quels **services hospitaliers** ne sont **pas disponibles** ou **adaptés** selon vous en Corse ? Comment gérez-vous le cas échéant et avec quelles difficultés?*
- *Comment procédez-vous dans le cadre d'une nécessité d'**hospitalisation programmée** ?*
- *A quelle **distance** en temps de trajet (ou temps d'accès SMUR) vous trouvez-vous d'un centre d'**urgence** ? Quel **impact** cela a-t-il sur votre pratique ?*
- *Quel est votre regard sur **les transports ambulanciers** en semi-urgence en Corse ?*
- *Quelles sont les **difficultés** que vous rencontrez dans la gestion et la prise en charge **paramédicale** (IDE, Kiné, examens complémentaires…) ?*
- *Que pensez-vous de la dotation en **structures d'accueil des personnes âgées et du handicap** en Corse ? (EHPAD, CMP…)*
- *Que pensez-vous de **l'absence de CHU** ?*

5) Parmi toutes les difficultés d'exercice en milieu rural, quelles sont celles qui vous semblent spécifiques ou majorées en Corse ?

- Avez vous exercé ailleurs qu'en Corse ?

6) Quelles solutions proposeriez-vous pour lutter contre ces difficultés ?

Relances :

- *Que pensez-vous des **aides à l'installation** (ZRR, maison médicale…)?*
- *Que pensez-vous de la **télémédecine** ?*
- *Que pensez-vous des **initiatives** telles que : garde défiscalisées, médecin correspondant SAMU….) ?*

7) Quel bilan tirez-vous de votre installation en Corse ?

ANNEXE 2

Répartition géographique des médecins interrogés

RÉSUMÉ

Introduction : La médecine générale rurale représente un exercice professionnel difficile et peu attractif. La Corse se prête à l'évaluation de ces difficultés car c'est un territoire majoritairement rural dans sa géographie et sa répartition démographique. L'objectif principal est d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes installés en zone rurale en Corse dans le cadre de leur pratique. L'objectif secondaire est d'identifier celles qui sont spécifiques à la Corse, et de recueillir des pistes de solutions.

Matériel et méthode: Cette étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes installés en Corse, sélectionnés par connaissance interposée, ou grâce au registre des médecins généralistes communiqué par l'URPS de Corse. Le recueil de donnée s'est déroulé entre le 31 Août et le 7 Décembre 2017 où ont été effectués des entretiens semi-dirigés : six en face à face et huit par entretien téléphonique.

Résultats : 14 entretiens ont été réalisés et ont mis en évidence trois grands types de difficultés. Les premières sont liées à l'offre de soin avec une densité médicale qui se dégrade ; des manques dans l'accès à certaines spécialités ou services hospitaliers ; une déficience en capacité d'accueil des personnes âgées et atteinte de handicap ; l'absence de CHU. Viennent ensuite les difficultés liées à la pratique de la médecine générale : éloignement des structures de soin ; surcharge administrative et de travail majorée l'été ; gestion des urgences parfois complexe; formation continue déficiente sur le territoire avec réticence aux nouveaux moyens de formation; difficultés à se faire remplacer ; absence d'anonymat. Enfin, les difficultés d'ordre structurel en rapport avec un réseau routier dangereux ; un réseau numérique, internet et téléphonique peu fiable. L'absence de CHU, les difficultés conjointes de l'insularité et de la montagne et les difficultés de transport vers le continent semblent être les seuls éléments spécifiques à la Corse. Les solutions proposées sont d'ordre fiscal ; relatives à l'aménagement du territoire ou passent par le développement d'alternatives médicales.

Conclusion : Malgré les difficultés, les médecins sont satisfaits de leur exercice rural. Il serait intéressant d'effectuer à titre de comparaison la même étude dans d'autres territoires ruraux sur le continent et dans les DOM-TOMs. Les structures corses doivent évoluer pour permettre, par l'apport des nouvelles générations, de développer une médecine en phase avec son temps, pleinement inscrite dans le 21ème siècle.

Mots clés : Médecine générale, rural, ruralité, Corse, difficultés.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.