



HAL
open science

Bien-être au travail et installation pérenne des médecins généralistes en milieu rural

Vincent Ambert

► **To cite this version:**

Vincent Ambert. Bien-être au travail et installation pérenne des médecins généralistes en milieu rural : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02296417

HAL Id: dumas-02296417

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02296417>

Submitted on 25 Sep 2019

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

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

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

N°

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

AMBERT Vincent

Présentée et soutenue publiquement le 11 /07 /2019

Bien-être au travail et installation pérenne des
médecins généralistes en milieu rural : une étude
qualitative

Directeurs de thèse :

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand
Monsieur MARTY Laurent, Docteur en anthropologie, Faculté de médecine
Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur VORILHON Philippe Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand
Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand
Monsieur CAMBON Benoît, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand
Monsieur MARTY Laurent, Docteur en anthropologie, Faculté de médecine
Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

AMBERT Vincent

Présentée et soutenue publiquement le 11 /07 /2019

Bien-être au travail et installation pérenne des
médecins généralistes en milieu rural : une étude
qualitative

Directeurs de thèse :

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand
Monsieur MARTY Laurent, Docteur en anthropologie, Faculté de médecine
Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur VORILHON Philippe Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand
Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand
Monsieur CAMBON Benoît, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand
Monsieur MARTY Laurent, Docteur en anthropologie, Faculté de médecine
Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
----------------------------	-------------------

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mlle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie

***MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë

M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. BUISSON Anthony
M. COLL Guillaume

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Gastroentérologie
Neurochirurgie

Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan

Mme NOURRISSON Céline

Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte
Mme VAURS-BARRIERE Catherine
M. BAILLY Jean-Luc
Mlle AUBEL Corinne
M. BLANCHON Loïc
Mlle GUILLET Christelle
M. BIDET Yannick
M. MARCHAND Fabien
M. DALMASSO Guillaume
M. SOLER Cédric
M. GIRAUDET Fabrice
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène
Mme LAPORTE Catherine
M. LOLIGNIER Stéphane
Mme MARTEIL Gaëlle
M. PINEL Alexandre

Biophysique et Traitement de l'Image
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie Virologie
Oncologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Nutrition Humaine
Oncogénétique
Pharmacologie Médicale
Bactériologie
Biochimie Biologie Moléculaire
Biophysique et Traitement de l'Image
Médecine Générale
Médecine Générale
Neurosciences – Neuropharmacologie
Biologie de la Reproduction
Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles
M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

A Monsieur le Professeur Philippe VORILHON,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et je vous en remercie.

Je suis enchanté de soumettre ce travail à votre jugement.

Votre expertise en médecine générale rurale nous est essentielle, nous attendons vos commentaires éclairés sur ce sujet.

Merci pour l'intérêt que vous portez à ce sujet de thèse et merci également pour vos enseignements et votre engagement dans la formation des médecins généralistes.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Je tenais à vous remercier pour tous vos enseignements délivrés au cours de mon externat.

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.

Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Frédéric DUTHEIL,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci également pour l'intérêt que vous portez à ce sujet, votre expertise en santé au travail nous est essentielle.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect

A mes directeurs de thèse Dr Laurent MARTY et Pr Benoît CAMBON

Merci de m'avoir fait confiance en m'accordant la réalisation de ce travail passionnant.

Merci pour votre investissement, vos encouragements et vos réflexions qui m'ont accompagné tout au long de ce projet.

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude.

DEDICACES PERSONNELLES

A Ninon, à Marius, mes enfants, vous faites de moi le père le plus heureux du monde et rien ne comptera désormais plus que vous et votre bonheur.

A Sarah, mon épouse, mon amour depuis près de 15 ans. Grandir, vivre, et voir grandir nos enfants à tes côtés sont ma plus grande chance. Tu es l'être le plus remarquable que je connaisse. Merci de me (sup) porter depuis toutes ces années et de donner un cap à notre vie, sans ça je n'aurais fait que tourner en rond. Merci pour cette demande en mariage, même ça c'est toi qui l'as faite ! Merci aussi pour ton aide précieuse de cette thèse. Tu es mon idéal !

A mes parents, merci de ne jamais m'avoir laissé tomber, pourtant, 17 années d'études de médecine, ça a dû faire un beau trou dans le compte en banque...Désolé pour les cheveux blancs, la calvitie précoce et les ulcères à l'estomac causés par mes doutes répétés et les envies de tout plaquer. Ça y est, c'est la fin d'une longue route semée d'embûches, vous allez enfin pouvoir souffler. Merci d'être vous. Je vous aime !!!

A mon frère, à Aurélie, Léo et Robin. Vous savoir auprès de moi m'a aidé à tenir le coup dans les moments difficiles. Merci pour votre amour qui est réciproque.

A ma famille, le départ brutal de mamie Jeannine me faisait craindre un éloignement : il n'en est rien !!! Merci de rendre toutes ces réunions de famille aussi cool.

A mes beaux-parents, merci de votre soutien inconditionnel, de votre implication sans faille auprès de nos enfants. Je suis souvent taquin mais tellement reconnaissant.

A Mehdi, Sara et Léna: si loin géographiquement mais si près du cœur.

Vous m'êtes tellement chers tous les cinq, presque six, je vous aime.

A mes amis d'enfance, Mike, Brun's, Math et vos chères et tendres, Caro, Ness (et la tienne Brun's que ne citerai pas, j'arrive plus à suivre...) : vous resterez toujours les numbers one, des mecs, des vrais. Notre amitié est indéfectible.

A vous les amis Stéphane, Céline, Julien, Pierre, Perrine, Émilie, Mathieu, Camille, Jérem, Kiki, Soso, ma vieille coisne de Renaud, Sophia, Boris : merci pour toutes ces années de partage. C'est un honneur d'être ami avec vous. Il va désormais falloir trouver autre chose que « Bon alors cette thèse ça avance ??? » pour me chamber. Camille, Aylan, Gabin, Neyl, Paul, Lucien, Romane, Ava, Inès, Gabinou, Adèle, Lison et Léon vous avez de la chance de grandir avec d'aussi bons parents.

Spéciale dédicace à Camille et à ta mère qui nous a enfermés pendant un an et nous a permis d'avoir ce fichu concours de P1 ! A Ju merci d'avoir partagé cet appart où l'odeur de la douce vie régnait, tu me manques, reviens vite en Auvergne ! A Ussel, nos escapades de ride sur neige, terre ou mer sont indispensables à mon équilibre ! A mon Pierrot Chesneau, souvent critiqué toujours jaloué mais jamais égalé ! j'espère rapidement te présenter notre petite tribu sous les tropiques.

Je tiens également à remercier toutes celles et ceux qui ont contribué à ma formation professionnelle, pour la transmission de leur savoir et de leur expérience mais pas que : David, Aziz, Patrick, Brigitte, Émilie, Pierre, Jean-Yves, Caroline, Jeannot, Dominique, Aslam.

Table des matières

Liste des abréviations.....	15
Introduction.....	16
Méthode.....	19
1. Présentation et choix de la méthode.....	19
1.1. Buts.....	19
1.2. Recherche bibliographique.....	19
1.3. Justification de la recherche qualitative.....	20
2. L'étude qualitative.....	20
2.1. Élaboration de l'échantillon.....	20
2.2. Entretiens semi-dirigés.....	22
2.3. Canevas d'entretien.....	23
2.4. Analyse des données.....	24
Résultats.....	25
1. Vocation pour la médecine générale.....	25
2. L'installation.....	26
2.1. Facteurs favorisant l'installation.....	27
2.1.1. L'expérience des remplacements et/ou de la collaboration.....	27
2.1.2. Le soutien des patients.....	28
2.1.3. Le regroupement.....	28
2.1.4. Les aides.....	30
2.2. Freins à l'installation.....	33
2.2.1. La qualité de vie.....	33
2.2.2. La gestion du cabinet.....	33
2.2.3. Difficultés de l'exercice en groupe.....	34
2.2.4. Difficultés de l'exercice en cabinet, seul.....	36
3. Le milieu rural.....	36
3.1. Facteurs favorisant le choix du milieu rural.....	37
3.1.1. Intérêt des stages et des remplacements.....	37
3.1.2. L'attachement au territoire.....	37
3.1.3. La place du conjoint.....	38
3.1.4. Le rejet de l'exercice en ville.....	38
3.1.5. La patientèle.....	39
3.1.6. La diversité de l'activité.....	39
3.1.7. Répondre aux besoins d'un territoire.....	40
3.2. Freins à l'installation en milieu rural.....	40
3.2.1. La charge de travail.....	40
3.2.2. L'éloignement du plateau technique.....	41
3.2.3. La problématique des transports.....	42
3.2.4. L'impact sur la vie de famille.....	43
3.2.5. La charge mentale.....	43
3.2.6. Les remplacements.....	44
4. Le bien-être au travail.....	44
4.1. La maîtrise de son activité professionnelle.....	45

4.1.1. La maîtrise de sa charge de travail	45
4.1.2. L'exercice à plusieurs	46
4.1.3. La diversité de l'activité	47
4.1.4. Le besoin de se former	47
4.1.5. La nécessité d'un bon réseau de professionnels	48
4.1.6. La liberté d'organisation	48
4.2. L'organisation matérielle du cabinet médical	49
4.2.1. Le secrétariat	49
4.2.2. L'informatisation.....	49
4.2.3. Des locaux fonctionnels.....	50
4.3. Le sentiment d'être un bon médecin	50
4.4. Les facteurs protecteurs.....	51
Discussion	53
1. Forces et limites	53
2. Les déterminants d'une installation réussie en milieu rural ou comment accéder au bien-être au travail.....	55
Conclusion	66
Bibliographie	68
Annexes	71

Liste des abréviations

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CGET : Commissariat Général à l'Égalité des Territoires

CNOM : Conseil National de L'Ordre des Médecins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DU : Diplôme Universitaire

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de santé

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

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

MG : Médecins généralistes

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

MSU : Maître de Stage des Universités

ODM : Ordre Des Médecins

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTMR : Praticien Territorial de Médical de Remplacement

REAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

RPS : Risques Psycho-Sociaux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Introduction

« Prendre soin de ceux qui soignent »

Parce que le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a fait de *l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé* une priorité politique, c'est en ces termes qu'il a choisi d'intituler sa stratégie nationale déployée en 2016 (1).

Ces mots résonnent comme la construction d'un paradigme nouveau dans le domaine de la santé, où le bien-être au travail serait une préoccupation majeure. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit *le bien-être au travail* comme " un état d'esprit caractérisé par une harmonie satisfaisante entre d'un côté les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur et de l'autre les contraintes et les possibilités du milieu de travail " (2). Trop longtemps, les professionnels de santé ont délaissé leur bien-être, probablement au nom d'une certaine éthique qui veut que choisir un métier dans le domaine de la santé relève le plus souvent, d'une vocation, de l'abnégation ou du choix d'un métier-passion. Mais cette passion se heurte aussi aux contraintes horaires et physiques, à la charge mentale et émotionnelle qu'implique un tel engagement. Et ces dernières décennies, marquées par les problèmes de démographie médicale, témoignent d'une profonde mutation de l'éthos professionnel (3). En effet, comment expliquer la formation des déserts médicaux, dans une France où le nombre de médecins n'a jamais été aussi important ? (296 755 médecins recensés au 1^{er} janvier 2018 soit 35 377 de plus qu'en 2010 (+13,5%)). Paradoxe pour certains inacceptable, mais expliqué par une nette diminution du nombre de médecins engagés dans une activité régulière sur le territoire (- 10 % depuis 2010) (4). Et non, la féminisation de la profession médicale n'est pas en cause dans ce déclin d'activité. Différentes études montrent qu'il s'agit en fait d'un effet de génération plus qu'un effet de genre (3)(5). Les modes

d'investissement professionnels, aussi bien des femmes que des hommes médecins semblent s'être déplacés vers un équilibre entre l'organisation de leur activité professionnelle et la gestion d'une vie familiale et domestique, avec un temps consacré aux loisirs considéré comme indispensable à leur bien-être. On assiste à une véritable volonté de maîtriser son temps de travail et de s'affranchir d'un maximum de contraintes professionnelles, ce que l'activité libérale régulière dans certains bassins de vie du territoire ne semble pas pouvoir offrir.

Une fois ces nouveaux concepts de vie pris en considération, il est aisé de comprendre pourquoi les jeunes générations de médecins boudent l'installation en milieu rural et ne parviennent pas à pallier la formation de déserts médicaux : « m'installer oui, mais pas à n'importe quel prix ! ». On peut estimer que pour cette raison, le statut de remplaçant et l'exercice salarié connaissent un engouement auprès des jeunes générations car ces modes d'activité leur assurent des revenus confortables, du temps libre, tout en les affranchissant des contraintes imposées par l'exercice libéral. Pour preuve, l'Atlas de la démographie médicale de 2017 du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) met en évidence que lors de la première inscription au tableau de l'Ordre, 64,2% des jeunes générations de médecins privilégient l'exercice salarié et 21,3% l'exercice de remplaçant tandis que seuls 12,1% font le choix d'exercer en secteur libéral/mixte. Toutefois, ces chiffres sont à relativiser dans la mesure où les publications ordinales montrent également que ces jeunes médecins sont rapidement rattrapés par une volonté de s'installer puisque quatre ans après leur première inscription, la représentation de l'exercice libéral/mixte est en moyenne quatre fois plus importante (4).

Jeune médecin généraliste, je n'ai pas fait exception à la règle. Fort de mes quatre années d'expérience de remplacement dans le secteur du Sancy (actuellement classé ZAC

(Zone d'Action Complémentaire) par l'ARS (6)), j'ai ressenti l'envie de m'y installer. Toutefois, mon souhait d'installation s'est heurté au fait qu'aucun mode d'activité des différents médecins remplacés ne semblait pouvoir répondre à mes attentes en termes de bien-être professionnel et donc d'épanouissement personnel, m'amenant à une peur de l'installation. En effet, les rares médecins généralistes installés exercent dans des cabinets isolés, peu attractifs et les horaires imposés par la charge de travail et la permanence de soins ambulatoires me paraissent incompatibles avec une vie de famille. Néanmoins, cela n'a pas entravé ma motivation, et bien au contraire, a suscité bon nombre d'interrogations au sujet de l'accomplissement d'une installation réussie en milieu rural, conciliant bien-être au travail et bien-être personnel.

J'ai donc conçu cette thèse comme une recherche s'appuyant sur mon expérience personnelle et s'ouvrant par l'enquête sur l'expérience d'autres acteurs de santé. Mon objectif est d'apporter une contribution à la connaissance des déterminants de la décision de jeunes médecins généralistes ruraux à s'installer et à se sentir bien dans leur travail.

Ma question de recherche était la suivante : Quels sont les déterminants permettant aux médecins généralistes ruraux de se sentir bien dans leur travail et de s'installer de manière pérenne ?

Méthode

1. Présentation et choix de la méthode

1.1. Buts

Les objectifs de cette thèse étaient d'apporter une réflexion autour du bien-être au travail chez les médecins généralistes (MG) installés en milieu rural et d'en dégager les principaux déterminants communs afin d'apporter des pistes, d'une part pour faciliter leur installation en milieu rural, et d'autre part permettant d'assurer un exercice pérenne.

Pour cela nous avons réalisé des entretiens avec des MG installés en milieu rural et des professionnels ressources en contact avec les jeunes médecins généralistes souhaitant s'installer.

1.2. Recherche bibliographique

Les recherches ont été effectuées sur les bases de données : catalogue SUDOC, BDSP, Pubmed, en utilisant, entre autres les mots-clefs suivants : « *médecine générale* », « *installation* », « *milieu rural* », « *bien-être au travail* », « *qualité de vie au travail* », « *burnout* », « *freins à l'installation* ».

Les sites des institutions suivantes ont également été consultés : HAS (Haute Autorité de Santé), Ordre des médecins, OMS (Organisation Mondiale de la Santé), DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé), ARS (Agence Régionale de Santé), IRDES (Institut de Recherche et de

Documentation en Economie de la Santé), ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail).

Enfin les recherches ont été complétées en utilisant les mêmes mots-clefs dans le moteur de recherche généraliste Google.

1.3. Justification de la recherche qualitative

La recherche qualitative s'est avérée la plus pertinente pour exploiter objectivement des données extraites d'expériences personnelles et comprendre les problématiques actuelles de démographie médicale, en partant de la réalité telle qu'elle est vécue par les médecins et les autres acteurs impliqués.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés semblait la méthode de recueil de données la plus appropriée, permettant aux interviewés de se livrer dans un cadre confidentiel sur des thèmes subjectifs et intimes.

2. L'étude qualitative

2.1. Élaboration de l'échantillon

Nous avons choisi d'interroger des médecins et des professionnels de l'installation en milieu rural pour avoir plusieurs angles de vue de la situation.

Les médecins :

L'échantillon des médecins interrogés a été réalisé en fonction de leur lieu d'installation : en milieu rural, dans l'Ouest du département du Puy-de Dôme.

Le choix a été fait de ne pas interroger de médecins installés seuls, sans secrétariat (ou réalisé par leur conjoint(e)) ni informatisation car ce mode d'installation ne semble plus correspondre aux souhaits des jeunes générations de médecins (7).

Nous avons donc interrogé cinq médecins installés ou en cours d'installation : Trois d'entre eux étaient installés dans des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), un médecin était installé seul mais en quête d'associés et une collaboratrice était en cours d'installation. Un des médecins interrogés avait des fonctions au sein de l'Ordre des médecins et de la Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé (FFMPS).

	Genre	Age	Année d'installation	Type d'installation
Médecin 1	Homme	41 ans		Cabinet individuel. Recherche d'un associé en cours.
Médecin 2	Femme	64 ans	1985	MSP
Médecin 3	Femme	35 ans	2014	MSP
Médecin 4	Homme	36 ans	2017	MSP
Médecin 5	Femme	32 ans	2019	En collaboration dans un cabinet de groupe. Projet d'installation en MSP en cours.

Les professionnels ressources :

Nous avons interrogé également des professionnels ressources fréquemment en contact avec des jeunes médecins généralistes souhaitant s'installer en milieu rural. Nous avons donc contacté l'ARS, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), le syndicat du

Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (REAGJIR). L'Ordre des médecins et la Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé ont également été contactés et nous ont tous deux orienté vers un des médecins que nous avons déjà interrogé.

	Genre	Profession
ARS AURA	Femme	Référente installation
URPS	Femme	Médecin généraliste installée en semi rural
URPS	Femme	Médecin généraliste installée en ville
REAGJIR	Homme	Président

2.2. Entretiens semi-dirigés

Les entretiens se sont déroulés face-à-face entre l'interviewé et l'enquêteur. Son rôle consistait à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns, afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique et se sont déroulés sur la période d'octobre 2018 à mai 2019.

L'accord des participants pour enregistrer l'interview a été obtenu oralement. Ces entretiens, ont duré de 20 minutes à 1 heures 50 minutes. Tous les verbatims (annexe III) ont été retranscrits intégralement en utilisant le logiciel WORD et en respectant l'anonymat des personnes interrogées.

Six entretiens se sont déroulés en face à face, un entretien a consisté en un focus group présentiel de deux professionnels ressources (URPS) et un entretien a été réalisé téléphoniquement (REAJGIR).

2.3. Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien a été établi à la suite d'une étude de la littérature puis soumis à la correction d'un anthropologue qui a travaillé dans le champ des professions de santé.

Il comprend essentiellement des questions ouvertes afin de laisser émerger les pensées spontanées du sujet. Des relances définies préalablement ont permis d'aborder la plupart des idées de départ.

Les thèmes abordés dans le canevas d'entretien pour les médecins généralistes installés ou en cours d'installation (annexe I) comprenaient :

1. Le choix du métier (question « brise-glace »)
2. Les expériences des remplacements
3. Les facteurs ayant influencé leur installation en milieu rural
4. Le thème du bien-être au travail

Nous avons également souhaité interroger les professionnels ressources en contact avec les jeunes médecins généralistes souhaitant s'installer. Le canevas d'entretien (annexe II) abordait les thèmes suivants :

1. Les différents modes d'installation plébiscités par les jeunes médecins généralistes voulant exercer en milieu rural

2. Leurs attentes en termes de conditions de travail et de qualité de vie
3. Leurs interrogations récurrentes et leurs inquiétudes
4. Les besoins spécifiques requis par une installation en milieu rural
5. Les conditions facilitantes d'une installation et l'origine des échecs des projets

2.4. Analyse des données

L'analyse des données s'est faite en s'aidant du logiciel NVivo 12.0. Elle s'est déroulée en trois étapes :

1. Le codage ouvert.
2. La catégorisation regroupant les codes qui s'orientent vers une thématique similaire dans une même catégorie.
3. L'écriture des résultats.

Résultats

Le tableau (annexe IV), réalisé à l'aide du logiciel Nvivo, consigne les résultats recueillis lors des différents entretiens. Le codage ouvert a retrouvé 53 codes, classés en 20 sous-catégories et 4 catégories hiérarchisées par ordre décroissant de référencement : le bien-être au travail, l'installation, le milieu rural et la vocation pour la médecine générale.

Cependant, il n'a pas semblé pertinent de présenter les résultats selon cet ordre, l'étude qualitative n'ayant pas pour vocation de se justifier par des chiffres.

Le parti pris a été celui d'exposer les résultats en retraçant chronologiquement la démarche logique qui amène un médecin à faire le choix d'une installation, en milieu rural, soucieux de l'accomplissement de son bien-être au travail.

Ainsi nous commencerons par évoquer la question du choix de la médecine générale. Nous verrons ensuite que l'enjeu d'une installation est conditionné par des facteurs favorisants et des freins, dichotomie s'appliquant également à la problématique du milieu rural abordé en troisième partie. Enfin, nous nous attacherons à retranscrire les déterminants permettant aux médecins d'accéder au bien-être dans leur travail.

1. Vocation pour la médecine générale

En préambule, il semble important de souligner que pour les médecins interviewés, si la décision d'exercer en milieu rural procédait d'une réflexion complexe et mûrie, le choix de la médecine générale demeurait avant tout une vocation pour tous les médecins interrogés, remontant pour la plupart aux souvenirs d'enfance :

*Médecin (M) « J'avais un médecin super sympa, je pense que ça vient de là parce qu'en 6ème je savais déjà ce que je voulais faire. Et puis j'en n'ai pas démordu, je n'ai pas trouvé autre chose qui m'intéressait »,
M « Depuis le début du collège je veux faire médecin gé de campagne, en fait c'est un choix de longue date. Médecine gé de campagne oui je suis rentré en P1 pour ça oui. »*

L'attrait pour cette spécialité tient d'une part dans la diversité de l'exercice : pouvoir soigner les enfants, les femmes, les hommes les personnes âgées dans l'ensemble des pathologies qu'ils peuvent présenter. D'autre part la médecine générale attire parce qu'elle place l'Humain au premier plan : le patient est pris en compte dans sa globalité avec ses problèmes médicaux mais aussi sa personnalité, son psychisme et son contexte de vie.

M « Alors la médecine générale c'est parce que la cardio ça me plaisait, la pédiatrie ça me plaisait (rires), l'endocrino ça me plaisait donc après je me suis dit : autant faire médecine générale ».

M « Eh ben au final, la médecine c'était pas spécialement ce que je voulais faire initialement puisque je voulais avant tout faire de l'humanitaire [...] Mais au final, faire de la médecine générale en milieu rural, c'est un peu faire de l'humanitaire ! (rires), enfin je veux dire au sens propre du terme, c'est à dire que c'est très tourné sur l'Humain, donc c'est ce qui me convenait le mieux comme spécialité. »

Cependant, si la médecine générale était souvent une vocation, elle demeurerait également un choix raisonné, où l'abnégation n'avait plus sa place, et dont la pratique est en pleine mutation :

« C'est à dire que je ne conçois absolument pas de m'installer à la manière des anciennes générations de médecins, c'est à dire être corvéable à merci, disponible 24h sur 24. »

2. L'installation

Si l'installation a été le choix de tous les médecins interrogés, il est apparu que cette décision intervenait souvent après plusieurs années de réflexion autour d'un projet.

Nous verrons que quel que soit le mode d'installation (seul ou en groupe, reprise de cabinet ou création), plusieurs facteurs favorisant, en lien avec l'expérience personnelle et l'accompagnement professionnel, interviennent pour mener à bien ce projet. Toutefois,

les professionnels de santé concernés n'oubliaient pas les nombreux freins auxquels ils avaient dû se heurter.

2.1. Facteurs favorisant l'installation

2.1.1. L'expérience des remplacements et/ou de la collaboration

De façon unanime, les médecins interrogés s'accordaient sur le fait que les remplacements ou la création d'une collaboration étaient des prérequis à une installation, notamment en milieu rural. La possibilité de se confronter à divers lieux d'installations (rural, semi-rural, urbain), à différentes pratiques (exercice seul, en cabinet de groupe, informatisé ou non, avec ou sans secrétariat), leur avait permis de cerner leurs propres aspirations pour leur installation future. Par ailleurs cette période de remplacement ou de collaboration a été l'occasion d'acquérir de l'expérience professionnelle.

M « Les remplacements c'est intéressant pour se confronter à la diversité d'activités. J'ai eu plusieurs expériences, ça m'a permis de me confronter à différents exercices en cabinet de groupe, avec ou sans secrétariat, sur rendez-vous ou sans rendez-vous, des lieux d'activité différents : péri-urbain, campagne, montagne, à deux heures voire trois heures d'un CHU. »,

M « Ça m'a permis de voir différentes façons d'exercer et de pouvoir voir un petit peu comment moi je voulais essayer de m'organiser, les avantages, les inconvénients »,

M « C'était intéressant parce que c'était des pratiques différentes, il y avait de l'exercice regroupé, il y avait exercice semi-regroupé et exercice isolé complètement isolé enfin seul à l'ancienne, le cabinet dans la maison avec quasiment pas d'informatique pour les trois autres. C'était intéressant d'avoir les différents types de pratiques parce qu'il y a des choses qui sont bonnes à prendre et des choses moins bonnes dans les différents types de pratiques. Donc c'était assez instructif et étant donné que ce n'était pas les mêmes départements et pas les mêmes modes de fonctionnement, ça m'a appris à me dépatouiller. »

En outre, les remplacements permettaient la découverte du travail libéral, de la gestion administrative, humaine et matérielle qui en découle. Cette gestion de l'entreprise cabinet médical effraie parfois du fait de sa méconnaissance. En effet elle est peu abordée au cours de la formation initiale.

M « Et puis les remplacements c'est vraiment un moment où on se rend compte vraiment justement de l'organisation du cabinet, de tout ce que ça implique : que tu es chef d'entreprise, qu'il faut trouver une secrétaire, une femme de ménage, voir avec le comptable qui fait une feuille de paye. Enfin tout ce côté matériel qu'on ne connaît pas très bien »,

M « C'est vrai que notre formation à l'hôpital a des manques par rapport à la réalité du terrain. »

Plusieurs médecins avouaient également que ces périodes de remplacement, de par le temps libre qu'elles offrent, donnaient l'opportunité de se construire en-dehors de la médecine, de fonder une famille, de voyager.

M « J'ai remplacé 5 ans avant de m'installer, le temps de faire un enfant. »,

M « En sortant de l'internat, ce qu'on voulait c'était avoir beaucoup de temps libre pour pouvoir voyager tout en accumulant un peu d'expérience, et un peu d'argent avec les remplacements. »

Enfin, elles semblaient être un temps essentiel à la maturation d'un projet d'installation, aidant à se projeter dans l'avenir et permettant la réalisation d'un exercice à son image, avec ses propres patients.

M « Et donc ça m'a carrément aidé à savoir ce que je voulais faire et de ce que je ne voulais pas faire. »,

M « Le fait de pouvoir exercer comme on l'entend, dans les conditions matérielles qui nous conviennent. Et puis suivre des patients en fait. »

2.1.2. Le soutien des patients

La rencontre avec une patientèle qui leur correspond ainsi que le fait de se sentir soutenu par les patients dans son projet d'installation avait incité les jeunes médecins à s'établir.

M « Et ici, moi j'ai trouvé la patientèle qui me correspondait, et donc ça marche bien ici à cause de ça aussi. C'est ce qui a déterminé, je pense, mon choix ultime. Tout médecin doit trouver la patientèle qui lui correspond, c'est ça qui guide l'installation, que ce soit rural ou ailleurs. »,

M « Les patients sont pour beaucoup dans le choix du lieu d'installation je pense...enfin...disons que lorsqu'on apprécie le contact de ces patients-là, c'est probablement un signe ! Le signe qu'on est bien et qu'il faut y rester. »

2.1.3. Le regroupement

« S'installer oui, mais pas dans n'importe quelles conditions »

Le regroupement (exercice coordonné ou en groupe) était un mode d'installation évoqué à plusieurs reprises. Si les médecins soulignaient les nombreux avantages qu'il conférait, ils n'en oubliaient pas ses contraintes que nous évoquerons par la suite.

L'exercice regroupé présentait plusieurs avantages :

- Premièrement se regrouper permettait de simplifier les débuts d'exercice, notamment au niveau administratif, et de partager les charges du cabinet médical.

M « Il y a eu déjà le fait d'être avec mon associée qui avait déjà une secrétaire qu'ensuite on a partagé et puis c'est sûr que c'est intéressant d'avoir un médecin qui a un peu d'expérience et qui peut te guider un peu dans les démarches administratives et pouvoir échanger à propos des patients »,

Professionnel Ressources (PR) « Mais après en maison de santé ou en exercice de groupe ils sont coachés un peu par les autres, parce qu'il y en a un qui a son comptable, donc il lui dit bah tiens je vais te mettre en contact avec lui. »

- Selon les interrogés, le regroupement facilitait le recrutement d'associés et/ou de remplaçants.

PR « Et il a fait le choix de s'installer dans le groupe, parce que même s'il avait la possibilité de s'installer sur un des deux secteurs d'à côté dans un secteur en ZIP (NDLR : Zone d'Intervention Prioritaire) il aurait été contraint à s'installer seul donc il préférerait être en groupe et être dans la ZAC (NDLR : Zone d'Action Prioritaire) »,

M « Le dernier il s'est installé en Avril il était venu en rempla au démarrage, il a fait d'autres remplas et puis il est revenu puis il a dit est-ce que je peux m'installer ? »

- L'association présentait l'avantage d'une meilleure maîtrise de son temps de travail avec la possibilité de n'effectuer qu'un temps partiel ou de se faire remplacer par son associé en cas d'imprévu.

M « Si on est plusieurs, on va pouvoir répondre à une grosse amplitude horaire, mais ne pas être tous présents physiquement et en même temps. »,

M « Si un jour j'ai un pépin, quand je dois partir en réunion et ça m'arrive de temps en temps (rires), j'ai toujours quelqu'un qui peut me remplacer, qui a la même base de données patients, qui voit mes patients dans la même philosophie, que ce soit un collègue d'ici ou quelqu'un qui vient remplacer »

- Travailler ensemble permettait d'échanger, de prendre des décisions lourdes de manière collégiale.

PR « Je pense que plus tu es loin de tes correspondants spécialistes plus il faut que la décision puisse être prise de manière collégiale. »,

PR « Je pense que quand ils pensent MSP ils pensent conditions de travail, on est en équipe, c'est un peu comme à l'hôpital on est à plusieurs, on peut prendre des décisions à plusieurs et se décharger d'avoir tout le poids des prises de décisions je pense que c'est ça qu'ils veulent. Et cela vient à mon avis du fait que votre formation essentiellement hospitalière et ils veulent reproduire un peu ce qu'ils connaissent. »

- Enfin l'exercice coordonné leur permettait une prise en charge du patient dans sa globalité grâce à une équipe pluri-professionnelle. L'intervention de professionnels paramédicaux tels que les kinésithérapeutes, infirmières, psychologues, orthophonistes, venait compléter la prise en charge médicale à la fois sous des aspects de rééducation, prévention et éducation thérapeutique.

M « L'idée c'était je ne pourrais pas travailler tout seul, je pourrais pas travailler que entre médecins parce que travailler que entre médecins ça suffit pas, on a besoin des autres pour bosser et d'ailleurs les études le montrent c'est entre 40 et 50% de pathologies chroniques pluri pro donc sans le kiné, sans l'assistante sociale, sans les infirmières, sans la sage-femme qui s'occupe de toute la partie gynéco (...), sans la sophro, sans la psycho, sans les orthophonistes pour les enfants, sans l'orthoptiste maintenant pour la filière visuelle, pour les rétinopathies diabétique enfin je veux dire sans tous ces gens-là euh la diététicienne, la pédicure-podologue enfin je veux dire sans tous ces gens-là, la pharmacie, le dentiste je pourrais pas faire la prise en charge globale pluri pro que je veux pour mes patients. »

2.1.4. Les aides

Dès lors que le souhait d'installation était né, les professionnels de santé étaient confrontés à plusieurs difficultés qui nécessitaient un accompagnement rapproché pour la concrétisation de leur projet. Et si des aides existent, les interlocuteurs de l'ARS et du syndicat des jeunes médecins (REAGJIR) ont reconnu qu'elles n'étaient pas suffisantes, parce que si *« finalement les infos sont disponibles partout [...] il y a quand même beaucoup de questions qui restent en suspens. C'est plutôt l'accompagnement vers l'accès à ces informations qui compte »*.

PR « Le syndicat des internes nous suggérait aussi une permanence au Département de Médecine Générale par le conseil de l'ordre, la CPAM et l'ARS pour essayer d'accompagner les projets ou les percevoir »,

PR « Je trouve qu'il n'y a pas de vrai accompagnement en fait pour les CESP en particulier à partir de la signature de leur contrat. »

L'accompagnement de leurs projets d'installation avait pu faire intervenir entre autres les municipalités, l'ARS et la FFMPS :

- Les municipalités et les communautés de communes avaient été d'une aide précieuse pour certains d'entre eux notamment concernant l'aspect immobilier du projet : choix du terrain, création des locaux.

M « La maison de santé s'est montée en 3 ans : entre le projet de santé et les recherches de subventions à droite à gauche, mais là, ce n'est pas nous qui avons géré, ce sont les élus. On est tombé sur des élus très impliqués (NDLR : dont son époux) et puis un autre élu qui était président de la com-com et il avait vraiment une passion pour tous les problèmes de santé du territoire, donc en gros, c'est lui qui est allé chercher tous les budgets requis. »

M « Je pense que ça aurait été plus difficile de s'installer s'il n'y avait pas eu tout le bâtimentaire et les locaux qui avaient été gérés par la ComCom ou alors j'aurais pris quelques années de plus pour m'installer, ça c'est certain. »

Toutefois, il a souvent été évoqué qu'un projet d'installation ne pouvait voir le jour et être viable que s'il était porté conjointement par la ville et les professionnels de santé. En effet, plusieurs professionnels de santé ont souligné que « *quand les projets ne sont pas portés par le monde du soin, mais seulement par les élus, ils sont voués à l'échec* » :

PR « Les projets qui auraient eu des difficultés c'est quand ça a été des projets qui ont été exclusivement portés par des élus et là les professionnels en fait se sont désinvestis. »

PR « Des guerres de clochers parce que chacun veut son médecin dans sa commune plutôt que 3 médecins sur une seule commune [...]. On construit des cabinets, des EHPAD dans certaines communes, mais sans médecin. »

- L'ARS avait aidé au choix du lieu d'exercice pour certains, et pouvait sécuriser financièrement et socialement les débuts d'activité avec des contrats tels que le PTMG. Ce contrat permet aux jeunes médecins installés de bénéficier pendant deux ans maximum d'une double protection. Il offre d'une part une garantie financière en sécurisant les revenus à hauteur de 6900 euros bruts mensuels pour une quotité de travail supérieur ou égale à 9 demi-journées par semaine. D'autre part, il fournit une protection sociale améliorée en cas de congé maladie ou maternité par le maintien du versement d'une rémunération complémentaire forfaitaire (8).

PR « La vision qu'on défend, c'est de vraiment sécuriser le début d'exercice et ça passe par effectivement garantir un revenu (...) puis s'occuper de la protection sociale du jeune médecin »,

PR « Les outils de sécurisation du début d'exercice via des contrats sont tous signés avec les ARS donc effectivement, si on a un projet d'installation en zone sous-dotée il faut à un moment ou à un autre prendre contact avec le référent en installation de l'ARS pour présenter le projet existant et voir si ça peut correspondre »

PR « Je vous montre un peu les outils, sur cart@santé on a pas mal d'outils quand la personne ne sait pas du tout où s'installer on a quelques outils pour dire (...) voilà où sont les besoins, voilà ce qu'il y a sur ces territoires comme projet. »

Dans certaines zones sous-dotées, l'ARS avait permis de bénéficier d'un Contrat Local de Santé et ainsi d'obtenir l'aide d'une personne dédiée à l'accompagnement d'un projet d'installation.

M « Après, on a quand même eu des facilitateurs, des coordonnateurs de santé. On en avait une première qui avait beaucoup de patience, parce que lors des premières réunions où l'on essayait de caler des choses, c'était difficile. Elle avait été envoyée par l'ARS »,

PR « Mais bien souvent le coordonnateur de CLS c'est top parce que quand même c'est d'un grand soutien, ils ont l'habitude de ça déjà, donc ils peuvent expliquer rapidement les choses. Un professionnel qui a une question bah tout de suite il y a la réponse donc ça je pense que ça détend aussi et le professionnel de santé se dit bon c'est bon j'ai eu une réponse toute de suite on est bon, on peut y aller ça me rassure. »

Néanmoins, certains professionnels de santé ont mis l'accent sur les contreparties imposées par l'ARS, vécues comme une perte de liberté car exigeant des horaires d'ouverture et une fréquence d'actes journaliers :

PR « Bien sûr que l'ARS est déjà aidante pour accompagner les projets d'installation, ils aident vraiment, mais est-ce qu'il faut avoir les subventions et se sentir moins libre ? »,

PR « Intervenant 1 : Parce qu'il y a des contreparties imposées par l'ARS donc par l'État, par exemple au niveau des contraintes d'horaires d'ouverture, si on vous donne telle aide, il faudra faire tant d'actes par heure. »

- La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) avait pu aider certains d'entre eux à l'élaboration des projets d'exercice coordonné et permettrait d'accélérer sa mise en place.

PR « Vous connaissez peut-être le docteur... il prend le temps effectivement d'aller discuter avec les professionnels qui ont un projet comme ça pour les aider et les rassurer aussi et puis leur donner les tuyaux. Ça ça aide pas mal en fait »,

M « On est plutôt maintenant sur des algorithmes avec des personnes où ils viennent à deux ou trois et ça fait un noyau, et ces deux trois personnes sont les leaders en fait et donc ils se partagent le travail et donc forcément c'est déjà vachement plus réalisable dans le temps, et en plus on a amélioré les fiches techniques, les algorithmes, l'organisation, l'accompagnement ce qui fait qu'on a réduit aussi le temps de constitution qui maintenant est plutôt de deux, trois ans au lieu de cinq ans donc on a diminué le nombre d'années pour le constituer, on fédère plutôt avec un petit groupe pour qu'il y ait le partage des tâches, ce qui génère moins de travail. Il y a eu une vraie évolution entre 2012 et maintenant. »

- Un médecin installé mettait en avant l'existence d'avantages fiscaux en début d'activité dont pouvaient bénéficier tous les médecins installés en territoire classé Zone de Revitalisation Rurale (ZRR).

M « Je n'ai que bénéficié des avantages fiscaux, n'étant pas dans une maison de santé. »

2.2. Freins à l'installation

Parallèlement aux facteurs favorisants, de nombreux freins à l'installation ont été soulevés.

2.2.1. La qualité de vie

La peur de perdre sa qualité de vie, notamment la crainte de ne plus avoir suffisamment de temps libre pour les vacances, les loisirs mais aussi pour la formation médicale continue, est revenue de façon récurrente et retardait l'installation.

M « En comparaison à la qualité de vie que peut avoir un remplaçant... nous je vois bien, c'est plutôt nous qui adaptons nos vacances à ce que peuvent faire les remplaçants, que le contraire »,

M « En sortant de nos études, on avait juste envie d'avoir du temps libre, c'était primordial, et retrouver nos loisirs, j'ai envie de dire : profiter de la vie avant de s'installer en fait. C'est ça : avoir du temps libre et profiter de ses loisirs. »

2.2.2. La gestion du cabinet

Un des freins majeurs à l'installation évoqué était celui de la gestion d'un cabinet médical, spécifiquement les difficultés d'ordre administratif, humain et matériel.

- Les difficultés administratives étaient vécues comme lourdes, complexes, chronophages, parfois inutiles et empiétaient sur le temps médical.

M « Le moment de l'installation, donc les trois mois avant et les trois mois après, c'est quand même brutal au sens où il y a énormément de démarches administratives même quand on s'y connaît et qu'on a préparé le truc depuis six ans »,

M « Arriver à tout gérer en même temps, c'est à dire l'activité médicale et puis résoudre les tracasseries administratives de mise en route et il faut rencontrer tout un tas de monde pendant l'installation, ça va de la médecine du travail pour les salariés, la sécurité incendie, il y a des trucs auxquels on ne pense pas forcément, basculer tous les forfaits téléphoniques, EDF, etc. Mine de rien, ça prend pas mal de temps tout ça, il faut appeler aux heures ouvrables et quand on a une activité en même temps, c'est un peu complexe »

- Les difficultés humaines relatées étaient en lien avec la gestion du personnel employé mettant le médecin en position d'employeur. Ce statut alourdissait les responsabilités et la charge mentale de l'installé.

M « Ca ne paraît pas mais gérer le personnel, bon moi c'est la comptable qui fait les fiches de paye, mais enfin malgré tout, il faut tous les mois penser à dire au comptable : bah voilà il y a eu telles vacances, là c'est untel qui a remplacé, quand la secrétaire part en vacances, il faut trouver quelqu'un pour la remplacer parce que sinon, avec le téléphone, c'est ingérable, donc ça ne paraît pas grand-chose mais n'empêche que c'est chercher quelqu'un, faire des chèques tous les mois, gérer le RDV de la médecine du travail pour les salariés. »,

PR « Même si le problème du secrétariat c'est que ça transforme le médecin en employeur - et moi je le suis - et quand t'es employeur et ben t'as les emmerdements de l'employeur. Et ça c'est encore une charge supplémentaire. »

- A cela se rajoutait les difficultés matérielles concernant l'équipement (informatisation notamment) et l'entretien du cabinet.

M « Après, toute la gestion matérielle du cabinet, faire les stocks en ordonnances, en produits, en fournitures. Gérer des tas de choses, l'informatique, mon Dieu ! ça, c'est pareil, quand ça plante, c'est le bazar, le jour où on n'a pas internet pendant 1h ou 2, c'est le bazar...et dès qu'il y a un truc à faire sur l'ordinateur, il faut déjà arriver à trouver un moment où l'ordinateur est libre ce qui n'est déjà pas forcément évident. »,

M « Pour l'entretien, il y a toujours plein de petites bricoles à faire, faire les commandes de papier toilette, le sèche-main dans les toilettes qui ne marche plus, c'est tous ces petits trucs pratiques qui prennent du temps, gérer l'approvisionnement des produits ménagers de la femme de ménage, tout ça c'est des choses que quand on est dans un cabinet libéral, ça prend du temps »

2.2.3. Difficultés de l'exercice en groupe

La première difficulté pour s'installer en maison de santé tenait dans la complexité-même à créer une telle structure.

- Une installation regroupée ou coordonnée avait nécessité plusieurs années de réflexion et de préparation du projet.

M « La maison de santé s'est montée en 3 ans : entre le projet de santé et les recherches de subventions à droite à gauche »,

M « Cette installation ... ça a été un long cheminement parce qu'ici il n'y avait pas la maison de santé avant, il y a le collègue de mon associée actuelle qui avait eu un accident donc qui a arrêté du jour au lendemain, elle s'est retrouvée toute seule et puis moi j'avais dans l'idée de m'installer ici donc il y a eu beaucoup de démarches des politiques et des administratifs, au départ pas mal de réunions même avec la population pour que tout le monde puisse faire part de leurs préoccupations par rapport à l'offre de soins et puis c'est comme ça que petit à petit il y a eu le projet de maison de santé ici et de pôle de santé avec les communes avoisinantes. »,

M « J'ai commencé le montage de la MSP à l'époque en 2012 à l'époque où les MSP n'étaient pas connues en Auvergne, il en existait qu'une seule, et donc forcément il y avait beaucoup de travail déjà de défrichage parce que les gens ne connaissaient pas trop, mais oui j'ai mis cinq ans. »

- Ils avaient également eu des difficultés à fédérer plusieurs professionnels motivés autour d'un projet commun.

M « Entre infirmières, c'était vraiment chacun son territoire et fallait pas empiéter sur le territoire des autres et donc ça a été un peu plus long de leur faire intégrer la maison de santé »,

M « Les difficultés, au démarrage ça a été de faire comprendre l'intérêt pour les élus, pour les autres confrères et consœurs autour. Ça a été dur de fédérer du monde. »,

M « Au démarrage ça a été compliqué, l'idée d'une structuration en équipe ce n'était vraiment pas quelque chose qui paraissait logique dans le secteur parce que ce n'était pas connu. Donc forcément quelque chose de pas connu donc quelque chose de rejeté. Donc il a fallu trois ans déjà pour essayer d'expliquer, de faire comprendre. »

- Un tel projet leur avait demandé un lourd investissement personnel.

PR « La création même d'un projet on a rencontré peu de gens qui sont intéressés et ceux qui le font, ils ont déjà été très très actifs pendant leurs études au niveau des syndicats, des machins. C'est des gens qui étaient déjà investis et qui avaient l'habitude d'être un peu entrepreneur quoi qui avaient cet état d'esprit. Ce sont des personnes qu'on appelle des professionnels leader à l'origine de ces initiatives »,

PR « Donc c'est sûr qu'il faut être motivé et que ça demande du temps et de l'énergie et un peu de réseaux aussi pour pas perdre trop de temps en fait. C'est pour ça qu'ils ont des profils un peu militant en fait ces gens »,

M « Après ça c'est possible à condition qu'il y ait un ou plusieurs leaders, il faut un noyau enfin faut deux-trois personnes. Parce qu'une seule personne c'est compliqué (rires), ça prend beaucoup d'énergie. Ou alors il faut vraiment que cette personne ait les reins solides »

En outre, travailler ensemble dans une même structure comportait son lot d'inconvénients. Le travail d'équipe s'apprend, savoir composer avec des caractères et des visions différentes, se sentir plus sollicité qu'en exerçant seul. Un médecin installé seul auparavant évoquait également l'inconvénient de la nécessaire séparation entre son lieu de vie et son lieu de travail lors de l'exercice en maison de santé.

M « Faut dire que moi, le début de la maison de santé, ça a été dur aussi. On avait justement des caractères chacun assez affirmés, indépendants, aussi bien moi que le confrère. »,

M « Intégrer en fin de carrière un truc oui qui est sympa, c'est sympa de rencontrer les infirmières, de pouvoir discuter, etc mais tu as l'impression d'être obligé de t'enfermer à clef dans ton bureau pour être vraiment tranquille »,

M « Je pense que tout le monde ne peut pas travailler en équipe non plus. Il y a des gens qui ne sont pas faits pour travailler en équipe »,

M « Alors tout le monde me dit « vous êtes plus tranquille », « vous êtes moins dérangée que chez vous ». Euh oui, ceci dit quand on est appelé à la maison de santé pour un patient à 23h et qu'il arrive à 23h40, vous avez attendu pendant 30 minutes, en se disant qu'est-ce qu'il fait, alors qu'avant j'étais en haut, quand j'entendais sonner, je descendais »

2.2.4. Difficultés de l'exercice en cabinet seul

L'installation solitaire, même si plus simple à organiser, avait comme principaux inconvénients : le risque d'isolement, l'augmentation de la charge de travail et de la charge mentale.

M « Non, du coup comme je suis tout seul, pour l'instant, ça a été assez simple (NDLR : l'installation). Mais dès qu'on est à 2, c'est plus compliqué »,

M « Par contre c'est vrai que comme on est seul à bien cadrer les choses, on peut aussi se faire bouffer par la patientèle et là on voit certains médecins qui se font envahir »,

M « Il faut bien avouer que lorsqu'on est tout seul dans un cabinet, on se laisse facilement déborder par la patientèle puisque ce qui est difficile c'est que le soir lorsqu'on ferme le cabinet, il n'y a pas SOS médecins, il n'y a pas forcément sur le secteur toujours un médecin de garde donc on a l'impression de laisser les patients livrés à eux-mêmes. »

3. Le milieu rural

Faire le choix du milieu rural répondait à la même analyse réflexive que celle amenant à la décision de l'installation : facteurs favorisants et freins. Toutefois, la notion d'attachement au territoire semblait être une condition indispensable pour s'installer dans ce milieu.

3.1. Facteurs favorisant le choix du milieu rural

3.1.1. Intérêt des stages et des remplacements

La découverte du milieu rural lors des stages pendant la formation médicale ou lors de remplacements était déterminante dans le choix de cet environnement. Ainsi plusieurs professionnels ressources suggéraient qu'il était important de continuer d'inciter à la découverte du milieu rural.

M « J'ai fait mon dernier stage sur l'hôpital local de (...) et du coup, j'ai commencé à créer des contacts de médecins généralistes travaillant autour de cet hôpital, qui m'ont proposé mes premiers remplacements dès la fin, de mon internat. »

PR « Mais qu'il y ait aussi un accueil sur le territoire c'est ce sur quoi on travaille aussi, pour lui faire voir l'exercice chez le médecin mais aussi la vraie vie sur le territoire) [...] Voilà tout le monde s'est un peu réuni pour essayer de faire un état des lieux en disons ok sur les territoires ruraux on a des difficultés à convaincre que la vie peut être agréable enfin même sans parler de convaincre de juste de faire connaître quoi. »

PR « Ensuite il y a les stages, on sait qu'aujourd'hui les externes ils font au mieux 1 mois sur 36 en médecine générale, donc en plus de ça, il y a assez peu de chance que ce soit en milieu rural donc c'est clair que c'est ce qu'il faut développer dans les stages, c'est un peu mieux maintenant avec la réforme du 3ème cycle et le nombre de stages ambulatoires qui a largement augmenté. »

Certains professionnels interrogés pensaient que la formation médicale devrait inclure un stage en milieu rural afin d' « éviter ce refus par méconnaissance ou préjugés ».

M « De toutes façons, il faut essayer le rural. Je pense que dans les stages maintenant qui obligent un peu dans les cursus à tout essayer, ça peut permettre de se rendre compte qu'on n'est pas si isolé que ça. »

PR « Après je pense que ce serait bien que tous les étudiants découvrent potentiellement un territoire rural, un peu plus isolé, un peu moins doté en professionnel de santé. Et même ceux qui ne le souhaitent pas je suis sûre qu'ils seraient content au final, et puis ça reste qu'un stage quoi pour le coup c'est pas très engageant quoi. »

3.1.2. L'attachement au territoire

Le choix du milieu rural paraissait largement influencé par l'attachement particulier pour un territoire : il semblerait que le fait d'être né à la campagne favorise l'installation en

milieu rural, amenant à la réflexion sur l'intérêt d'une certaine « discrimination positive » lors de l'entrée en médecine des étudiants issus de ce milieu.

M « Moi j'étais assez attachée à mon village, à mon territoire, enfin ici, donc c'était assez naturel que ce soit la médecine en campagne et donc plutôt de la médecine générale. »,

PR « Après ce que je trouve pas mal et il me semble qu'ils le font dans la Nièvre c'est le Conseil de l'Ordre qui parraine des lycéens issus du milieu rural en leur disant c'est possible si ça vous dit et nous on peut vous accompagner pendant vos études. Alors je ne sais pas exactement comment ça se passe mais je trouve qu'en disant en tout cas que c'est possible et qu'il y ait une sorte pas de tutorat mais de peut-être plus informer les jeunes là-dessus ce serait bien. »,

PR « Diversifier la sélection des étudiants parce qu'on sait qu'un étudiant issu d'un milieu rural aura plus facilement l'intention de s'y installer, ça c'est la première chose. »

3.1.3. La place du conjoint

L'adhésion du conjoint à leur projet en milieu rural est également apparue comme déterminante dans cette décision.

PR « En rural la place du conjoint est très importante ainsi que le fait de pouvoir trouver un mode de garde adéquat pour les enfants. Où les enfants vont aller à l'école ? est-ce que je concède qu'en 6ème ils partent en pension ? »,

M « Ma femme bosse juste à côté (rires) et donc du coup comme ma femme bossait là j'ai cherché autour »

3.1.4. Le rejet de l'exercice en ville

A l'inverse d'une inclination particulière pour le monde rural, ce choix découlait pour certains d'un rejet de l'exercice en milieu urbain en lien à la fois avec les patients rencontrés, le manque d'intérêt pour l'activité pratiquée, mais aussi les contraintes propres à la ville (difficultés de circulation et de stationnement).

M « Il faut avouer que les patients à la campagne sont hyper attachants par rapport à ce que j'ai vécu lors des remplacements semi-ruraux où je les trouvés bien plus revendicateurs, bien plus « j'y ai droit » (rires). »

M « J'ai fait plusieurs expériences d'activités en péri-urbain, dans des coins où il y avait des horaires aussi importants qu'un travail inintéressant et jamais de la vie je n'aurais pu m'installer dans ces conditions-là. »,

M « J'avais remplacé une femme médecin à Clermont qui commençait à 9 heures et finissait à midi, recommençait à 14 heures et finissait à 17 heures. Moi il me manquait le côté actif de ce métier, le côté urgences. »,

M « La deuxième fois où je suis venue le voir [NDLR : rencontrer un médecin citadin pour une reprise de patientèle] il était 16h30 et là, impossible de circuler, impossible de se garer et là je suis rentrée et j'ai dit à mon mari : eh ben si tu veux, ce sera Ok pour la campagne »

Toutefois, quelques médecins suggéraient qu'exercer en milieu rural n'était pas incompatible avec une vie en ville. En effet, certains avaient fait le choix d'habiter à distance de leur lieu de travail, afin « *d'exister en tant que non-médecin* », et de profiter des infrastructures (écoles notamment) qu'offre la ville.

M « Et puis mon compagnon travaille à Clermont donc on fait les aller-retours chacun dans la semaine bon... donc c'est une organisation. »,

PR « Ils ne le souhaitent plus [NDLR : habiter sur leur lieu de travail] et je pense que c'est une façon de prendre un peu de recul, alors ils ne s'installent jamais très loin de leur lieu de travail parce que c'est compliqué mais s'installer un peu juste à côté ça permet aussi d'exister en tant que non-médecin. »,

PR « Des gens qui continuent d'habiter dans une grosse agglomération et qui sont prêts par contre à faire un peu de route pour aller travailler en rural. »,

M « On habite à 20 minutes de ce bassin de vie donc c'est là qu'on aimerait s'installer. »

3.1.5. La patientèle

La rencontre avec une patientèle qualifiée d'agréable, respectueuse, généreuse ainsi que l'absence de sentiment d'insécurité avait motivé, pour certains médecins interrogés, le choix d'exercer en milieu rural.

M « L'avantage de la médecine ici plutôt qu'à Clermont-Ferrand c'est le relationnel, c'est qu'on a encore des patients très agréables, on a une relation plus de confiance peut-être qu'en ville »,

M « En règle générale nos patients sont plutôt sympathiques même si tout change, mais je pense qu'on est quand même plus protégé qu'en ville de la violence et de ces choses-là (...) Et puis c'est quand même souvent qu'ils nous amènent des œufs, de la confiture, des champignons donc ça c'est le côté bien »,

M « Les patients sont pour beaucoup dans le choix du lieu d'installation je pense...enfin...disons que lorsqu'on apprécie le contact de ces patients-là, c'est probablement un signe ! Le signe qu'on est bien et qu'il faut y rester. »

3.1.6. La diversité de l'activité

Il est également ressorti que l'installation en milieu rural offrait la possibilité d'exercer une activité diversifiée, procurant ainsi le sentiment d'accomplir pleinement le métier de spécialiste en médecine générale en ayant recours à toutes ses compétences.

PR « C'est pour ça aussi que c'est valorisant, parce qu'en fait c'est de la vraie médecine. »,

PR « Et tu fais encore pas mal d'actes différents tu fais des sutures, tu réduis des luxations, tu fais de la gynéco, de la pédiatrie. Tu peux faire médecin correspondant SAMU. Tu as aussi un regard sur l'hôpital local, sur

les EHPAD. Tu es encore vraiment dans la situation où tu exerces la spécialité de médecine générale, c'est à dire que ta « marguerite » tu la remplis tout le temps. »

3.1.7. Répondre aux besoins d'un territoire

Par ailleurs, le fait de pouvoir apporter une réponse adaptée à un territoire dans le besoin avait pu influencer le choix du lieu d'installation.

M « J'étais déjà à l'ARS dans des commissions différentes diverses et variées et j'avais vu avec eux et on avait regardé en fonction de la démographie, de l'âge, des bassins de vie et de l'organisation du territoire et donc c'est pour ça que je suis allé voir les élus de la mairie en leur disant voilà je veux monter une structure ici. »,

M « Après qui dit s'installer en rural dit maintenir bien évidemment des visites à domicile, (...), assurer les soins non programmés également, donc forcément avoir des plages sans rendez-vous »

3.2. Freins à l'installation en milieu rural

Les médecins installés en milieu rural étaient malgré tout bien conscients que ce territoire présente également de nombreuses contraintes.

3.2.1. La charge de travail

En premier lieu tous les professionnels interrogés s'accordaient sur l'importance de la charge de travail rencontrée dans ces territoires. Plusieurs facteurs pouvaient l'expliquer.

- La faible démographie médicale résultant des départs en retraite non remplacés amenait les médecins à chercher des solutions pour pallier le manque d'effectif : télémédecine, déléguer les tâches administratives, partenariat avec l'hôpital. La dégradation de leurs conditions de travail interrogeait et inquiétait ces médecins.

M « On a essayé de travailler un petit peu avec le COGER à l'hôpital de Riom et j'ai simplement l'impression qu'ils sont aussi débordés par toutes les demandes qu'ils ont. Et même la télémédecine qui dans

l'idéal pourrait être bien, en pratique comme de l'autre côté ils sont débordés (les spécialistes) aussi comment faire ? »

M « Moi je ne vois pas comment on va faire dans quelques années, lorsque tous les confrères vont partir à la retraite... il va falloir que la médecine change, il y a plein de choses qu'il va falloir qu'on délègue parce qu'on ne va pas y arriver. Après c'est sûr que si on était beaucoup plus nombreux ce serait plus agréable et plus facile et du coup ça redonnerait plus envie aux jeunes de venir s'installer »

- Des demandes de soins croissantes dégradaient leurs conditions d'exercice.

M « Le côté moins bien c'est la charge de travail et c'est sûr qu'on croule un peu sous le travail, qu'effectivement il y a en plus toute la partie administrative à gérer concernant la gestion du cabinet, et qu'avoir une vie de famille avec tout ça c'est pas évident »,

M « Là on commence à être de plus en plus confronté à de nouveaux patients. Jusque-là on a réussi à absorber à peu près les départs en retraite des confrères des alentours, mais c'est sûr que là ça commence à ne plus devenir possible. Là on commence à dire non, on ne prend plus de nouveaux patients. Donc après, c'est compliqué pour les gens, ça on l'entend bien mais on n'a pas de solution, on ne peut pas travailler 24h/24 »

- La Permanence des soins ambulatoires (PDSA) était ressentie comme lourde et risquait de se dégrader dans les années à venir.

M « Et puis il [son associé] a eu son accident et le soir-même je me suis retrouvée toute seule sur un secteur de garde, donc à faire toutes les gardes toutes les nuits et tous les WE non-stop pendant 1 an et demi »,

PR « Dans la ruralité ce qui est impressionnant aussi c'est la PDSA : comment je vais gérer tout ça ? parce que quand tu es en semi-rural, on va dire 25 km de Clermont, il y a suffisamment de monde pour que ton tour de garde soit globalement supportable, nous le secteur est petit, ça commence un peu à bidouiller aussi mais ça reste encore vivable, mais il ne faudrait pas quelques années de plus pour que ça devienne vite invivable. On en n'est pas à faire dix jours de garde de suite. »

3.2.2. L'éloignement du plateau technique

L'éloignement du plateau technique et les difficultés à attirer sur place des médecins issus d'autres spécialités imposait aux patients de se rendre en ville pour consulter des spécialistes. Cet éloignement décourageait parfois les patients, au risque de les rendre moins observants. De plus, la distance avec les centres d'urgence et l'allongement des délais d'interventions qui en découle pouvaient être considérés comme « *une perte de chance importante* » pour les patients. Les médecins généralistes interrogés reconnaissaient ainsi la quasi-nécessité de se former à la gestion des urgences pour pallier cette difficulté.

M « C'est sûr que quand on attend le SAMU, on a une perte de chance importante quand on est ici et qu'il n'y a pas de 1er intervenant. »

M « Après, la ComCom avait eu l'idée d'attirer des spécialistes dans la structure, mais déjà pour toutes les spécialités nécessitant du matériel particulier c'est vite limitant, les ophtalmo, les cardio bon s'ils veulent être efficaces ils leur faut une échographie alors je pense que petit à petit, dans les années à venir, il va y avoir des choses portatives qui vont être de meilleure qualité, mais ça dépend des spécialités »

PR « Parce que quand tu leurs imposes déjà trois quart d'heure de transport, qu'ils attendent 4 heures aux urgences...ben on en a qui ne veulent plus y aller. »

M « Parce que même si je n'ai jamais remplacé en ville je pense que c'est un exercice complètement différent du fait de l'éloignement du CHU, de l'éloignement des urgences, ça change déjà beaucoup de choses à notre pratique, du fait de patients aussi qui n'ont pas spécialement l'habitude des urgences qui passent par leur médecin traitant même si euh... alors que sur Clermont pour le même motif ils seraient directement allés aux urgences donc ça implique quand même de savoir effectuer quelques premiers soins, de garder son sang-froid. »

3.2.3. La problématique des transports

La pénurie des transports en commun dans ces territoires souvent mal desservis leur imposait d'effectuer de nombreuses visites à domicile, parfois très éloignées du cabinet médical et dans ce cas, était vécues comme « *du temps de perdu, qui n'est pas du temps médical* ». La problématique était identique pour se rendre chez les spécialistes en ville et diminue l'égalité face aux soins car certains patients « *limitent leurs soins parce que financièrement, prendre un taxi pour aller[en ville], c'est presque la moitié ou le tiers de leur retraite mensuelle* ». Cette carence amenait là encore à une réflexion de la part de ces professionnels confrontés au problème et désireux de trouver des solutions telles « *qu'un système de transport, de type ramassage, qui nous amène les gens au cabinet* ».

M « Nous on a certaines personnes qui seraient capables de venir en consultation au cabinet si on trouvait un moyen de transport facile et pas trop cher pour qu'elles puissent venir, mais ce sont des personnes qui ne conduisent pas, qui sont seules chez elles. (...) c'est une problématique importante en milieu rural parce qu'on est obligé de faire des visites de plus en plus loin »

M « Quand il n'y a qu'un seul RDV, ça va, mais quand vous allez voir l'orthopédiste pour voir votre belle arthrose de hanche et qu'il vous dit, « oui il faudrait bien vous opérer, bon alors il faut revenir voir l'anesthésiste, faut aller voir le cardiologue, il faut aller faire la scintigraphie myocardique » etc...et ben c'est clair qu'ils finissent soit par ne pas y aller ou retarder »

M « Donc à la fois localement mais aussi pour faire le lien vers les spécialistes, les transports, c'est vraiment un maillon clef de la problématique du milieu rural. »

3.2.4. L'impact sur la vie de famille

L'adhésion au projet de vie à la campagne n'était pas toujours facile à accepter par la famille. L'isolement social parfois, la disparition des services publics souvent, le manque d'infrastructures (crèches, collèges, lycées) et la crainte pour le conjoint de ne pas trouver d'emploi étaient autant de freins à l'exercice en milieu rural. Dans cette société qui évolue, où les deux membres du couple travaillent et sont peu enclins aux concessions, la campagne pouvait devenir un obstacle, raison pour laquelle certains ont fait le choix de la vie en ville et de l'exercice à la campagne comme nous l'avons déjà évoqué.

PR « Mais je pense que ce qui est déterminant dans le fait de s'installer en milieu rural c'est la place du conjoint. Il y a quelques années ce n'était pas compliqué, le médecin et je dis Le et pas La, le médecin savait que son épouse bienveillante allait tenir le téléphone, entretenir la maison et éduquer les enfants lui dire quelle chemise mettre le matin. (...) Puis est arrivée la période où les femmes sont devenues médecins et leurs époux n'ont jamais eu l'idée même d'arrêter de travailler pour leur permettre de s'installer. Et je pense que les époux médecins ne demandent plus non plus à leur épouse ce sacrifice-là. »

PR « Moi je me rappelle on m'avait dit il y a une place à (...) dans le Cantal et c'était beau et mon mari me dit : « oui et tu penses vraiment que je vais trouver du travail là-bas ? et comment on va faire avec les trois enfants ? ». Voilà et ça je pense que ça fait partie du déterminisme aussi : quelles concessions dans le couple on est capable de faire ? »

PR « Pour des médecins qui sont partis pendant 10 ans faire leurs études en ville et qui ont pris un goût à autre chose et qui ont rencontré un compagnon ou une compagne qui est de la ville, retourner en pleine campagne c'est pas facile. »

3.2.5. La charge mentale

L'exercice médical isolé et le lien privilégié entretenu avec les patients rendaient la charge mentale plus importante qu'en ville.

M « En revanche la charge mentale est plus importante à la campagne parce que justement on connaît plus les patients, on a plus à faire à toutes les familles, on connaît plus les familles. Ça fait partie du métier, j'y pense certains soirs ou certaines nuits. »

M « Il faut bien avouer que lorsqu'on est tout seul dans un cabinet, on se laisse facilement déborder par la patientèle puisque ce qui est difficile c'est que le soir lorsqu'on ferme le cabinet, il n'y a pas SOS médecins, il n'y a pas forcément sur le secteur toujours un médecin de garde donc on a l'impression de laisser les patients livrés à eux-mêmes. »

M « C'est difficile à 19H de dire : moi il faut que je m'en aille pour aller récupérer les enfants advienne que pourra si vous avez un souci vous faites le 15 et puis vous ferez une heure de route pour aller aux urgences. »

3.2.6. Les remplacements

La difficulté à trouver des remplaçants en milieu rural était une contrainte majeure pour les médecins installés qui préféraient parfois renoncer à leurs vacances plutôt que fermer le cabinet. Consciente de la nécessité de « *favoriser les remplacements en zone rurale* », l'ARS a mis au point un dispositif d'incitation pour permettre aux médecins déjà installés de bénéficier plus facilement des services d'un remplaçant. Toutefois, le syndicat des jeunes médecins (REAGJIR) relevait que « *les seuils d'activité qui ont été fixés (NDLR : par ces dispositifs) sont complètement déconnectés de la réalité de l'activité des remplaçants [les rendant] très peu attractifs* ».

M « Parce que je vois bien qu'autour de nous certains médecins n'ont jamais pris l'habitude de se faire remplacer parce que probablement par découragement de ne jamais trouver de remplaçants lorsqu'ils partent en vacances : donc soit ils partent et ils ferment le cabinet, soit ils ne partent jamais en vacances. »

PR « Et puis après, c'est également favoriser les remplacements en zone rurale et là pour le coup, il y a un contrat, enfin un dispositif PTMR qui est très peu utilisé parce que justement les seuils d'activité qui ont été fixés sont complètement déconnectés de la réalité de l'activité des remplaçants du coup ils sont très très peu attractifs. En effet, ils demandent un niveau d'activité de 5000 actes par an, moi qui suis installé depuis bientôt 5 ans, j'en fais 4000 (rires), donc évidemment qu'un remplaçant il n'a aucune chance d'y arriver à moins de remplacer toutes les semaines un médecin qui travaille beaucoup. Ce n'est absolument pas le cas de la majorité des remplaçants. »

4. Le bien-être au travail

A l'issue de cette réflexion autour de leur installation en milieu rural, chaque professionnel de santé a pu s'exprimer sur ce qu'il considérait comme essentiel à la construction de son bien-être au travail. La tâche n'était pas aisée, parvenir à conceptualiser la notion somme toute très subjective du « bien-être au travail » a été un exercice complexe. Malgré tout, de nombreux déterminants communs sont ressortis de ces entretiens, et l'accès au bien-être au travail s'articulait autour de trois points primordiaux : une maîtrise qualitative

et quantitative de son activité professionnelle, une organisation matérielle optimale du cabinet médical, et le sentiment d'être un bon médecin.

4.1. La maîtrise de son activité professionnelle

4.1.1. La maîtrise de sa charge de travail

De façon unanime, les médecins interrogés convenaient que la maîtrise de leur charge de travail était une condition indispensable à leur bien-être. Au sein de cette notion de « maîtrise » ressortent deux idées :

- D'abord l'idée de maîtrise au sens propre du terme : être maître de son temps de travail et ne pas se laisser déborder à l'instar des « anciennes générations » de médecins. Cela passait par des horaires compatibles avec une vie de famille et un nombre de garde considéré comme acceptable.

M « C'est la surcharge au travail qui entraîne un moins bien être au travail »,

M « Travailler comme avant, quand chaque médecin était de garde tout le temps : ça c'est pas possible. »,

M « Et puis je pense que nous aussi il faut savoir dire : bon je prends un jour par semaine où je ne travaille pas et je prends pas mal de vacances, oui bon ben voilà, on pourrait toujours faire plus mais à un moment c'est important pour son équilibre personnel de pouvoir couper. »,

PR « J'entends moi qu'ils veulent travailler en groupe pour pouvoir s'organiser, organiser leur temps de travail du coup et pas être corvéable à merci comme sur le schéma ancien, avec les gardes et compagnie quoi. »

- Ensuite l'idée de la possibilité de s'organiser pour s'accorder du temps libre : prendre des vacances, s'octroyer un jour de libre dans la semaine, sans compromettre la continuité de soins.

M « Après s'installer c'est une chose, c'est organiser son temps pour arriver à prendre un peu de recul et de temps pour soi. Alors après c'est pas évident mais pour le moment moi j'ai trouvé ce système : c'est sûr que quand je suis au travail je fais des grosses journées et après j'essaye de prendre pas mal de vacances »,

M « Donc c'est ça l'avantage, c'est cette qualité professionnelle et aussi personnelle, c'est à dire que si j'ai besoin de me dégager du temps j'ai la possibilité de me dégager du temps tout en sachant que mes patients sont pris en charge. »,

M « Donc ce qu'on souhaiterait c'est vraiment assurer une continuité des soins mais n'avoir qu'un temps partiel dans un premier temps pour pouvoir garder beaucoup de temps libre auprès de nos enfants. »

4.1.2. L'exercice à plusieurs

L'exercice de groupe et l'exercice coordonné au sein de maisons médicales ou pôles de santé participaient largement à leur bien-être au travail. Le partage, l'échange avec ses pairs ont été des notions évoquées à de nombreuses reprises. De surcroît, la prise en charge pluridisciplinaire semblait apporter un confort de travail et une qualité de soins amenant même un médecin à parler « *plutôt de structure traitante que de médecin traitant* ».

M « Je pense qu'il y a des patients, c'est bien de pouvoir les gérer à plusieurs. On a des patients chroniques et chronophages surtout, des fois on en a ras le bol et c'est bien qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre. Ça permet de ne pas s'épuiser parce qu'à un certain moment, il y a des patients chez qui on ne sait plus quoi leur dire. »,

M « Après pour des cas plus difficiles c'est agréable aussi d'être en groupe. Des fois il y a une idée qu'on n'a pas eue et l'autre peut l'avoir, c'est agréable aussi justement que de temps en temps ils voient quelqu'un de neuf »,

M « C'est pour ça que nous on parle plutôt de structure traitante que de médecin traitant puisqu'en fait c'est une équipe traitante qui les prend en charge et pas un individu »,

M « Bien sûr exercer dans une structure où on est plusieurs médecins. Alors oui mon bien-être au travail passera forcément par un exercice coordonné, un exercice d'équipe parce que j'ai beaucoup remplacé de médecins qui exercent en cabinet seul, (...) Mais je me dis que sur le long terme en fait, travailler en équipe ce serait primordial pour pouvoir partager, échanger. »

En outre, les médecins interrogés relevaient que l'avantage considérable qu'offre l'exercice de groupe était son pouvoir attractif auprès des remplaçants. Or, l'assurance d'une continuité des soins au cours de leurs absences semblait être une condition essentielle à leur bien-être.

M « Après c'est sûr qu'on arrive à trouver quand même des remplaçants donc ça nous aide bien. C'est une chose aussi essentielle ça participe aussi au bien-être »,

M « Moi j'essaie de trouver des remplaçants pour pouvoir prendre une semaine de vacances presque tous les mois et du coup je pars tranquille, je sais qu'il y a quelqu'un quand même, je sais que les gens ne sont pas seuls et que mon associée ne va pas crouler sous le travail non plus... »,

M « La structure est attractive, j'ai même des gens qui viennent remplacer à la demi-journée quand je suis en réunion sur une demi-journée. »

4.1.3. La diversité de l'activité

Pour certains médecins interrogés, la possibilité de diversifier son activité professionnelle en s'investissant dans l'enseignement ou le monde associatif était un critère indispensable pour s'épanouir professionnellement.

M « Je peux faire ce que je veux faire grâce à ma structure, c'est à dire je peux être à l'Ordre, je peux être à la Fédération des maisons de santé, je peux être en national machin et faire toutes les activités diverses et variées que j'ai. Toutes ces casquettes que je ne pourrais pas faire si j'étais un généraliste de campagne tout seul. Donc personnellement, j'ai toujours fait ça et j'ai toujours aimé ce monde associatif et d'investissement autre que de la médecine qui m'apporte aussi beaucoup de choses aussi à côté, beaucoup de connaissances et de choses qui sont bonnes pour ma pratique professionnelle mais je fais aussi d'autres choses qui me plaisent personnellement, sinon je ne les ferais pas. »

4.1.4. Le besoin de se former

Par ailleurs, avoir la possibilité de poursuivre sa formation professionnelle (participer régulièrement aux FMC, effectuer des DU) était vécue comme une nécessité. Le souhait de pouvoir former les futures générations apparaissait comme un élément essentiel pour beaucoup de médecins interrogés, car considéré comme stimulant, enrichissant et bénéfique pour les patients. De plus, cela aiderait à recruter des remplaçants ou associés.

M « Je continue à me former et à former les internes en stage. C'était dans mon esprit pendant mes études. Je m'étais dit le jour où je m'installe, je prends des internes en formation, donc c'est ce que j'ai fait et ça se passe bien, c'est sympa. Un peu dur parce que ça prend un peu de temps des fois en plus, par contre c'est vachement motivant, ça nous renvoie à notre propre pratique et c'est très stimulant, on en tire des bénéfices »,

M « Le passage des internes, c'est quelque chose de super : vous nous apportez beaucoup, on vous apporte aussi. Parce que c'est bien d'avoir des regards tout neufs, différents sur les dossiers »,

M « Et moi j'utilise ces avantages aussi pour me former, si j'ai besoin d'aller faire une formation, je vais faire ma formation d'écho au mois de juin, le vendredi je ne suis pas là parce que je suis en formation et qu'à cela ne tienne il y a quelqu'un qui vient et voilà la question ne se pose même pas je vais faire ma formation. »,

M « Et puis la première interne que j'ai pris en stage, qui était un enfant du pays, a commencé à me remplacer, puis a souhaité s'installer avec moi avec ce projet de maison de santé. »

4.1.5. La nécessité d'un bon réseau de professionnels

Un autre élément cité comme participant au bien-être au travail était le fait de pouvoir se reposer sur un réseau de confrères de qualité.

M « Il y en a qu'on sait qu'on peut arriver à avoir, mais au CHU, c'est quand même très compliqué sauf dans les services qui ont mis en place un service d'astreinte : c'est efficace parce qu'on a l'avis d'un senior et on avance. Dans les services où c'est l'interne d'astreinte, c'est la cata...mais bon après je pense que c'est pas la place de l'interne de faire ça : eux ils sont déjà surbookés par leurs avis dans leurs services aux urgences et partout : de temps en temps on a quand même l'impression de se faire prendre pour des neuneus...donc bah on se débrouille comme on peut »,

M « Donc quand on s'installe, c'est important d'avoir son réseau et de connaître ses correspondants, et là aussi, c'est justement lors des soirées de formations continues : c'est intéressant pour la formation, mais c'est intéressant aussi pour rencontrer les correspondants parce que malgré tout quand on se connaît de vue, c'est pas du tout pareil que quand on se connaît juste au travers du téléphone »,

M « Et puis maintenant on connaît les médecins environnants, l'hôpital local...le fait d'avoir créé un petit réseau localement donne envie de s'y installer. »

4.1.6. La liberté d'organisation

Enfin, d'une manière assez générale, leur bien-être au travail dépendait d'une grande liberté d'organisation dans leur activité permise par l'exercice libéral, notamment au niveau du choix des horaires d'ouverture.

M « C'est l'avantage de l'activité libérale pour le coup, c'est qu'on est libre de fixer nos horaires et notre activité comme bon nous semble. »,

M « Il ne faut pas chercher un cadre strict, il faut garder une certaine liberté d'installation, de choix dans l'ouverture de ses horaires ».

Toutefois, plusieurs médecins évoquaient qu'un exercice salarial au sein de son propre cabinet médical pourrait être une façon d'optimiser son temps en s'affranchissant d'un maximum de tâches non médicales.

M « On parle beaucoup du salariat des médecins. En tout cas, je pense vraiment que ce qui nous aiderait c'est d'avoir quelqu'un qui gère déjà tout le côté gestion du cabinet, bâtimentaire, administratif, voilà c'est sûr que si on arrive à se recentrer sur le temps médical, et puis déléguer déjà un peu tout le reste à la secrétaire, à quelqu'un, parce que c'est sûr que bon, ça ne paraît pas mais gérer le personnel, bon moi c'est la comptable qui fait les fiches de paye, mais enfin malgré tout, il faut tous les mois penser à dire au comptable : bah voilà il y a eu telles vacances, là c'est untel qui a remplacé, quand la secrétaire part en vacances, il faut trouver quelqu'un pour la remplacer parce que sinon, avec le téléphone, c'est ingérable, donc ça ne paraît pas grand-chose mais n'empêche que c'est chercher quelqu'un, faire des chèques tous les mois, gérer le RDV de la médecine du travail pour les salariés »,

M « Il y a plein de petites démarches qui ne sont pas à faire tous les jours, certes, mais il y a toujours quelque chose à faire, et ça, c'est sûr que petit à petit, il faudrait que ce ne soit pas à nous de le gérer. Dans ce sens-là, soit il faut des médecins salariés et avoir une plus grande structure qui gère tout, soit il faut employer quelqu'un pour qu'il puisse faire tout ça »

M « Je pense aussi que le salariat à de l'avenir aussi parce que quand on va au travail on a envie de faire que du médical et plus du tout de l'administratif. »

4.2. L'organisation matérielle du cabinet médical

4.2.1. Le secrétariat

Unaniment, les médecins interrogés considéraient que la mise en place d'un secrétariat était une condition indispensable à leur exercice. Le fait de déléguer les tâches administratives, la prise de RDV, la comptabilité parfois, était vécu comme un gain de temps primordial pour pouvoir se consacrer pleinement aux patients.

M « Pour moi maintenant, le secrétariat est indispensable pour déléguer les tâches administratives, tout ce qui est encaissement, gestion comptable journalière, pour les prises de RDV des spécialistes »

PR « Ah oui c'est très fatigant sans secrétariat, parce que déjà que tu passes de patients en patients, quand tu as vu 25 patients avec 25 problèmes différents et si en plus au milieu de la consultation tu as 5 coups de téléphone ça devient ingérable. »

M « Ça signifie également d'optimiser son temps lorsqu'on est au travail, c'est à dire avoir un temps quasi exclusivement médical quand je suis au travail, donc déléguer un maximum de tâches administratives, et ça, ça passe par certainement prendre un secrétariat. »

4.2.2. L'informatisation

L'informatisation du cabinet représentait un point essentiel dans l'organisation du cabinet. La tenue des dossiers patients, la réception en ligne des résultats biologiques, des examens complémentaires et des courriers de spécialistes en étaient facilités.

M « Tout ce qui était informatisation, c'était déjà fait, ça fait partie des indispensables »

M « On a des moyens de technologie vraiment performants : moi j'ai la biologie qui arrive dans les 4 heures après la prise de sang sur ordinateur, on a des contacts par mail et sécurisés en plus avec nos spécialistes, nos référents »

4.2.3. Des locaux fonctionnels

Exercer dans des locaux fonctionnels et adaptés les aidait à se sentir bien sur leur lieu de travail.

M « L'accessibilité puisque c'était les conditions que j'ai négociées avec le propriétaire du local en arrivant ici. Il fallait mettre aux normes le cabinet. »,

M « Le fait de pouvoir exercer comme on l'entend, dans les conditions matérielles qui nous conviennent. »

4.3. Le sentiment d'être un bon médecin

Enfin, à côté de toutes ces notions très pragmatiques, la passion du métier est apparue comme une évidence, presque le fondement du bien-être au travail, exprimé au travers d'expressions fortes : « *tu te nourris de ce métier* », « *le plaisir de faire ce travail* », voire de superlatifs « *j'adore mon travail* ».

M « Le plaisir de faire ce travail-là, je pense que c'était plus important. »,

M « D'être passionné par leur boulot ça s'est sûr. Faut pas y aller si on n'aime pas ça. »,

PR « Alors je pense que c'est un métier qui est tellement passionnant, parce que tu as un contact extraordinaire, c'est à dire qu'on a une relation humaine. C'est un métier qui demande beaucoup mais qui apporte énormément, c'est réciproque. Je veux dire que tu te nourris de ce métier, c'est pas un métier banal »

Toutefois, cette passion ne semblait pouvoir perdurer qu'à travers la reconnaissance des patients. Se sentir « *estimé* », voir son travail « *valorisé* » par sa patientèle confortait les médecins de campagne dans l'importance de leur rôle dans la société. Ces notions fortes étaient inhérentes au bien-être au travail.

M « Après, le métier est beaucoup plus intéressant parce que clairement les patients ne viennent pas chercher un courrier pour voir le spécialiste, ils viennent chercher un diagnostic, ils viennent chercher notre avis, donc c'est carrément valorisant, et ça c'est irremplaçable »,

M « Les gens ont, je pense, un peu plus d'estime, un peu plus de reconnaissance, et puis ils ont une relation quand même assez privilégiée avec leur médecin. »,

PR « Il y a aussi une certaine valorisation de l'égo qui est grande en milieu rural, qui donne une certaine place dans la société. »,

M « En 5 ans de remplacement, les patients me sont fidèles, m'attendent parfois ! et ça, c'est très gratifiant, leur reconnaissance. »

Enfin, il est apparu que l'épanouissement de ces médecins était indissociable du sentiment de prodiguer des soins de qualité.

*M « Là le moteur principal c'est la diversité et la qualité du travail qu'on peut faire »,
M « Donc l'indice de bonheur partagé il est bon des deux côtés. Et ça permet l'efficience et puis d'améliorer les pratiques »*

Et le fait de travailler au sein d'une équipe pluri-professionnelle facilitait ce sentiment.

*M « C'est plus en matière de qualité du travail et de qualité des relations professionnelles que tu es gagnant. »,
M « Ça nous permet d'avoir le ressenti de tout le monde et puis comme ça, je pense qu'on avance plus et que les patients se sentent plus pris en charge quand on leur dit : « vous savez, on a discuté avec la psychologue et les infirmières de vous », donc finalement, ils sont contents »*

4.4. Les facteurs protecteurs

Dans ce métier où les risques psycho-sociaux (RPS) sont nombreux, les professionnels de santé interrogés soulignaient l'importance de savoir se protéger. Ainsi, deux facteurs protecteurs essentiels ont été cités :

L'un relève d'un mécanisme d'auto-défense : le lâcher prise, voire la résilience, conditions indispensables à acquérir pour limiter ces RPS.

*M « Les gens ont assez bien compris que quand ils me voient en dehors du cabinet, ce n'est pas trop pour parler du travail. Alors ça arrive que certains me demandent si j'ai les résultats de leur prise de sang alors je leur dis : « bah là comme ça je ne sais pas mais rappelez- moi quand je serais au cabinet » »,
M « J'arrive à me détacher quand même un petit peu de mes patients et même si ce sont des gens que je connais et que j'apprécie ben quand je ne suis pas là je ne suis pas là et il y a mes remplaçants et ils se débrouillent avec »,*

L'autre dépend de l'entourage : un environnement familial favorable ainsi qu'une ambiance bénéfique sur son lieu de travail.

*M « Quel que soit le reste, si le conjoint est partant et fait ce qu'il faut : est d'accord et ne râle pas tous les soirs, ça passe, sinon, c'est pas possible, et quand tu as en plus un petit...Et quand il peut gérer le quotidien à la maison, c'est viable »,
M « Ça va bien que les deux autres (NDLR : son fils et son mari), j'avais pas peur de les embêter tant que ça et eux aussi s'impliquaient dans mon boulot, le mari en répondant souvent au téléphone, à ce moment-là c'était comme ça. Le fils, il était le premier à venir me chercher quand ça sonnait en bas et que j'étais en train de faire autre chose »,*

M « On mange ensemble le midi, voilà quoi c'est la bonne ambiance. »

M « Etre content de venir au travail, donc ça fait partie du bien-être, du bien-être professionnel. C'est à dire quand on vient tous les jours dans la structure et qu'on est content de venir, et qu'on vient pas à reculons. »

Discussion

Résumons brièvement les résultats :

Les facteurs favorisant l'installation rurale étaient l'expérience des remplacements, le regroupement, le soutien des patients et l'accompagnement du projet d'installation. Les freins étaient représentés par la crainte de perdre leur qualité de vie et les difficultés de gestion d'un cabinet. Le milieu rural se concevait à condition de l'avoir préalablement expérimenté et si l'entourage familial adhérait au projet, souvent dans le but de répondre aux besoins d'un territoire déficitaire. La charge de travail et l'éloignement étaient les principales contraintes évoquées propres au milieu rural. Enfin, l'accès au bien-être dépendait des possibilités d'une maîtrise de sa charge de travail, d'une organisation optimale du cabinet médical, et du sentiment d'être un bon médecin, permises par l'exercice coordonné.

1. Forces et limites

Rappelons que cette thèse, inspirée par mon expérience personnelle, a été conçue avec l'objectif d'apporter une contribution à la connaissance des déterminants de la décision de jeunes médecins généralistes ruraux à s'installer et à se sentir bien dans leur travail.

Ma question de recherche était la suivante : Quels sont les déterminants permettant aux médecins généralistes ruraux de se sentir bien dans leur travail et de s'installer de manière pérenne ?

Conscient de la complexité de la problématique, mon ambition n'a jamais été de trouver la recette miracle à la résolution de la désertification médicale en milieu rural, mais

au moins d'approcher, par cette étude qualitative, les problèmes existants dans le secteur du Sancy. Tenter de les solutionner permettrait de m'y m'installer durablement dans les meilleures conditions possibles.

Les points fort de cette étude sont :

- L'originalité du thème : aborder la problématique de la désertification médicale au travers du bien-être au travail des professionnels de santé.
- Le codage ouvert qui réduit le biais d'interprétation.
- Les réponses cohérentes des professionnels ressources.
- L'utilisation d'un dictaphone pour le recueil des données au cours des entretiens, après accord des personnes ressources.
- Le respect de l'anonymat.
- La congruence des résultats avec les données de la littérature.
- Les entretiens présentiels pour la grande majorité limitant le biais de recueil.

Les points faibles de cette étude sont représentés par :

- Un échantillon restreint.
- La saturation des données obtenue au cours du dernier entretien, mais non confirmée par la réalisation d'entretiens supplémentaires. Toutefois, nous avons le sentiment d'avoir fait le tour de la question aux vues des références bibliographiques étudiées.
- L'application de la méthode d'entretien semi-directif empruntée aux sociologues qui n'a vraisemblablement pas été mise en œuvre avec toute la rigueur de celle d'un professionnel tant dans la technique des entretiens que celle de l'analyse.

- L'existence de biais d'interaction, de courtoisie, d'induction, propres à la recherche qualitative.

2. Les déterminants d'une installation réussie en milieu rural ou comment accéder au bien-être au travail

Depuis ces deux dernières décennies, la France doit faire face à la problématique de l'installation des jeunes médecins généralistes qui ne souhaitent plus s'établir directement à la fin de leurs études. En effet l'âge moyen d'installation des médecins ne fait que reculer (9), participant à la formation de déserts médicaux.

Pourtant, ces jeunes médecins ne rejettent pas le projet d'installation puisque les études montrent que 75% des internes envisagent de s'installer un jour en libéral. Dans les faits seulement 12% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 s'installent en libéral et près du double font le choix des remplacements. A l'instar des médecins interrogés dans notre étude, on s'aperçoit que la décision de s'installer en secteur libéral fait majoritairement suite à une période de remplacement. Et cette expérience de remplacement est considérée par tous comme indispensable, voire même un prérequis à l'installation. Pour preuve, l'étude du CNOM portant sur les déterminants à l'installation parue en 2019, révèle que 81% des répondants affirment s'être installés après avoir été remplaçants (dont 41% dans le territoire où ils avaient effectué leurs remplacements) (10).

Finalement, au-delà même d'être un faux-problème à la désertification médicale, le remplacement des médecins généralistes pourrait être un déterminant majeur dans la

réussite d'une installation. Aux vues de ces considérations, il semble tout à fait raisonnable que l'amendement récemment adopté par le Sénat portant sur la limitation des périodes de remplacements à trois ans ait été supprimé en juin 2019 (11)(12)(13).

Si le concept du médecin de campagne raisonne dans l'inconscient collectif comme une vocation innée, notre étude démystifie un peu cette représentation. Parce que l'attachement au territoire - facteur largement incitatif dans l'installation en milieu rural (14) - trouve la plupart du temps son origine dans ses racines, il n'est pas impossible de créer des vocations. Encore faut-il se donner les moyens de faire découvrir le milieu rural aux jeunes médecins afin de rompre avec les a priori.

Il semblerait que les mesures mises en place n'aient été suffisamment préparées par des études qualitatives systématiques de « l'expérience usager », intégrant de manière compréhensive le vécu : C'est par exemple le cas du Pacte Territoire Santé (mis en place par le Ministère des affaires sociales et de la santé), qui a entre autre œuvré pour faire connaître et apprécier l'exercice en cabinet médical, en incitant les médecins en formation à effectuer des stages en cabinet libéral, en particulier dans les zones fragiles. En renforçant les possibilités d'accueil des stagiaires, (nombre de maîtres de stage de deuxième cycle ayant doublé entre 2012 et 2014), 80 % des étudiants de deuxième cycle suivent désormais un stage de médecine générale en cabinet de ville, maison ou centre de santé, dans plus de la moitié des régions de France (15). Reste à savoir si ces mesures ont été aussi efficaces en milieu rural car comme l'a souligné le syndicat REAJGIR dans notre étude, la probabilité pour qu'un étudiant de deuxième cycle effectue ce stage ambulatoire en milieu rural reste faible.

Ces mesures souffrent également d'un manque d'accompagnement (16) à l'exemple du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) (17). Certaines sont même inadaptées aux

réalités du terrain : Le dispositif Praticien Territorial Médecins Remplaçants (PTMR) en est l'illustration. Ce dispositif propose aux médecins remplaçants un appui administratif, une rémunération complémentaire entre deux contrats, ainsi qu'une garantie financière en cas de congé maladie, maternité ou paternité, à la condition de réaliser 5000 actes par an dans des zones identifiées comme fragile par l'ARS. Comme l'a souligné le syndicat REAGJIR, ce nombre d'actes est déconnecté de la moyenne effectuée par un remplaçant lambda, le rendant insignifiant (18) (19).

Le dispositif PTMG (Praticien Territoriale de Médecine Générale) et sa déclinaison PTMA (Patricien Territorial de Médecine Ambulatoire) vise principalement à aider les jeunes médecins à « franchir le cap » de l'installation libérale. Depuis son entrée en vigueur en août 2013, 795 contrats de PTMG ont été signés au 1^{er} mars 2017 et seuls deux contrats de PTMA sont actifs en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Actuellement, le bilan du dispositif de PTMG montre son impact économique limité car seuls 40 % des contrats donnent lieu à un versement de complément de rémunération dans le mois et le coût moyen mensuel d'un contrat est d'environ 700 euros, soit un montant faible comparé au montant potentiel dont peut bénéficier le praticien en complément de rémunération (3 100 euros). Ces chiffres traduisent que la garantie joue finalement peu dans les faits, essentiellement les premiers mois du contrat, le temps que le praticien nouvellement installé constitue sa patientèle. Dans les zones déficitaires, le volume d'activité supérieur au minimum garanti est atteint assez rapidement (20).

A côté de ces mesures incitatives, les aides à l'installation essuient les mêmes critiques : la multiplication du nombre de subventions et les origines diverses des financements masquent leur lisibilité et génèrent une perte de temps importante dans la concrétisation des projets d'installation. Cette multiplicité nuit à la visibilité et à la pérennité

de ces aides. Il est également relevé que la redondance de certaines subventions pourrait être source d'effets d'aubaine. Enfin ces aides sont rarement évaluées (16)(21)(22).

Dans notre étude, le constat est fait par le syndicat REAGJIR qui remarque que si les informations concernant les aides à l'installation sont disponibles partout, les jeunes médecins méconnaissent la plupart des aides disponibles. Pour preuve, l'étude de l'ISNAR IMG en 2011 portant sur près de 2000 internes de médecine générale avait révélé que 95,2 % d'entre eux déclaraient ne pas connaître les aides à l'installation (23). Pourtant, à l'évocation des mesures envisagées nationalement pouvant inciter les internes à s'installer dans des zones déficitaires ils étaient 69,5 % à penser qu'une aide logistique et financière à la création d'une maison de santé pluri professionnelle ou d'un cabinet de groupe correspondait à leurs attentes (23). La thèse de Baranes en 2016 allait dans le même sens suggérant la possibilité lors de l'inscription à l'Ordre, d'assurer la promotion et même la formation, sous forme de sessions d'information, à ces différentes aides (24).

Ainsi, malgré les efforts évidents déployés par les autorités gouvernementales et sanitaires pour favoriser l'installation des médecins en milieu rural, on ne peut que déplorer, à l'heure d'aujourd'hui, les difficultés à obtenir des résultats favorables. Les derniers chiffres du CNOM prouvent qu'il persiste une France rurale de l'intérieur qui reste peu attractive pour les médecins remplaçants (4).

Pour remédier à ce phénomène, certaines instances telles que l'ARS de Picardie ont eu la bonne idée de mettre en place une filière d'excellence dès le lycée afin de permettre aux jeunes Picards issus notamment de quartiers très populaires ou de zones rurales, d'augmenter leur chance de réussite dans les formations santé, notamment les études de médecine. Cette sorte de discrimination positive pourrait remédier en partie au problème de la démographie

médicale de la région dans la mesure où ces étudiants déjà familiarisés avec ces territoires auront probablement l'envie d'y retourner (25) (26).

En outre, l'intérêt d'un contact précoce avec le milieu rural au cours des stages et des remplacements n'est plus à démontrer. Sophie AUGROS l'ex-présidente de REAGJIR estime que « *Sensibiliser plus tôt et régulièrement les étudiants en médecine aux réalités du terrain ne peut que porter ses fruits* » (27). En effet, il a été suggéré que les médecins ayant eu un contact avec la médecine générale en milieu rural se sentiraient davantage concernés par les problématiques de désertification du milieu rural. Ainsi sensibilisés aux difficultés d'accès aux soins et souhaitant apporter une réponse altruiste aux besoins de santé des patients, l'installation en serait nettement favorisée (24) (28).

C'est pourquoi certains professionnels de santé interrogés dans notre étude suggèrent d'imposer la réalisation de stages ambulatoires en milieu rural.

Il est certain que la méconnaissance des milieux ruraux participe à la peur de s'y installer. Cette méconnaissance pourrait être le résultat d'une formation médicale qui se déroule essentiellement dans des grandes agglomérations. Dans ce sens l'amendement adopté très récemment en première lecture par le Sénat pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale pourrait s'avérer utile. Il s'agirait d'effectuer au terme de l'internat, une année supplémentaire de pratique ambulatoire en autonomie, en priorité dans les zones déficitaires (29). Cet amendement n'aura de sens qu'en présence d'un nombre de maîtres de stage universitaire (MSU) suffisant.

Bien sûr, nous sommes conscients qu'à elles seules des subventions ou des aides ne peuvent être déterminantes dans un choix d'installation, d'autant plus en milieu rural où les

contraintes s'additionnent. La preuve en est que peu de médecins interrogés dans notre étude semblent en avoir bénéficié. En revanche, il nous paraissait important d'en discuter.

En fait, les réponses sont ailleurs et gravitent autour du bien-être au travail sous-tendu par deux notions fondamentales et indissociables : la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle.

Depuis plusieurs décennies déjà on assiste à une métamorphose de "l'éthos professionnel" classique de la profession médicale, parfaitement défini par Robelet, Lapeyre-Sagesse et Zolesio comme : « *les manières de faire, d'être et de penser propres à la profession de médecin, impliquant pour le praticien un temps de travail "total", submergeant et débordant tous les autres temps sociaux (au-delà de 60 heures par semaine), un dévouement inconditionnel aux patients, une disponibilité permanente par les astreintes et les gardes* » (3).

Actuellement, cette représentation du médecin de famille ne correspond plus à un idéal professionnel, et n'est plus en adéquation avec les nouvelles projections de mode de vie des récentes générations de médecins. En effet, l'investissement professionnel, aussi bien des femmes que des hommes médecins ne se conçoit plus indépendamment de la gestion d'une vie familiale et domestique. De plus, le temps consacré aux loisirs n'est plus sacrifié car considéré comme indispensable à leur bien-être. En effet, dans notre étude tout comme dans la littérature, les notions de gestion de son temps de travail et de son temps libre ainsi que la nécessité de préserver sa qualité de vie ont été un leitmotiv (24) (30). Pour autant, réguler son temps de travail n'a jamais été synonyme de travailler moins pour tous les médecins enquêtés. L'important réside dans la sensation de maîtriser sa charge de travail, ne pas se sentir déborder. Cela semble passer par la planification, l'organisation et l'optimisation de son temps médical en déléguant un maximum de tâches administratives (secrétariat, comptabilité, informatisation). Autant d'exigences auxquelles, d'après notre étude, le

regroupement et plus précisément l'exercice coordonné, semble pouvoir satisfaire. De plus, l'échange et le partage de connaissances entre professionnels de santé rendus possibles par de telles structures, seraient profitables à la fois aux médecins et aux patients en leur assurant une continuité de soins ainsi qu'une prise en charge globale et multidisciplinaire.

La littérature est en adéquation avec ces résultats. Déjà en 2008 Baude et Flacher mettaient en évidence cette volonté d'exercer en groupe en révélant par une étude quantitative s'adressant à plus de 2900 futurs généralistes que la perspective d'un exercice de groupe, mieux qu'une option, restait le principal moteur du projet d'installation (14). En outre, en 2012, la thèse de Bornant montrait que 95% des patients étaient enthousiastes vis-à-vis de la pluridisciplinarité apportée par les maisons médicales et la satisfaction globale envers celles-ci était excellente avec 97.89% de patients satisfaits (31). Et de la satisfaction des patients dépend le sentiment de prodiguer des soins de qualité ainsi que la sensation d'être un bon médecin. Or, la valorisation de l'exercice et de l'égo qui en découle est apparue unanimement dans notre étude comme fondamentale au bien-être au travail.

Toutefois, si les jeunes médecins se projettent pour la grande majorité des cas vers un exercice de groupe voire un exercice coordonné, les difficultés à s'installer dans une MSP ont largement été évoquées au cours de notre étude et sont principalement représentées par la complexité de la mise en œuvre de tels projets.

Notre entretien avec l'ARS révèle que les jeunes médecins *ne « veulent pas travailler seuls et veulent que tout soit organisé, que le secrétariat soit prêt que tout soit prêt. »* et que finalement *« peu de jeunes médecins [sont] prêts à s'engager dans la construction d'un projet »*. D'autres thèses se sont intéressées aux contraintes rencontrées lors de la création de maisons médicales et ont souligné le manque de connaissances et de soutien dans les démarches administratives, la nécessité de se faire aider, les difficultés à trouver un local ou

un terrain à bâtir, la complexité de la gestion logistique du projet immobilier et les relations avec la mairie (32). Il ressort également de notre étude que la création d'une maison de santé n'aboutit qu'au terme de plusieurs années de réflexion et de préparation du projet, nécessitant un lourd investissement personnel bien souvent concédé par le leader du projet. La thèse de Cairey-Remonnay et Bruchon confirme cette notion en soulignant que ce surcroît d'activité est principalement supporté par le leader du projet, dont le rôle est aussi important que difficile (16)(33)(34).

Finalement, si l'exercice de groupe apparaît actuellement comme un très bon compromis pour l'installation des nouveaux médecins, apportant des réponses en termes de régulation de son temps de travail, d'allègement de la PDSA, et de qualité de soins, on ne saurait le soumettre à une vision trop manichéenne. Ainsi certains médecins enquêtés remarquent que l'exercice en groupe n'est pas toujours évident, nécessitant de composer avec chacun des acteurs du projet, si tant est qu'ils répondent présents. En effet, fédérer des professionnels de santé autour d'un projet commun n'est pas toujours aisé d'autant plus en milieu rural. La charge de travail consécutive à la faible démographie médicale et aux demandes de soins croissantes, reflet du vieillissement de la population rurale et de l'augmentation des pathologies chroniques (35) corsent la difficulté. C'est pourtant bien en milieu rural, au sein de maisons de santé que la délocalisation d'autres médecins spécialistes serait salutaire. En effet, l'éloignement du plateau technique et des autres spécialités médicales rendent incontestablement les conditions de travail plus difficiles qu'en ville. Les médecins enquêtés avouent à demi-mot une possible perte de chance pour les patients en lien avec l'allongement des délais d'intervention des équipes urgentistes, ou tout du moins, un risque non négligeable d'inobservance de la part des patients découragés par la distance les séparant des consultations de ville. Actuellement, il est complètement illusoire de penser

que chaque commune pourrait bénéficier de son pôle de santé pluridisciplinaire, car la démographie médicale des autres spécialités ne le permettrait pas. Alors le problème pourrait s'envisager sous un autre point de vue : s'il est difficile de délocaliser les spécialistes, alors facilitons au moins leur accès. L'effort doit donc probablement être supporté par l'État et par les communes en termes d'aménagement du territoire. Les campagnes se retrouvent de plus en plus enclavées car mal desservies par les transports en commun. Renforcer la liaison entre la campagne et la ville permettrait plus d'équité sanitaire. La problématique des transports est identique au sein même des communes. La mise à disposition de moyens de locomotion autorisant les patients à se rendre au cabinet de leur médecin généraliste permettrait certainement de réduire le nombre de visites à domicile, soulageant ainsi favorablement la charge de travail.

Telle une rengaine inextirpable, la régulation de la charge de travail semble être la finalité d'une installation réussie. Dans ce sens, la capacité à prendre de la distance avec l'éthos professionnel classique a été citée de nombreuses fois comme participant au bien-être au travail. Il s'agit en fait d'être en mesure de pouvoir rompre avec le travail une fois la journée terminée, ne plus se sentir obligé de se rendre disponible 24 heures sur 24 lorsque l'on n'est pas de garde, en d'autres termes, ne pas se laisser « *consumer* » par son métier. Cette capacité de résistance, communément appelée « résilience », contribuerait à éviter le « burnout » (36) (37).

Enfin, à l'instar de notre travail, de nombreuses études ont montré l'importance de la place du conjoint dans la décision de s'installer en milieu rural. La dernière enquête du CNOM de 2019 objective que pour 86% des médecins en couple, le conjoint influence leur projet d'installation (10). Notre étude illustre clairement qu'une installation en milieu rural ne peut s'envisager qu'avec l'adhésion et le soutien familial. D'ailleurs, une enquête menée en 2009

sur les cessations anticipées d'activité dans l'Ouest de la France avait mis en évidence que deux médecins sur cinq considéraient que la situation de leur conjoint avait influencé leur décision de changement (38).

L'installation en milieu rural est un projet de vie commun à une famille dont le bien-être conditionne sa pérennité. Or, rallier toute une famille est un défi supplémentaire à la campagne. Le manque d'infrastructures et de services publics (écoles, crèches, loisirs, internet, poste, banques...) et notamment le manque de transports en commun freinent les jeunes générations à s'installer dans ces milieux. L'étude de l'ISNAR IMG en 2011 avait retrouvé que la présence d'une crèche, d'une garderie ou d'une école à proximité de leur lieu d'exercice était une mesure facilitant l'installation en zone déficitaire pour 51,9 % des internes (23). On sait également que les conjoints des jeunes médecins ont majoritairement un niveau cadre supérieur (39) ce qui complique encore plus leur désir d'installation en milieu rural car ils ont peu d'espoir de trouver un emploi correspondant à leurs qualifications. Ce constat est bien dommageable lorsque l'on sait que selon une étude menée en 2013-2014 pour le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET), les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire sont considérées comme un facteur d'attractivité prépondérante (40). Une alternative évoquée dans notre étude serait alors de travailler en milieu rural et de résider en ville (39).

Au terme de cette discussion, j'espère avoir pu apporter suffisamment d'éléments de réponses, sinon d'éclaircissements, aux médecins qui, comme moi, auraient le projet de s'installer en milieu rural.

Il existe probablement autant d'installations idéales que de médecins installés. Toutefois, cette étude montre que l'accès au bien-être au travail en milieu rural - s'intégrant dans une

démarche très subjective - répond à des codes bien établis que l'on pourrait aisément matérialiser sous forme d'une répartition gaussienne. Les extrêmes de la courbe correspondraient alors aux installations solitaires.

J'en retire moi-même un certain nombre de préceptes qui, appliqués à mon cas personnel m'amèneraient à considérer qu'une installation idéale dans cette ZAC, répondant à la définition de mon bien-être, serait représentée par :

La création d'une MSP au sein d'un l'hôpital de proximité (du Mont-Dore). Profiter des avantages matériels et humains proposés par cet hôpital : locaux fonctionnels et aux normes, secrétariat présentiel, informatisation partagée. Bénéficier de son plateau technique : radiologie, laboratoire. Parvenir à organiser une pluridisciplinarité de soins autour du patient grâce au réseau de confrères déjà installés ou intervenant ponctuellement (dermatologue, endocrinologue, angiologue, cardiologue, néphrologue, orthopédiste, sage-femme, diététicienne, psychologue) afin d'accéder à la notion résolument plus moderne d'« équipe traitante » plutôt que de « médecin traitant ».

Reste à fédérer d'autres médecins généralistes autour de ce projet, afin de pouvoir réguler la charge de travail tout en assurant une continuité de soins sur une large amplitude horaire (8h-20h), s'octroyer une journée de repos par semaine et organiser la PDSA sur une fréquence raisonnable.

En outre les spécificités propres à cette station thermale de moyenne montagne offrent la possibilité de diversifier l'activité médicale (traumatologie, thermalisme), facteur attractif supplémentaire pour les remplaçants et formateur pour d'éventuels internes.

Conclusion

Au terme de cette recherche, menée auprès de médecins généralistes ruraux installés dans le Puy-de-Dôme et de professionnels ressources, plusieurs déterminants clés d'une installation pérenne ont pu être mis en évidence.

Tout d'abord la qualité de vie au travail est indissociable de la qualité de vie personnelle.

Si de premier abord il paraissait compliqué, pour ne pas dire impossible de conceptualiser la notion très subjective du « bien-être au travail », la réalisation d'entretiens présents individuels s'est parfaitement prêtée à l'exercice. Ainsi, les déterminants communs permettant l'accès au bien-être ressortis de ces entretiens se sont articulés autour de trois points primordiaux : une maîtrise qualitative et quantitative de son activité professionnelle, une organisation optimale du cabinet médical et le sentiment d'être un bon médecin.

En pratique, parvenir en milieu rural à réguler sa charge de travail et préserver sa qualité de vie ne s'improvise pas. L'installation en zone déficitaire à la campagne doit être l'aboutissement d'un projet mûrement réfléchi. Elle nécessite de s'y confronter au préalable, notamment par l'exercice de remplacements, afin d'appréhender au mieux les difficultés du terrain. Or, cette étude nous a permis de nous rendre compte que si beaucoup de contraintes imposées par le territoire rural dépendaient finalement de paramètres solutionnables, le concept d'attachement au territoire (inné ou acquis), lui, est ancré.

Alors s'il existe probablement autant d'installations idéales que de MG installés, cette étude montre que l'accès au bien-être au travail en milieu rural, répond à des codes assez bien établis. L'exercice regroupé, et plus précisément l'exercice coordonné semble répondre au mieux aux aspirations des jeunes médecins. Le concept nouveau « d'équipe de soins

primaires » - se substituant peu à peu à celui du traditionnel « médecin traitant » - semble profitable à la fois aux médecins et aux patients. De la satisfaction des patients dépend le sentiment de prodiguer des soins de qualité et donc la sensation fondamentale d'être un bon médecin.

Être médecin à l'heure actuelle ne peut plus se concevoir dans l'abnégation. Le MG doit être acteur de sa propre santé mentale et physique et pas seulement de celle des autres.

Arriverons-nous en France à réguler au mieux l'offre médicale en milieu rural sans compromettre le bien-être des MG ? La question reste ouverte et une étude quantitative analysant les déterminants de l'installation des MG ruraux pourrait être réalisée afin de valider nos résultats et pour orienter les politiques d'aides à l'installation.

Bibliographie

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. 2017.
2. redaction revue Chef d'entreprise. Bien-être au travail - Définition du glossaire. <https://www.chefdentreprise.com/> [Internet]. 2019 [cité 21 mai 2019]; Disponible sur: https://www.chefdentreprise.com/Definitions-Glossaire/Bien-etre-au-travail-245186.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button
3. Robelet M, Zolesio E, Lapeyre – Sagesse N. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins Genre, carrière et gestion des temps sociaux Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. 2006.
4. Bouet P. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. France; 2017.
5. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Rev Française Aff Soc [Internet]. 2005 [cité 21 mai 2019];(1):59-81. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-59.htm>
6. ARS ARA. Zonage Médecine Générale _ARS ARA [Internet]. 2018 [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/004691508a8ec71d2ec89>
7. Chaput H, Monziols M. Pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2019 [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/colloques/article/pratiques-et-conditions-d-exercice-des-medecins-generalistes?var_mode=calcul
8. Isnar img. Aides à l'installation. 2017.
9. Lucas-Gabrielli V. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). 2004;8.
10. CNOM. Etude sur l'installation des jeunes médecins. 2019;27.
11. Évolution des conditions de remplacement [Internet]. ReAGJIR. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/evolution-des-conditions-de-remplacement/>
12. Médecins remplaçants : le Sénat renonce à limiter la durée d'exercice [Internet]. Public Senat. 2019 [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/le-senat-renonce-a-limiter-a-3-ans-la-duree-d-exercice-pour-les-medecins>
13. Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/118-524/118-5245.html>
14. 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.
15. DGOS. Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux [Internet]. 2016. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/17_03_10_pacte_territoire_sante_-_des_mesures_concretes_pour_lutter_contre_les_deserts_medicaux.pdf
16. Crochemore J-MJB, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement. 2015 p. 52.
17. Centre National de Gestion. DONNEES SUR LES CONTRATS D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC ETUDIANTS ET INTERNES EN MÉDECINE CAMP AGNES 2010/2011 A 2015/2016. 2016.

18. ARS. Dispositif PTMR [Internet]. calameo.com. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/004691508f0893941c106>
19. Débuts d'exercice [Internet]. ReAGJIR. [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/debuts-dexercice/>
20. Cardoux J-N, Daudigny Y. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-68617.html>
21. Jardel A. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands. 2013;75.
22. ONDPS. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens [Internet]. 2015. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf
23. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. (I.S.N.A.R.I.M.G.). Lyon. FRA. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Lyon: ISNAR IMG; 2011 p. 30p.
24. Baranes D. Etude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.
25. figaro le. Une initiation à la médecine dès le lycée pour encourager les vocations. Figaro Etudiant [Internet]. 2015 [cité 16 juin 2019]; Disponible sur: <https://etudiant.lefigaro.fr/orientation/actus-et-conseils/detail/article/une-initiation-a-la-medecine-des-le-lycee-pour-encourager-les-vocations-10372/>
26. ARS Picardie. Convention de partenariat entre l'Agence Régionale de Santé et l'Académie d'Amiens. 2015.
27. AUGROS S. Comment lutter contre les déserts médicaux ? [Internet]. ReAGJIR. 2017 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/blog/2017/03/21/lutter-contre-deserts-medicaux/>
28. Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
29. Sénat. Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.senat.fr/basile/visio.do?id=d0135757&idtable=d160705-106112_12|d48394320190604_13|d160705-106087_8|d48394320190605_25|d48394320190606_27|d48394320190607_2|d160705-106088_5|d0135757|d0135158|d0135636&_c=Amendement+pratique+en+autonomie&rch=ds&de=20190604&au=20190613&dp=1+an&radio=deau&aff=60705&tri=p&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn
30. ALLEMAND H, TEITELBAUM J, LEVY D, BUI DANG HA DOAN. Les médecins libéraux en Ile-de-France : pratiques, difficultés, attentes, propositions. Cah Sociol Demogr Med. 12 2003;(4):640p.
31. Bornand L. Étude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
32. Buttet LM, Jullien NRC. Ressenti des médecins généralistes face aux difficultés de création d'une maison médicale: étude qualitative par entretiens individuels dans l'Isère. :295.
33. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Le Coudrier. 2015.
34. Cairey-Remonnay C, Bruchon S. Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de santé pluriprofessionnelles en Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2012.

35. CHABOT JM, TRÉBUCQ A. ÈRE NOUVELLE POUR LES SOINS PRIMAIRES. LE CONCOURS MEDICAL. 2019;
36. Von Känel R. Le burnout et la résilience chez les médecins [Internet]. 2017 [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <https://primary-hospital-care.ch/fr/article/doi/phc-f.2017.01371/>
37. Jourdan A. Les mesures de prévention du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Marseille]: Aix-Marseille Université; 2016 [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/THESE%20Jourdan%20Anais.pdf>
38. Delansorne F, Buis H, Robino S, Tomas J, Huez J-F, Fanello S. Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux dans les trois départements de l'ouest de la France. Quelle réalité ? Sante Publique (Bucur) [Internet]. 1 oct 2009 [cité 8 avr 2019];Vol. 21(4):375-82. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-375.htm>
39. Breuil-Genier S. La situation professionnelle des conjoints de médecins. 2005;12.
40. Commissariat Général à l'Égalité des Territoires. (C.G.E.T.). Paris. FRA. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. EN BREF. sept 2015;(4):4p.

Annexes

Annexe I : CANEVAS D'ENTRETIEN MEDECINS GENERALISTES

Bonjour, je m'appelle Vincent AMBERT, je suis médecin généraliste remplaçant depuis maintenant 3 ans sur le secteur du Sancy et je me pose à présent la question de m'y installer. Cependant les conditions de travail des différents médecins remplacés du secteur semblent être un frein à une installation pérenne pour un jeune médecin (horaires chargées, cabinet individuel, peu d'échange interprofessionnel et souvent sans secrétariat).

Mon travail de recherche de thèse est intitulé :

« Bien-être au travail et installation pérenne en milieu rural »

Données qualitatives

1. Pourquoi avez-vous choisi de devenir médecin ?

2. Et la médecine générale en milieu rural en particulier ?

3. Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis le début de votre internat ? (stages en ambulatoire en milieu rural ? remplacements, projets familiaux ayant potentiellement influencé un choix d'installation)

4. Si vous avez déjà effectué des remplacements :

- dans quels types de secteurs d'activité avez-vous remplacé ? (rural, semi-rural, urbain, zone déficitaire, ZRR, ZUS)

- que vous ont apporté/appris ces remplacements ?

5. Qu'est-ce qui vous a décidé à vous installer ?

6. Comment s'est déroulée votre installation ? (Choix du lieu, naissance du projet, création des locaux, aides à l'installation, avantages fiscaux, contrats PTMG, financement, statut juridique, gestion)

7. Quelles difficultés avez-vous potentiellement rencontrées lors de votre installation ? (Association/collaboration, recrutement d'autres professionnels, administratif, création des locaux, recherche de financements)

8. Quels ont été les facteurs facilitant votre installation ? (aides reçues, médecins déjà installés, faculté, comptables, ordre, URPS, guichet unique, mairie, associations)

9. Si je vous dis « bien-être au travail », que cela évoque-t-il chez vous, en considérant votre situation personnelle ? (Contraintes horaires, gardes de nuit, de we, rythme de travail, contraintes physiques, relation avec les patients, charge mentale, charge émotionnelle)

10. Quels bienfaits sur votre qualité de vie votre installation permet-elle ?

11. Quelles étaient pour vous les conditions indispensables à votre installation permettant le bien-être au travail ? (organisation, secrétariat, plateau technique, participation aux FMC, permanence et continuité des soins, exercice groupé, temps de travail)

12. Quels conseils donneriez-vous à de futurs médecins voulant exercer en milieu rural ?

13. Selon vous quelles seraient les conditions d'exercice idéales pour un médecin généraliste en milieu rural ?

Données épidémiologiques

-année d'installation

-zone d'activité

-âge

-statut familial (célibataire, marié, enfants)

-genre

-mode d'exercice (cabinet individuel, de groupe, MSP, pôle de santé)

-compétence particulière /activité associée (EHPAD, médecin coordinateur, médecin correspondant SAMU)

Annexe II : CANEVAS D'ENTRETIEN PROFESSIONNELS RESSOURCES

Bonjour, je m'appelle Vincent AMBERT, je suis médecin généraliste remplaçant depuis maintenant 3 ans sur le secteur du Sancy et je me pose à présent la question de m'y installer. Cependant les conditions de travail des différents médecins remplacés du secteur semblent être un frein à une installation pérenne pour un jeune médecin (horaire chargée, cabinet individuel, peu d'échanges interprofessionnel et souvent sans secrétariat)
Mon travail de recherche de thèse est intitulé « Bien-être au travail et installation pérenne en milieu rural »

1. Avec quel type de projet se présente actuellement la plupart des jeunes médecins généralistes désireux de s'installer ? (Centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé, installation individuelle, cabinet de groupe)
2. Quelles sont leurs attentes en termes de conditions de travail, et de qualité de vie ?
3. Quelles sont leurs interrogations récurrentes ? et leurs inquiétudes ?
4. Quels sont les besoins que vous identifiez spécifiquement chez les médecins généralistes voulant s'installer en milieu rural ?
5. Quelles sont les principales raisons des échecs de certains projets
6. Selon vous, comment faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu rural ? (Mesures incitatives adaptées ?)

Annexe III : Verbatims

Verbatim M 1 :

Pourquoi avez vous choisi de devenir médecin ?

En deuxième première année de médecine, j'ai fait la première année deux fois de suite, en première année j'étais parti sur le dentaire que j'ai loupé parce que je ne me suis pas présenté à une épreuve de psychologie, j'étais en retard tout simplement euh c'est un peu difficile à vivre et pour retrouver un peu de motivation la deuxième première année j'ai un peu changé d'optique, ça m'a fait réfléchir et je suis parti sur médecine à ce moment là.

Et la médecine générale en milieu rurale en particulier ?

Médecine générale ça c'était plutôt acté d'entrée, ouais pour la diversité de l'activité et puis milieu rural peut-être parce que moi j'avais connu que la médecine rurale étant petit enfant, le médecin généraliste qui était capable de tout faire, de faire tous les diagnostics et c'était ma seule référence on va dire de la médecine. Et puis ça s'est confirmé quand j'ai fait les stages chez le praticien.

Est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours depuis la fin de votre internat ?

A la fin de l'internat j'ai fait des remplacements, en montagne, en rural. Pour tester j'ai fait médecin adjoint dans la Creuse dans un village qui s'appelle (...). Il y avait quatre médecins et en un mois il s'est retrouvé tout seul et donc là, l'Ordre des médecins a autorisé ce statut par manque d'effectif. J'ai eu cette expérience là pendant six mois à mi-temps et l'autre mi-temps je travaillais sur ma thèse et après je suis venu aux remplacements plus réguliers sur certains postes sur (...) et puis sur (...) puis j'ai fait ensuite la collaboration sur (...) et en continuant les remplacements réguliers sur (...).

Que vous ont apporté les remplacements ?

Les remplacements c'est intéressant pour se confronter à la diversité d'activités. J'ai eu plusieurs expériences, ça m'a permis de me confronter à différents exercices en cabinet de groupe, avec ou sans secrétariat, sur rendez-vous ou sans rendez-vous, des lieux d'activité différents : péri-urbain, campagne, montagne, à deux heures voire trois heures d'un CHU. J'ai testé plusieurs choses comme ça oui.

Et par la suite qu'est ce qui vous a décidé à vous installer ?

J'étais décidé depuis le début à m'installer, je cherchais le milieu qui me correspondait le plus en fait et donc à (...) ça a bien collé tout de suite, assez rapidement. L'idée de la collaboration c'était déjà avec l'idée de l'installation derrière, c'était déjà acté. Après on a pris notre temps parce que ça nous arrangeait tous les deux avec mon collègue à qui il restait sept ans avant la fin de sa carrière et moi qui voulais passer la capacité de gériatrie et faire d'autres activités en

plus. Donc c'est vrai que ça nous a allégé notre charge de travail pendant ces six ou sept ans, on a bien partagé le travail et ça préparait tout doucement l'installation mais c'était déjà décidé du début.

Comment s'est déroulée cette installation ?

Donc on a vraiment bien pris le temps de bien faire les choses du coup parce que la collaboration a permis de partager la patientèle pendant six ans avec une façon de travailler assez fluide. On avait à peu près la même façon de travailler donc ça s'est fait naturellement quoi.

Le moment de l'installation, donc les trois mois avant et les trois mois après, c'est quand même brutal au sens où il y a énormément de démarches administratives même quand on s'y connaît et qu'on a préparé le truc depuis six ans. On ne se doute pas à quel point c'est pénible. Après j'ai changé un petit peu l'organisation du cabinet, comme je devenais le seul médecin. J'ai pris une secrétaire pour baisser les charges administratives et il a fallu mettre en route ce nouveau poste. Ça a un petit peu changé certaines choses et rendu un petit peu plus difficile l'installation au début, sur les trois premiers mois, mais avec un gain de temps et de tracasseries administratives très appréciables au long court.

Avez-vous pu bénéficier de certaines aides à l'installation, financières ou fiscales ?

Oui des avantages fiscaux j'ai demandé. Après des aides à l'installation je ne devais pas être éligible pour en bénéficier je pense. Je n'ai que bénéficié des avantages fiscaux, n'étant pas dans une maison de santé.

Avez-vous un contrat de PTMG ?

Non, je ne connais pas ça, ça doit être plus récent.

Vous êtes installés depuis combien de temps ?

Ça va faire 4 ans.

Et pour le statut juridique du cabinet ça a été quelque chose de difficile à monter ?

Non, du coup comme je suis tout seul, pour l'instant, ça a été assez simple. Mais dès qu'on est à 2, c'est plus compliqué.

De quels ordres étaient les difficultés rencontrées pendant votre installation ?

Arriver à tout gérer en même temps, c'est à dire l'activité médicale et puis résoudre les tracasseries administratives de mise en route et il faut rencontrer tout un tas de monde pendant l'installation, ça va de la médecine du travail pour les salariés, la sécurité incendie, il y a des trucs auxquels on ne pense pas forcément, basculer tous les forfaits téléphoniques, EDF, etc. Mine de rien, ça prend pas mal de temps tout ça, il faut appeler aux heures ouvrables et quand on a une activité en même temps, c'est un peu complexe.

Quels sont les différents partenaires que vous avez sollicités ?

Tout au début, le partenaire important, je me suis tourné vers un service de comptabilité, qui s'occupe du versant perso et cabinet, j'ai pris contact avec un service salarié qui s'occupe des fiches de paye de mes salariés pour ne pas avoir à gérer tout ça, ça c'est un gros confort parce que les mises à jour par rapport au cadre légal qui évolue chaque année et il faut quand même bien se tenir au courant parce que tout seul c'est un peu périlleux je trouve et puis en 3^{ème} j'ai pris contact avec un juriste du même service qui m'a aidé pour établir les contrats au niveau professionnel.

Quelles étaient les conditions indispensables à votre installation permettant le bien-être au travail ?

L'accessibilité puisque c'était les conditions que j'ai négociées avec le propriétaire du local en arrivant ici. Il fallait mettre aux normes le cabinet.

Pour moi maintenant, le secrétariat est indispensable pour déléguer les tâches administratives, tout ce qui est encaissement, gestion comptable journalière, pour les prises de RDV des spécialistes qui sont extrêmement compliqués à joindre en Auvergne.

Je pense que c'est ça qui est indispensable pour avoir un exercice de qualité.

Bon après il y avait déjà des choses mises en place ici, tout ce qui était informatisation, c'était déjà fait, ça fait partie des indispensables mais c'était déjà là.

Après par rapport à l'accès aux formations, c'est quelque chose qui était important pour vous ?

Oui, je pense que c'est praticien-dépendant et que ce n'est pas en lien avec le lieu d'exercice. Moi je continue à me former et à former les internes en stage. C'était dans mon esprit pendant mes études. Je m'étais dit le jour où je m'installe, je prends des internes en formation, donc c'est ce que j'ai fait et ça se passe bien, c'est sympa. Un peu dur parce que ça prend un peu de temps des fois en plus, par contre c'est vachement motivant, ça nous renvoie à notre propre pratique et c'est très stimulant, on en tire des bénéfices.

Et puis je continue à m'inscrire à des formations, on a une petite FMC locale qui tourne de moins en moins faute de combattants, parce que c'est très lié au financement par les laboratoires et puis bien sûr j'ai des authentiques formations indépendantes, et là je m'inscris aux formations sur la psychiatrie du sujet âgé.

Le fait d'être en rural ne me freine pas pour les formations.

Par rapport au temps de travail, est-ce que c'était un critère important pour vous ?

Non, le plaisir de faire ce travail là, je pense que c'était plus important. J'ai fait plusieurs expériences d'activités en péri-urbain, dans des coins où il y avait des horaires aussi importants qu'un travail inintéressant et jamais de la vie je n'aurais pu m'installer dans ces conditions là. Là le moteur principal c'est la diversité et la qualité du travail qu'on peut faire. Ici on vient chercher mon diagnostic avant tout et ça c'est hyper valorisant.

Après au niveau des horaires on peut quand même assez bien cadrer. On est le seul responsable de nos horaires je pense, donc si on éduque notre clientèle en disant que c'est fini à 18h, ça se finira à 18h. Par contre c'est vrai que comme on est seul à bien cadrer les

choses, on peut aussi se faire bouffer par la patientèle et là on voit certains médecins qui se font envahir. Dans un de mes stages chez le praticien j'ai vu un praticien qui se levait à 6h du matin pour étudier ses FMC sur revues et puis qui terminait ses visites à 23h, des fois en toquant à la porte où ça ne répondait pas, mais ça c'est le contre-exemple typique.

C'est l'avantage de l'activité libérale pour le coup, c'est qu'on est libre de fixer nos horaires et notre activité comme bon nous semble. Après il faut se faire sa clientèle en fonction, ça c'est sûr.

Concernant la permanence des soins et la continuité des soins, par rapport aux vacances et aux remplacements ?

Donc on n'a aucune obligation de continuité des soins en tant que médecin contrairement aux infirmiers. On est un peu dégagé de ce côté là, par contre c'est sûr qu'au niveau permanence des soins, dans un secteur comme ici, on aimerait bien conjuguer la médecine d'urgence en même temps que la permanence des soins. Il y a des gros freins qui sont liés soit au SAMU, soit aux directions des pompiers, je ne sais pas directement, en tout cas dans le Puy de Dôme ça bloque un peu. Moi je suis inscrit comme demandeur de médecin correspondant SAMU mais ça bouge pas depuis 6 ans, on est toujours en attente de nos contrats, de dotation de matériel alors que j'ai eu la formation l'année dernière sur Aurillac qui était très intéressante d'ailleurs et pour l'instant on n'est pas mis en œuvre.

Après, permanence des soins on est sur un tout petit secteur puisque sur montagne avec un périmètre d'action assez restreint, avec du coup peu d'activité et ce serait intéressant de coupler en plus médecine d'urgence pour rendre le travail plus intéressant et plus utile pour les malades par ici parce que c'est sûr que quand on attend le SAMU, on a une perte de chance importante quand on est ici et qu'il n'y a pas de 1^{er} intervenant. Il y a une grosse protection légale des chefferies des directions des 2 services, à la fois par le SAMU qui réserve la médecine d'urgence aux urgentistes, et ils ont sûrement raison parce qu'il faut professionnaliser tout ça. Du coup les médecins généralistes qui faisaient cette activité là ont sauté il y a 10 ans et ils ne sont remplacés par personne en fait, c'est ça le débat. Et puis du côté des pompiers, on se couvre de plus en plus aussi, à tel point que lors d'une intervention avec les pompiers on ne m'a même plus laissé l'autorisation de monter dans le fourgon pour faire la jonction avec le SAMU à Rochefort parce que légalement ça ne correspondait à rien, je n'étais pas déclenché officiellement, c'est curieux alors qu'on a la non assistance à personne en danger en face, c'est vraiment très ambigu.

Quels conseils donneriez-vous à de futurs médecins voulant s'installer en milieu rural ?

Il faut peut-être éviter d'y aller tout seul : 1^{er} conseil. C'est quand même plus facile à plusieurs. De toutes façons, il faut essayer le rural. Je pense que dans les stages maintenant qui obligent un peu dans les cursus à tout essayer, ça peut permettre de se rendre compte qu'on n'est pas si isolé que ça. On a des moyens de technologie vraiment performants : moi j'ai la biologie qui arrive dans les 4 heures après la prise de sang sur ordinateur, on a des contacts par mail et sécurisés en plus avec nos spécialistes, nos référents, donc on n'est pas vraiment tout seul en fait. Il y a toujours des spécialistes qui sont joignables, on peut toujours avoir des conseils et des accès. Et puis il ne faut pas avoir peur de l'activité d'urgence parce qu'elle peut finalement elle peut arriver partout, ici comme ailleurs et là aussi on peut toujours

en référer au SAMU. Sur une astreinte de garde on n'est jamais abandonné : il ne faut pas avoir peur de ça.

Après, le métier est beaucoup plus intéressant parce que clairement les patients ne viennent pas chercher un courrier pour voir le spécialiste, ils viennent chercher un diagnostic, ils viennent chercher notre avis, donc c'est carrément valorisant, et ça c'est irremplaçable. Et ça, je ne l'ai pas vu en péri-urbain, je ne l'ai même pas toujours bien vu en campagne un peu loin du CHU, en Creuse ou aux Ancizes, c'était pas tout à fait ça. Et ici, moi j'ai trouvé la patientèle qui me correspondait, et donc ça marche bien ici à cause de ça aussi. C'est ce qui a déterminé, je pense, mon choix ultime (de trouver une patientèle qui me correspond). Tout médecin doit trouver la patientèle qui lui correspond, c'est ça qui guide l'installation, que ce soit rural ou ailleurs.

Selon vous quelles seraient les conditions d'exercice idéales pour un médecin généraliste en milieu rural ?

Du coup, elles vont dépendre du médecin parce qu'on a des attentes différentes et il ne faut pas chercher un cadre strict, il faut garder une certaine liberté d'installation, de choix dans l'ouverture de ses horaires, etc par contre peut-être créer plus d'obligations de formations, se maintenir à jour des connaissances, ce serait pas mal, parce que le danger serait de sombrer dans l'isolement, sans prendre l'avis de ses collègues.

Peut-être que le salariat a de l'avenir si on tourne sur le modèle des dispensaires et après ça pourrait être intéressant dans des contrées un peu plus éloignées. Là finalement on n'est pas si loin que ça de Clermont. A (...), dans la Creuse, on était à 3h du CHU, des campagnes comme ça, je pense que ça serait pas mal d'avoir un plateau technique un petit peu plus important. Ici, les gens sont habitués à faire 1h de route (pour aller au CHU). Mais après ce n'est qu'une question de point de vue et de perspective parce que j'ai des internes que j'ai pris en stage, pour eux c'était le bout du monde de venir ici, pourtant on n'est qu'à 1h. Mais quand on est habitué à vivre que dans le centre ville de Clermont, ça peut paraître le bout du monde.

Verbatim M2 :

1. Pourquoi avez-vous choisi de devenir médecin ?

Le pourquoi du comment, je pense que c'est les rencontres de médecins dans ma carrière d'enfant malade, d'enfant blessée et recousue. J'avais un médecin super sympa, je pense que ça vient de là parce qu'en 6^{ème} je savais déjà ce que je voulais faire. Et puis j'en n'ai pas démordu, je n'ai pas trouvé autre chose qui m'intéressait.

2. Et la médecine générale en milieu rural en particulier ?

Alors la médecine générale c'est parce que la cardio ça me plaisait, la pédiatrie ça me plaisait (rires), l'endocrino ça me plaisait donc après je me suis dit : autant faire médecine générale. Le milieu rural c'est un petit peu par hasard parce qu'en fait j'étais dans la région parisienne, dans la banlieue et j'ai rencontré un Auvergnat (rires). Donc après, Clermont-Ferrand ça ne m'a pas emballé et puis j'ai fait des remplacements à la campagne.

3. Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis le début de votre internat ? (stage en ambulatoire en milieu rural ? remplacements, projets familiaux ayant potentiellement influencé un choix d'installation)

4. Si vous avez déjà effectué des remplacements :

- dans quels types de secteurs d'activité avez-vous remplacé ? (rural, semi-rural, urbain, zone déficitaire, ZRR, ZUS)

- que vous ont apporté/appris ces remplacements ?

5. Qu'est-ce qui vous a décidé à vous installer ?

J'ai fait un remplacement en ville à plusieurs reprises d'un même médecin et ça ne m'a pas passionné du tout et du coup j'ai cherché d'autres remplacements mais comme je ne connaissais personne sur Clermont, j'ai fait un peu du porte à porte et on m'a signalé un médecin, si je n'avais pas peur de partir vers la campagne, qui se faisait remplacer tous les week-ends et donc du coup je suis partie là-bas.

J'ai remplacé 5 ans avant de m'installer, le temps de faire un enfant.

Ici (NDLR : lieu d'installation) c'était un peu loin de tout le monde, mon mari était à Vichy, ma famille était de Paris donc on n'était pas forcément décidé pour la campagne et j'ai eu aussi une proposition d'installation sur Montferrand : la première fois où je suis venue voir ce médecin, c'était un matin à 10h30, pas de problème, médecin super sympa, la deuxième fois où je suis venue le voir il était 16h30 et là, impossible de circuler, impossible de se garer et là je suis rentrée et j'ai dit à mon mari : eh ben si tu veux, ce sera Ok pour la campagne. Parce que la région parisienne, j'avais déjà donné, en plus c'est vrai qu'en remplaçant le même médecin pendant 5 ans, la clientèle était déjà faite et puis j'avais trouvé la clientèle super sympa. Après l'activité de la campagne, c'était un deal à 2, avec mon mari c'est à dire : tu feras tout le reste à la maison et moi je ferai médecin de campagne. Mais bon lui, ça lui allait. Quand je me suis installée, j'ai demandé au Conseil de l'Ordre tous les papiers d'installation et on m'a dit : vous êtes folle, à la campagne avec un mari instit, ça ne va jamais tenir. Et bon, ça fait 33 ans que je suis installée.

6. Comment s'est déroulée votre installation ? (Choix du lieu, naissance du projet, création des locaux, aides à l'installation, avantages fiscaux, contrats PTMG, financement, statut juridique, gestion)

Et puis après, la maison médicale c'est parce que je me suis retrouvée seule, parce qu'initialement, on était 2 associés, mais chacun chez soi pour notre bien-être justement, on n'avait pas trop envie de se marcher l'un sur l'autre. Par contre, ce qui était compliqué c'est qu'on n'avait pas comme aujourd'hui des logiciels communs donc on se passait nos dossiers papiers et on se faisait des transmissions sur les patients qu'on avait en commun, au moins 2 ou 3 fois par semaine. En même temps, ça nous donnait l'occasion de se voir 10 minutes un quart d'heure ou plus si besoin au sujet de patients. Même si on était chacun chez soi, chacun avec son secrétariat (nos conjoints) à ce moment-là. Ça nous donnait plus de liberté dans notre fonctionnement. Et puis il a eu son accident et le soir-même je me suis retrouvée toute seule

sur un secteur de garde, donc à faire toutes les gardes toutes les nuits et tous les WE non-stop pendant 1 an et demi. Donc là j'ai commencé à prendre des remplaçants, c'est vrai que ça a été un peu galère parce qu'ici, c'est pas une ville qui attire spontanément les gens, surtout qu'on avait des sorties un peu hard avec les pompiers, ce qui pouvait décourager parfois un petit peu les remplaçants qui sont plus habitués à la ville. Donc un jour on a eu un coup de téléphone d'un médecin de l'ARS qui s'est rendu compte que les gardes de secteur étaient toujours réalisées par la même personne et donc du coup on a commencé à se réunir. J'avais bien de temps en temps le médecin du village d'à côté qui me prenait quelques gardes. Donc après on a commencé à se réunir, les premières réunions ont été un peu houleuses. Le premier sujet a concerné le tour de garde parce que les patients n'avaient pas l'habitude qu'il n'y ait personne de garde certaines nuits : on a agrandi le secteur de garde afin d'être plus nombreux à tourner. Donc après, quand on a été 5 sur le planning de garde, ça a été plus facile. Et puis la première interne que j'ai pris en stage, qui était une enfant du pays, a commencé à me remplacer, puis a souhaité s'installer avec moi avec ce projet de maison de santé.

7. Quelles difficultés avez-vous potentiellement rencontrées lors de votre installation ? (Association/collaboration, recrutement d'autres professionnels, administratif, créations des locaux, recherche de financements)

La maison de santé s'est montée en 3 ans : entre le projet de santé et les recherches de subventions à droite à gauche, mais là, ce n'est pas nous qui avons géré, ce sont les élus. On est tombé sur des élus très impliqués (NDLR : dont son époux) et puis un autre élu qui était président de la com-com et il avait vraiment une passion pour tous les problèmes de santé du territoire, donc en gros, c'est lui qui est allé chercher tous les budgets requis.

Les difficultés rencontrées ont été de fédérer les gens, parce qu'on ne se connaissait pas du tout, chacun travaillait seul chez soi, alors on avait bien de temps en temps des patients communs, mais pas tant que ça, car les secteurs étaient différents. On avait quand même créé une FMC où au moins entre médecins, on se voyait. Nous les médecins, on avait quand même une approche un peu plus amicale. Mais entre infirmières, c'était vraiment chacun son territoire et fallait pas empiéter sur le territoire des autres et donc ça a été un peu plus long de leur faire intégrer la maison de santé. Nous on avait de la chance, c'est qu'ici, les infirmiers étaient déjà en groupe.

8. Quels ont été les facteurs facilitant votre installation ? (Aides reçues, Médecins installés, faculté, comptables, ordre, URPS, guichet unique, mairie, associations)

Après, on a quand même eu des facilitateurs, des coordonnateurs de santé. On en avait une première qui avait beaucoup de patience, parce que lors des premières réunions où l'on essayait de caler des choses, c'était difficile. Elle avait été envoyée par l'ARS. Ça faisait partie des premiers projets de maison de santé. Et après, on a eu un autre cabinet d'expertise qui s'est occupé du dossier. Pour tout ce qui est de l'architecture du cabinet, c'est la mairie qui a géré, on nous a juste demandé si on était d'accord sur les plans, la taille des bureaux.

9. Si je vous dis « bien-être au travail », que cela évoque-t-il chez vous, en considérant votre situation personnelle ? (Contraintes horaires, gardes de nuit, de we, rythme de travail ; contraintes physiques ; relation avec les patients; charge mentale ; charge émotionnelle)

C'est la surcharge au travail qui entraîne un moins bien être au travail. L'amour du travail et du métier est toujours là, mais c'est vrai qu'à la fin d'une journée de 12 heures, t'es moins passionnée, surtout en prenant de l'âge. Or, c'est difficile de diminuer cette charge de travail dans une journée. J'ai beau dire des fois à la secrétaire que je n'aurais pas le temps, elle rajoute des patients. Il y a toujours une pression des gens qui fait qu'elle ne résiste pas. Et puis de toute façon, si elle n'arrive pas à s'en dépatouiller et qu'elle me les passe, moi ça fait 33 ans que je les connais, et c'est difficile de leur dire non.

Faut dire que moi, le début de la maison de santé, ça a été dur aussi. On avait justement des caractères chacun assez affirmés, indépendants, aussi bien moi que le confrère, c'est pour ça qu'à l'époque on avait choisi cette manière de ne pas se marcher sur les pieds en restant chacun chez soi. Intégrer en fin de carrière un truc oui qui est sympa, c'est sympa de rencontrer les infirmières, de pouvoir discuter, etc mais tu as l'impression d'être obligé de t'enfermer à clef dans ton bureau pour être vraiment tranquille. Donc cette structure n'apporte pas de gain en termes de temps de travail. C'est plus en matière de qualité du travail et de qualité des relations professionnelles que tu es gagnant.

Le passage des internes, c'est quelque chose de super : vous nous apportez beaucoup, on vous apporte aussi. Parce que c'est bien d'avoir des regards tout neufs, différents sur les dossiers. Des fois, quand les patients rechignent à voir l'interne, moi je leur dis au contraire c'est une façon de regarder différente, ça ne peut qu'apporter des choses en plus. Maintenant, les patients sont habitués et le planning des internes est aussi rempli que le mien.

Concernant le secrétariat : j'ai bien délégué pour la prise de RDV, mais avant, quand j'étais sans RDV, ce n'était pas problématique non plus. C'est vrai qu'avec les RDV, les gens attendent moins, même si on a parfois du retard. Par contre, c'est vrai que c'est une gestion en plus et que la prise de RDV c'est une prise de tête.

Après, la charge mentale, même si t'as des internes qui interviennent, tu as toujours quand même besoin, envie de savoir ce qui s'est passé et comment ça a été géré. La charge mentale n'est pas quelque chose de pesant parce que je sais qu'elle sera toujours là, ça fait partie de notre métier, ou alors le jour où on n'a plus cette charge mentale, c'est qu'on s'est détaché du métier. En revanche elle est plus importante à la campagne parce que justement on connaît plus les patients, on a plus à faire à toutes les familles, on connaît plus les familles. Ça fait partie du métier, j'y pense certains soirs ou certaines nuits, en vacances par contre je décroche net.

10. Quels bienfaits sur votre qualité de vie votre installation permet-elle ?

Installation seule VS installation en maison de santé : Alors tout le monde me dit « vous êtes plus tranquille », « vous êtes moins dérangée que chez vous ». Euh oui, ceci dit quand on est appelé à la maison de santé pour un patient à 23h et qu'il arrive à 23h40, vous avez attendu pendant 30 minutes, en se disant qu'est-ce qu'il fait, alors qu'avant j'étais en haut, quand j'entendais sonner, je descendais. Alors après, tout dépend comment on ressentait la période d'avant, le fait que les gens venaient chez soi, pour moi, ce n'était pas une charge si négative que ça. On avait choisi cette formule et quelque part ça nous convenait aussi, ça ne nous dérangeait pas tant que ça. Après c'est vrai qu'on est plus libre ici, mais il y a des contraintes supplémentaires, il faut se lever plus tôt, il ne faut pas oublier ses clefs parce que les premiers temps, je me disais « je vais m'en greffer des clefs » (rires), parce qu'avant j'avais juste à descendre ou monter un étage.

Du temps où j'étais chez moi, on était déjà 2 médecins et en fait on se voyait plus concrètement, parce qu'on s'imposait d'échanger et de discuter un moment ensemble, alors que là, comme on est sur place, on ne va pas s'obliger à prendre un RDV, en théorie on devrait

le faire mais on a toujours autre chose à faire. Et donc du coup on se voit beaucoup moins avec mon associée actuelle et on sait beaucoup moins ce qui se passe avec les patients. On a le logiciel mais on apprend ce qui s'est passé a posteriori, le jour où on revoit le patient, alors qu'avant on se faisait des transmissions régulières, et les dossiers papiers étaient super bien tenus. Mais bon, il ne faut pas revenir sur le passé. Mais quand tu as travaillé 30 ans d'une certaine manière, forcément tu as pris des habitudes, des réflexes et des tas de trucs et tout d'un coup on te demande de changer ta technique : au départ, ce n'est pas facile. Moi je n'ai pas été très rapide sur l'ordinateur.

Les bios par ordinateur, c'est un avantage, mais encore faut-il les voir passer sans qu'elles soient classées directement par la secrétaire dans les dossiers. C'est le piège aussi un peu du secrétariat, mais c'est sûr que ça t'avance de ne pas avoir à le faire toi-même.

Moi ce qui m'agace le plus dans la charge administrative, c'est tous les dossiers APA, MDPH qu'on fait pour rien. Quand on en fait pour une raison bien particulière, aucun souci, mais ceux qu'on fait tous les 5 ans alors que ça n'évoluera jamais... Alors les ALD ils ont compris qu'on en avait marre de les faire tous les 5 ans, donc maintenant c'est tous les 10 ans, alors qu'avant, c'était l'ALD à vie. Maintenant, des fois que leur diabète s'améliore...

11. Quelles étaient pour vous les conditions indispensables à votre installation permettant le bien-être au travail ? (organisation, secrétariat, plateau technique, participation aux FMC, permanence et continuité des soins, exercice groupé, temps de travail)

Ah là je vais être nette : c'est le mari, quel que soit le reste, si le conjoint est partant et fait ce qu'il faut : est d'accord et ne râle pas tous les soirs, ça passe, sinon, c'est pas possible, et quand tu as en plus un petit... Et quand il peut gérer le quotidien à la maison, c'est viable. L'avantage, c'est que mon mari étant instit, il avait les mêmes horaires que mon fils, donc il pouvait le récupérer et s'en occuper, chose que je ne pouvais pas faire. Avoir un foyer familial qui ne souffre pas trop. Ce n'était peut-être pas l'idéal pour mon fils de ne pas voir sa mère, mais il ne s'en est jamais plaint. Après, l'organisation à la maison, si c'est pas le conjoint, ça peut être une nounou qui ferait ça très bien. Il y a aussi plein de gens en couples autres que des médecins qui courent aussi partout. L'avantage de la campagne finalement c'est qu'on n'avait pas 1 heure de trajet le matin et 1 heure de trajet le soir.

L'avantage de ce métier, c'est que tu fais un peu comme t'en as envie. Moi j'avais remplacé une femme médecin à Clermont qui commençait à 9 heures et finissait à midi, recommençait à 14 heures et finissait à 17 heures. Moi il me manquait le côté actif de ce métier, le côté urgences.

Vous ne vous êtes jamais dit que vous vous étiez trop investi dans votre travail et pas assez dans votre vie personnelle ?

On ne peut jamais dire jamais, on est forcément passé à côté de certaines choses surtout lorsqu'on est loin de sa région d'origine, on a loupé des anniversaires et autres mais on a toujours pris des vacances tout le temps. Dès le début, on s'est toujours accordé des vacances. Les vacances étaient une condition indispensable à mon installation.

Parce qu'en fait avant mon installation il y avait un médecin qui s'est arrêté à 72 ans qui lui n'avait jamais pris un seul jour de vacances. Moi je me suis installée fin janvier et à Pâques je prenais déjà des vacances. Et après c'était une semaine à Noël, une semaine en février, une semaine à Pâques et 15 jours trois semaines en été et une semaine à la Toussaint. Maintenant on dit : « oui mais les jeunes ils veulent des loisirs » non mais attends, il faut se préserver pour pouvoir être épanoui. Sinon compte tenu de la charge de travail on peut dire que j'étais assez

égoïste. Ça va bien que les deux autres (son fils et son conjoint), j'avais pas peur de les embêter tant que ça et eux aussi s'impliquaient dans mon boulot, le mari en répondant souvent au téléphone, à ce moment-là c'était comme ça. Le fils, il était le premier à venir me chercher quand ça sonnait en bas et que j'étais en train de faire autre chose. Il a été le premier à rentrer dans les pompiers avant l'âge de 18 ans. Ils avaient une notion de la passion du métier. Ceci dit il n'a pas fait médecine donc je sais pas si j'ai bien transmis la passion (rires) mais ils ont compris que j'étais passionnée. Peut-être qu'il s'est dit « ouais c'est une passion qui envahit quand même un peu ».

12. Quels conseils donneriez-vous à de futurs médecins voulant exercer en milieu rural ?

D'être passionné par leur boulot ça s'est sûr. Faut pas y aller si on n'aime pas ça.

Enfin je pense qu'on aime toujours mais en tout cas si on n'aime pas donner un peu de son temps. Après oui, bien s'organiser à plusieurs, on a quand même eu une période d'exercice où on était nombreux c'est à dire 11 sur le secteur et maintenant on est 5 c'est à dire la moitié en moins. En revanche le nombre de patients lui ne s'est pas divisé par deux. Bon il y a des endroits où c'est encore pire que ça mais c'est vrai que quand on était 11 c'était quand même plus vivable. Même si on avait des bonnes journées on les finissait quand même plus tôt sauf quand il y en avait un des deux en vacances.

Donc le conseil c'est : allez-y à plusieurs.

C'est sûr que c'est essentiel de bien s'entendre avec ses associés, de prendre le temps de parler avec ses associés même cinq minutes le matin et parler même d'autre chose.

Il y a des semaines finalement où j'ai aperçu mon associée que deux fois et on ne s'est même pas parlé par manque de temps. Avant on avait plus de temps c'est sûr. Dans une maison de santé on est beaucoup plus sollicité par les différents intervenants (secrétaires, infirmières) Il faudrait s'obliger à se voir plus régulièrement mais peut-être ailleurs que sur le lieu de travail.

13. Selon vous quelles seraient les conditions d'exercice idéales pour un médecin généraliste en milieu rural ?

Je ne sais pas s'il y a vraiment des conditions d'exercice idéales, on est quand même des libéraux et on peut faire un peu ce qu'on veut et comme on veut.

Même concernant les contraintes de temps, d'accessibilité imposées aux maisons de santé on peut s'organiser avec son associé pour que l'un débute plus tôt et l'autre ferme plus tard le soir.

Est-ce que l'intégration dans la maison de santé vous à aider à trouver des remplaçants ?

Non c'est plutôt le fait d'avoir des internes en stage qui a facilité les choses je pense. Enfin c'est vrai que le fait qu'il y ait un studio à disposition, un secrétariat et l'informatisation permet sans doute d'attirer plus facilement des remplaçants.

L'avantage de la médecine ici plutôt qu'à Clermont-Ferrand c'est le relationnel, c'est qu'on a encore des patients très agréables, on a une relation plus de confiance peut-être qu'en ville.

L'exercice sur rendez-vous est peut-être mieux perçu par les jeunes mais enfin on a des patients qui avaient l'habitude du sans rendez-vous et qui viennent deux heures avant leur rendez-vous juste pour discuter pendant deux heures, parce que la salle d'attente est un lieu

de rencontre et il y en a maintenant des lieux de rencontre comme ça où l'on peut discuter pendant deux heures ?

Verbatim M 3 :

1. Pourquoi avez-vous choisi de devenir médecin ?

Alors de devenir médecin ça a été un peu depuis toujours je pense, et puis moi, quand j'étais petite j'ai eu mon papa qui a fait une péricardite quand j'avais une dizaine d'années ça m'avait marqué et puis mon papa il a toujours été sapeur-pompier, le secours de la personne ça a toujours été quelque chose qui m'intéressait. Quand mon papa a été malade je me suis dit qu'il fallait que je puisse pouvoir faire quelque chose pour ceux que j'aime et qui étaient malades. Et puis c'est un peu comme ça que j'ai fait médecine, bon bah voilà je me débrouillais pas trop mal à l'école donc c'est parti comme ça.

2. Et la médecine générale en milieu rural en particulier ?

Alors après moi j'étais assez attachée à mon village, à mon territoire, enfin ici, donc c'était assez naturel que ce soit la médecine en campagne et donc plutôt de la médecine générale. Voilà après je pense que c'était vraiment un attachement à ici et puis à la campagne, à un style de vie. Moi je ne suis pas du tout quelqu'un d'urbain. Et puis deuxièmement la médecine générale parce que c'est très varié, parce que c'est vraiment un métier qui offre des possibilités infinies, multiples et variées et puis aussi le fait d'être libérale, de pouvoir s'organiser comme on veut. Voilà c'est quelque chose qui me plaisait bien.

3. Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis le début de votre internat ? (Stage en ambulatoire en milieu rural ? remplacements, projets familiaux ayant potentiellement influencé un choix d'installation)

Depuis la fin de l'internat comme moi j'avais comme idée assez précise de revenir ici, j'ai fait pas mal de remplacements le temps de faire ma thèse (2-3 années), surtout par ici donc avec les médecins des alentours, toujours à la campagne.

4. Si vous avez déjà effectué des remplacements :

- dans quels types de secteurs d'activité avez-vous remplacé ? (rural, semi-rural, urbain, zone déficitaire, ZRR, ZUS)

- que vous ont apporté/appris ces remplacements ?

Ces remplacements m'ont apporté la connaissance du territoire par ici, la connaissance des correspondants, m'ont permis de commencer à connaître les professionnels du secteur. Après j'ai quand même vu différents styles d'organisations : entre un médecin avec une secrétaire sur place et un médecin avec du secrétariat à distance, ou des cabinets sans secrétariat. Voilà ça m'a permis de voir différentes façons d'exercer et de pouvoir voir un petit peu comment moi je voulais essayer de m'organiser, les avantages, les inconvénients. Et puis les remplacements c'est vraiment un moment où on se rend compte vraiment justement de l'organisation du cabinet, de tout ce que ça implique : que tu es chef d'entreprise, qu'il faut trouver une secrétaire, une femme de ménage, voir avec le comptable qui fait une feuille de paye. Enfin tout ce côté matériel qu'on ne connaît pas très bien.

5. Qu'est-ce qui vous a décidé à vous installer ?

C'est à dire que moi, à ce moment-là premièrement j'avais pas grand-chose d'autre dans ma vie que le travail, j'étais toute seule, j'avais pas d'enfant donc c'était plutôt facile et puis c'était comme ça dans ma tête : j'allais m'installer ici. Après, à force, les remplacements je trouvais que c'était un peu... bon tu voyais des gens tu les revoyais pas trop après, tu savais pas trop ce qu'ils devenaient et puis je suis quelqu'un d'assez indépendante, moi j'aime bien travailler comme je l'entends et d'un côté j'avais hâte de pouvoir vraiment m'organiser comme moi je le voulais et puis prendre des décisions plus concrètes pour les gens et pouvoir dire : « moi je pense qu'il faut faire ça et ça » et pas simplement dire : « faites votre prise de sang et revenez voir votre médecin dans 15 jours ».

6. Comment s'est déroulée votre installation ? (Choix du lieu, naissance du projet, création des locaux, aides à l'installation, avantages fiscaux, contrats PTMG, financement, statut juridique, gestion)

Cette installation ... ça a été un long cheminement parce qu'ici il n'y avait pas la maison de santé avant, il y a le collègue de mon associée actuelle qui avait eu un accident donc qui a arrêté du jour au lendemain, elle s'est retrouvée toute seule et puis moi j'avais dans l'idée de m'installer ici donc il y a eu beaucoup de démarches des politiques et des administratifs, au départ pas mal de réunions même avec la population pour que tout le monde puisse faire part de leurs préoccupations par rapport à l'offre de soins et puis c'est comme ça que petit à petit il y a eu le projet de maison de santé ici et de pôle de santé avec les communes avoisinantes. Ensuite j'ai commencé en collaboration avec mon associée actuelle, chez elle, à son cabinet où je faisais au départ un jour par semaine et le temps que tous les travaux se fassent ici et puis du coup on n'a fait même pas une année de collaboration chez elle.

7. Quelles difficultés avez-vous potentiellement rencontrées lors de votre installation ? (Association/collaboration, recrutement d'autres professionnels, administratif, créations des locaux, recherche de financements)

8. Quels ont été les facteurs facilitant votre installation ? (aides reçues, Médecins installés, faculté, comptables, ordre, URPS, guichet unique, mairie, associations)

Il y a eu déjà le fait d'être avec mon associée qui avait déjà une secrétaire qu'ensuite on a partagé et puis c'est sûr que c'est intéressant d'avoir un médecin qui a un peu d'expérience et qui peut te guider un peu dans les démarches administratives et pouvoir échanger à propos des patients. Au début il y a plein de papiers qu'on ne sait pas toujours faire, les dossiers de tout un tas de choses. Après c'est sûr que ça a été aussi facile puisque le mari de mon associée étant le maire et assez investi au niveau politique, il a été une vraie aide au niveau relation avec la population, la Communauté de Commune qui faisait les travaux pour la maison de santé. Parce que nous ici on est locataires de la Communauté de Commune et donc moi je n'ai rien eu à penser des travaux, des budgets. Tout ça a été géré par les politiques et le maire. Donc ça c'est une aide immense aussi.

Moi j'ai juste eu à faire les démarches auprès du Conseil de l'Ordre, de la CPAM mais bon ça finalement ce n'est pas le plus dur.

Et puis ici, ils étaient déjà en manque de médecins, donc moi j'ai eu une patientèle tout de suite, je n'ai pas manqué de patients.

9. Si je vous dis « bien-être au travail », que cela évoque-t-il chez vous, en considérant votre situation personnelle ? (Contraintes horaires, gardes de nuit, de weekends, rythme de travail ; contraintes physiques ; relation avec les patients ; charge mentale ; charge émotionnelle)

Alors forcément 2 choses : moi j'adore mon travail, je suis heureuse de pouvoir l'exercer ici, j'aime bien le fait qu'on fasse encore pas mal de visites, ça me permet de sortir, d'être un peu dehors de ne pas être toute la journée au bureau. Ça pour moi finalement c'est très important, alors que j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de médecins qui refusent de plus en plus de faire des visites et ne veulent que rester au bureau. Moi j'apprécie de prendre l'air. Et puis je vais dire qu'à la campagne on a un certain confort de vie je trouve, en règle générale nos patients sont plutôt sympathiques même si tout change, mais je pense qu'on est quand même plus protégé qu'en ville de la violence et de ces choses-là. Les gens ont, je pense, un peu plus d'estime, un peu plus de reconnaissance, et puis ils ont une relation quand même assez privilégiée avec leur médecin. En ville je pense que c'est peut-être un peu plus anonyme quoiqu'il y a bien je pense, encore des médecins de famille. Mais nous ici c'est vrai que quelque part ils n'ont pas bien d'autre choix que nous, et c'est vrai qu'on les connaît presque d'une génération à l'autre, on connaît toute la famille...oui il y a quand même une certaine histoire et un lien qui se crée avec eux. Et puis c'est vrai qu'en général, les gens qui déménagent disent « ah ben ici les gens prennent le temps de vivre » et en général ils sont plutôt agréablement surpris. Et puis c'est quand même souvent qu'ils nous amènent des œufs, de la confiture, des champignons donc ça c'est le côté bien. Et après le côté moins bien c'est la charge de travail et c'est sûr qu'on croule un peu sous le travail, qu'effectivement il y a en plus toute la partie administrative à gérer concernant la gestion du cabinet, et qu'avoir une vie de famille avec tout ça c'est pas évident. Après ça dépend bien sûr je pense de quel investissement on a auprès de ses patients, quelle conscience de son travail on a et c'est pas facile d'arriver à faire la part des choses. Arriver à mettre une barrière ça, ça se fait. Moi je prends maintenant des vacances assez souvent on va dire, parce que comme ça, ça me laisse un peu de temps de faire des choses pour moi ne serait-ce que pour finir tout un tas de papiers, prendre quelques RDV chez le dentiste, l'ophtalmo et puis mon compagnon travaille à Clermont donc on fait les aller-retours chacun dans la semaine bon... donc c'est une organisation. Après c'est sûr qu'on arrive à trouver quand même des remplaçants donc ça nous aide bien. C'est une chose aussi essentielle ça participe aussi au bien-être. Moi j'essaie de trouver des remplaçants pour pouvoir prendre une semaine de vacances presque tous les mois et du coup je pars tranquille, je sais qu'il y a quelqu'un quand même, je sais que les gens ne sont pas seuls et que mon associée ne va pas crouler sous le travail non plus...

Concernant les gardes de nuits, jusque-là elles se sont réduites jusqu'à minuit, avant on faisait la garde de nuit complète donc déjà de dormir tranquille c'est un repos assez appréciable. Après pour le moment on est encore assez nombreux mais le problème c'est que d'ici quelques années ça va vite poser un problème parce que sur les 5 médecins qu'on est sur le secteur, dans 4 à 5 ans il y aura plus grand monde à part moi. Donc moi, je ne vais pas pouvoir faire les gardes tout le temps. Pour pallier ce problème, l'ARS voulait agrandir le secteur, après c'est toujours pareil, quelle efficacité ça a, parce que c'est pas super souvent mais quand même de temps en temps, ça arrive qu'on ait de vraies urgences vitales. Sur notre secteur actuel on fait déjà pratiquement 30 minutes de route pour rejoindre certaines communes, déjà il y a des fois où l'on se dit : « qu'est-ce qu'on va faire de plus vite que le SMUR qui va arriver ? ». Et donc si le secteur s'agrandit encore, franchement je me dis que ça sera ingérable et que ce n'est pas bien pour les patients en tout cas.

Après on cherche des jeunes médecins qui veulent venir (rires) mais c'est compliqué aussi. Pour l'instant il n'y a personne qui veut vraiment s'installer ici. Je pense que les horaires font peur aux jeunes, l'éloignement des urgences à certains aussi parce que le SMUR est à 1 heure de chez nous quand l'hélico ne passe pas ou qu'il n'est pas dispo. Après il y a des gens que ça ne gêne pas mais il y en a quand même un certain nombre qui tique un peu. Ce qui compliqué je pense c'est de conjuguer la vie de toute la famille parce qu'il n'y a pas que le médecin, il y a aussi son conjoint qui a bien souvent un travail aussi, les enfants. Voilà c'est toute la problématique du milieu rural : de maintenir tout le reste autour du médecin, l'école, le service public. C'est un vaste problème mais qui a des origines diverses je pense.

Pensez-vous que la formation des internes est trop centrée sur l'hôpital ?

C'est sûr. Bon alors il y a déjà 2 stages en médecine générale et c'est bien mais je pense que ça ne suffit pas forcément. Et puis on aurait aussi je pense beaucoup à apprendre des spécialistes libéraux parce que oui à l'hôpital c'est bien... mais moi je pense que dans le suivi des pathologies chroniques qu'on fait nous, qu'on doit faire, c'est pas à l'hôpital qu'on l'apprend. On l'apprendrait beaucoup plus avec des libéraux en cabinet que ce soit en cardio, en diabète, en dermato ou en rhumato. Ce serait super intéressant pour tout ce qu'on fait tous les jours. C'est vrai que notre formation à l'hôpital a des manques par rapport à la réalité du terrain.

Concernant la charge mentale et émotionnelle, c'est un problème oui et non. Moi j'étais originaire d'ici donc les gens me connaissent depuis que je suis toute petite et c'était une appréhension, pas vraiment de moi, mais de mon entourage notamment de mes parents et au final avec le système de garde, les gens se sont bien habitués et je ne peux pas dire que les gens me dérangent bien plus que ça en dehors du cabinet. Bon après c'est vrai que quand je suis en vacances ou en weekend end, soit j'essaie de partir, soit je vais un peu plus à Clermont, je mets un peu de distance. C'est vrai qu'il y a peut-être une certaine distance à mettre entre la population et soi mais bon ça, je trouve que ça se fait. Les gens ont assez bien compris que quand ils me voient en dehors du cabinet, ce n'est pas trop pour parler du travail. Alors ça arrive que certains me demandent si j'ai les résultats de leur prise de sang alors je leur dis : « bah là comme ça je ne sais pas mais rappelez- moi quand je serais au cabinet ». Après la charge mentale, émotionnelle bon, oui c'est sûr, il y a des situations où ce n'est pas toujours évident, surtout quand c'est des gens qu'on connaît. Après je pense qu'on a fait médecine pour exercer auprès des gens et malgré tout, même si on essaye de tenir une certaine distance, il y a quand même de l'émotionnel qui est forcément là. Ou alors, vraiment c'est qu'on n'a pas fait médecine pour les bonnes raisons je pense. Après, je pense que c'est aussi dans le caractère des gens et qu'il y a certaines personnes qui vont avoir le mental pour le gérer et d'autres moins. Bon peut être qu'il y a des périodes de la vie aussi où c'est plus difficile. Tout de suite moi je ne me sens pas trop mise en difficulté par ça parce que j'arrive à me détacher quand même un petit peu de mes patients et même si ce sont des gens que je connais et que j'apprécie bien quand je ne suis pas là je ne suis pas là et il y a mes remplaçants et ils se débrouillent avec. Moi les semaines où je suis en vacances, même si je suis par là mais en vacances c'est déjà des semaines où il n'y a pas le téléphone qui sonne tout le temps et où les gens ne me dérangent pas. Donc ça c'est déjà une bonne coupure et même si on est encore dans les papiers ou des trucs comme ça ne serait-ce que ne pas avoir les gens en direct, ça c'est déjà une coupure énorme. Parce qu'on a l'impression que ça n'en finit jamais le téléphone 24h/24 alors bon c'est 12h/24 mais je veux dire si on ne coupe pas, ce serait tout le temps tout le temps et moi, samedi midi et les soirs à 20h je mets le répondeur.

Au début quand les gardes sont arrivées je pense que ça faisait bizarre à mon associée de mettre le répondeur alors que moi à midi je mets le répondeur et je n'attends pas une heure de plus. Les patients s'y sont fait, de toute façon, les changements de mentalité ça ne se fait pas en six mois il faut quelques années pour que les gens s'y habituent.

10. Quels bienfaits sur votre qualité de vie votre installation permet-elle ?

D'avoir une place dans la société déjà quelque part, de me sentir utile voilà après il faut dire qu'on gagne bien notre vie, ça me permet un petit peu de compenser le manque de temps. Moi j'ai fait faire pas mal de travaux dans ma maison et puis j'aime bien voyager un petit peu donc ça me permet de pouvoir m'offrir des loisirs que je ne pourrais peut-être pas autrement. Après petit à petit j'ai essayé de me structurer, j'ai pris un peu plus de secrétariat afin qu'elle puisse gérer le renouvellement des stocks de papier et de matériel. Après s'installer c'est une chose, c'est organiser son temps pour arriver à prendre un peu de recul et de temps pour soi. Alors après c'est pas évident mais pour le moment moi j'ai trouvé ce système : c'est sûr que quand je suis au travail je fais des grosses journées et après j'essaie de prendre pas mal de vacances.

11. Quelles étaient pour vous les conditions indispensables à votre installation permettant le bien-être au travail ? (organisation, secrétariat, plateau technique, participation aux FMC, permanence et continuité des soins, exercice groupé, temps de travail)

Oh ben c'était déjà d'avoir du secrétariat, ça c'est sûr. Après c'est sûr que c'est la problématique des gardes aussi quand même parce que là on fait un weekend sur cinq donc ça laisse des weekends de libre, ça c'est bien et puis ne pas travailler comme avant, quand chaque médecin était de garde tout le temps : ça c'est pas possible. Après c'est vrai que quand même je pense que ça aurait été plus difficile de s'installer s'il n'y avait pas eu tout le bâtimentaire et les locaux qui avaient été gérés par la ComCom ou alors j'aurais pris quelques années de plus pour m'installer, ça c'est certain.

Concernant la formation continue, moi j'essaie de faire 1 formation par an, alors on a notre recyclage de médecin correspondant SAMU déjà et puis après sur des sujets divers et variés je me dis qu'un truc par an c'est déjà pas mal. Alors là je suis en train de regarder pour l'échographie parce que ça m'intéresse et puis je me dis qu'on est loin et je pense que c'est une avancée dans la médecine générale de demain. J'ai aussi fait un peu d'homéopathie. Après, il faudrait beaucoup, beaucoup de temps, il y a plein de branches de la médecine à explorer. Mais déjà avec les organismes de formation, que ce soit les urgences, refaire un peu de temps en temps de rhumato, de dermato bon c'est comme ça qu'on enrichit notre formation de départ.

Et le fait d'exercer en groupe c'était quelque chose d'important pour vous ?

Alors oui aussi, c'est sûr que l'avantage d'être en groupe c'est déjà de partager les astreintes et puis de pouvoir discuter de certains cas. Je pense qu'il y a des patients, c'est bien de pouvoir les gérer à plusieurs. On a des patients chroniques et chronophages surtout, des fois on en a ras le bol et c'est bien qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre. Ça permet de ne pas s'épuiser parce qu'à un certain moment, il y a des patients chez qui on ne sait plus quoi leur dire. C'est vrai qu'il y a un certain nombre de patients chez qui finalement on est aussi LE lien social qui leur reste, donc tous ces patients-là, les partager c'est agréable. Après pour des cas plus difficiles

c'est agréable aussi d'être en groupe. Des fois il y a une idée qu'on n'a pas eue et l'autre peut l'avoir, c'est agréable aussi justement que de temps en temps ils voient quelqu'un de neuf, qu'ils voient le remplaçant, qu'ils voient l'interne parce que des fois, nous, avec toutes leurs plaintes qu'ils ont tout le temps, il y a des fois où on finit par minimiser. C'est sûr que des fois, ils vont du coup repartir avec un examen qu'on n'aurait pas forcément fait et que ben finalement c'est bien parce que ça permet de faire un peu le point et des fois de trouver des choses à côté desquelles on serait passé. Et puis c'est aussi l'esprit de travailler en groupe. Depuis qu'on est ici, on essaye de faire des RPP (réunions pluri-professionnelles), une fois tous les mois ou tous les 2 mois, avec les infirmières, la psychologue, les kinés, les médecins et c'est vrai que c'est assez bénéfique aussi parce que ça nous permet d'avoir le ressenti de tout le monde et puis comme ça, je pense qu'on avance plus et que les patients se sentent plus pris en charge quand on leur dit : « vous savez, on a discuté avec la psychologue et les infirmières de vous », donc finalement, ils sont contents. Et puis ça nous a pas mal rapproché avec les infirmières et du coup, nous on sait qu'on peut compter sur elles quand on a besoin d'un truc, hop on les appelle et elles aussi elles savent que quand elles ont besoin, elles peuvent nous envoyer des photos de pansements, un petit SMS, ou elles nous passent un coup de fil. La communication est plus facile.

12. Quels conseils donneriez-vous à de futurs médecins voulant exercer en milieu rural ?

Qu'il ne faut pas avoir peur mais qu'il faut savoir mettre des barrières voilà, qu'il faut arriver à s'organiser. Alors après je pense que peut-être ce qui est compliqué c'est d'arriver à faire entendre toutes les générations de médecins, ça c'est une chose qui n'est pas forcément facile sur l'organisation. Il faut arriver à petit à petit mettre en place des choses parce qu'on voit bien que les futures installations n'ont pas l'air de se bousculer au portillon donc je pense qu'il va falloir qu'on prenne plus de secrétariat et qu'on délègue plus de choses. Il va y avoir quand même des choses à réorganiser parce que je ne vois pas bien comment on va faire.

C'est sûr que savoir mettre des barrières vis à vis des patients c'est important parce que le mardi je ne travaille pas. Et puis je pense que nous aussi il faut savoir dire : bon je prends un jour par semaine où je ne travaille pas et je prends pas mal de vacances, oui bon ben voilà, on pourrait toujours faire plus mais à un moment c'est important pour son équilibre personnel de pouvoir couper. Là on commence à être de plus en plus confronté à de nouveaux patients. Jusque-là on a réussi à absorber à peu près les départs en retraite des confrères des alentours, mais c'est sûr que là ça commence à ne plus devenir possible. Là on commence à dire non, on ne prend plus de nouveaux patients. Donc après, c'est compliqué pour les gens, ça on l'entend bien mais on n'a pas de solution, on ne peut pas travailler 24h/24.

Avez-vous un avis sur les assistants médicaux ?

Je pense que ça ne serait pas une mauvaise chose. De toute façon, si on ne trouve pas plus de médecin, on va être coincé à un moment ou l'autre. Après, la gestion de ça, qui les paye, est-ce que ça va être pérenne dans le temps ? Après c'est l'idéal, c'est sûr : moi je me rappelle quand on était externe et qu'on installait les patients et que le médecin arrivait et n'avait plus qu'à les examiner et qu'on finissait de faire les papiers, c'est vrai que c'est un peu ce système là qu'il nous faudrait. Ça permettrait de libérer du temps médical parce que finalement il y a plein de choses à gérer, or nous, notre partie, c'est vraiment le décisionnel, c'est quoi faire ?! Et l'organisation de comment faire quoi, comment prendre le RDV, chercher le taxi, etc, ça, ça pourrait être délégué à quelqu'un d'autre, c'est sûr.

Les secrétaires prennent mes RDV, heureusement, parce que ça ne paraît pas, mais le temps qu'on passe au téléphone pour arriver à avoir la bonne personne, à avoir la secrétaire, « c'est occupé, rappeler plus tard »...et puis les secrétariats sont ouverts de 10h à midi et de 14h à 16h, donc au CHU, on passe 1 semaine pour arriver à avoir quelqu'un...c'est ça aussi qui mange une énergie folle et quand on veut arriver à discuter avec un confrère, ça aussi c'est compliqué : la communication avec les spécialistes c'est quelque chose qui nous demande une énergie assez folle, parce que pour arriver à les avoir au téléphone...alors ça dépend lesquels parce qu'il y en a qu'on sait qu'on peut arriver à avoir, mais au CHU, c'est quand même très compliqué sauf dans les services qui ont mis en place un service d'astreinte : c'est efficace parce qu'on a l'avis d'un senior et on avance. Dans les services où c'est l'interne d'astreinte, c'est la cata...mais bon après je pense que c'est pas la place de l'interne de faire ça : eux ils sont déjà surbookés par leurs avis dans leurs services aux urgences et partout : de temps en temps on a quand même l'impression de se faire prendre pour des neuneus...donc bah on se débrouille comme on peut. C'est sûr que c'est pas toujours évident la communication...alors après avec les spécialistes libéraux, on arrive un peu plus à les avoir eux directement mais dans les hôpitaux, c'est compliqué.

Donc quand on s'installe, c'est important d'avoir son réseau et de connaître ses correspondants, et là aussi, c'est justement lors des soirées de formations continues : c'est intéressant pour la formation, mais c'est intéressant aussi pour rencontrer LES correspondants parce que malgré tout quand on se connaît de vue, c'est pas du tout pareil que quand on se connaît juste au travers du téléphone.

Moi je sais que les services dans lesquels je suis passée en tant qu'externe ou interne, par exemple en hématologie, je sais que quand je les appelle, ils me connaissent, et rien que ça, pour le patient je veux dire, c'est beaucoup plus efficace que d'envoyer un mail à quelqu'un qu'on ne connaît pas. Donc ça, c'est aussi une chose très importante quand on installe, de connaître tout son réseau de correspondants.

13. Selon vous quelles seraient les conditions d'exercice idéales pour un médecin généraliste en milieu rural ?

Les conditions idéales...(soupir) alors c'est sûr que ce serait vraiment, je pense...on parle beaucoup du salariat des médecins. En tout cas, je pense vraiment que ce qui nous aiderait c'est d'avoir quelqu'un qui gère déjà tout le côté gestion du cabinet, bâtimentaire, administratif, voilà c'est sûr que si on arrive à se recentrer sur le temps médical, et puis déléguer déjà un peu tout le reste à la secrétaire, à quelqu'un, parce que c'est sûr que bon, ça ne paraît pas mais gérer le personnel, bon moi c'est la comptable qui fait les fiches de paye, mais enfin malgré tout, il faut tous les mois penser à dire au comptable : bah voilà il y a eu telles vacances, là c'est untel qui a remplacé, quand la secrétaire part en vacances, il faut trouver quelqu'un pour la remplacer parce que sinon, avec le téléphone, c'est ingérable, donc ça ne paraît pas grand-chose mais n'empêche que c'est chercher quelqu'un, faire des chèques tous les mois, gérer le RDV de la médecine du travail pour les salariés. Alors c'est des petites choses, mais bout à bout c'est un temps énorme. Après, toute la gestion matérielle du cabinet, faire les stocks en ordonnances, en produits, en fournitures. Gérer des tas de choses, l'informatique, mon Dieu ! ça, c'est pareil, quand ça plante, c'est le bazar, le jour où on n'a pas internet pendant 1h ou 2, c'est le bazar...et dès qu'il y a un truc à faire sur l'ordinateur, il faut déjà arriver à trouver un moment où l'ordinateur est libre ce qui n'est déjà pas forcément

évident. Il y a plein de petites démarches qui ne sont pas à faire tous les jours, certes, mais il y a toujours quelque chose à faire, et ça, c'est sûr que petit à petit, il faudrait que ce ne soit pas à nous de le gérer. Dans ce sens-là, soit il faut des médecins salariés et avoir une plus grande structure qui gère tout, soit il faut employer quelqu'un pour qu'il puisse faire tout ça. Et puis bon c'est sûr que je vois ici, on a aussi la chance du mari de mon associée parce que bon le bâtiment, c'est pareil, pour l'entretien, il y a toujours plein de petites bricoles à faire, faire les commandes de papier toilette, le sèche-main dans les toilettes qui ne marche plus, c'est tous ces petits trucs pratiques qui prennent du temps, gérer l'approvisionnement des produits ménagers de la femme de ménage, tout ça c'est des choses que quand on est dans un cabinet libéral, ça prend du temps. Alors après je ne parle pas de tout notre administratif vraiment médical, ne serait-ce que faire les 100%, etc, ça c'est aussi beaucoup de temps, même si pareil avec le service Espace Pro, ça a été pas mal simplifié...bon c'est toujours quand même un peu de temps où il faut qu'on soit là, où il faut qu'on soit au bureau parce qu'il faut le faire avec la carte CPS. Après c'est sûr que la secrétaire nous décharge beaucoup de la prise de RDV pour les patients. On essaye de responsabiliser un peu les gens parce que c'est pareil, les gens, plus on leur en fait, moins ils en font. Mais pour les demandes d'examen un peu urgentes, on est obligé d'appeler nous-même pour mettre un peu la pression, vu que tout le monde est débordé. Et c'est terrible qu'on finisse par être dans un certain rapport de force pour obtenir des RDV parce qu'on n'a pas envie de faire passer les patients par les urgences lorsque ce n'est pas l'urgence vitale de la journée mais qu'on aimerait bien quand même que dans les 3-4 jours on ait une réponse et souvent, on a des réponses à 15 jours – 3 semaines...et sinon, 3 à 6 mois. Après nous, en milieu rural, il y a une autre chose : ce sont les transports. Nous on a certaines personnes qui seraient capables de venir en consultation au cabinet si on trouvait un moyen de transport facile et pas trop cher pour qu'elles puissent venir, mais ce sont des personnes qui ne conduisent pas, qui sont seules chez elles. Souvent on en discute quand on se retrouve entre les professionnels du pôle santé et on se dit vraiment que les transports, c'est une problématique importante en milieu rural parce qu'on est obligé de faire des visites de plus en plus loin, et le temps passé sur la route, c'est du temps de perdu, qui n'est pas du temps médical. Si on arrivait à avoir un système de transport, de type ramassage, qui nous amène les gens au cabinet, ça serait quelque chose de bénéfique, pour nous, mais aussi pour les dentistes. C'est sûr qu'il y a des gens qui limitent leurs soins parce que financièrement, prendre un taxi pour aller sur Ussel ou Clermont, c'est presque la moitié ou le tiers de leur retraite mensuelle...Dopnc quand il n'y a qu'un seul RDV, ça va, mais quand vous allez voir l'orthopédiste pour voir votre belle arthrose de hanche et qu'il vous dit, « oui il faudrait bien vous opérer, bon alors il faut revenir voir l'anesthésiste, faut aller voir le cardiologue, il faut aller faire la scintigraphie myocardique » etc...et ben c'est clair qu'ils finissent soit par ne pas y aller ou retarder. Donc à la fois localement mais aussi pour faire le lien vers les spécialistes, les transports, c'est vraiment un maillon clef de la problématique du milieu rural.

Après, la ComCom avait eu l'idée d'attirer des spécialistes dans la structure, mais déjà pour toutes les spécialités nécessitant du matériel particulier c'est vite limitant, les ophtalmo, les cardio bon s'ils veulent être efficaces ils leur faut une échographie alors je pense que petit à petit, dans les années à venir, il va y avoir des choses portatives qui vont être de meilleure qualité, mais ça dépend des spécialités. Et finalement les spécialités dont on aurait le plus besoin je pense que c'est sans doute pas les plus faciles à déplacer. Après c'est toujours pareil on voit que partout les effectifs en médecins n'augmentent pas donc les spécialistes sont surchargés et on ne voit pas bien comment ils pourraient trouver le temps de venir en plus ici.

Dans l'idéal ce serait bien mais je ne suis pas certaine que ce soit possible en pratique. On a essayé de travailler un petit peu avec le COGER à l'hôpital de Riom et j'ai simplement l'impression qu'ils sont aussi débordés par toutes les demandes qu'ils ont. Et même la télémedecine qui dans l'idéal pourrait être bien, en pratique comme de l'autre côté ils sont débordés (les spécialistes) aussi comment faire ?

Ça ne résout pas le problème du manque d'effectif de médecins.

Les pouvoirs publics essayent de faire croire qu'on arrivera mieux avec tout un tas de technologies mais au final je ne suis pas sûre que ça marche vraiment.

Je rajouterais simplement qu'il ne faut pas se décourager, je pense qu'on est vraiment à une période charnière où il va y avoir des défis à relever. Moi je ne vois pas comment on va faire dans quelques années, lorsque tous les confrères vont partir à la retraite... il va falloir que la médecine change, il y a plein de choses qu'il va falloir qu'on délègue parce qu'on ne va pas y arriver. Après c'est sûr que si on était beaucoup plus nombreux ce serait plus agréable et plus facile et du coup ça redonnerait plus envie aux jeunes de venir s'installer. La société évolue, le schéma du médecin qui avait son conjoint ou sa conjointe qui s'occupait de sa maison, qui faisait la secrétaire, et qui gérait tout, c'est fini. Bien souvent, les 2 membres du couple travaillent, et je vois finalement beaucoup de couples où les 2 sont médecins, chacun a une activité déjà assez importante, il faut gérer la maison en plus, la famille et c'est sûr qu'on ne peut plus consacrer autant de temps à son travail qu'avant. Je pense que c'est vraiment ça le problème : l'installation dans les conditions actuelles d'exercice c'est pas...en comparaison à la qualité de vie que peut avoir un remplaçant...nous je vois bien, c'est plutôt nous qui adaptions nos vacances à ce que peuvent faire les remplaçants, que le contraire. Après, le fait de contraindre un médecin à s'installer, je ne pense pas que ce soit la solution mais je me dis que pour la population, il y a un moment où il va falloir faire quelque chose. La seule vraie solution, c'est qu'il y ait à nouveau suffisamment de médecins et puis j'ai des patients qui se rendent compte que la consultation à 25 euros, c'est moins cher que d'aller chez le coiffeur.

Verbatim M4 :

1. Pourquoi avez-vous choisi de devenir médecin ?

Pourquoi je suis rentré en étude de médecine générale ? Depuis le début du collège je veux faire médecin G de campagne, en fait c'est un choix de longue date. Médecine G de campagne oui je suis rentré en P1 pour ça oui.

2. Et la médecine générale en milieu rural en particulier ?

Alors ça ne me vient pas forcément de ma famille parce que mon père est dentiste et tous les autres de ma famille sont des spécialistes, donc du coup pas médecine G et en plus je suis originaire de la ville donc pas trop campagne. Peut-être que ça pourrait remonter à mon grand-oncle qui lui était médecin généraliste dans une campagne du côté d'Orléans avec qui on en discutait pas mal de ça alors peut-être que oui il m'a un peu influencé

Et puis je ne voulais pas faire de médecine G de ville. L'idée de la ville me bottait pas du tout et d'ailleurs quand j'ai fait des remplacements, ça a confirmé mon choix, je ne voulais pas faire de la ville non. C'est pas du tout la même approche, c'est pas du tout les mêmes personnes et ce n'est pas la même relation. Donc sur le plan relationnel ce n'était vraiment pas ce qui me tentait la ville.

3. Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis le début de votre internat ? (stage en ambulatoire en milieu rural ? remplacements, projets familiaux ayant potentiellement influencé un choix d'installation)

Alors j'ai commencé en SSR à Clémentel, j'ai poursuivi en médecine polyvalente à Thiers, j'ai continué en premier niveau à Saint-Flour, et puis après j'ai fait les urgences pédiatriques à Moulins, les urgences adultes au CHU, et le SASPAS à Saint-Flour de nouveau. Et après j'ai remplacé de façon régulière, je faisais les vacances d'un bon nombre de médecins et toujours les mêmes dans toujours les mêmes cabinets et donc je faisais Brioude, Saint-Flour, Massiac, Saint-Pardoux, Montaigut en Combrailles, Thiel-sur-Acollin dans l'Allier. Donc ça faisait quatre départements avec beaucoup de temps de trajet, mais c'était intéressant parce que c'était des pratiques différentes, il y avait de l'exercice regroupé (Saint-Flour, Brioude), il y avait exercice semi-regroupé (Massiac) et exercice isolé complètement isolé enfin seul à l'ancienne, le cabinet dans la maison avec quasiment pas d'informatique pour les trois autres. C'était intéressant d'avoir les différents types de pratiques parce qu'il y a des choses qui sont bonnes à prendre et des choses moins bonnes dans les différents types de pratiques. Je ne pense pas qu'il y en ait une qui soit meilleur qu'une autre. Donc c'était assez instructif et étant donné que ce n'était pas les mêmes départements et pas les mêmes modes de fonctionnement, ça m'a appris à me dépatouiller.

Et donc ça m'a carrément aidé à savoir ce que je voulais faire et de ce que je ne voulais pas faire. Par exemple à Montaigut en Combrailles quand je remplaçais c'était du sans rendez-vous en continu, j'attaquais à 6h30 du matin, je finissais à 22H, j'en faisais plus de 50 dans la journée. Ça par exemple je savais que je ne voulais pas le faire. Je l'ai fait pendant 5 ans quand même, toutes les six semaines, j'allais le remplacer parce qu'il en pouvait plus, et surtout parce que justement il en pouvait plus je l'aidais quoi. Mais je savais que je ne voulais pas en arriver là. Et c'était assez intéressant d'essayer de se rendre compte de pourquoi il en était arrivé là, il n'avait pas de secrétariat, il ne savait pas dire non et donc il s'est fait bouffer par ses patients et il s'est retrouvé dans cette situation là parce qu'il ne savait pas dire non. Voilà et c'était assez intéressant de le voir, c'était un mec de 58 ans et c'est aussi intéressant de voir aussi d'ailleurs où ça l'a amené, un infarctus à 60 ans. Et du coup, il est passé sur rendez-vous, c'est ça qui a été l'électrochoc, donc c'était intéressant de se rendre compte de ça : de l'intérêt de la campagne mais aussi de ses limites et qu'il fallait que je trouve une organisation et donc moi pendant que je remplaçais, je créais la structure puisque j'ai commencé à créer la structure quand j'étais en dernière année de mon internat. J'ai commencé le montage de la MSP à l'époque en 2012 à l'époque où les MSP n'étaient pas connues en Auvergne, il en existait qu'une seule, et donc forcément il y avait beaucoup de travail déjà de défrichage parce que les gens ne connaissaient pas trop, mais oui j'ai mis cinq ans.

4. Si vous avez déjà effectué des remplacements :

- dans quels types de secteurs d'activité avez-vous remplacé ? (rural, semi-rural, urbain, zone déficitaire, ZRR, ZUS)
- que vous ont apporté/appris ces remplacements ?

5. Qu'est-ce qui vous a décidé à vous installer ?

Ma femme bosse juste à côté (rires) et donc du coup comme ma femme bossait là donc j'ai cherché autour et donc j'étais déjà à l'ARS dans des commissions différentes diverses et variées et j'avais vu avec eux et on avait regardé en fonction de la démographie, de l'âge, des bassins de vie et de l'organisation du territoire et donc c'est pour ça que je suis allé voir les élus de la mairie en leur disant voilà je veux monter une structure ici.

6. Comment s'est déroulée votre installation ? (Choix du lieu, naissance du projet, création des locaux, aides à l'installation, avantages fiscaux, contrats PTMG, financement, statut juridique, gestion)

Alors au démarrage ça a été compliqué, l'idée d'une structuration en équipe ce n'était vraiment pas quelque chose qui paraissait logique dans le secteur parce que ce n'était pas connu. Donc forcément quelque chose de pas connu donc quelque chose de rejeté. Donc il a fallu trois ans déjà pour essayer d'expliquer, de faire comprendre. A partir de là on a réussi à créer une association, on était quelques-uns et de pouvoir monter le projet de santé, et de pouvoir monter la structure et au fur et à mesure du temps on a augmenté en nombre dans les deux ans qui ont suivi après la création de l'association jusqu'à l'ouverture. A l'ouverture on était entre 15 et 20, actuellement on est 42 en un an et demi on a multiplié par deux. Donc c'est une structure qui permet d'attirer du monde. D'ailleurs pour les médecins installés ici, ils avaient fait leur externat à Clermont mais leur internat à Toulouse et en revenant dans la région ils sont venus s'installer ici alors qu'ils avaient fait leur internat à Toulouse, ils sont venus essentiellement tous les trois pour la structure. Ils sont venus pour l'équipe, pour l'idée, pour le principe de d'exercice coordonné pluri-professionnel, ils sont venus pour ça. Le dernier il s'est installé en Avril il était venu en rempla au démarrage, il a fait d'autres remplacements et puis il est revenu puis il a dit est-ce que je peux m'installer ?

Et le fait qu'on soit à temps partiel favorise pour le recrutement. D'ailleurs un des médecins est chef de clinique, donc il est là qu'à temps partiel, un autre fait le complément de ce médecin donc à temps partiel aussi. Moi de par mes différentes casquettes et fonctions je suis à quatre jours par semaine parce que je fais plein d'autres choses à côté (rires), plein d'autres fonctions. Et donc oui c'est sûr et puis on peut accueillir les externes, les internes. On mange ensemble le midi, voilà quoi c'est la bonne ambiance.

7. Quelles difficultés avez-vous potentiellement rencontrées lors de votre installation? (Association/collaboration, recrutement d'autres professionnels, administratif, créations des locaux, recherche de financements)

Les difficultés, au démarrage ça a été de faire comprendre l'intérêt pour les élus, pour les autres confrères et collègues autour. Ça a été dur de fédérer du monde. Après quand on a eu un noyau, ça s'est amélioré. Donc je dirais que ça ça a été la plus grosse difficulté. Après pour les patients je dirais qu'il n'y a eu aucune difficulté parce que au contraire ils y ont vu tout de suite leur intérêt. Ça les a réconfortés et ils en sont extrêmement heureux et maintenant ils n'envisagent plus comment enfin ils se demandent comment c'était possible sans la structure, donc elle est complètement adoptée et même plus qu'adoptée quoi. L'indice de bonheur partagé de la structure est bon et l'indice de bonheur partagé des patients dans la structure est bon. Donc l'indice de bonheur partagé il est bon des deux côtés. Et ça permet l'efficacité et puis d'améliorer les pratiques. Donc en fait on n'a pas eu trop de contraintes enfin si des

contraintes logistiques, d'organisation, de gestion. Et ça nécessite un investissement certain, c'est sûr mais c'est un pari sur l'avenir et comme toute entreprise en tout cas pour nous des libéraux, quand on est libéral on est quand même chef d'entreprise donc il faut faire un pari sur son avenir, faire un investissement de temps pour avoir une qualité de travail et une qualité de vie derrière. Alors après ça c'est possible à condition qu'il y ait un ou plusieurs leaders, il faut un noyau enfin faut deux-trois personnes. Parce qu'une seule personne c'est compliqué (rires), ça prend beaucoup d'énergie. Ou alors il faut vraiment que cette personne ait les reins solides, et c'est vrai que moi je suis hyperactif et une tête de mule donc plus je prends des claques et plus j'ai envie de revenir. Mais actuellement je pense qu'on a épuisé ce stock de médecins-là et on est plutôt maintenant sur des algorithmes avec des personnes où ils viennent à deux ou trois et ça fait un noyau, et ces deux trois personnes sont les leaders en fait et donc ils se partagent le travail et donc forcément c'est déjà vachement plus réalisable dans le temps, et en plus on a amélioré les fiches techniques, les algorithmes, l'organisation, l'accompagnement ce qui fait qu'on a réduit aussi le temps de constitution qui maintenant est plutôt de deux, trois ans au lieu de cinq ans donc on a diminué le nombre d'années pour le constituer, on fédère plutôt avec un petit groupe pour qu'il y ait le partage des tâches, ce qui génère moins de travail. Il y a eu une vraie évolution entre 2012 et maintenant. Donc pas d'inconvénient sur le plan professionnel, au contraire que des avantages.

8. Quels ont été les facteurs facilitant votre installation ? (aides reçues, Médecins installés, faculté, comptables, ordre, URPS, guichet unique, mairie, associations)

La collectivité a quand même compris le truc assez rapidement, l'Agence Régionale de Santé a soutenu très rapidement, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie a soutenu très rapidement, les pharmacies ont compris tout de suite l'intérêt aussi et ont été facilitantes aussi et donc finalement même s'il y avait des oppositions et des difficultés on avait un noyau suffisamment facilitant pour pouvoir monter le projet. Donc tous ces éléments-là ont été facilitants et après c'était la volonté. C'est à dire la volonté de pouvoir prouver que cette organisation-là avait un bénéfice pour nous et pour le patient.

9. Si je vous dis « bien-être au travail », que cela évoque-t-il chez vous, en considérant votre situation personnelle ? (Contraintes horaires, gardes de nuit, de we, rythme de travail ; contraintes physiques ; relation avec les patients ; charge mentale ; charge émotionnelle)

Je réponds deux trucs :

L'indice de bonheur partagé, c'est à dire en fait être content de venir au travail, donc ça fait partie du bien-être, du bien-être professionnel. C'est à dire quand on vient tous les jours dans la structure et qu'on est content de venir, et qu'on vient pas reculons en se disant bah j'ai pas envie, j'ai pas envie, et même quand c'est des journées comme aujourd'hui ou on redémarre ou c'est pleines balles et ou on est au taquet toute la journée bah c'est pas grave t'es content quand même, et ça se passe bien et on reste à la cool. Et ben ça c'est important ! donc ça c'est sur le plan professionnel, donc le bonheur de travailler ensemble et l'intérêt professionnel de travailler ensemble en termes d'efficacité, c'est à dire la qualité des soins.

Et puis après sur le plan personnel, c'est aussi cet intérêt, c'est à dire si un jour j'ai un pépin, quand je dois partir en réunion et ça m'arrive de temps en temps (rires), j'ai toujours quelqu'un qui peut me remplacer, qui a la même base de données patients, qui voit mes patients dans la même philosophie, que ce soit un collègue d'ici ou quelqu'un qui vient remplacer. La structure est attractive, j'ai même des gens qui viennent remplacer à la demi-journée quand je suis en réunion sur une demi-journée.

Donc c'est ça l'avantage, c'est cette qualité professionnelle et aussi personnelle, c'est à dire que si j'ai besoin de me dégager du temps j'ai la possibilité de me dégager du temps tout en sachant que mes patients sont pris en charge. La semaine dernière j'étais en vacances je devais faire des travaux dans ma maison au premier étage, donc j'ai fait de la peinture et j'avais bien évidemment quelqu'un pour me remplacer dans mon bureau pendant que j'étais absent. Quand je pars en réunion à Paris ou à Lyon il y a quelqu'un dans le bureau qui voit patients donc du coup il y a pas de question et mes patients sont au courant, ils le savent, ils savent ce que je fais à côté, ils savent qu'il y a toujours quelqu'un et qu'ils ont le dossier commun et qu'ils ont la même philosophie de travail donc ça ne leur pose aucun problème et c'est pour ça que nous on parle plutôt de structure traitante que de médecin traitant puisqu'en fait c'est une équipe traitante qui les prend en charge et pas un individu. Et au contraire l'idée d'avoir le regard d'autres professionnels c'est qu'on a un regard croisé et ils vont voir des choses que je ne vois pas et au contraire c'est ça qui est intéressant.

Est-ce que les patients ont facilement accepté ce mode d'exercice ?

Alors nous ça a été très rapidement accepté par les patients pour la simple et bonne raison c'est qu'on a tous fait une création d'activité ici pour les médecins, on n'a pas repris de patientèle. Les gens qui sont venus, ils sont venus pour ça. Donc au contraire il y a de plus en plus de gens qui sont venus pour ça. Et donc du coup on n'a pas eu de problème d'acceptation, au contraire. C'était plutôt un engouement.

10. Quels bienfaits sur votre qualité de vie votre installation permet-elle ?

Alors moi je suis un peu biaisé, alors ça dépend ce qu'on appelle personnel. Je peux faire ce que je veux faire grâce à ma structure, c'est à dire je peux être à l'Ordre, je peux être à la fédération des maisons de santé, je peux être en national machin et faire toutes les activités diverses et variées que j'ai. Toutes ces casquettes que je ne pourrais pas faire si j'étais un généraliste de campagne tout seul. Donc personnellement, j'ai toujours fait ça et j'ai toujours aimé ce monde associatif et d'investissement autre que de la médecine qui m'apporte aussi beaucoup de choses aussi à côté, beaucoup de connaissances et de choses qui sont bonnes pour ma pratique professionnelle mais je fais aussi d'autres choses qui me plaisent personnellement, sinon je ne les ferais pas.

Et puis sur le plan familial, si j'ai besoin de me dégager du temps je peux. Actuellement j'en n'ai pas eu le besoin donc je me débrouille par d'autres voies mais si j'en ai besoin, si un jour il y a un pépin s'il y a quelque chose je peux. La collègue le jour où elle a eu son fils qui a eu besoin de descendre aux urgences, on reprenait les patients et elle partait aux urgences avec son fils. Alors qui si j'étais tout seul t'es coincé. Le fait de savoir que tu peux le faire participe déjà à ta qualité de vie, le fait de savoir que t'es pas coincé.

Et moi j'utilise ces avantages aussi pour me former, si j'ai besoin d'aller faire une formation, je vais faire ma formation d'écho au mois de juin, le vendredi je ne suis pas là parce que je suis en formation et qu'à cela ne tienne il y a quelqu'un qui vient et voilà la question ne se pose même pas je vais faire ma formation.

11. Quelles étaient pour vous les conditions indispensables à votre installation permettant le bien-être au travail ? (organisation, secrétariat, plateau technique, participation aux FMC, permanence et continuité des soins, exercice groupé, temps de travail)

Alors pas depuis le collège par ce que ça n'existait pas mais quand j'étais interne et quand je me suis posé la question de l'installation en libéral je me suis dit tout de suite que je ne pouvais pas m'installer tout seul, ça ne me tentait pas. Et à partir de la fin de première année d'internat

je suis rentré dans la fédération des maisons de santé et je me suis dit ça ça me botte quand même cette idée. Donc je suis allé voir des structures, je suis allé discuter avec d'autres copains qui montaient des structures que ce soit à Saint-Pourçain, à Lapalisse, au Monteix, à Gannat enfin il y avait plusieurs personnes dans la promo qui étaient aussi dans cette idée-là et qui sont d'ailleurs en MSP actuellement. Et donc ça m'a titillé suffisamment pour me dire allé vas-y je lance ça. L'idée c'était je ne pourrais pas travailler tout seul, je pourrais pas travailler que entre médecins parce que travailler que entre médecins ça suffit pas, on a besoin des autres pour bosser et d'ailleurs les études le montrent c'est entre 40 et 50% de pathologies chroniques pluri pro donc sans le kiné, sans l'assistante sociale, sans les infirmières, sans la sage-femme qui s'occupe de toute la partie gynéco donc moi je fais pas, sans la sophro, sans la psycho, sans les orthophonistes pour les enfants, sans l'orthoptiste maintenant pour la filière visuelle, pour les rétinopathies diabétique enfin je veux dire sans tous ces gens-là euh la diététicienne, la pédicure-podologue enfin je veux dire sans tous ces gens-là, la pharmacie, le dentiste je pourrais pas faire la prise en charge globale pluri pro que je veux pour mes patients. Donc oui c'était la condition sine qua none. La condition pour que je vienne m'installer c'était que je puisse pratiquer mon art tel que je l'avais imaginé. C'est un peu ça la définition de l'exercice de l'art de la médecine parce que ce n'est pas une science mais c'est un art.

12. Quels conseils donneriez-vous à de futurs médecins voulant exercer en milieu rural ?

De faire ce dont ils ont envie. Je ne suis pas un intégriste d'un système ou d'un autre moi. J'ai pratiqué les deux et je ne pourrais pas dire : « si on n'est pas en exercice de groupe on est mauvais », sûrement pas. Je pense que tout le monde ne peut pas travailler en équipe non plus. Il y a des gens qui ne sont pas faits pour travailler en équipe. Donc en fait il faut que ça corresponde à leur sensibilité, à ce qu'ils sont. On a une patientèle qui nous ressemble, on a un lieu d'exercice qui nous correspond, il faut que ça corresponde à leur sensibilité, et à leur volonté. Donc il existe plein de solutions pour s'installer en rural, il faut qu'ils en aient envie. Ça c'est important. Pourquoi ils en ont envie ? qu'est-ce qui les attire ? Soit c'est une équipe qui les attire parce que c'est une ambiance et ils n'habitent pas sur place mais un peu plus loin, c'est le cas des trois autres, ils habitent à Clermont. Soit c'est au contraire complètement l'inverse t'es quelqu'un de solitaire qui cherche à être isolé parce que c'est sa façon d'être et on en a qui vont s'installer dans des campagnes profondes pour un exercice seul, solitaire parce que c'est ce qui leur correspond eh ben très bien. Soit c'est le territoire parce que c'est le territoire où tu es né, parce que c'est un territoire qui t'attire, parce que t'es tombé amoureux de ce territoire et donc du coup tu viens pour ce territoire. Soit c'est parce que c'est le conjoint ou la conjointe qui t'y amène et c'est plutôt le conjoint parce que c'est 60% de filles en médecine maintenant et parce que le conjoint a pu être attiré par le secteur.

Finalement la cause de l'arrivée d'un professionnel sur un territoire, elle est multiple, et quelle que soit cette cause ce qui est surtout important c'est qu'il puisse le faire dans les bonnes conditions. On a rencontré il y a pas longtemps il y a trois semaines un jeune qui va venir s'installer dans les Combrailles, qui est en dernière année d'internat actuellement, et lui ce qui lui a plu c'est le territoire, parce que géographiquement ça correspondait avec sa copine enfin c'était ce qu'il voulait quoi et par contre l'accueil qu'il a eu au démarrage avec les professionnels en place ça a été compliqué et du coup on a travaillé ça on a vu avec lui, il voulait un exercice qui était en équipe mais au démarrage il savait qu'il serait tout seul mais ça lui posait aucun problème eh ben on a travaillé sur ça et on a fait en sorte qu'il puisse avoir

le projet qui correspond à ce qu'il veut lui, et pas à ce que les autres veulent qu'il fasse. Et donc du coup ça va vachement mieux. Et il s'installera en mars 2020 certes, mais il s'installera. Alors que si tu te buttes et que ça ne correspond pas à la pratique du praticien qui vient sur le territoire, il se casse rapidos.

Souvent ce que je dis aux élus pour qu'ils comprennent, c'est que quand t'es cadre dans une entreprise et que vous avez le choix d'aller dans n'importe quelle entreprise, vous allez dans celle qui est en plaqué or ou celle où il y a la bonne ambiance ? ben le choix il est vite fait. Du coup quand tu construis une coquille, elle a beau être en plaqué or ça ne fera pas venir du monde. On voit parfois des mairies monter un projet dans leur village mais en fait c'est un sénateur qui a pris de l'argent au Sénat qui n'a pas réfléchi, qui a fait un truc individualiste sans se poser la question autour, qui a fait beaucoup de bêtises et qui a foutu dans la merde d'ailleurs des infirmières qui l'ont cru, qui sont venues et qui se sont cassées le nez. Il a voulu être au-dessus de la loi et a généré un surcoût à la société et à la collectivité pour rien, avec aucun intérêt et aucune vision de territoire ce qui par contre pour le coup pour un élu est un peu dommage. L'époque où chaque commune voulait son médecin et son clocher est révolue, la démographie ne le permettra pas, et on n'est pas encore dans le creux de la vague.

Verbatim M 5 :

1. Pourquoi avez-vous choisi de devenir médecin ?

Alors, euh, en fait j'ai choisi de devenir médecin parce que moi au début je voulais faire de l'humanitaire, c'était ma seule vocation, et donc comme en terminale au lycée je ne savais pas trop quoi faire mais simplement m'orienter sur l'humanitaire, et que j'avais des notes qui n'étaient pas trop mauvaises, et ben pourquoi pas tenter médecine et faire médecin humanitaire.

2. Et la médecine générale en milieu rural en particulier ?

Eh ben au final c'était pas du tout ce que je voulais faire initialement puisque je voulais faire de l'humanitaire, mais ça... déjà dès le début des médecins m'avaient dit : « tu verras, au bout de 10 ans d'études, je pense qu'une fois que tu auras créé une vie de famille, ton orientation va se modifier » et effectivement, après 10 ans d'étude, j'ai surtout eu envie de me poser, de fonder une famille, et du coup, ce n'était plus trop compatible avec une carrière exclusivement humanitaire. Donc du coup, comme avec mon mari on aimait bien la campagne, alors qu'on a grandi en ville tous les deux, on a commencé par y habiter et puis ensuite, logiquement on a commencé par remplacer dans les alentours, et ça nous a bien plu. Voilà, c'est uniquement pour ça.

Donc vous avez d'abord choisi de vivre à la campagne avant d'y travailler ?

Alors je réfléchis... Ca a été une question d'opportunité aussi, c'est à dire que j'ai fait mon dernier stage sur l'hôpital local de (...) parce qu'on avait acheté une maison pas trop loin, et du coup, j'ai commencé à créer des contacts de médecins généralistes travaillant autour de cet hôpital, qui m'ont proposé mes premiers remplacements dès la fin, de mon internat. Et comme le secteur me plaisait bien et que j'avais déjà quelques stages en semi-rural, je me

doutais bien que ces premières expériences en milieu rural ne feraient que confirmer mon désir de m'y installer.

3. Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis le début de votre internat ? (stage en ambulatoire en milieu rural ? remplacements, projets familiaux ayant potentiellement influencé un choix d'installation)

Depuis le début de l'internat ? Euh...j'ai commencé par un premier trimestre sur l'hôpital d'Aurillac en médecine polyvalente, j'ai continué avec mon stage ambulatoire de premier niveau dans un secteur semi-rural, voire rural, sur Brassac-Les-Mines et Auzon (en Haute-Loire). J'ai fait mon troisième stage aux urgences d'Issoire, mon quatrième stage aux urgences pédiatriques du CHU Estaing. En cinquième semestre...j'ai fait mon SASPAS toujours dans un secteur semi-rural, à Vic-Le-Comte. Et donc j'ai fait mon dernier stage sur l'hôpital local de (...) (NDLR : où ce médecin compte s'installer).

4. Si vous avez déjà effectué des remplacements :

- dans quels types de secteurs d'activité avez-vous remplacé ? (rural, semi-rural, urbain, zone déficitaire, ZRR, ZUS)

J'ai commencé mes premiers remplacements uniquement à la fin de l'internat, je n'ai jamais remplacé pendant l'internat. Et donc du coup j'ai commencé par remplacer les médecins chez qui j'avais réalisé mon stage ambulatoire de premier niveau, c'est à dire à Brassac-Les-mines, et ensuite, rapidement, je n'ai plus que fait des remplacements en milieu rural dans le secteur de (...). Ah si, j'ai aussi pas mal remplacé dans le Cantal à Riom Es Montagne où mon mari faisait son stage ambulatoire de premier niveau. Ah bah là aussi oui c'est franchement rural (rires), c'était chouette mais c'était loin de la maison quand même (rires), il faut y être né quoi ! C'était une bonne expérience, en fait c'était surtout pour rendre service aux prats de mon mari qui ne trouvaient jamais aucun remplaçant...l'aubaine pour eux ! L'exercice était assez confortable car en groupe (3 médecins dans le cabinet), mais la charge de travail considérable.

Et du coup, que vous ont apporté/appris ces remplacements ?

Euh...ils ne m'ont plus donné envie de remplacer dans du semi-rural, et encore moins dans un secteur urbain même si du coup je n'ai jamais eu l'occasion de remplacer en ville, euh...mais j'ai adhéré directement à ce mode de remplacement même si les conditions ont toujours été un petit peu difficiles dans la mesure où on est loin des urgences, et la charge de travail est assez importante...en fait je crois que ce qui motive à remplacer dans de telles conditions, parce que souvent, je remplace dans un cabinet isolé, où il n'y a ni secrétaire, ni informatisation, et où on fait beaucoup sans rendez-vous, mais on sait que le remplacement n'est que provisoire...enfin j'y remplace très régulièrement, tous les mois depuis des années, mais chaque période de rempla ne dure qu'une à deux semaines, et ça, ça fait toute la différence, ça aide à tolérer. Je n'accepterais clairement pas ces conditions de travail si j'étais installée. Du coup, à la question : qu'est-ce que ça m'a apporté ? Eh ben ça m'a surtout montré ce que je ne voulais pas faire mais ça ne m'a pas découragé pour autant ! En 5 ans de remplacement, les patients me sont fidèles, m'attendent parfois ! et ça, c'est très gratifiant, leur reconnaissance. J'ai eu l'impression de grandir avec eux. Il faut avouer que les patients à la campagne sont hyper attachants par rapport à ce que j'ai vécu lors des remplacements semi-ruraux où je les trouvés bien plus revendicateurs, bien plus « j'y ai droit » (rires). Les

patients sont pour beaucoup dans le choix du lieu d'installation je pense...enfin...disons que lorsqu'on apprécie le contact de ces patients-là, c'est probablement un signe ! Le signe qu'on est bien et qu'il faut y rester.

5. Avez-vous pour projet de vous installer ? Si oui, pourquoi ?

Donc oui...avec mon mari qui est également médecin généraliste, on a le projet de s'installer, donc toujours dans le secteur de (...) parce que c'est là qu'on a effectué la plupart de nos remplacements et qu'on se sent chez nous, on habite à 20 minutes de ce bassin de vie donc c'est là qu'on aimerait s'installer. Et puis maintenant on connaît les médecins environnants, l'hôpital local...le fait d'avoir créé un petit réseau localement donne envie de s'y installer. Et la patientèle nous attend aussi, et ça, ça joue beaucoup en fait. Et après avoir remplacé pendant 5 ans, on commence à bien connaître les patients.

Qu'est-ce qui vous incite à arrêter les remplacements et à faire le choix de l'installation ?

Alors la première raison, c'est le fait d'avoir fondé une famille qui fait que de toutes façons, on ne peut plus continuer à...enfin les aspirations ne sont plus les mêmes, c'est à dire qu'en sortant de l'internat, ce qu'on voulait c'était avoir beaucoup de temps libre pour pouvoir voyager tout en accumulant un peu d'expérience, et un peu d'argent avec les remplacements. Maintenant, le fait de se laisser 2-3 mois pour partir en voyage, avec les enfants qui vont rentrer à l'école, c'est plus possible. Donc ça, ça a participé largement à notre envie de nous installer et puis...aussi le fait de pouvoir exercer comme on l'entend, dans les conditions matérielles qui nous conviennent. Et puis suivre des patients en fait, même si les remplacements réguliers font qu'on suit beaucoup les patients chroniques, on a quand même envie d'avoir sa propre patientèle, à son image et gérer comme on veut...enfin comme bon nous semble.

7. Et pourquoi avez-vous fait le choix des remplacements plutôt que vous installer en sortant de l'internat ?

Pour conserver une grande qualité de vie. En sortant de nos études, on avait juste envie de pouvoir...d'avoir du temps libre, c'était primordial, et retrouver nos loisirs, j'ai envie de dire : profiter de la vie avant de s'installer en fait. C'est ça : avoir du temps libre et profiter de ses loisirs. Et du coup, c'est un statut qui nous a bien convenu hein, je pense que si on n'avait pas d'enfant, on aurait pu continuer encore quelques années sur ce schéma-là.

9. Si je vous dis « bien-être au travail », que cela évoque-t-il chez vous, en considérant votre situation personnelle ? (Contraintes horaires, gardes de nuit, de we, rythme de travail ; contraintes physiques ; relation avec les patients; charge mentale ; charge émotionnelle)

Alors bien-être au travail, ça passe avant tout par...maîtriser sa charge de travail et ses horaires...C'est à dire que je ne conçois absolument pas de m'installer à la manière des anciennes générations de médecins, c'est à dire être corvéable à merci, disponible 24h sur 24, donc pour acquérir un certain bien-être au travail, il faut que je puisse mener ma vie de famille sereinement. L'un ne va pas sans l'autre, donc pour être épanouie professionnellement, ça veut dire qu'il faut que je puisse avoir des horaires acceptables, j'entends pouvoir emmener mes enfants à l'école, pouvoir être à la maison à des horaires convenables pour pouvoir assurer leur bien-être à eux aussi, euh...donc les horaires. Ça signifie également d'optimiser son temps lorsqu'on est au travail, c'est à dire avoir un temps quasi exclusivement médical quand je suis au travail, donc déléguer un maximum de tâches administratives, et ça, ça passe par certainement prendre un secrétariat. Euh voilà, ça signifie également bien sûr faire partie

de la permanence de soins mais ne pas être de garde 1 WE sur 2. Voilà, le bien-être au travail je crois qu'il est résumé à ça...et puis aussi oui bien sûr exercer dans une structure où on est plusieurs médecins. Alors oui mon bien-être au travail passera forcément par un exercice coordonné, un exercice d'équipe parce que j'ai beaucoup remplacé de médecins qui exercent en cabinet seul, alors ça a probablement ses avantages parce que moi je n'étais que remplaçante, mais je me dis que sur le long terme en fait, travailler en équipe ce serait primordial pour pouvoir partager, échanger et améliorer la prise en charge des patients au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Au final, j'ai peu l'expérience de remplacements au sein de cabinets de groupe, hormis à Brassac et dans le Cantal, et en fait, j'avais trouvé ça très agréable de ne pas être seule.

10. Quelles vont être pour vous les conditions indispensables à votre installation permettant le bien-être au travail ? (organisation, secrétariat, plateau technique, participation aux FMC, permanence et continuité des soins, exercice groupé, temps de travail)

Donc les conditions indispensables ça va être : l'exercice coordonné, la mise en place d'un secrétariat, d'une informatisation partagée, parce que j'ai aussi fait l'expérience de remplacements chez des médecins qui n'étaient pas informatisés et je trouve ça assez compliqué. Euh ça va également passer par des horaires acceptables, alors sans parler de faire des horaires de bureaux, mais si on est plusieurs, on va pouvoir répondre à une grosse amplitude horaire, mais ne pas être tous présents physiquement et en même temps. On se pose également la question du travail à temps partiel et ça, ça passerait par une organisation en 2 binômes, je ne sais pas exactement comment on va s'organiser mais c'est quelque chose auquel on a longuement réfléchi et ce qui implique aussi d'éduquer les patients au fait d'être d'accord pour ne pas voir que son médecin référent, et de pouvoir voir indifféremment le collègue quand son médecin référent n'est pas présent au cabinet. Donc ce qu'on souhaiterait c'est vraiment assurer une continuité des soins mais n'avoir qu'un temps partiel dans un premier temps pour pouvoir garder beaucoup de temps libre auprès de nos enfants. Donc voilà, informatique, secrétariat, charge de travail maîtrisée. Après qui dit s'installer en rural dit maintenir bien évidemment des visites à domicile, maintenir un nombre de gardes qui soit compatible avec une vie familiale, assurer les soins non programmés également, donc forcément avoir des plages sans rendez-vous et puis...voilà ça fait déjà pas mal de conditions. Par la suite, c'est vrai qu'on a des amis qui sont installés dans des structures de soins où ils sont salariés et c'est quelque chose aussi qui nous paraît être une belle perspective d'avenir. Alors je ne sais pas exactement comment on pourrait le mettre en place, mais le monde attirant le monde, je me dis que si peut-être on arrive à fédérer plusieurs médecins sur la structure, on pourrait arriver à pourquoi pas se salarier, ce qui permettrait aussi de s'affranchir d'un certain nombre de contraintes administratives, notamment au niveau comptabilité.

12. Quels conseils donneriez-vous à de futurs médecins voulant exercer en milieu rural ?

Alors le premier conseil c'est déjà de commencer par remplacer, de remplacer un certain temps avant de s'installer directement après l'internat sans avoir fait vraiment l'expérience. Parce que même si je n'ai jamais remplacé en ville je pense que c'est un exercice complètement différent du fait de l'éloignement du CHU, de l'éloignement des urgences, ça change déjà beaucoup de choses à notre pratique, du fait de patients aussi qui n'ont pas spécialement l'habitude des urgences qui passent par leur médecin traitant même si euh... alors que sur clermont pour le même motif ils seraient directement allés aux urgences donc ça implique quand même de savoir effectuer quelques premiers soins, de garder son sang-froid. Et puis des patients qui ne veulent tout simplement pas se déplacer aux urgences parce

qu'il faut une heure pour y aller donc ils préfèrent différer. Ces patients-là il faut savoir les réévaluer beaucoup plus régulièrement pour respecter leur choix même après information éclairée sur la situation, mais c'est des choses auxquelles on est confronté. Donc voilà déjà commencer par remplacer, faire l'expérience de différents types de remplacements. Et puis je pense que pour pouvoir s'y installer ensuite, la clef c'est peut-être de ne pas y aller seul. Je pense que c'est primordial. Peut-être que l'exercice en solitaire correspond à certains profils mais je doute que sur la longueur, l'exercice en solitaire soit quelque chose qui puisse être pérenne. Parce que je vois bien qu'autour de nous certains médecins n'ont jamais pris l'habitude de se faire remplacer parce que probablement par découragement de ne jamais trouver de remplaçants lorsqu'ils partent en vacances : donc soit ils partent et ils ferment le cabinet, soit ils ne partent jamais en vacances. Donc ça pendant 40 ans je ne pense pas que ce soit vraiment viable.

13. Selon vous quelles seraient les conditions d'exercice idéales pour un médecin généraliste en milieu rural ?

Les conditions d'exercice idéales, je pense que ce serait de créer une maison de santé j'entends avec plusieurs médecins mais aussi des paramédicaux. Si d'autres spécialistes peuvent intervenir c'est encore mieux. Être à proximité d'un hôpital local ça me paraît être une condition aussi qui est quand même... pas indispensable mais qui facilite largement l'exercice. Parce que qui dit milieu rural dit population vieillissante et que même si beaucoup de motifs ne relève pas forcément des urgences mais nécessite une hospitalisation et avoir un petit hôpital de proximité qui permet de les faire hospitaliser sans passer par les urgences donc 1 : ça désengorge les urgences, 2 : ça raccourci les délais. Donc je pense que c'est un gain de chance pour le patient d'avoir ce type d'hôpital et d'avoir la chance de travailler de pair avec les médecins hospitaliers d'un petit hôpital.

Alors si en plus cet hôpital offre la possibilité d'avoir d'autres spécialistes qui viennent même si ce n'est pas régulièrement enfin pas à temps plein, d'avoir un laboratoire, de la radiologie. Voilà sans parler d'avoir des urgences mais d'avoir un petit plateau technique qui permet déjà de résoudre bon nombre de problèmes médicaux.

Donc qui dit maison de santé implique d'avoir un secrétariat qui gèrerait la prise de rendez-vous qui va permettre de réguler le flux de patients parce qu'il faut bien avouer que lorsqu'on est tout seul dans un cabinet, on se laisse facilement déborder par la patientèle puisque ce qui est difficile c'est que le soir lorsqu'on ferme le cabinet, il n'y a pas SOS médecins, il n'y a pas forcément sur le secteur toujours un médecin de garde donc on a l'impression de laisser les patients livrés à eux-mêmes. Donc c'est difficile de dire à 19H de dire « moi il faut que je m'en aille pour aller récupérer les enfants advienne que pourra si vous avez un souci vous faites le 15 et puis vous ferez une heure de route pour aller aux urgences. » Donc les conditions idéales ce serait ça : être à plusieurs, avec un secrétariat et je pense que le temps partiel ça peut être bien aussi quand on est des jeunes médecins. Je pense aussi que le salariat à de l'avenir aussi parce que quand on va au travail on a envie de faire que du médical et plus du tout de l'administratif.

Verbatim PR 1 :

1. Avec quel type de projet se présente actuellement la plupart des jeunes médecins généralistes désireux de s'installer? (Centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé, installation individuelle, cabinet de groupe)

Alors ceux que je rencontre, spontanément ne veulent pas s'installer en milieu rural, ils me disent péri-urbain, donc ils m'exposent plutôt ça comme ça en disant 30 minutes de la ville, on ne veut pas s'installer en ville, on ne veut pas s'installer au fin fond de la campagne donc c'est péri-urbain pour avoir tous les avantages en fait.

Voilà donc il y a ce premier point, après ils évoquent leur exercice donc en premier point je dirais que c'est l'aspect vie privée, conditions d'installation en fonction je pense peut-être de l'activité du conjoint et puis du rythme de vie, quand on a fait ses études en ville on a pris un rythme et je pense aussi que c'est peut-être une transition donc si c'est une installation pas précoce mais disons juste après les études ce sera plutôt je pense soit du remplacement urbain soit du péri-urbain et après vient l'exercice, la pratique et là ils recherchent un exercice en maison de santé. Alors ça c'est très à la mode quelque part parce que je pense que c'est un peu, pas idéalisé mais pas loin. En tout cas ils ne veulent pas travailler seuls et veulent que tout soit organisé, que le secrétariat soit prêt que tout soit prêt c'est ça en fait.

Je rencontre peu de jeunes médecins prêts à s'engager dans la construction d'un projet. C'est quelque chose qu'ils n'imaginent même pas je pense, ils ne se projettent même pas dans le fait de pouvoir construire quelque chose sans parler de l'immobilier mais de construire un projet en fait.

2. Quelles sont leurs attentes en termes de conditions de travail, et de qualité de vie ?

Alors je ne sais pas, en tout cas ils n'en parlent pas avec moi mais après la maison de santé, en tout cas l'exercice regroupé, on distingue bien maison de santé : nous on entend exercice coordonné (NDLR : pluri-professionnel), mais après c'est vrai que derrière ça il y a aussi l'aspect d'exercice de groupe où forcément le logiciel pluri-professionnel n'est pas forcément là mais en maison de santé en principe c'est comme ça donc en tout cas j'entends moi qu'ils veulent travailler en groupe pour pouvoir s'organiser, organiser leur temps de travail du coup et ne pas être corvéable à merci comme sur le schéma ancien, avec les gardes et compagnie quoi. Après j'entends qu'ils veulent participer aux gardes, que ça ce n'est pas un problème et que au contraire ils se disent que ce n'est pas super déontologique de ne pas participer à la garde donc ça je trouve que c'est quand même un bon point. Mais par contre ils veulent se préserver un peu aussi, et pour ça c'est vrai que l'exercice de groupe le permet plus facilement qu'un exercice isolé, mais du coup on entend plus ça au départ que l'exercice coordonné même si je pense que ça leur plait ou leur plairait.

Exercice coordonné c'est à dire de travailler entre pluri-professionnels, entre médecins, infirmiers, kinés voilà c'est pas que entre confrères et puis ça veut dire coordonner une prise en charge du patient dans sa globalité. Imaginer des protocoles pluri-professionnels, travailler plus en fait avec les autres professionnels que gérer son activité de médecine générale tout seul en se disant que pour la suite le patient se gère tout seul quoi.

Donc ça c'est un truc je pense qui peut plaire mais qu'ils n'ont pas forcément en tête quand ils pensent MSP, je pense que quand ils pensent MSP ils pensent conditions de travail, on est en équipe, c'est un peu comme à l'hôpital on est à plusieurs, on peut prendre des décisions à plusieurs et se décharger d'avoir tout le poids des prises de décisions je pense que c'est ça

qu'ils veulent. Et cela vient à mon avis du fait que votre formation est essentiellement hospitalière et ils veulent reproduire un peu ce qu'ils connaissent.

3. Quelles sont leurs interrogations récurrentes ? et leurs inquiétudes ?

Alors il y a les démarches administratives, la difficulté de : par quoi commencer ? où ? comment ? quand est-ce que je contacte la CPAM ? le Conseil de l'Ordre ? etc... ça ce sont des questions qui reviennent pas mal.

Je crois que c'est la gestion en fait qui les angoisse, toute la gestion du début d'exercice. Alors pas tous, parce que je pense qu'il y en a qui sont un peu habitués ou après avoir fait des remplacements ça rode un peu. Mais c'est pas trop abordé par les jeunes médecins parce que en général ou ils s'installent en collaboration, ou il y a une étape tampon et on les voit peut-être moins après nous une fois qu'ils s'installent vraiment en libéral seul. Mais après en maison de santé ou en exercice de groupe ils sont coachés un peu par les autres, parce qu'il y en a un qui a son comptable, donc il lui dit bah tiens je vais te mettre en contact avec lui. Mais concernant la création-même d'un projet, on rencontre peu de gens qui sont intéressés, et ceux qui le font, c'est qu'ils ont déjà été très très actifs pendant leurs études au niveau des syndicats, des machins. C'est des gens qui étaient déjà investis et qui avaient l'habitude d'être un peu entrepreneur, qui avaient cet état d'esprit. Ce sont des personnes qu'on appelle des professionnels leader à l'origine de ces initiatives. Donc c'est sûr qu'il faut être motivé et que ça demande du temps et de l'énergie et un peu de réseaux aussi pour ne pas perdre trop de temps en fait. C'est pour ça qu'ils ont des profils un peu militant en fait ces gens. On le voit, vous connaissez peut-être le docteur.... et du coup il représente la fédération des maisons de santé euh donc il est vice-président de la fédération pour la région mais qui est présent sur le Puy de Dôme et qui accompagne les projets des maisons de santé donc il prend le temps effectivement d'aller discuter avec les professionnels qui ont un projet comme ça pour les aider et les rassurer aussi et puis leur donner les tuyaux. Ça, ça aide pas mal en fait. Et ça aide d'avoir un professionnel de santé en structure qui peut partager avec ses confrères, consœurs et d'autres professionnels pour les rassurer et pour répondre aux questions enfin aux doutes qu'ils pourraient avoir concrètement en fait. Et pour dire concrètement ça apporte quoi, pour dire concrètement c'est quoi les problématiques qu'on rencontre aussi en structure de maison de santé. Et ça je trouve que c'est chouette qu'on ait ça et puis du coup ce médecin est quelqu'un de super abordable qui met bien tout le monde sur un même pied d'égalité quoi et qui évolue aussi en maison de santé.

4. Quels sont les besoins que vous identifiez spécifiquement chez les médecins généralistes voulant s'installer en milieu rural ?

Alors on est en train de travailler sur quelque chose justement parce qu'on a eu pas mal de discussions avec notamment les syndicats des internes, des jeunes médecins, les territoires. Voilà tout le monde s'est un peu réuni pour essayer de faire un état des lieux en disant : « ok sur les territoires ruraux on a des difficultés à convaincre que la vie peut être agréable » enfin même sans parler de convaincre de juste de faire connaître quoi. Donc là on est en train de travailler avec les territoires pour faire connaître ces territoires, alors il y a une approche jeunes médecins ou étudiants même donc de l'externat à l'internat pour créer des hébergements sur les territoires, hébergements destinés aux médecins mais pas que, aussi aux autres professionnels de santé ou peut-être même pas on va voir en fonction de la capacité des logements mais que ce soit en tout cas une sorte d'auberge de jeunesse pour

accueillir les stagiaires sur le territoire et aussi proposer sur les territoires une découverte de ce qui se fait sur les territoires, ce qui existe du point de vue culturel, sportif mais aussi offre de soins. Voilà peut-être organiser des rencontres avec les professionnels du secteur ou en tout cas : comment est possible la vie là-bas ? et comment elle peut être sympa et en dehors du travail aussi. Parce que comme tu disais les confrères ou consœurs ne donnent peut-être pas forcément envie d'exercer partout. Donc on va essayer de travailler sur une cartographie un peu interactive, portée probablement par le Conseil Départemental pour qu'il y ait une dimension territoires -départements cette fois parce que dans l'aspect territoire plus local là on a travaillé sur des territoires genre Sancy ou Thiers-Ambert, Livradois-Forez ou les Combrailles donc une dimension un peu plus humaine qui correspond vraiment à un territoire d'installation et après sur la cartographie plus département où là on identifierait où sont les maîtres de stage universitaires ? où sont les maisons de santé ? où sont les projets aussi dans lesquels des jeunes pourraient s'inscrire ? où sont les besoins aussi avec le zonage de médecine générale ? et puis aussi toutes les commodités que pourraient indiquer les territoires : que ce soit les écoles, les transports, voilà a peu près l'objectif. Donc on est en train de travailler pour essayer de rendre plus lisible en fait tout ça. Alors le syndicat des internes nous suggérait aussi une permanence au Département de Médecine Générale par le Conseil de l'Ordre, la CPAM et l'ARS pour essayer d'accompagner les projets ou les percevoir parce que je pense que certains en ont mais ils ne pensent pas forcément ni à nous les indiquer, ni à partager ou n'ont pas forcément besoin d'accompagnement c'est possible aussi mais on se dit que c'est peut-être plus simple si quelqu'un est là physiquement pour aller en toucher deux mots que de repartir, prendre une info. Enfin ça se conçoit dès qu'il faut faire une démarche, envoyer un mail, passer un coup de téléphone, on ne sait pas qui est de l'autre côté.... Donc on se dit que si on est là, peut-être qu'ils pourraient au moins s'exprimer et s'ils ont une question ils savent qu'ils peuvent nous trouver.

Est-ce qu'il existe un guichet unique sur le département ?

Alors il y a un guichet unique sur la région, c'est une adresse mail à laquelle il faut écrire et on vous répondra. Voilà pour l'instant c'est ça le guichet unique... donc ça permet quand même d'orienter vers la bonne personne enfin a priori... donc il y a ça qui existe au niveau régional et après au niveau départemental il y a les « référents installation » dans chaque ARS.

Donc moi c'est mon rôle et je vous montre un peu les outils, sur Cart@santé on a pas mal d'outils quand la personne ne sait pas du tout où s'installer. On a quelques outils pour dire : « ben voilà en lien avec le zonage aussi, voilà où sont les besoins, voilà ce qu'il y a sur ces territoires comme projet, est-ce que vous avez vous un autre projet. » parce que ça peut être complètement différent de ce qui existe déjà. Après même parfois c'est amusant, on voit des profils qui pourraient correspondre avec d'autres et on se dit ben eux peut-être qu'ils pourraient bien s'entendre où en tout cas ils ont la même démarche donc on peut peut-être les mettre en contact et peut-être que eux pourront créer un projet. Et puis après c'est la mise en relation avec des collègues de la Caisse Primaire où l'accès est plus direct donc parfois plus facile, voilà on perd moins de temps tout ça tout ça...

Le Conseil de l'Ordre pareil, mais souvent les internes, la plupart ont fait des remplacements donc ils les connaissent déjà et puis après c'est la mise en relation sur les territoires avec une personne qui peut accueillir le jeune médecin et lui faire découvrir le territoire parce que cette personne elle connaît tous les professionnels de santé du secteur, elle accompagne beaucoup de projets de prévention parce que cette personne est souvent coordinatrice d'un contrat local de santé donc elle connaît tout le monde donc c'est une entrée facile je trouve. Et puis on dit les choses franchement quoi, ce qui se passe aussi sur les territoires pas essayer de

vendre un truc foireux qui pourrait mettre les gens en échec. Au moins les gens sont au courant bon après chacun est libre de faire ce qu'il veut mais de connaître le contexte au moins c'est important.

Mais existe-t-il une personne dont le rôle serait de suivre un projet de A à Z ?

Non mais là où il existe un Contrat Local de Santé (CLS) et donc un coordonnateur de CLS ça s'est beaucoup fait du coup dans les Combrailles où Marie-Pierre CONDAT (coordinatrice du CLS) accompagne encore certaines structures qui se sont montées en MDS mais comme c'est quand même un travail pas au quotidien mais ça s'entretient quoi elle est souvent à leur côté quand ils ont besoin en tout cas pour les motiver et elle a pas été à l'initiative mais à l'écoute dès lors qu'il y en avait quelques-uns qui avaient envie, elle les a accompagnés pour les aider justement à mettre en place les réunions, pour animer un peu certains ateliers ou certaines réunions donc ça, ça a été vraiment super utile. Ça commence à l'être aussi sur Thiers-Ambert par exemple mais bon après ça dépend aussi de la personnalité des professionnels sur le secteur mais on voit à Ambert ils ont eu une volonté, et la coordinatrice du CLS a été aidante en tout cas pour eux là-dessus. Elle a bien fait le lien entre les administrations même si il y a un médecin qui a pris quand même un peu le projet à bras le corps, mais ce médecin qui était installé à Arlanc avec un contrat de PTMG parce qu'elle pensait qu'il pourrait y avoir un projet d'exercice coordonné puis le médecin qui est sur le secteur je crois est pas tout jeune et n'est pas du tout dans cet état d'esprit donc elle avait été un peu déçue et au final elle a créé un cabinet secondaire à Ambert et là elle a trouvé une écoute de professionnels qui avaient envie de se lancer dans un projet comme ça, notamment des infirmiers / infirmières et puis les autres médecins aussi même s'ils étaient aussi pas tout jeunes ils étaient bien motivés pour aller vers ça. Donc leur projet de santé a été labellisé et là ils sont dans la période de construction. Et sur cette période de construction c'est là où la coordinatrice du CLS les aide pas mal et la fédé aussi du coup (NDLR : la fédération des maisons de santé), qui les conseille pas mal, la coordinatrice aussi de la fédé les aide pas mal, la sous-préfète aussi les aide pas mal parce que c'est un projet mixte c'est à dire public/privé et puis ils ont trouvé des financeurs : un laboratoire donc ils se dépatouillent mais en tout cas nous on se tient bien au courant avec ce Docteur par échange de mails, le tout c'est que ça se concrétise et puis avec la coordinatrice du CLS puisqu'elle, elle est sur place et c'est ça aussi la facilité, c'est qu'elle peut se rendre rapidement sur place donc elle est assez disponible. Donc ça il n'y a pas sur le pays du Sancy par exemple. (rires...)

5. Quelles sont les principales raisons des échecs de certains projets ?

Oui, ce qu'on a pu identifier ce sont des projets qui auraient pu être portés exclusivement par des communes ou des communautés de communes et pas du tout par des professionnels de santé.

Après il y a des projets aussi portés par des professionnels de santé qu'on essaye d'accompagner mais qui sont plus laborieux parce qu'en fait les professionnels de santé croient comprendre quelque chose et c'est pas tout à fait ça alors ils ont l'impression qu'on avorte un peu leur projet alors que l'idée c'est au contraire de pas les mettre en difficulté et que ce qu'ils souhaiteraient ça ne correspond pas forcément aux trucs MDS donc nous ce qu'on veut c'est pas qu'ils se dégoutent et qu'ils quittent le territoire parce qu'on s'est lancé dans un truc qui nous correspond pas et trop compliqué et tout ça. Donc on essaye d'ajuster mais bon parfois ils ont des idées bien arrêtées aussi et ils ont du mal à accepter qu'on les

contredise et les contraintes imposées. Disons que toute tâche administrative est forcément contre eux et pour les embêter quoi (rires) bon c'est pas la majorité quand même qui pensent ça mais dans un sens je comprends que ce soit fastidieux parfois et que ça demande du temps et qu'ils n'aient pas envie forcément d'être les seuls à porter tout ça. Donc ce n'est pas toujours simple. Mais bien souvent le coordonnateur de CLS c'est top parce que quand même c'est d'un grand soutien, ils ont l'habitude de ça déjà, donc ils peuvent expliquer rapidement les choses. Un professionnel qui a une question bah tout de suite il y a la réponse donc ça je pense que ça détend aussi et le professionnel de santé se dit : « bon c'est bon j'ai eu une réponse toute de suite on est bon, on peut y aller ça me rassure ». Mais après c'est humain face à l'inconnu, s'il y a quelqu'un qui nous répond rapidement ben ok on est rassuré on peut peut-être y aller avec elle.

Mais les projets qui auraient eu des difficultés c'est quand ça a été des projets qui ont été exclusivement portés par des élus et là les professionnels en fait se sont désinvestis, ils se sont dits : « ouah c'est bon il y a quelqu'un qui fait à notre place : nickel », et du coup ils n'ont pas du tout pris le projet en main alors sans parler de l'aspect immobilier mais même du projet de santé.

6. Selon vous, comment faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu rural ? (Mesures incitatives adaptées ?)

Eh bien faudrait qu'il y ait des médecins super top sur ces secteurs déjà qui les accueillent. Alors du coup je rigole mais je pense que du coup ça commencerait sans doute par ça, qu'il y ait plus de maîtres de stage universitaire (MSU) et que ces MSU puissent avoir une ouverture d'esprit pour pouvoir accueillir des jeunes médecins, leur faire découvrir leur exercice, mais ne pas être obtu à leur dire que leur exercice c'est la vérité vraie et que c'est le meilleur exercice et tout ça quoi. Si le jeune a un projet, soit lui dire que c'est possible sur le territoire, soit lui dire que c'est possible avec lui, soit lui dire que c'est possible après lui. Je pense que ce serait important cet état d'esprit un peu ouvert des MSU et du coup qu'il y en ait plus pour que ce ne soit pas toujours les mêmes et que les stages puissent aussi être plus variés, peut-être rester aussi moins longtemps mais en voir plus et voir différentes formes d'exercices aussi sur un territoire, en MDS, en exercice isolé, pour que le professionnel fasse son choix. Mais qu'il y ait aussi un accueil sur le territoire c'est ce sur quoi on travaille aussi, pour lui faire voir l'exercice chez le médecin où il est en stage, mais aussi la vraie vie sur le territoire : « si t'as envie de t'installer et si c'est pas comme ce professionnel, tu peux le faire et voir si la vie autour t'intéresse ici ». Ambitieux quoi du coup.... (rires)

Avez-vous un avis sur le fait de contraindre un médecin à l'installation ?

Oui alors l'ARS a un avis qui est de pas contraindre hein du coup.

Je trouve ça bien qu'ils développent les stages ambulatoires plus maintenant au niveau de l'internat. Ça je trouve que c'est une bonne chose. Du coup il faudrait que ça aille avec plus de MSU. Je trouve que c'est une bonne chose que les stages sortent un peu que de l'univers hospitalier même si c'est important d'être à l'hôpital et de voir comment ça se passe. Pour moi c'est la découverte du territoire via les stages et au-delà.

Après ce que je trouve pas mal et il me semble qu'ils le font dans la Nièvre c'est le Conseil de l'Ordre qui parraine des lycéens issus du milieu rural en leur disant : « c'est possible si ça vous dit et nous on peut vous accompagner pendant vos études ». Alors je ne sais pas exactement

comment ça se passe mais je trouve qu'en disant en tout cas que c'est possible et qu'il y ait une sorte pas de tutorat mais de peut-être plus informer les jeunes là-dessus ce serait bien. Par rapport à la coercition je pense que ça pourrait ne pas être mal de... pas de contraindre mais c'est à dire de laisser le choix du lieu mais d'ouvrir les horizons un peu et d'aller faire au moins un stage en milieu rural pour obliger à la découverte et éviter ce refus par méconnaissance ou préjugés. Je suis sûre que ça créerait des vocations... c'est la peur de l'éloignement c'est sûr.

Est-ce que vous connaissez des études sur l'efficacité des différents contrats et du CESP notamment ?

Non il n'y a jamais eu d'évaluation du CESP, même nous on le réclame, il n'y a pas eu d'évaluation, ce qu'on regrette aussi et ce qui est regretté je pense par les CESP aussi c'est qu'il n'y a pas d'accompagnement en fait et c'est un peu mensonger je trouve alors c'est pas terrible ce que je dis (rires) mais je trouve qu'il n'y a pas de vrai accompagnement en fait pour les CESP en particulier à partir de la signature de leur contrat. Alors là il y a un rappel quand même qui est fait par la personne qui gère les CESP au niveau régional sur l'engagement que prend l'étudiant en signant un CESP parce que là on a eu un nouveau zonage début 2018 qui a mis en difficulté certains jeunes qui avaient signé ces contrats parce qu'ils se sont dits « oui mais nous on avait signé ces contrats pour aller sur telle zone » et dans l'intervalle c'est pas tellement à mon avis que la situation pour certains territoire a changé, c'est plutôt que les modalités enfin la méthodologie a changé qui a fait bouger les lignes sur le zonage. En fait pour pas mal de territoire c'est ça en fait, c'est pas tellement le fait que la situation de l'offre de soins ait changé. Parce qu'ils ont voulu à un moment harmoniser au niveau national la méthodologie, le maillage territorial aussi pour définir les zones donc ça a fait bouger certaines communes. Donc ça a mis en difficulté certains donc là ce qui est rappelé aussi c'est que vous vous engagez à vous installer là où il y a un besoin aussi. Le contrat c'est ça, on vous donne 1200 euros par mois, en contrepartie vous vous installez quand vous sortez de vos études là on vous dit que les besoins sont là, et pas : « ben ok je me suis engagé à percevoir 1200 euros par mois (rires) et après je m'installe, enfin je m'engage à m'installer ». Euh non en fait il y a une phrase au-delà : « tu t'installes là où il y a besoin ». Et ça je pense que tout le monde n'a pas perçu l'ampleur de cet engagement. Après les zones restent quand même assez vastes pour l'installation avec la signature d'un CESP. C'est pour ça du coup qu'on se pose la question quand même de l'efficacité du CESP. Et du coup ça veut dire qu'on a bien mesuré qu'un territoire à mon avis n'allait pas bouger et rester déficitaire avant de s'installer et forcément ça veut dire qu'on y serait aller sans ça sans doute. Moi je me dis qu'il faudrait qu'avec ces CESP au moins on puisse les accompagner même sur les stages, que la fac les accompagne en disant t'es CESP et ben on va un peu orienter tes stages là ou toi tu souhaites découvrir le territoire mais sur des territoires déficients. Après je pense que ce serait bien que tous les étudiants découvrent potentiellement un territoire rural, un peu plus isolé, un peu moins doté en professionnels de santé. Et même ceux qui ne le souhaitent pas je suis sûre qu'ils seraient content au final, et puis ça reste qu'un stage, pour le coup c'est pas très engageant quoi : Au moins ça avant de passer par l'installation imposée.

Après ce que je trouve peut-être curieux c'est la différence de traitement entre infirmiers, kinés et les médecins par rapport à l'installation. Eux ne peuvent pas s'installer sur un territoire sur-doté sauf s'il y a un départ, du coup là ça se tient et partout ailleurs ils peuvent s'installer donc ça laisse quand même une large partie du territoire pour s'installer et pas les

médecins ! Donc là ça crée déjà un décalage avec les autres professionnels que je ne trouve pas très sain (rires) mais c'est que mon avis ça après...

Verbatim PR 2 :

1. Avec quel type de projet se présente actuellement la plupart des jeunes médecins généralistes désireux de s'installer ? (Centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé, installation individuelle, cabinet de groupe)

Intervenant 1 : Alors le dernier qu'on a vu, il s'est installé au (...), il habite (...), il a toujours remplacé sur le secteur, enfin il est du coin quoi, il a fait son SASPAS à (...) qui reste un milieu rural...enfin décrit semi rural mais le fonctionnement du cabinet des médecins fait qu'on est plus tourné sur le milieu rural que sur le côté citadin. Après avec un projet construit, il s'est installé en association avec un médecin entre 55 et 60 ans et une fille qui est à mi-temps et qui veut rester à mi-temps. Et il a fait le choix de s'installer dans le groupe, parce que même s'il avait la possibilité de s'installer sur un des deux secteurs d'à côté dans un secteur en ZIP (NDLR : Zone d'intervention prioritaire donnant droit à plus d'aide notamment la CAIM), il aurait été contraint à s'installer seul donc il préférerait être en groupe et être dans la ZAC (NDLR : Zone d' Action Prioritaire) et d'ailleurs il a parlé à la télé il y a 15 jours, il a parlé de notre confrère de l'autre commune qui a plus de 80 ans.

Intervenant 2 : A la campagne, tu as certains médecins qui s'accrochent à leur activité très très longtemps de manière pérenne enfin moi ça me paraît un peu curieux mais bon...

Intervenant 1 : cela dit en ville aussi (rires)

Alors est-ce dû au fait qu'à la campagne ils ont ce sentiment de responsabilité vis à vis de leur patient qui n'ont pas d'autres choix ?

Intervenant 2 : Alors je pense que c'est un métier qui est tellement passionnant, parce que tu as un contact extraordinaire, c'est à dire qu'on a une relation humaine. C'est un métier qui demande beaucoup mais qui apporte énormément, c'est réciproque. Je veux dire que tu te nourris de ce métier, c'est pas un métier banal et à un moment donné il y a des gens qui se sont tellement mis dans leur travail, qu'ils ne voient pas ce qu'ils peuvent faire en-dehors et en plus ça leur a pris beaucoup de temps donc ils n'ont rien construit à côté.

Intervenant 1 : Alors je pense qu'il y a ça et après il y a aussi une certaine valorisation de l'égo qui est grande en milieu rural, qui donne une certaine place dans la société.

Intervenant 2 : Il y a aussi la peur de vieillir, c'est une façon de dire qu'en continuant de travailler, ils se disent : « je ne vieillis pas moi ». Parce qu'ils ont vu aussi des patients qui ont pris leur retraite et décéder peu de temps après, eux ils se disent, enfin c'est dans leur inconscient que ça se passe, et comme ils ont la liberté de continuer, ils continuent.

Intervenant 1 : C'est ça et puis ils ont souvent été maire du village en même temps qu'ils ont été l'unique médecin du village.

Et en ruralité ce sont parfois des gens qui n'ont construit que ça et qui n'ont rien d'autre à faire. Leur construction de vie était basée sur leur métier : la vocation, et c'est peut-être encore une génération qui s'imagine... quand on entendait parler nous nos plus anciens confrères ils racontaient souvent qu'ils y allaient parce qu'ils étaient convaincus qu'ils allaient sauver tout le monde.

Intervenant 2 : mais c'est vrai que s'arrêter, parce que moi j'envisage de m'arrêter, et quand on a des patients qu'on aime beaucoup des fois je me dis : « ohlala... » et pourtant j'ai autre chose dans ma vie mais je me dis ça va être un passage difficile et tous mes confrères et consoeurs qui s'arrêtent - enfin pas tous parce qu'il y a en qui en ont ras le bol - mais ceux qui ont pris leur métier dans les bon sens et ben on a tous un petit pincement au cœur parce qu'il y a des gens qu'on aime bien.

Intervenant 1 : Ou alors ils gardent une certaine forme d'activité leur permettant de transmettre leur expérience. Moi j'ai un ancien associé qui a travaillé pendant des années et des années avec *ATD quart monde* où il faisait des demi-journées. Je pense qu'on a un métier où on nous a appris dès le départ à ne pas compter. On nous a appris à dire oui tout le temps, qu'il fallait être disponible, qu'il fallait travailler beaucoup. Donc on n'avait pas forcément le temps de construire des choses avant de s'installer.

Alors après pourquoi s'installer dans la ruralité ? je pense - mais c'est peut-être une image – que c'est que dans la ruralité qu'on a à nouveau une image du médecin disponible tout le temps. Alors il y a deux solutions : soit on accepte de l'être et c'est facile d'aller s'installer, ou on n'accepte pas et on va s'installer ailleurs. Mais je pense que ce qui est déterminant dans le fait de s'installer en milieu rural c'est la place du conjoint. Il y a quelques années ce n'était pas compliqué, le médecin et je dis Le et pas La, le médecin savait que son épouse bienveillante allait tenir le téléphone, entretenir la maison et éduquer les enfants lui dire quelle chemise mettre le matin. Et arrive la génération où il y a eu deux choses qui ont changé : il y a le fait que cette génération où les hommes passaient en premier et les femmes suivaient mais c'était noble d'être l'époux du médecin, on sacrifiait aussi une partie de sa carrière pour que lui puisse faire la sienne. Puis est arrivée la période où les femmes sont devenues médecins et leurs époux n'ont jamais eu l'idée même d'arrêter de travailler pour leur permettre de s'installer. Et je pense que les époux médecins ne demandent plus non plus à leur épouse ce sacrifice-là. Moi je me rappelle on m'avait dit il y a une place à (...) dans le Cantal et c'était beau et mon mari me dit : « oui et tu penses vraiment que je vais trouver du travail là-bas ? et comment on va faire avec les trois enfants ? ». Voilà et ça je pense que ça fait partie du déterminisme aussi : quelles concessions dans le couple on est capable de faire ?

Dans la ruralité ce qui est impressionnant aussi c'est la PDSA : comment je vais gérer tout ça ? parce que quand tu es en semi-rural, on va dire 25 km de Clermont, il y a suffisamment de monde pour que ton tour de garde soit globalement supportable, nous le secteur est petit, ça commence un peu à bidouiller aussi mais ça reste encore vivable, mais il ne faudrait pas quelques années de plus pour que ça devienne vite invivable. On n'est pas à faire dix jours de garde de suite. Après on peut peut-être accepter ça un temps mais dans ce cas-là je pense qu'on ne peut pas l'accepter sur la longueur. Parce que c'est ce qu'il va se passer. Alors pour une fille la question c'est aussi comment je vais mener une éventuelle grossesse ? La garde de mes enfants ?

L'installation dans la ruralité, quand tu as à côté de toi un hôpital rural qui n'est pas forcément voué à accueillir tes grandes urgences mais qui peut te dépanner sur les personnes âgées, sur toutes ces choses-là, voire même sur du pseudo-palliatif ou pour quelqu'un qui a une longue maladie et dont la famille n'en peut plus, pour pouvoir bénéficier d'un séjour de répit. Je pense

que ça c'est un des facteur qui peut te permettre de t'installer parce que tu sais que tu ne vas pas être envahi et que tu ne seras pas dans l'obligation d'y passer matin et soir pour gérer la fin de vie à domicile. Savoir que tu peux avoir un relais de répit pour tes patients mais pour toi aussi.

Intervenant 2 : Moi je pense que ça peut être hyper intéressant de pouvoir travailler dans ces conditions-là.

Intervenant 1 : Après ce qui peut être un contre argument c'est s'installer absolument seul, enfin moi je ne comprends pas comment on peut en campagne s'installer seul. On est maintenant dans une médecine d'échange, de CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), tout ça. Comment on peut rester complètement seul ? Prendre une décision de soins palliatifs où quelque chose comme ça sans avoir à échanger avec certains de ses confrères ça me paraît pas pensable.

Intervenant 2 : oui enfin si ton patient il a une pathologie grave il y a quand même l'échange avec le spécialiste donc t'es pas tout seul.

Intervenant 1 : oui mais il y a un moment où l'échange avec le spécialiste ne se fait plus trop, je pense aux fins de vie par exemple, quand le patient n'est plus transportable et même ton collègue spécialiste avec toute la gentillesse qu'il peut avoir te dit : « là ça ne relève plus de moi ». Je pense que plus tu es loin de tes correspondants spécialistes plus il faut que la décision puisse être prise de manière collégiale.

Intervenant 2 : oui enfin il y aura bien des endroits où ça ne se passera pas comme ça parce qu'il y aura des médecins seuls. Quand tu seras au fin fond de l'Aveyron...

Intervenant 1 : Oui bien sûr mais par exemple le Mont-Dore semble être encore un endroit où cela peut être accessible.

Mais moi ce qui me surprend c'est que dans un tel endroit, accepter de faire dix jours de garde d'affilé...

Qu'est ce qui fait que tu t'installes en milieu rural c'est peut-être parce que c'est un choix de vie ? un choix d'éducation des enfants présents ou à venir. Peut-être la relation avec l'extérieur ? mais ç'est mon regard de semi-rurale.

Et pourquoi tu restes ? parce que quand même tu t'investis dans ta commune peut être plus de manière « bénévole » alors tu peux définir bénévolat comme tu veux mais en tout cas quand tu vas faire tes courses tu sais bien que tu vas mettre une heure et demi, alors après il faut l'accepter ou pas.

Justement pensez-vous que les jeunes médecins ont toujours le souhait d'habiter sur leur lieu de travail ?

Intervenant 1 : Alors oui en effet ils ne le souhaitent plus et je pense que c'est une façon de prendre un peu de recul, alors ils ne s'installent jamais très loin de leur lieu de travail parce que c'est compliqué mais s'installer un peu juste à côté ça permet aussi d'exister en tant que non-médecin.

Intervenant 2 : alors moi je travaille en ville et je travaille sur place. Moi j'avais un mari qui avait un métier très très prenant alors que moi je travaillais plutôt à 80% et je voulais exercer ma profession et quand même avoir un regard sur mes enfants donc ça a été un choix. Et c'est très bien maintenant en vieillissant, je suis très contente parce que je suis beaucoup moins fatiguée, mais je peux te dire que j'ai passé des années où ça a été très compliqué, c'est à dire que je ne sortais plus de chez moi. Le problème ce n'était pas d'être gênée par les patients qui viennent frapper à la porte mais le problème c'est quand tu pars le matin tu descends en bas et que tu remontes à midi manger et que tu repars au cabinet et ben t'es toujours au même endroit. Et pour moi ça devenait pesant de me sentir toujours au cabinet et d'être obligé de partir de chez moi pour pouvoir couper avec le boulot. Je pense que de travailler sur ton lieu de travail ce n'est pas compliqué vis à vis des patients mais plutôt pour toi.

Intervenant 1 : cependant l'avantage que tu as, en vivant pas trop loin c'est que tu les (NDLR : les patients) vois vivre aussi en dehors de ton cabinet et que quand le père machin te dit : « non docteur je ne bois rien » et que tu le vois trainer tous les jours au bar et ben tu finis par rentrer dans le bar et tu vas boire un café, tu le regardes sans rien dire et tu t'en vas. C'est aussi des fois enrichissant de vivre sur place parce que tu connais mieux les patients.

Intervenant 2 : moi je pense en effet que tu soignes mieux à la campagne parce qu'en ville tu peux ne pas voir les patients et puis d'un coup découvrir des trucs.

Intervenant 1 : je pense que quand tu t'installes en rural, ce qui est important c'est ce que tu veux donner à tes enfants et quelles concessions le couple est capable de faire pour s'installer alors que quand tu t'installes en ville je pense que tu as quand même la possibilité du trouver du travail sur la ville. En rural la place du conjoint est très importante ainsi que le fait de pouvoir trouver un mode de garde adéquat pour les enfants. Où les enfants vont aller à l'école ? est-ce que je concède qu'en 6ème ils partent en pension ? Après, tout est question de concession, on peut bien se dire après tout, les enfants seront pensionnaires, nous on bosse comme des fous et toutes les vacances scolaires on met un remplaçant et on part toutes les vacances avec les enfants. J'exagère mais ça, ça peut être une concession.

Intervenant 2 : le problème c'est que si tu travailles comme un malade la question c'est : qui surveille mes enfants ? Moi en ville mon problème était : qui surveille mes enfants. Tandis qu'à la campagne c'est peut-être un peu plus facile à la limite.

Intervenant 1 : oui sauf que maintenant à la campagne tu ne trouves plus la petite voisine qui acceptait de garder tes enfants avec une grande amplitude horaire.

Je pense aussi qu'il y a plusieurs formes de ruralités. Tout dépend comment on définit la ruralité, si tu la définis par exemple comme dans la lignée de la forêt de Tronçais où tu es prêt de rien.

Intervenant 2 : je pense que c'est pas compliqué pour les gens qui sont nés sur place mais pour des médecins qui sont partis pendant 10 ans faire leurs études en ville et qui ont pris un goût à autre chose et qui ont rencontré un compagnon ou une compagne qui est de la ville, retourner en pleine campagne c'est pas facile. Moi je me rappelle quand j'étais étudiante c'est à dire il y a un certain temps, j'avais un petit ami qui était de l'Allier, dans un coin qui est quand même pommé de chez pommé, et lui son rêve c'était de retourner s'y installer et moi mon

rêve c'était pas du tout de m'installer là-bas parce que je trouvais ça pommé et que je n'étais pas sûre de pouvoir le supporter, donc en fait on s'est séparé à cause de ça. Bon ce qui est drôle c'est que du coup il est parti à Cannes (rires). Et pour autant j'ai été élevée à la campagne. Mais à mon avis, le mode de sélection des médecins n'est pas le bon. Je veux dire qu'on ne sélectionne que des gens qui sont fils de profs ou « fils de » enfin qui ne viennent pas de la campagne. Parce que pour réussir médecine il faut être dans la bonne prépa et que les gens de la campagne ne sont pas forcément informés.

Vous pensez que ça pourrait être une piste pour recruter des médecins à la campagne de favoriser ou d'accompagner les gens issus de ce milieu-là dès le début des études de médecine ?

Intervenant 1 : Bien sûr, il faut les favoriser parce que je pense que le mode de recrutement actuel pour faire médecine est un mode où on sélectionne un certain profil parce qu'on sait qu'il y a une classe prépa. Actuellement, vont aller en médecine ceux qui autrefois, de nos années, allaient en classe prépa Maths pour faire ingénieur. Moi je n'ai pas eu mon bac avec une mention très bien, je suis même allée à l'oral et j'ai fait médecine ! Maintenant ça serait inimaginable.

Intervenant 2 : La sélection actuelle c'est apprendre l'annuaire par cœur. Moi dans ma promo il y avait un mec il était capable d'apprendre l'annuaire par cœur mais devant les patients... d'ailleurs il a été interdit de médecine.

Intervenant 1 : Moi j'en avais un il était capable de te réciter tout le schéma des anémies, et un jour il vient me chercher en disant : « viens vite mon patient est décédé ». Et quand je suis arrivée, le patient avait l'électro branché le journal dans les mains et mon collègue ne s'était pas rendu compte qu'il y avait une électrode qui n'était pas branchée mais comme le tracé était plat pour lui le patient était décédé. Et je lui dis : « mais regarde il lit le journal ». Et le patient me répond : « votre collègue il a l'air affolé ». Enfin tu vois je veux dire qu'on recrute plus des médecins hyperspécialisés mais à la campagne ça demande plus d'humanité, il faut s'adapter à leur milieu de vie, on voit encore des fermes où les poules montent sur la table et ça demande d'être capable de réfléchir parce que t'es pas à 5 minutes du premier spécialiste.

Intervenant 2 : C'est pour ça aussi que c'est valorisant, parce qu'en fait c'est de la vraie médecine.

Intervenant 1 : Oui sauf que c'est angoissant.

Intervenant 2 : Oui notamment avec la judiciarisation de la médecine effectivement

Alors j'ai le sentiment qu'à la campagne on n'est pas encore trop confronté à des patients procéduriers, et qui ont encore un peu d'estime pour le médecin, qui ne viennent pas uniquement chercher le courrier pour aller voir le spécialiste mais qui nous sollicitent encore pour avoir notre diagnostic.

Intervenant 1 : Et tu fais encore pas mal d'actes différents tu fais des sutures, tu réduis des luxations, tu fais de la gynéco, de la pédiatrie. Tu peux faire médecin correspondant SAMU.

Tu as aussi un regard sur l'hôpital local, sur les EHPAD. Tu es encore vraiment dans la situation où tu exerces la spécialité de médecine générale, c'est à dire que ta « marguerite » tu la remplis tout le temps. Alors qu'en ville tu peux ne pas la remplir. En ville si tu veux la remplir il faut que tes patients sachent que t'es capable de faire de la gynéco etc. et pas seulement prendre la tension et renouveler le traitement.

Intervenant 2 : Oui c'est sûr c'est pas du tout les mêmes patients, moi qui reçois aussi bien des patients de la ville que de la campagne. C'est un autre monde. Moi je n'ai jamais de problème avec les patients de la campagne. Alors que j'ai des patients de ville qui ne se comportent pas très bien quoi.

Intervenant 1 : A la campagne tu peux encore recadrer, expliquer que ben oui aujourd'hui tu vas fermer plus tôt...

Intervenant 2 : Oui le déterminant de la ruralité c'est d'avoir un métier plus intéressant et plus varié.

2. Quelles sont leurs attentes en termes de conditions de travail, et de qualité de vie ?

Intervenant 2 : Ils veulent travailler en groupe et pouvoir prendre des congés ou même avoir des jours de repos dans la semaine.

Intervenant 1 : Le fait d'être en groupe leur permet de se dégager une journée et leur permet - ou d'être remplacé - ou d'être attrayant pour trouver un remplaçant.
Plus ou moins le secrétariat, enfin moi ça me paraît indispensable

Intervenant 2 : Ah oui c'est très fatigant sans secrétariat, parce que déjà que tu passes de patients en patients, quand tu as vu 25 patients avec 25 problèmes différents et si en plus au milieu de la consultation tu as 5 coups de téléphone ça devient ingérable. Je pense en effet que le secrétariat c'est indispensable.

3. Quelles sont leurs interrogations récurrentes ? et leurs inquiétudes ?

Intervenant 1 : C'est la distance de l'hôpital, la distance et l'accès aux spécialistes et le fait de pouvoir se faire remplacer pendant leurs congés. Et la charge administrative : moi j'avais une interne qui me disait : « comment je vais gérer, vu la distance des spécialistes, imagine la quantité de bons de transport que je vais devoir faire ».

Intervenant 2 : D'ailleurs c'est incroyable qu'un médecin de campagne qui est amené à avoir une grande amplitude horaire n'ait pas de secrétaire. Alors même si le problème du secrétariat c'est que ça transforme le médecin en employeur - et moi je le suis - et quand t'es employeur et ben t'as les emmerdements de l'employeur. Et ça c'est encore une charge supplémentaire. Par exemple la médecine du travail avant c'était simple, tu faisais ton chèque et basta. Là, la médecine du travail m'a demandé un RDV d'une demi-heure pour qu'elle m'explique comment ça va fonctionner maintenant, mais moi sincèrement ça m'emmerde.

Intervenant 1 : Ça, je ne sais pas si c'est inhérent à la ruralité mais c'est plutôt inhérent à la fonction.

4. Quels sont les besoins que vous identifiez spécifiquement chez les médecins généralistes voulant s'installer en milieu rural ?

Intervenant 2 : Je pense qu'ils devraient avoir un accès privilégié aux spécialistes, et peut-être à l'hôpital, avoir un accès spécifique dans les services pour leur éviter un passage quasi systématique par les urgences parce que quand tu leurs imposes déjà trois quart d'heure de transport, qu'ils attendent 4 heures aux urgences...ben on en a qui ne veulent plus y aller.

Intervenant 1 : Quand tu t'installes en milieu rural, il faut prendre en compte le « comment j'arrive au spécialiste », et ça c'est peut-être plus compliqué que quand tu es en ville parce que déjà, la plupart du temps, tu sais déjà où est le spécialiste, et tu sais aussi comment on accède à l'hôpital. Parce qu'on peut imaginer que tu t'installes et que tu ne saches pas comment fonctionne le réseau.

Intervenant 2 : C'est vrai que l'ARS pourrait s'occuper de ça.

Intervenant 1 : Il ne faut pas oublier qu'en ruralité, les gens ont parfois peu de moyens...

Intervenant 2 : alors il peut y avoir la solidarité des voisins. Ceci dit, en ville, j'ai des patients de 80 ans qui n'ont plus de voiture mais leur budget voiture est passé dans le budget taxi. Alors aider tout le monde pour tous les transports ça me paraît délirant, donc il faut trouver le juste milieu.

Et faire venir les spécialistes dans les milieux ruraux ?

Intervenant 1 : Mais on est dans l'obligation d'une liberté de choix d'installation.

Intervenant 2 : Dans l'Essonne, ils n'ont plus de spécialistes non plus, plus de pédiatre, donc c'est le bus de la PMI qui passe, et les gens y vont, je trouve ça génial. Ceci dit, ils n'ont pas le choix non plus, ils prennent le médecin de la PMI.

5. Quelles sont les principales raisons des échecs de certains projets ?

Intervenant 1 : Une mauvaise préparation, une idéalisation de l'installation, des problèmes de couples, des guerres de clochers parce que chacun veut son médecin dans sa commune plutôt que 3 médecins sur une seule commune.

Quand les projets ne sont pas portés par le monde du soin, mais seulement par les élus, ils sont voués à l'échec : on construit des cabinets, des EHPAD dans certaines communes, mais sans médecin.

Chaque fonction ne va pas dans la même optique, je pense qu'il y a des pensées politiques dans l'installation des médecins : le maire qui veut son médecin, c'est aussi pour être réélu. Et ça, ça peut être une belle façon de faire capoter les choses parce qu'il faut peut-être qu'il y ait 4 médecins installés dans la communauté de communes et pas forcément dans SA commune.

Intervenant 2 : Donc en fait c'est multifactoriel. Tout le monde est responsable : l'ARS, le Conseil de l'Ordre, les médecins, la mairie, etc.

6. *Selon vous, comment faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu rural ? (Mesures incitatives adaptées ?)*

Intervenant 2 : c'est peut-être pas mal de le faire en amont, dès la fin des études, mais par contre on ne vous l'enseigne pas dans les études médicales.

Une 4^{ème} année de DES de médecine générale est évoquée afin de permettre de préparer un projet d'installation, qu'en pensez-vous ?

Intervenant 2 : oui enfin vous allez pas faire des études pendant 20 ans quand même. A un moment il faut se calmer. Là ça devient du délire.

Moi les études médicales elle me paraissent délirantes. Une amie médecin me parlait de son fils qui est en 4^{ème} année, il est en pleine dépression. Ils leur font faire 6 semaines de cours à la fin tu passes tes examens, t'as ingurgité 3 matières en 6 semaines et après tu recommences avec 6 semaines de cours. Non mais je rêve, ils vont devenir fous quoi.

Les jeunes médecins à la fin de leurs études sont épuisés et n'ont juste envie de remplacer uniquement ce qu'il faut pour vivre et profiter de la vie et pas de se lancer dans des projets complexes d'installation.

C'est sûr que les études médicales ne sont plus ce qu'on a fait nous. Nous on travaillait très très fort pendant deux mois avant chaque semestre et par contre on allait beaucoup à l'hôpital parce qu'on y trouvait plein de choses quitte à ne pas aller en cours l'après-midi. Tu suivais le professeur en consultation et t'apprenais ta sémiologie en consultation et pas en bachotant.

Par contre c'était compliqué de t'installer à l'époque. En 1985, il y avait énormément de médecins généralistes en ville et moi mes copines qui se sont installées, elles ont eu un mal fou à démarrer. Moi, j'ai pas eu de mal parce que je faisais de l'acupuncture et que je ne voulais pas travailler plus qu'à mi-temps.

Intervenant 1 : alors moi je me suis installée en semi-rural parce que je faisais les week-ends de garde

Intervenant 1 : Je pense qu'il faut un guichet unique payé par l'ARS...

Intervenant 2 : ... avec des médecins à avis décisionnel.

Bien sûr que l'ARS est déjà aidante pour accompagner les projets d'installation, ils aident vraiment, mais est-ce qu'il faut avoir les subventions et se sentir moins libre ?

Intervenant 1 : Parce qu'il y a des contreparties imposées par l'ARS donc par l'Etat, par exemple au niveau des contraintes d'horaires d'ouverture, si on vous donne telle aide, il faudra faire tant d'actes par heure.

Intervenant 2 : Parce que la CPAM veut bien payer des assistants médicaux, mais moi concrètement je suis contre ce genre d'aide, je suis pour qu'on augmente le tarif de la

consultation. En fait, ils veulent bien financer les assistants médicaux, mais il faut augmenter sa patientèle, ce qui est logique, mais il ne faut pas accepter ce genre de choses. Mais le problème, c'est que pour pouvoir avoir son propre assistant médical, il faut quand même augmenter le tarif de la consultation.

Ceci dit, un assistant médical te permet de travailler plus. Moi quand j'ai une assistante médicale, elle me permet de travailler plus que quand je ne l'ai pas. Elle me débrouille les papiers, elle m'organise les RDV, elle comble les trous lorsqu'il y a des désistements : je travaille beaucoup plus avec elle.

Alors après, est-ce qu'il faut être lié à l'Etat ? Moi personnellement je suis plus libérale que ça. Mais tu as des médecins qui pensent différemment.

Verbatim PR 3 :

1. *Avec quel type de projet se présente actuellement la plupart des jeunes médecins généralistes désireux de s'installer ? (Centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé, installation individuelle, cabinet de groupe)*

J'ai envie de dire que ceux qui s'installent en milieu rural on les sollicite pas trop parce qu'en général ce sont des projets qui sont déjà maturés depuis pas mal de temps et c'est souvent des personnes qui sont issues du milieu enfin du territoire où ils veulent s'installer, donc finalement ils n'ont pas tellement de questionnement autour de l'endroit où ils veulent s'installer. C'est plus pour des questions très ponctuelles, très techniques sur quel formulaire remplir, ou dans quel ordre faire les choses mais ça reste quand même globalement assez limité dans les sollicitations qu'on peut avoir par rapport à des projets d'installation.

Ce sont souvent des cabinets de groupe, très rarement des cabinets individuels. En fait les échos des projets qu'on peut avoir c'est souvent des reprises de patientèle d'un médecin qui travaillait seul, à 2 jeunes médecins qui s'installent à sa place.

2. *Quelles sont leurs attentes en termes de conditions de travail, et de qualité de vie ?*

C'est un peu toujours les mêmes, c'est à dire savoir avec qui on va travailler et du coup, pas vouloir travailler tout seul, avoir la possibilité de s'organiser dans son temps de travail, ne pas se laisser déborder par des demandes qui seraient trop importantes et c'est surtout après la grosse question de : est-ce que c'est compatible avec le projet de mon conjoint ou de ma conjointe et de son lieu d'exercice ? Des gens qui continuent d'habiter dans une grosse agglomération et qui sont prêts par contre à faire un peu de route pour aller travailler en rural.

3. *Quelles sont leurs interrogations récurrentes ? et leurs inquiétudes ?*

Ça va plus être sur comment faire pour ne pas se laisser déborder et organiser mon temps de travail.

Et du coup, vous avez des solutions par rapport à ça ?

(rires) On leur renvoie plus de questions que de solutions. Effectivement, ça dépend un peu de ce qu'ils veulent faire. Oui c'est plus des interrogations qu'on leur renvoie du type : comment vous avez prévu de travailler, quel volume horaire, est-ce que vous avez prévu de vous organiser en demi-journée ou en journée complète. Voilà c'est plus de

l'accompagnement dans l'organisation de leur propre temps de travail que vraiment des réponses précises.

4. Quels sont les besoins que vous identifiez spécifiquement chez les médecins généralistes voulant s'installer en milieu rural ?

La problématique qui se pose surtout c'est en général le réseau d'adressage parce que souvent il n'y a pas trop de spécialistes autour et en plus de ça ils ne connaissent pas toujours le réseau existant. C'est essentiellement une meilleure connaissance du réseau d'adressage quand il existe, pour ne pas rester seul face aux difficultés. Et l'autre gros soucis, enfin l'autre difficulté qu'il peut y avoir c'est que souvent ils sont submergés de propositions, d'aides diverses et variées des différentes communes, des collectivités, et du coup, faire le tri là-dedans, avoir connaissance déjà des opportunités et faire également le tri là-dedans et c'est pas toujours évident.

5. Quelles sont les principales raisons des échecs de certains projets ?

C'est souvent le problème de s'associer à 2 qui freine un peu parfois, lorsque les 2 membres ne sont pas forcément au même niveau de maturité et au final ça ne se fait pas parce qu'un des deux ne veut pas y aller. Quand on nous sollicite c'est quand même qu'en général le projet est pas mal avancé et donc en général il va à son terme. Mais on a vu après des échecs un peu plus tardifs entre guillemets de gens qui se sont installés et où la mairie promettait plein de choses mais au final par exemple les loyers des locaux qui étaient mis à disposition étaient revus et ça a conduit à des désinstallations pour aller dans une commune voisine par exemple.

Donc effectivement, les mairies ont un rôle assez important à jouer dans l'installation de jeunes médecins sur leur territoire ?

Alors oui, même si en tant que responsable de syndicat j'ai quand même l'impression que c'est pas le bon échelon pour vraiment organiser l'accès aux soins sur le territoire parce qu'on est souvent sur des petites communes, donc des petits bassins de population, il y a certainement la notion de communauté de commune qui est plus intéressante déjà et le département qui est souvent aussi un bon échelon pour aborder ces questions-là. Et ça c'est souvent des interlocuteurs que les jeunes médecins n'ont pas forcément la notion qu'ils existent et qui ne vont pas forcément voir spontanément. Donc on les renvoie souvent vers les communautés de commune et vers les départements parce qu'il y a souvent des moyens qui sont dédiés à ça et c'est pas du tout connu.

La grosse erreur classique des communes c'est de construire un joli bâtiment et de le faire sans médecin et du coup ils se retrouvent sans médecin à l'ouverture et finalement la structure reste désespérément vide dans les années qui suivent parce que ça ne correspond pas forcément à un projet professionnel et pour raccrocher ça ensuite, c'est compliqué.

Concernant les différentes démarches en vue d'une installation, est-ce qu'un guichet unique existe sur le Puy-De-Dôme ?

Ce qui est en train de se mettre en place, c'est un espèce de guichet unique : en gros c'est une plateforme qui existe déjà, qui est la plateforme d'aide aux professionnels de santé (PAPS) qui est développée par l'ARS, qui a l'avantage de regrouper toutes les informations sur un site unique, comme ça c'est déjà une bonne chose et du coup il va y avoir une fonctionnalité qui permettra aux jeunes médecins d'utiliser un numéro d'appel ou un mail unique pour ces différentes demandes et qui sera retransféré vers l'Ordre, l'ARS, enfin la bonne personne pour

répondre à ces questions et c'est un outil important quand même pour un projet d'installation. Nous ce qu'on défend davantage c'est que finalement les infos sont disponibles partout et malgré ça il y a quand même beaucoup de questions qui restent en suspens. C'est plutôt l'accompagnement vers l'accès à ces informations qui compte du coup il y a des dispositifs qui existent, qui se développent depuis quelques années comme à Nancy, ça s'appelle la passerelle. C'est en fait, on va dire des coachs, des personnes dont le boulot ça va être d'accompagner le projet d'installation, il y a une phase de définition du projet avec le jeune médecin et puis après c'est de l'accompagnement tout en aidant dans l'orientation vers les différents acteurs et en essayant de répondre au maximum aux questions et de faire le lien aussi avec les projets existants. Donc c'est vraiment ce rôle d'accompagnement qui fait défaut et peut-être encore plus dans les zones rurales que dans les grandes villes où il peut y avoir ce rôle qui est assuré par la CPAM du coin ou par le Conseil départemental de l'Ordre du coin qui connaît peut-être un peu mieux que la problématique d'une zone très rurale et du coup plus éloignée du centre-ville.

Dans le but d'obtenir une protection sociale en début d'activité, vers qui faut-il s'adresser ?

Les dispositifs d'accompagnement, les outils de sécurisation du début d'exercice via des contrats sont tous signés avec les ARS donc effectivement, si on a un projet d'installation en zone sous-dotée il faut à un moment ou à un autre prendre contact avec le référent en installation de l'ARS pour présenter le projet existant et voir si ça peut correspondre (NDLR avec un certain type de contrat). En médecine générale, c'est le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) qu'on défend effectivement même s'il a perdu de son intérêt aujourd'hui avec la généralisation de la protection maternité et donc il a quand même le mérite d'exister, il est en train d'être réévalué et du coup il a l'avantage quand même de garantir un certain revenu en début d'exercice. Les conditions d'accès à la protection sociale vont être revues dans les prochains mois et normalement d'ici la fin de l'année il devrait être un peu plus attractif que ce qu'il n'est aujourd'hui.

En tout cas nous la vision qu'on défend, c'est de vraiment sécuriser le début d'exercice et ça passe par effectivement garantir un revenu parce que ça c'est quelque chose quand même qui fait peur et puis s'occuper de la protection sociale du jeune médecin parce que aujourd'hui un installé qui ne prend pas de prévoyance privée, ben pendant 90 jours, s'il se casse une jambe il n'a aucune indemnité journalière par exemple, donc ça c'est quand même un gros problème. C'est ce qui fait peur par rapport au salariat qui du coup est beaucoup plus attractif de ce côté-là.

La sécurisation financière n'est finalement que peu attractive pour une installation à la campagne où l'on est quasi certain d'assurer suffisamment d'actes et de ne pas bénéficier des compléments de salaires.

C'est vrai mais malgré tout...alors quand on reprend une patientèle, la question effectivement ne se pose pas vraiment parce que souvent ça va très vite. Mais en fait, quand on regarde d'un peu plus près les signataires de ces différents contrats, ils en bénéficient quand même dans les 2 – 3 premiers mois d'installation et moi j'aurais eu tendance à dire : ben non en fait il n'en aura pas besoin et malgré ça il y a quand même beaucoup de personnes qui sollicitent ce complément de revenu sur les 2-3 premiers mois d'installation. Donc c'est certainement plus on va dire un effet d'aubaine : en tout cas, s'ils y ont droit ils ont raison de la réclamer, mais en tout cas, en tant que tel, c'est je pense un élément rassurant même si effectivement en zone rurale il y a très peu de chance qu'on arrive en-dessous des seuils d'activité qui sont fixés.

On est vraiment sur des dispositifs qui sont plus de l'ordre du symbolique : C'est pas un chèque où on a tout de suite en main la somme et on peut se dire : c'est bon, ça va m'aider à m'installer, c'est vraiment plus de jouer sur le psychologique, que ce soit sur le fait que le début d'exercice va bien se passer, on vous le garantit et on vous garantit aussi une protection sociale qui dans l'immense majorité des cas ne sera pas utilisée. On est vraiment dans l'ordre du symbole et c'est ça qu'il faut renforcer parce qu'aujourd'hui le principal problème de l'installation, c'est la peur de l'installation, et non l'installation en elle-même.

Existe-t-il des évaluations de l'efficacité de ces mesures incitatives ?

C'est en cours, il y a l'ISNAR notamment qui a sorti une étude tout récemment sur le CESP (Contrat d'Engagement du Service Public) et il y a le ministère qui est en train de mener une évaluation un peu plus approfondie sur les différents contrats PTMG, PTMA, PTMR et CESP. On devrait avoir un bilan un peu plus précis d'ici l'été.

6. Selon vous, comment faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu rural ? (Mesures incitatives adaptées ?)

(rires) On dit un peu toujours la même chose, c'est d'une part de diversifier la sélection des étudiants parce qu'on sait qu'un étudiant issu d'un milieu rural aura plus facilement l'intention de s'y installer, ça c'est la première chose donc ça passe par la réforme de la première année, ça tombe bien, c'est en cours.

Ensuite il y a les stages, on sait qu'aujourd'hui les externes ils font au mieux 1 mois sur 36 en médecine générale, donc en plus de ça, il y a assez peu de chance que ce soit en milieu rural donc c'est clair que c'est ce qu'il faut développer dans les stages, c'est un peu mieux maintenant avec la réforme du 3^{ème} cycle et le nombre de stages ambulatoires qui a largement augmenté.

Et puis après, c'est également favoriser les remplacements en zone rurale et là pour le coup, il y a un contrat, enfin un dispositif PTMR qui est très peu utilisé parce que justement les seuils d'activité qui ont été fixés sont complètement déconnectés de la réalité de l'activité des remplaçants du coup ils sont très très peu attractifs. En effet, ils demandent un niveau d'activité de 5000 actes par an, moi qui suis installé depuis bientôt 5 ans, j'en fais 4000 (rires), donc évidemment qu'un remplaçant il n'a aucune chance d'y arriver à moins de remplacer toutes les semaines un médecin qui travaille beaucoup. Ce n'est absolument pas le cas de la majorité des remplaçants

**Annexe IV : Tableau des codes ouverts classés en catégorie avec le
nombre de référence et de personnes les ayant évoqué**

	Nombre de références	Nombre de personnes
Bien-être au travail	175	8
Conditions facilitantes de l'exercice	28	5
- Comptable	1	1
- Salariat	5	3
- Informatisation	5	3
- Secrétariat	17	5
Locaux fonctionnels	2	2
Diversifier son activité professionnel	3	2
Environnement familial favorable	4	1
Ambiance au travail	5	3
La passion du métier	7	4
Importance d'un bon réseau	10	4
Facilité à trouver des remplaçants	9	4
Le temps libre	11	5
La reconnaissance professionnelle	11	5
Le sentiment de prodiguer des soins de qualité	10	5
La formation	11	4
Le lâcher prise	12	3
L'exercice coordonné	16	6
Liberté d'organisation permis par l'exercice libéral	14	6
Maitriser sa charge de travail	22	8
Installation	166	8
Conditions favorisant l'installation	92	8
- Aides à l'installation	39	7
• Avantages fiscaux	2	1
• Sécurisation financière du début d'activité	3	2
• Fédération française des maisons et pôles de santé	4	2
• Accompagnement des projets d'installation	8	3
• L'ARS	11	5
• Municipalité, Communauté de communes	11	6
- Soutien des patients	7	3
- Expérience des remplacements, de la collaboration	21	7

- Avantages de l'exercice coordonné	25	8
Freins à l'installation	71	8
- Difficultés de l'exercice coordonné	33	7
• Séparation lieu de travail et lieu de vie	2	1
• Contraintes de l'exercice en groupe	13	5
• Difficultés à créer un projet d'exercice coordonné	18	5
- Difficultés de l'installation seul en cabinet	8	4
• Isolement, charge de travail et charge mentale	8	4
- Gestion du cabinet	20	6
• Difficultés de la gestion matérielle du cabinet	3	2
• Difficultés de la gestion du personnel	6	4
• Difficultés administratives	11	5
- Qualité de vie	6	3
- Méconnaissance de l'exercice libéral amenant à une peur de l'installation	4	4
Milieu rural	158	8
Choix du milieu rural :	81	8
- Exercer en milieu rural compatible avec vie de famille en ville	4	4
- Apporter une réponse à un territoire	6	3
- Diversité de l'activité	7	3
- Patientèle agréable	11	6
- Rejet de l'exercice en milieu urbain	11	6
- Attachement au territoire, influence du conjoint	20	7
- La découverte du milieu rural lors des stages pendant la formation médicale	22	6
Contraintes du milieu rural	77	8
- Difficultés à se faire remplacer	3	2
- La charge mentale	5	3
- Le manque de transport	6	3
- La méconnaissance du milieu rural	7	4
- Adhésion de la famille à la vie à la campagne	12	4
- Charge de travail	14	7
- Éloignement du plateau technique, manque de spécialistes	15	6
- Faible démographie médicale	15	4
Vocation pour la médecine générale	9	6

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom Signature

RESUME DE LA THESE

Contexte : Actuellement, les modes d'investissement professionnels, aussi bien des femmes que des hommes médecins tendent vers un juste équilibre entre l'organisation de leur activité professionnelle et la gestion de leur vie familiale. Les nouvelles générations de médecins redoutent que l'installation en milieu rural ne permette pas cet équilibre.

Objectif : Apporter une contribution à la connaissance des déterminants de la décision de jeunes MG ruraux à s'installer et à se sentir bien dans leur travail.

Méthode : Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de MG installés en milieu rural dans le Puy-de-Dôme et de professionnels ressources.

Résultats : Les facteurs favorisant l'installation rurale étaient l'expérience des remplacements, le regroupement, le soutien des patients et l'accompagnement du projet d'installation. Les freins étaient représentés par la crainte de perdre leur qualité de vie et les difficultés de gestion d'un cabinet. Le milieu rural se concevait à condition de l'avoir préalablement expérimenté et si l'entourage familial adhérait au projet, souvent dans le but de répondre aux besoins d'un territoire déficitaire. La charge de travail et l'éloignement étaient les principales contraintes évoquées propres au milieu rural. Enfin, l'accès au bien-être dépendait des possibilités d'une maîtrise de sa charge de travail, d'une organisation optimale du cabinet médical, et du sentiment d'être un bon médecin, permises par l'exercice coordonné.

Conclusion : Parvenir en milieu rural à réguler sa charge de travail et préserver sa qualité de vie ne s'improvise pas. Il est nécessaire de s'y confronter au préalable, notamment par l'exercice de remplacements. Si beaucoup de contraintes imposées par le territoire rural dépendent de paramètres solutionnables, le concept d'attachement au territoire (inné ou acquis) est ancré. L'accès au bien-être au travail en milieu rural semble pour la plupart des jeunes MG passer par l'exercice coordonné. Le concept nouveau « d'équipe de soin primaire » semble profitable à la fois aux MG et aux patients.

Mots clés :

- médecine générale
- installation
- milieu rural
- bien-être au travail

- qualité de vie au travail
- freins à l'installation
- burn out