



HAL
open science

Facteurs déterminants à l'installation des médecins généralistes en milieu rural dans le secteur bas-normand : étude qualitative auprès de médecins généralistes récemment installés dans le Calvados, La Manche et l'Orne

Guillaume Esnault

► **To cite this version:**

Guillaume Esnault. Facteurs déterminants à l'installation des médecins généralistes en milieu rural dans le secteur bas-normand : étude qualitative auprès de médecins généralistes récemment installés dans le Calvados, La Manche et l'Orne. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03982301

HAL Id: dumas-03982301

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03982301v1>

Submitted on 10 Feb 2023

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 de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2022

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 1^{er} juin 2022

par

Monsieur ESNAULT Guillaume

Né le 26 octobre 1989 à L'Aigle (Orne)

**FACTEURS DETERMINANTS A L'INSTALLATION DES MEDECINS
GENERALISTES EN MILIEU RURAL DANS LE SECTEUR BAS-NORMAND : ETUDE
QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES RECEMMENT
INSTALLES DANS LE CALVADOS, LA MANCHE ET L'ORNE.**

Président : Monsieur le Professeur LE BAS François

Membres : Monsieur le Docteur PITHON Anni

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Madame la Docteur GAGEZ Elise, directrice de thèse

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie

Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie

M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury :

Au Professeur LE BAS François, merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande reconnaissance.

Au Docteur PITHON Anni, merci de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté d'être juge de ce travail. Merci de m'avoir présenté cette piste d'étude, soyez assuré de ma profonde gratitude.

Au Docteur SAINMONT Nicolas, merci de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect et ma sincère considération.

Au Docteur GAGEZ Elise, pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, de juger mon travail et de m'avoir accompagné pendant tous ces mois, un énorme merci. Que ce travail soit la représentation de ma reconnaissance, et de mon respect.

Aux médecins rencontrés :

Au Docteur DAULNE Anaele, pour m'avoir apporté ton soutien pendant mon travail de thèse, tant sur la méthodologie que pour l'intérêt que tu as porté à mon travail.

Au Docteur LE DEAN Rémi, mon médecin de famille, un homme humain, qui m'a donné le goût à la médecine et aux vertus relationnelles et sociales émanant de cette profession.

A mes amis :

A tous les Sauçards, Bobby, Choko, Sympho, Choleton, Vanvan, Riton, Renild, Picpic, Gigou, Pitrey, Moenne, Lalou, Vogli, Loulou, Jaja, Jéjé, Goetzy, Césaire, pour toutes ces années et ces souvenirs plus ou moins glorieux.

A la coloc Rue Bellivet, Koink, Nico, Marine et Léa, merci pour tous les moments de perdition passés ensemble et pour m'avoir accueilli pendant une durée indéterminée.

Aux bolides, TTT, Poloche, Grouse, Sergio. NIN NIN

A Melek et Antoine et leur fils Nael, pour toute votre gentillesse et votre présence à nos côtés. Pour nous offrir refuge, pour parler, pour transformer les « on se voit vite fait » en « il est déjà 2h du mat' ».

A Oliv', pour ta bienveillance à tout égard, pour ta vision positive de la vie, pour cette proximité du cœur malgré les kilomètres. Hâte d'être en fin d'année prochaine !

A Fouet, Benjo, le numéro 8 le plus câlin du handball normand, l'homme pour qui la répartie n'a d'égale que son dédain envers les social justice warrior, pour me porter dans ton sac à dos depuis presque 18 ans.

A ma famille :

A mes parents, pour votre soutien indéfectible et pour tout votre amour. Pour m'avoir bougé les fesses et pour avoir toujours cru en moi. Pour les longues discussions au coin du feu et les remises en question. Pour les moments passés comme ceux qui vont venir, pour le cocon familial que vous avez créé et consolidé depuis toutes ces années, pour avoir fait de moi ce que je suis...Pour tout.

A ma sœur, Coline, pour ta gentillesse, pour tes délires. Je suis très fier d'être ton frère, je te vois grandir et évoluer à une vitesse impressionnante. Pas toujours sûr que je sois l'ainé...Je te souhaite toute la réussite qu'une artiste telle que toi mérite.

A Yann, Yannou, le mec plus classe que moi à mon propre mariage...je suis tellement content que tu fasses partie de la famille, merci pour ta bienveillance.

A ma belle-famille, Ayşe, Ilkay, Güler, Muharrem, pour votre gentillesse, pour avoir toujours fait en sorte que je sois à l'aise, et surtout que je mange bien, et beaucoup, pour permettre d'avoir cette relation géniale avec vous.

A mes grands-parents, à vous deux qui êtes présents, pour votre attention lors des récits de mes anecdotes de travail, pour votre amour et votre soutien. A vous deux aussi à qui je pense énormément, vous étiez fier, et je sais que vous auriez aimé faire partie de la fête.

Enfin, à ma petite famille à moi :

A Burcu, ma bubu, Aşkim, merci pour avoir toujours fait en sorte de te faire entendre pour qu'on avance ensemble. Merci d'être ma femme, merci de ton amour, de ta bienveillance. Une nouvelle page va pouvoir s'écrire, et j'ai vraiment hâte qu'on la partage toi et moi. Je t'aime.

A Sam, mon fils, qui balaie très vite tous les problèmes avec ton sourire. Pour tous les moments à te réciter cette thèse lors de nos balades en poussette, pour chaque minute passée auprès de toi. Je sais que tu seras quelqu'un de bien, j'ai hâte de te voir grandir. Je t'aime.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADELI : Automatisation des listes

ARS : Agence régionale de sante

CAIM : Contrat d'aide à l'installation médicale

CDE : Contrat de début d'exercice

CESP : Contrat d'engagement de service public

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNIS : Conseil nation de l'information statistique

COSCOM : Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins

COTRAM : Contrat de transition pour les médecins

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CSTM : Contrat de solidarité territoriale médecin

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ESP : Equipe de soins primaires

FIR : Fonds d'intervention régional

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LOADT : Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

PIAS : Prévention des infections associées aux soins

PSLA : Pôle santé libéral ambulatoire

PTMA : Praticien territorial de médecine ambulatoire

PTMG : Praticien territorial de médecine générale

PTMR : Praticien territorial médical de remplacement

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

URML : Union régionale des médecins libéraux

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

ZRR : Zone de revitalisation rurale

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Index des tableaux

Tableau 1 : Variation d'effectifs de médecins généralistes en activité régulière, régionale et nationale, entre 2010 et 2021, source Conseil National de l'Ordre des Médecins	2
Tableau 2 : Densité de médecins généralistes libéraux en 2022, source ADELI	2
Tableau 3 : Caractéristiques de la population de l'échantillon (F = femme et H = homme)	10
Tableau 4 : Nombre de MSP et PSLA dans le secteur bas-normand en 2017.....	36

Index des figures

Figure 1 : Arbre thématique des facteurs déterminants à l'installation des médecins généralistes en zone rurale	21
Figure 2 : Arbre thématique des facteurs impactant la pérennité d'une installation d'un médecin généraliste en zone rurale	33

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. Rappel des terminologies	1
1.1. Ruralité	1
1.2. Déserts médicaux	1
2. Démographie médicale en France et en Basse-Normandie	2
3. Etat des lieux des facteurs limitant l'installation médicale en zones rurales	3
4. En réponse à ces freins : de multiples solutions	4
4.1. Formation universitaire	4
4.2. Aides à l'installation	4
4.2.1. Aides financières	5
4.2.2. Aides non financières.....	5
5. Problématique	6
MATERIEL ET METHODES	7
1. Type d'étude	7
2. Population étudiée et constitution de l'échantillon	7
2.1. Population cible.....	7
2.2. Constitution de l'échantillon.....	7
2.3. Echantillon diversifié	7
3. Recueil des données.....	8
3.1. Guide d'entretien	8
3.2. Ethique.....	8
3.3. Réalisation des entretiens	8
3.4. Retranscription des données	9
4. Méthode d'analyse	9
RESULTATS	10
1. Echantillon étudié	10
2. Facteurs déterminants à l'installation	11
2.1. Découverte de la pratique	11
2.1.1. Stages d'externe	11
2.1.2. Stages d'interne.....	12
2.1.3. Intérêt porté au travail du médecin de famille.....	12
2.2. Déterminants personnels	12
2.2.1. Liés au conjoint.....	12
2.2.2. Origine géographique	13

2.2.3. Désir de vivre en zone rurale	13
2.3. Remplacements en zone rurale	14
2.3.1. Fonctionnement du cabinet.....	14
2.3.2. Bons rapports avec l'équipe soignante	14
2.4. Pratique globale	15
2.4.1. Diversité des actes et de la patientèle.....	15
2.4.2. Patientèle agréable et respectueuse.....	16
2.4.3. Visites à domicile	17
2.5. Vie quotidienne	17
2.5.1. Cadre de vie.....	17
2.5.2. Distance entre l'habitation et le lieu de travail.....	18
2.6. Accompagnement lors de l'installation.....	19
2.6.1. Aides financières	19
2.6.2. Accompagnement administratif.....	20
2.7. Devoir	20
3. Facteurs impactant la pérennité d'une installation médicale en zone rurale	22
3.1. Charge de travail	22
3.1.1. Pénurie médicale et majoration de la charge de travail	22
3.1.2. Impacts sur le quotidien des médecins	23
3.1.3. Adaptation et solutions	24
3.2. Accès aux soins limité.....	26
3.2.1. Isolement professionnel	26
3.2.2. Délai de prise en charge et demande grandissante de la part des patients	27
3.2.3. Carnet d'adresses et autres moyens de gestion	28
3.3. Difficultés à trouver des remplaçants	29
3.3.1. Difficultés à prendre des congés	29
3.3.2. Recrutement difficile, solutions limitées	30
3.4. Proximité importante avec la patientèle.....	31
DISCUSSION.....	34
1. Points forts de l'étude	34
1.1. Thème d'actualité.....	34
1.2. Type d'étude	34
1.3. Entretiens.....	34
1.4. Puissance de l'étude	35
2. Faiblesses de l'étude	35
2.1. Accessibilité parfois difficile des participants à l'étude	35
2.2. Biais d'investigation.....	35
2.3. Biais de mémorisation	35

3. Discussion autour des résultats	36
3.1. Travail d'équipe et organisation adaptée.....	36
3.2. Découverte de la pratique	37
3.3. Pratique globale	38
3.4. Déterminants personnels	39
3.5. Aides incitatives à l'installation en zone rurale	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	45
Annexe 1 : Construction de la nouvelle version de la typologie des communes rurales et urbaines (2021) – Education.gouv.fr	45
Annexe 2 – La typologie des communes rurales et urbaines 2021 – education.gouv.fr ..	46
Annexe 3 : Synthèse des conditions d'attribution des aides conventionnelles par l'Assurance Maladie.....	47
Annexe 4 : Synthèse des conditions d'attribution des aides par l'ARS	48
Annexe 5 : Aides Régionales financières et non financières destinées aux étudiants et aux médecins installés	49
Annexe 6 : Canevas d'entretien	51

INTRODUCTION

1. Rappel des terminologies

1.1. Ruralité

La définition de la **ruralité** a été soumise à plusieurs changements durant ces dernières années.

Elle est définie par l'institut national des statistiques et études économiques (INSEE) jusqu'en 2020 par l'ensemble des communes n'appartenant pas à une unité urbaine qui est caractérisée par le regroupement de plus de 2000 habitants dans un espace présentant une continuité du bâti, censée caractériser les « villes ». Faisant suite aux recommandations de l'Agenda rural en 2019, et à un groupe de travail de la statistique publique sur la définition de la ruralité de 2020, cette définition a changé. Désormais, les communes rurales sont définies en référence à la grille de densité [1, 2] : sont considérées comme rurales les communes peu ou très peu denses, conformément à une définition déjà utilisée sur le plan européen.[3]

La ruralité réunit 88% des communes en France, et 33% de la population en 2017.

L'utilisation de cette définition est préconisée par le Conseil national de l'information statistique (CNIS), la commission « territoires » du 26 novembre 2020 et par l'INSEE et le CNIS dans un dossier de l'ouvrage *La France et ses territoires* paru en avril 2021. Elle a également été retenue dans le cadre du Comité interministériel aux ruralités publié le 14 novembre 2020. Annexes 1 et 2

A cette définition de la ruralité, il faut y associer les dimensions fonctionnelles comme l'accès à l'emploi, l'éducation, les services, les activités commerciales, les infrastructures liées aux loisirs, ainsi que l'offre de soins.

1.2. Déserts médicaux

La disparité territoriale concernant l'offre médicale a un impact notable sur l'accès aux soins, et a entraîné l'utilisation du terme de « **déserts médicaux** ». Ces derniers ne sont pas explicitement définis, mais ils désignent des zones dans lesquelles les difficultés pour trouver un médecin traitant sont croissantes ainsi qu'un allongement tant distancié que temporel pour les patients suivis. Ce phénomène serait directement dépendant du nombre important de départs en retraite des praticiens, et de nouvelles générations trop peu nombreuses pour compenser ces départs.

Ainsi, la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire (LOADT) du 4 Février 1995 a créé les zones de revitalisation rurales (ZRR). Elles permettent une définition plus nette des régions fragiles sur le plan socio-économique, et offrent des aides aux médecins libéraux s'y installant par le biais de mesures fiscales et sociales. [4]

2. Démographie médicale en France et en Basse-Normandie

Le nombre de médecins généralistes baisse de façon significative depuis plusieurs années : le tableau de l'Ordre des Médecins recensait en 2021, 85364 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 9% des effectifs depuis 2010 et de 0.9% depuis 2020. Tendence à la baisse qui tend à se confirmer jusqu'en 2025 d'après les analyses du Conseil National des médecins. [5]

Au sein d'une même région, des disparités sont constatées entre départements :

	Variations d'effectifs 2010-2021	Variations d'effectifs 2020-2021
France	-9%	-0.9%
Normandie	-	-1.2%
Calvados	-1.6%	-0.7%
Manche	-11.5%	1.1%
Orne	-19.4%	1.0%

Tableau 1 : Variation d'effectifs de médecins généralistes en activité régulière, régionale et nationale, entre 2010 et 2021, source Conseil National de l'Ordre des Médecins

La médecine générale libérale est le secteur le plus impacté par le manque d'effectif. Au premier janvier 2022, selon une source ADELI, le Calvados compte 637 médecins généralistes libéraux, la Manche 375 et l'Orne 188.

	Nombre de médecins généralistes libéraux en 2022	Nombre d'habitants en 2021	Densité des médecins généralistes libéraux
Calvados	637	692 839	91.94
Manche	375	491 365	76.32
Orne	188	275 131	68.33

Tableau 2 : Densité de médecins généralistes libéraux en 2022, source ADELI

La densité de médecins généralistes montre que les territoires les mieux dotés sont aussi les plus attractifs d'un point de vue des équipements (sportifs, culturels, commerciaux et scolaires), comme le montre ce tableau. Par le rayonnement de l'agglomération caennaise, le Calvados présente une décroissance médicale plus faible ; la Manche et l'Orne étant toutes deux plus pénalisées. La proximité du littoral semble avoir un impact direct sur l'attractivité de la Manche.

3. Etat des lieux des facteurs limitant l'installation médicale en zones rurales

Une thèse de médecine générale datant de 2013 et traitant des freins à l'installation en milieu rural auprès d'internes et de médecins généralistes installés a permis un recueil national d'informations. [6]

Freins liés à la ruralité :

- Isolement global
- Définition de la ruralité
- Accès à l'emploi difficile pour le conjoint

Freins liés à la pratique en zone rurale :

- Isolement professionnel
- Proximité importante avec la population
- Charge de travail importante

Freins liés à la formation :

- Numerus clausus restreint
- Origine urbaine des étudiants en médecine
- Absence de formation spécifique à la médecine générale en milieu rural

Par mon expérience ainsi que celle transmise par les médecins généralistes rencontrés dans mon cursus et mon travail de thèse, et grâce aux données de la littérature, un état des lieux des facteurs limitants l'installation et leur conséquence est possible.

Une fois sorti du cursus des études de Médecine, le jeune médecin présente le bagage suffisant pour dispenser des soins adaptés, cependant, est-il réellement préparé aux problématiques annexes inhérentes à sa profession ?

Plusieurs choix d'exercices s'offrent au médecin généraliste parmi lesquels on retrouve : installation libérale en cabinet seul, en Pôle de Santé, remplacements, contrat de médecin salarié en Pôle ou en structure hospitalière.

Jusqu'en 2014, de nombreux étudiants devaient faire le choix de l'internat sans avoir effectué de stage en cabinet de médecine générale. La formation se déroulant essentiellement au sein d'une structure hospitalière, le manque de sensibilisation à la médecine générale tend à limiter le choix vers cette spécialité.

La charge de travail à laquelle doit faire face le médecin généraliste libéral augmente. Les attentes de la population envers les professionnels de santé sont inversement proportionnelles à l'offre de soin, ce qui majore la pression du généraliste. Il est relaté une difficulté croissante à prendre des jours de congés, un sentiment de culpabilité à l'idée de ne pas travailler 6 jours par semaine, un manque de remplaçants ainsi qu'une gymnastique nécessaire afin d'honorer les visites à domicile tout en ayant un agenda déjà bien rempli.

Le médecin généraliste libéral doit de plus assumer les tâches administratives le rapprochant d'un chef d'entreprise, avec une réelle gestion de personnel.

Ces contraintes majorent le sentiment d'inquiétude des jeunes médecins désireux de s'installer en zones de faible densité médicale, d'ailleurs, une tendance actuelle se confirme, celle du salariat des jeunes médecins généralistes.

L'attractivité des territoires en termes de services socioculturels est directement liée à l'installation médicale en zone rurale. La place de la famille est à prendre en compte, nombre de médecins ne s'installent pas si leur conjoint peine à trouver un emploi, ou si l'accès des enfants à la scolarité et activités extrascolaires est compliqué.

4. En réponse à ces freins : de multiples solutions

4.1. Formation universitaire

Les stages pratiques de médecine générale proposés lors de la formation universitaire sont indispensables, ils offrent le moyen de découvrir un exercice particulier, en dehors de l'hôpital.

Lors de l'internat de médecine générale, le stage de niveau 1 permet aux étudiants d'observer, d'accompagner un médecin généraliste installé, et par la suite de participer à l'examen clinique des patients. Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), aussi appelé stage de niveau 2, invite l'interne à réaliser ses examens de façon autonome, avec la possibilité de recourir à l'aide d'un médecin généraliste installé.

Depuis 2014, les stages en cabinet de médecine générale sont obligatoires dans le cursus de médecine durant le deuxième cycle des études médicales. Pourtant certaines facultés ne peuvent les assurer par manque de Maîtres de Stages Universitaires. Ces stages ont pour but de sensibiliser les étudiants aux réalités du terrain, et de leur présenter un mode de travail différent de celui dispensé dans les stages hospitaliers, majoritaires lors de la formation.

Ce stage permet de développer un rapport différent au patient, et n'est pas obligatoirement synonyme de travailler en milieu isolé. En effet, on observe une augmentation du nombre de Pôles de Santé, permettant un échange entre professionnels de santé, et ainsi préserver l'entraide et la collégialité développée lors des stages hospitaliers.

4.2. Aides à l'installation

Les aides à l'installation médicale dans les zones sous médicalisées sont de plus en plus nombreuses, et soumises à des mises à jour fréquentes.

4.2.1. Aides financières

En parallèle des avantages inhérents aux ZRR, l'Etat et l'Assurance Maladie veillent à la mise à disposition d'aides financières pour les médecins généralistes souhaitant exercer une activité libérale en zone sous dotée.

La convention médicale de 2016 a prévu la mise en place de 4 nouveaux contrats pour lutter contre la désertification médicale. Ces derniers visent à amortir le coût d'installation d'un cabinet, l'achat de matériel médical, de pérenniser la formation de jeunes diplômés par des stages, de préparer le départ en retraite d'un médecin via l'accompagnement d'un remplaçant à long terme, et de soutenir les actions ponctuelles en zones sous-denses. [7]

En amont, la loi « Hôpital, patients, Santé, Territoires » du 21 Juillet 2009 crée le CESP, permettant aux étudiants en médecine de recevoir une allocation mensuelle à partir de la 2eme année d'étude, en échange d'une installation d'une durée équivalente dans une zone où la continuité de soins est menacée. [8]

Ces aides permettent de financer jusqu'à 50 000 euros par an, pour une installation médicale dans une zone sous-dotée. Elles ne peuvent se cumuler. Les différents types d'aides sont réunis dans des tableaux partagés par l'URML Normandie (Annexes 3 et 4)

Le Contrat de Début d'Exercice (CDE) facilite l'accès aux mesures incitatives destinées aux jeunes médecins, il est inscrit dans la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2020. [9]

4.2.2. Aides non financières

Des stratégies de promotion de l'installation des médecins généralistes en zones rurales sont de plus en plus étudiées, on relate, de façon non exhaustive :

- Une majoration des terrains de stage en milieux ruraux avec la création ou l'achat de logements par les communes et les départements prêts à accueillir les étudiants pendant plusieurs mois
- L'obligation récente d'un stage en médecine générale durant le deuxième cycle des études de médecine
- L'aide à la recherche d'emploi du conjoint
- La facilitation d'accès des enfants à certaines crèches
- Création et financement de centres départementaux de santé, permettant la découverte de nouveaux modes de pratiques (salarial, fixité des horaires, horaires de travail normés...) comme Startech Médecine dans l'Orne. [10]

Toutefois, l'information concernant les aides allouées à l'installation est généralement dispensée lors de l'internat, alors que le choix de spécialité est déjà effectué. On peut légitimement s'interroger sur l'intérêt de communiquer sur ces aides en amont du troisième cycle des études médicales.

Les aides régionales financières et non financières sont présentées en annexe 5.

5. Problématique

Les freins à l'installation en médecine générale en libéral, en zone rurale sont nombreux et ont été étudiés auprès des médecins installés et des internes. [6, 15, 18]

Toutefois, si la balance départ/arrivée reste défavorable, on observe pourtant une augmentation du nombre d'installation en zone rurale cette dernière année (Cf. Tableau 1), par rapport aux 10 années précédentes. Qu'est-ce qui incite les jeunes médecins à aller au-delà des freins ?

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les facteurs déterminants à l'installation des médecins généralistes en milieu rural, auprès des médecins récemment installés dans le Calvados, la Manche et l'Orne.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative, par le biais d'entretiens semi-dirigés et individuels.

2. Population étudiée et constitution de l'échantillon

2.1. Population cible

La population étudiée était celle des médecins généralistes installés dans le Calvados, la Manche et l'Orne depuis moins de 10 ans. Les médecins généralistes ayant effectué leurs études médicales en dehors du territoire français étaient exclus de l'étude.

2.2. Constitution de l'échantillon

Un listing non exhaustif de 22 médecins généralistes a été obtenu auprès de l'URML Normandie, ainsi que par bouche à oreille. Ils ont été contactés par courrier électronique et par voie téléphonique, communiquant directement avec ces derniers ou laissant des messages auprès de leur secrétariat. Une présentation brève du sujet de thèse était ainsi effectuée, ainsi qu'une durée prévisionnelle de l'entretien. Les médecins pouvaient faire part de leur volonté de participer à l'étude par voie téléphonique, messages ou par mail.

Plusieurs relances téléphoniques ont été nécessaires afin d'obtenir un nombre d'entretiens suffisants pour atteindre la saturation théorique des données.

2.3. Echantillon diversifié

Afin d'obtenir un échantillon diversifié, les facteurs pouvant influencer l'attitude des médecins interrogés ont été étudiées :

- Age
- Sexe
- Type d'exercice : Cabinet seul/ de groupe
- Territoire d'origine : identique à celui du lieu d'exercice/différent

3. Recueil des données

3.1. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré à partir des données de la littérature (articles et thèses traitants de sujets similaires).

Le premier temps de l'entretien consistait en une présentation personnelle des participants. Un recueil de souvenirs était ensuite effectué, portant sur la projection d'avantages et d'inconvénients des participants avant leur installation. Puis les médecins interrogés établissaient un état des lieux sur leur pratique actuelle, évoquant les satisfactions et difficultés rencontrées dans leur exercice. Enfin, les aides à l'installation étaient évoquées, la connaissance préalable de ces dernières, le recours à certaines, leur avis sur les aides en général était recueilli.

Durant l'entretien, des axes de travail plus précis pouvaient être évoqués, afin de relancer l'interlocuteur et d'aider à étoffer la réponse apportée.

En toute fin d'entretien, le médecin interrogé était invité à s'exprimer librement afin de poursuivre la discussion sur le sujet.

Pour s'assurer que le guide d'entretien était compréhensible et adapté à l'objectif de l'étude, un entretien pilote a été mené auprès d'un médecin volontaire, répondant aux critères d'inclusion. Cet entretien préalable a permis de reformuler certaines questions, et d'apporter des précisions aux axes de recherches par le biais de nouvelles relances.

Le guide d'entretien est présenté en annexe 6.

3.2. Ethique

Cette étude n'a pas eu besoin de faire l'objet de déclaration auprès de la CNIL (Commission National de l'informatique et des libertés).

3.3. Réalisation des entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé par le même enquêteur, médecin généraliste remplaçant dans la région Basse-Normandie au moment de l'étude.

Le recueil des données a été réalisé entre le 28 octobre 2021 et le 7 avril 2022 par entretiens semi-dirigés.

Chacun des entretiens se déroulait à l'horaire et au lieu qui convenaient au médecin interrogé. Au début de l'entretien, l'enquêteur se présentait de nouveau. Le thème de la discussion était rappelé, la garantie de la confidentialité et l'anonymisation des données recueillies lors de l'échange était assurées. Chaque entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone, après accord verbal de l'interlocuteur.

3.4. Retranscription des données

Chaque entretien a été retranscrit de manière littérale sous forme de verbatims à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®, selon les règles conventionnelles. Le non-verbal était également retranscrit. Les noms propres et l'identité du médecin interrogé ont été retirés afin de préserver l'anonymat des répondants. Cependant les lieux d'exercice et d'habitation ont été préservés, afin de préciser le caractère rural ou urbain de la pratique et du cadre de vie personnelle.

Chaque médecin s'est vu attribuer un code pour l'anonymisation des données allant de M1 à M10. La numérotation correspondait à l'ordre dans lequel les entretiens avaient été effectués. La retranscription a été réalisée par le même chercheur que celui ayant mené les entretiens.

4. Méthode d'analyse

Une analyse thématique des données de l'ensemble des entretiens a été réalisée.

Dans un premier temps, une lecture globale des verbatims de chaque entretien a été réalisée. La deuxième lecture permettait d'identifier des thèmes, consignés dans un relevé de thèmes linéaire. Au fur et à mesure de l'analyse, les ensembles thématiques saillants étaient regroupés et hiérarchisés dans un journal de thématisation, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche. Ce travail, réalisé par le chercheur ayant mené les entretiens, a abouti à la construction d'arbres thématiques, répertoriant les thèmes et les sous-thèmes.

Une double analyse a été réalisée par un médecin généraliste pour 5 des 10 entretiens, permettant une triangulation partielle des données.

RESULTATS

1. Echantillon étudié

22 professionnels de santé ont été contactés pour participer à l'entretien téléphonique avec indication d'une durée prévisionnelle de ce dernier, permise grâce à un entretien pilote. Nous avons reçu 10 réponses positives.

10 entretiens ont été réalisés au total entre octobre 2021 et avril 2022.

Le recueil des données a été réalisé jusqu'à saturation des données, au bout de 8 entretiens, nous en avons réalisé 2 de plus pour nous en assurer.

Les caractéristiques des interviewés sont détaillées dans le tableau suivant.

Cas	Sexe	Age	Situation familiale	Situation professionnelle	Commune d'installation rurale/semi-rurale	Région d'exercice identique à la région d'origine ou déménagement	Temps d'installation
1	F	37	Concubinage, 1 enfant	PSLA	Rurale	Déménagement	5 ans
2	F	33	Mariée, 2 enfants	PSLA	Rurale	Région d'origine	2 ans
3	F	30	Concubinage, 1 enfant	PSLA	Rurale	Région d'origine	3 ans
4	F	39	Concubinage, 2 enfants	Activité seule	Rurale	Déménagement	6.5 ans
5	F	32	Concubinage	MSP	Semi-rurale	Déménagement	10 mois
6	F	35	Mariée, 3 enfants	MSP	Rurale	Déménagement	5 ans
7	F	31	Concubinage	MSP	Rurale	Région d'origine	2 ans
8	F	33	Mariée, 1 enfant	Activité seule	Rurale	Région d'origine	3 ans
9	F	35	Concubinage, 1 enfant	Activité seule	Rurale	Région d'origine	6 ans
10	M	30	Concubinage	PSLA	Rurale	Déménagement	4 mois

Tableau 3 : Caractéristiques de la population de l'échantillon (F = femme et H = homme)

2. Facteurs déterminants à l'installation

2.1. Découverte de la pratique

Lors des entretiens, on remarque que la découverte de la pratique de la médecine générale en zone rurale avait eu un impact important dans le choix d'exercice futur. Qu'il s'agisse d'une révélation ou d'un désir initial conforté, les stages pratiques de médecine générale rendaient concret une discipline apparaissant parfois obscure pour les étudiants.

2.1.1. Stages d'externe

Les médecins interrogés ayant effectué un stage en médecine générale en zone rurale durant leur externat rapportaient un réel intérêt suscité par cet exercice. Ce stage était effectué soit par obligation dans le cursus médical proposé par leur université, soit par volontariat, il durait de quelques jours, à deux mois. Il permettait notamment la découverte de cette pratique, avant le choix de spécialité de la sixième année de médecine.

M1 : « J'ai découvert la pratique en milieu rural pendant le stage de découverte de médecine générale d'une semaine durant ma 4^{ème} année de médecine, que j'ai réalisé chez un médecin généraliste à la campagne, qui travaillait seul, dans un village de 500 habitants, ce qui m'a intéressé. A partir de ce moment-là, j'ai su que je voulais faire de la médecine en milieu rural. De base, je voulais faire médecine générale avant le concours de l'internat ; ce stage a conforté mon choix initial. »

Les médecins ayant effectué un stage de médecine générale plus tardif s'étaient orientés vers cette spécialité plutôt par manque d'intérêt pour les stages en milieux hospitaliers.

M5 : « J'ai su que je voulais faire médecine générale lors de ma 4^{ème} année de médecine. Je ne voulais pas travailler à l'hôpital, les stages ne me convenaient pas, car je trouvais qu'on ne passait pas assez temps auprès des patients, qu'on ne les connaissait pas assez. Le suivi du patient, la connaissance de son milieu de vie, de sa famille...sont des aspects très importants du travail que je voulais réaliser. »

M10 : « Il n'y avait aucun stage ambulatoire proposé en dehors de la ville lors de mon externat (...) la pratique en zone urbaine ne me plaisait pas vraiment. »

2.1.2. Stages d'interne

Les stages de niveau 1 et de niveau 2 (SASPAS) affinent le choix de l'étudiant en termes de pratique. Le mode de travail, le lieu d'exercice, la patientèle rencontrée représentaient des facteurs déterminants de l'exercice futur des médecins interrogés. Cependant, ils sont « la première expérience » pour beaucoup (M2, M3, M4), alors que le choix de spécialité avait été effectué.

M3 : « J'ai fait mon stage de niveau 1 en ruralité et en zone urbaine. Et mon SASPAS uniquement en ruralité. Je me suis rendu compte que la patientèle rurale me convenait mieux. Y a quand même une différence de patientèle entre l'urbain et le rural. »

M10 : « J'ai compris lors de mes stages d'interne que je préférais le rapport avec les patients issus d'un milieu rural et que je me plaisais plus dans cet environnement. »

2.1.3. Intérêt porté au travail du médecin de famille

Pour certains médecins, la première approche déterminante du métier avait lieu alors qu'ils étaient patients, dans le cabinet de leur médecin généraliste, tout au long de leur vie.

M5 : « On découvre tous la pratique de médecine générale lorsqu'on va consulter notre médecin généraliste, alors qu'on est enfant, adolescent. On peut s'en faire une idée. »

M9 : « Mon médecin traitant était un médecin rural, le médecin du coin était notre médecin de famille, je le remplace d'ailleurs actuellement. »

2.2. Déterminants personnels

2.2.1. Liés au conjoint

Le lieu de travail du conjoint définissait la zone d'installation de plusieurs médecins interrogés. Si au contraire le conjoint avait fait le choix de suivre ces derniers, une offre d'emploi adaptée était primordiale à l'installation du couple.

M2 : « Mon mari a trouvé du boulot dans le coin, du coup on a acheté une maison à côté. »

M5 : « Mon conjoint travaille aussi dans la région, nous ne comptons pas déménager. »

M7 : « Mon conjoint ne travaille pas loin, il n'est pas du coin, il vient des Ardennes, et il a trouvé un poste d'ingénieur. Il a pris ça comme une punition à la base, finalement il est resté (rires). »

2.2.2. Origine géographique

Avoir passé son enfance en zone rurale apparaissait comme un facteur déterminant chez tous les médecins concernés. Nombreux étaient ceux qui retournaient vers leur secteur d'origine, pour des questions de rapprochement familial, amical, et d'attachement territorial.

M2 : « Je travaille où j'ai grandi. »

M4 : « Je suis née en cambrousse, je pense que ça y joue beaucoup. »

M7 : « Plus jeune, j'avais surtout envie de fuir vers la ville. Mais finalement ça ne me correspond pas, je préfère le calme et la campagne. J'ai bien profité de la ville, mais j'ai voulu retourner là où j'ai grandi. Mine de rien, y a un peu tout par chez nous. »

M8 : « J'étais déjà en couple avant l'installation, j'ai eu une fille pendant mon internat. On a décidé de se rapprocher de [ville] car mes parents y habitaient, et que pour la garde de notre fille c'était plus pratique. »

M9 : « La localisation rurale du cabinet me plaisait, d'emblée par rapport à mes origines rurales je pense, je me suis dit assez rapidement que je voulais revenir dans le coin et prendre la succession de mon médecin de famille. »

Au contraire pour certains médecins ayant grandi en zone urbaine, un désir de changement de lieu de vie était indispensable, et leur pratique y était associée.

M6 : « Lorsque je rentrais en région parisienne, j'éprouvais rapidement une angoisse. C'était un signe, je voulais vraiment m'installer dans un endroit où je me sentais bien. »

2.2.3. Désir de vivre en zone rurale

L'attrait pour la ruralité était souvent mis en avant lors des entretiens :

M1 : « Je souhaitais d'emblée vivre à la campagne, avant même mes études, que ce soit d'un point de vue personnel, comme professionnel, il était important pour moi d'avoir une vie de famille en campagne. »

M9 : « Le changement de vie s'est fait du jour au lendemain, littéralement ; nous avons acheté un bien immobilier qui était un coup de cœur, et nous nous sommes installés directement en campagne. Le projet de vie, familial, fut très important. Nous habitons à 800 m du bourg, l'école n'est pas loin pour notre fils, mes parents habitent tout près. »

Pour les médecins originaires de zones urbaines, la vie en zone rurale était présentée comme un refuge psychologique, ou alors un retour vers des souvenirs agréables de l'enfance.

M6 : « Ce qui me donnait envie, c'est surtout le lieu de vie. Lorsque je venais en vacances dans le coin quand j'étais plus jeune, je me sentais bien, physiquement et moralement, il y avait quelque chose d'apaisant. Comme une vraie liberté. Le cadre de vie, le rythme me plaisaient. »

2.3. Remplacements en zone rurale

Pour les médecins ayant effectué des remplacements de médecine générale en zone rurale, l'installation dans l'un des cabinets ou pôle visités apparaissait « *comme une suite logique* » M1, M2. Ils mettaient en lumière le fait de rendre plus précis leur exercice, une fois installé, grâce à l'expérience acquise lors des remplacements.

M8 : « La pratique en tant que remplaçante me plaisait, j'ai juste prolongé la pratique de ce que j'aimais. »

M10 : « J'ai remplacé dans pôle de santé très dynamique, au départ pour dépanner un ami qui s'y était installé récemment. J'ai ainsi pu découvrir l'activité rurale en équipe. J'ai remplacé 3 ans dans ce pôle, et je m'y suis installé par la suite. »

2.3.1. Fonctionnement du cabinet

Un fonctionnement adapté aux attentes des médecins interrogés était nécessaire à leur installation, avec un attrait particulier pour les activités de groupe.

M2 : « Une chose très importante, le fonctionnement du pôle m'allait, il y a un secrétariat disponible, les locaux sont agréables, et il y avait une liberté d'horaires. C'était primordial pour moi de bosser dans un PSLA, je ne me serais pas installée seule en cabinet. »

M3 : « Je ne me serais jamais installée toute seule en tant que jeune femme, et jeune maman qui plus est, ça représentait trop de travail. »

M5 : « J'ai aussi effectué beaucoup de remplacements dans la Manche, dans diverses conditions de travail : du cabinet seul, sans secrétariat, au pôle de santé avec plus de 5 médecins généralistes, des paramédicaux, et plusieurs secrétaires. Cela m'a permis d'affiner mon choix d'exercice. Cela m'a aussi permis de faire un choix entre acheter un cabinet, le louer à une collectivité locale, à une entreprise privée... »

2.3.2. Bons rapports avec l'équipe soignante

Quasiment tous rapportaient l'importance d'une bonne entente avec leurs collègues, qu'ils s'agissent des autres médecins travaillant avec eux, mais aussi des personnels paramédicaux, secrétaires ou autres employés.

M2 : « Bosser dans une équipe ça reste agréable pour les moments de pause dans la journée. Je savais que j'allais pouvoir faire confiance à mes collègues lors de mes vacances concernant mes patients et les diverses urgences ; et inversement, j'avais envie qu'ils puissent me faire confiance. »

M3 : « Je pense que pour s'installer quelque part, il est nécessaire de découvrir au préalable le lieu et l'ambiance dans laquelle on va bosser pendant plusieurs années. »

M5 : « Le fait de bosser à plusieurs est important aussi : on peut discuter de tel ou tel patient avec un collègue, souffler en discutant pendant nos pauses communes, ça fait du bien. »

M9 : « On a de plus développé une bonne entente avec le cabinet infirmier local, ainsi qu'avec la pharmacie. Il n'y a qu'un cabinet IDE, et qu'une seule pharmacie, l'entente est très bonne, et on retrouve un vrai boulot d'équipe. »

M10 : « La bonne entente au sein du cabinet représente environ 75% des raisons pour lesquelles je me suis installé. Cette entente existe aussi bien au cabinet, si on a besoin de prendre une journée, pour contrôler les bilans de chacun, mais aussi en dehors puisqu'on fait du covoiturage. »

Le travail d'équipe était mis en parallèle avec celui retrouvé au sein d'une structure hospitalière.

M2 : « Tout ça, ça se rapproche aussi de l'hôpital, dans lequel on a été formé durant toutes nos études. »

2.4. Pratique globale

2.4.1. Diversité des actes et de la patientèle

Avoir la possibilité d'effectuer des actes divers et variés pendant les consultations était un déterminant majeur pour la totalité des médecins interrogés.

Il s'agissait pour certains d'un avantage direct, lié à une richesse dans la pratique, permettant de « voir autre chose dans la journée ». (M2)

M3 : « Ce qui m'intéressait surtout dans la ruralité, c'était de faire pleins de choses différentes en termes de pratique médicale. »

M4 : « Si on veut aller au bout des choses, on peut toujours approfondir ses recherches quant à un problème défini par un patient. »

Pour d'autres en revanche, la quantité d'actes différents, comme les sutures au cabinet ou encore des consultations plus spécialisées, était liée à la pénurie de spécialistes alentour.

M2 : « A mon avis, en ville, les patients vont aller toquer chez le spécialiste beaucoup plus rapidement. On ne va pas faire patienter quelqu'un pendant plusieurs semaines ou mois, alors qu'on peut essayer de « débrouiller » un peu le tableau. »

M5 : « Je souhaitais réellement devenir le médecin référent, traitant de mes patients. Dans une zone plus urbanisée, les patients vont plutôt consulter directement le spécialiste, un paramédical...je préfère jouer le rôle de coordinatrice. »

M8 : « La pratique est très diversifiée, très riche. On voit de tout. C'est probablement lié à la démographie médicale je pense. On va plus loin dans notre prise en charge étant donné que l'accès aux spécialistes est plus compliqué. »

M9 : « On est très polyvalent, ce qui est très intéressant. En ville, l'accès aux spécialistes semble plus facile, du coup les patients viennent plus voir leur spé pour des problèmes spécifiques. Là par exemple, une découverte de FA je vais la gérer, alors qu'avant quand je remplaçais, j'appelais le cardio j'avais le rdv le lendemain au plus tard. »

Beaucoup faisaient le lien entre ce vaste champ d'action et la pratique du médecin de famille retrouvée en majorité en zone rurale, ainsi qu'une exposition à une patientèle « très éclatée en âge et en pathologie, de tout niveau économique et culturel. » (M2)

M4 : « La notion de médecin de famille est aussi très importante, et me plaît beaucoup. Ça comprend beaucoup de choses : la coordination, la prévention d'isolement chez la personne âgée, l'accompagnement et le conseil chez des patients plus jeunes, le relai d'informations...c'est chouette. »

M3 : « J'aime le fait d'avoir une patientèle très diversifiée, c'est éclectique. Ça nous permet de bosser sur le point de vue médical et social, parce qu'entre les enfants, les gens très entourés en famille, et les gens extrêmement isolés, y a de quoi faire. Ça change du fait de ne voir que des jeunes actifs en cités dortoirs. »

M6 : « J'aime aussi beaucoup le côté « médecin de famille », les liens entre les gens sont directement exprimés, et parfois on fait les liens par nous-même. On voit les enfants grandir, les ados devenir adultes, c'est vraiment agréable. Et je trouve que la considération du médecin est palpable, c'est plaisant. L'accueil des patients lors de mon arrivée fut très chaleureux, c'est resté. »

M7 : « Je commence à être le médecin de famille de certains patients, je commence à faire le lien entre les différents patients. C'est agréable de faire de la continuité de soins, de demander des nouvelles etc... »

2.4.2. Patientèle agréable et respectueuse

Un lien entre le statut de médecin traitant en zone rurale, suivant plusieurs générations au sein d'une famille était effectué avec une confiance élevée des patients. De nombreux médecins interrogés rapportaient un accueil bienveillant de la population, avec un respect du statut du médecin. Le terme de « consommation médicale » était souvent utilisé pour définir une population plutôt urbaine.

M1 : « J'aime ma relation avec mes patients, le fait de connaître toute la famille. Ça me plaît, je suis contente de venir le matin, les patients sont reconnaissants...j'ai l'impression d'apporter quelque chose aux gens. »

M3 : « Y a une vraie considération du service à la personne plutôt qu'une consommation de soins pure. »

M6 : « Lorsque je remplaçais en région parisienne, les gens étaient sympas, mais quand je suis arrivée en zone rurale, les gens invitaient carrément au café, discutaient plus facilement, ce qui m'a agréablement surpris. C'est un lien différent. »

M7 : « J'avais eu des propositions d'installation partout où j'avais remplacé, mais j'avais trouvé que les gens étaient beaucoup plus demandeurs en zones urbaines, très exigeants, se rapprochant d'une réelle consommation médicale. En zone rurale, je trouve les gens vraiment plus gentils et agréables. »

M8 : « Le « bonjour docteur » dans la salle d'attente me plaisait bien (rires). Les gens sont plus détendus, plus accueillants, plus reconnaissants. (...) La patientèle est plus sympa qu'en ville par rapport à mon expérience. Ils consultent moins pour rien je trouve. De plus, ils sont probablement moins procéduriers qu'en ville, ça aurait pu me faire peur honnêtement. »

2.4.3. Visites à domicile

Les visites à domiciles représentaient une partie intégrante du quotidien de chaque professionnel de santé exerçant en zone rurale, certains y consacraient des demi-journées, mais la plupart réservaient des créneaux sur le temps du midi. La limite majeure rapportée était le manque de temps disponible pour effectuer ces visites.

M2 : « J'aimerais pouvoir avoir plus de temps pour ces visites, ne pas avoir l'impression de les bâcler...car on les enchaîne. Au bout d'un moment on fait de l'abattage, plus de l'humain. »

M3 : « C'est chronophage donc on n'a pas toujours le temps de les caser. »

Cependant elles offraient un contact privilégié avec les patients, ainsi qu'une possibilité d'accéder à la façon de vivre intime de ces derniers nécessitant ces consultations à domicile.

M3 : « C'est agréable de voir comment les gens vivent chez eux, et au quotidien ; car au cabinet en 15 minutes on méconnaît souvent leur mode de vie. »

M6 : « J'aime les visites à domicile, j'en fais pas mal en maison de retraite, et une matinée allouée aux visites chez des personnes qui ne pourraient pas se déplacer en campagne. »

M10 : « Je vois beaucoup plus d'intérêt à réaliser des visites en campagne plutôt qu'en ville, en plus le cadre est sympa ! »

2.5. Vie quotidienne

2.5.1. Cadre de vie

Le cadre de vie en zone rurale était valorisé, avec un accès facilité aux maisons avec du terrain, un environnement sain pour la famille. Le cadre rural était relié à la nature, avec un sentiment important de coupure entre le travail et le privé.

M2 : « Qualité de vie super satisfaisante à côté. »

M3 : « un bureau qui donne sur la mer, ça n'a pas de prix d'un point de vue professionnel (rires). »

M7 : « Le cadre de travail est super, mon cabinet donne sur la piscine avec la mer derrière, il est plein Ouest, c'est génial. J'ai un grand bureau. »

M8 : « Je voulais une maison, un grand terrain. »

L'accès aux activités socioculturelles pouvait diviser, limitant certains par le manque de propositions par les communes, alors qu'il ne semblait pas être synonyme d'isolement pour d'autres. L'absence de grosses infrastructures permettait d'ailleurs de faire ressortir le côté « cœur de ville » (M4) de certaines communes.

M1 : « Je peux comprendre que certains aient besoin d'aller au spectacle, de sortir tout le temps.....moi j'aime ma vie comme elle est, je ne me sens pas isolée. »

M2 : « J'ai vraiment eu cette impression de revenir dans un trou pommé. »

M4 : « Une véritable entraide entre les commerçants. Si j'ai un souci avec ma voiture, elle est prise en charge dans la foulée par le garagiste. Situation renforcée par le COVID, durant la pandémie, j'ai directement eu accès à des blouses de vêlage par l'agriculteur du coin, des masques par le menuisier, des charlottes par le restaurateur qui était fermé...etc. »

La situation actuelle post-COVID avait cependant modifié l'activité communale par des déménagements accrus en zone rurale.

M2 : « Bon là encore une fois avec le COVID y a pas mal de parisiens qui s'installent, du coup ça s'étoffe, c'est un peu « opération séduction ». »

M9 soulignait l'intérêt d'internet, accessible tout aussi facilement en zone rurale :

« De plus, avec internet, on peut commander tout et n'importe quoi ça arrive très vite, on est bien desservi. Ce qui pouvait être un frein auparavant ne l'est plus avec la démocratisation d'internet. »

2.5.2. Distance entre l'habitation et le lieu de travail

Beaucoup rapportaient un temps de trajet confortable entre leur habitation et leur lieu de travail, du fait de la proximité entre ces derniers, mais aussi par l'absence de variabilité du temps de trajet.

M2 : « Je ne suis qu'à 3 minutes de mon lieu de travail, c'est super confortable. »

M3 : « J'habite à 20 minutes de mon boulot, je n'ai pas d'embouteillage. »

M10 : « J'habite à environ 45 minutes, mais la route ne me dérange pas, et nous faisons du covoiturage avec les collègues. »

2.6. Accompagnement lors de l'installation

2.6.1. Aides financières

Les aides financières étaient globalement connues, mais ne sont pas apparues comme déterminantes lors de l'installation. Certes, elles facilitaient une installation par apport financier brut ou exonération temporaire d'impôts, toutefois, elles n'impactaient pas la décision finale d'installation.

M6 : « Un médecin qui s'installe quelque part, ce n'est pas pour l'argent à mon avis. Tu ne t'installes pas 30 ans en zone rurale si t'as reçu un peu d'argent au départ. Les raisons sont bien différentes. »

M9 : « Si les aides financières étaient si efficaces, on aurait beaucoup plus d'installation. Là on effectue le constat que beaucoup de gens qui s'installent en zone rurale, sont déjà originaires de la région, ou dont le conjoint a déjà du boulot dans le coin. L'aide financière, faut la prendre si c'est proposé, mais ça ne pèse pas dans la balance dans l'installation. »

M10 : « Ces aides sont importantes, mais pas déterminantes, c'est un bonus mais ça m'a pas motivé plus que ça à m'installer en zone rurale. »

Beaucoup de médecins interrogés estimaient suffisantes les aides financières à l'installation, ils soulignaient cependant la nécessité de mettre en place d'autres moyens pour pallier la désertification médicale, comme une promotion plus importante des terrains de stages en milieu rural, avec un accès plus précoce.

M5 : « Je pense que plusieurs stages de médecine générale devraient être obligatoires : en zone rurale, en zone semi-rurale, et en ville, afin de découvrir ce qui nous convient le mieux. On peut craindre de s'installer dans un secteur qui nous est inconnu, et c'est trop bête de passer à côté de quelque chose qui pourrait beaucoup plus nous convenir, alors qu'on pourrait y passer sa carrière professionnelle. »

M7 : « Ces aides financières sont suffisantes, voire un peu trop. Je pense qu'une des mesures attractives qui pourrait être mise en place consisterait en une facilitation de la mise en lien avec les spécialistes présents sur le territoire. »

M8 : « C'est amplement suffisant, d'un point de vue financier, on se met bien, hein. Ça n'a pas influencé mon choix pourtant. »

M5 partageait toutefois la désagréable sensation d'avoir dû batailler pour obtenir ces aides, alors qu'elles lui avaient été présentées comme accessibles tout au long de sa formation.

M5 : « J'espérais pouvoir bénéficier du CAIM, étant donné qu'on nous l'a présenté pendant tout l'internat, que la région souffrait de nombreux départs en retraite de médecins généralistes. Finalement, il semblerait que [ville] ne soit pas réellement en zone déficitaire. (...) mais il a fallu quémander quelque peu pour obtenir l'aide l'installation, c'est un peu dommage je trouve. Ma collègue et moi nous sommes même posées la question de savoir si nous allions vraiment nous installer ici. »

2.6.2. Accompagnement administratif

L'accompagnement lors de l'installation était suffisant pour beaucoup, les intervenants de l'assurance maladie étant disponibles, à l'écoute, pouvant même revenir sur place plusieurs fois afin d'optimiser la gestion des dossiers, la comptabilité, l'informatique, ainsi que la prise en charge d'entités plus complexes comme l'invalidité via un médecin conseil.

M7 : « Je considère avoir été suffisamment accompagnée par la CPAM et l'URSSAF, ainsi que mes collègues lors de mon installation, on est assez entouré. »

M9 : « Le côté administratif paraît au début assez compliqué, mais personnellement, entre le comptable et mon assistant médical, ça le fait bien, faut réussir à déléguer (rires). »

Un bon accompagnement lors de l'installation était aussi synonyme d'une aide directe de la part des collègues sur place, notamment au cours d'une collaboration :

M6 : « Je considère avoir été suffisamment accompagnée lors de mon installation, même s'il y a un certain nombre de choses à faire. Un investissement en temps est forcément obligé à ce moment-là, j'y étais préparée. Et la collaboration m'a fait faire les choses dans l'ordre on va dire, j'ai pu prendre mes marques dans le cabinet. »

2.7. Devoir

L'installation était parfois due à un départ précipité d'un médecin avec une patientèle massive et une activité importante. Des médecins, qui avaient remplacé ces retraités anticipés, s'installaient et restaient aussi dans le cadre du devoir médical.

M4 : « Je ne me voyais pas laisser les gens, habitués à un accès médical direct, se taper 15 bornes et galérer pour être soignés alors qu'avant il y avait 4 toubibs à proximité. Du coup je me suis lancée, et je me suis installée seule. C'était la continuité directe de mon activité à ce moment-là. Y avait une réelle attente, je ne me voyais pas « désertier ». Certains parents me demandaient de signer des certificats de vaccination devant la cour de l'école où j'emmenais ma fille. »

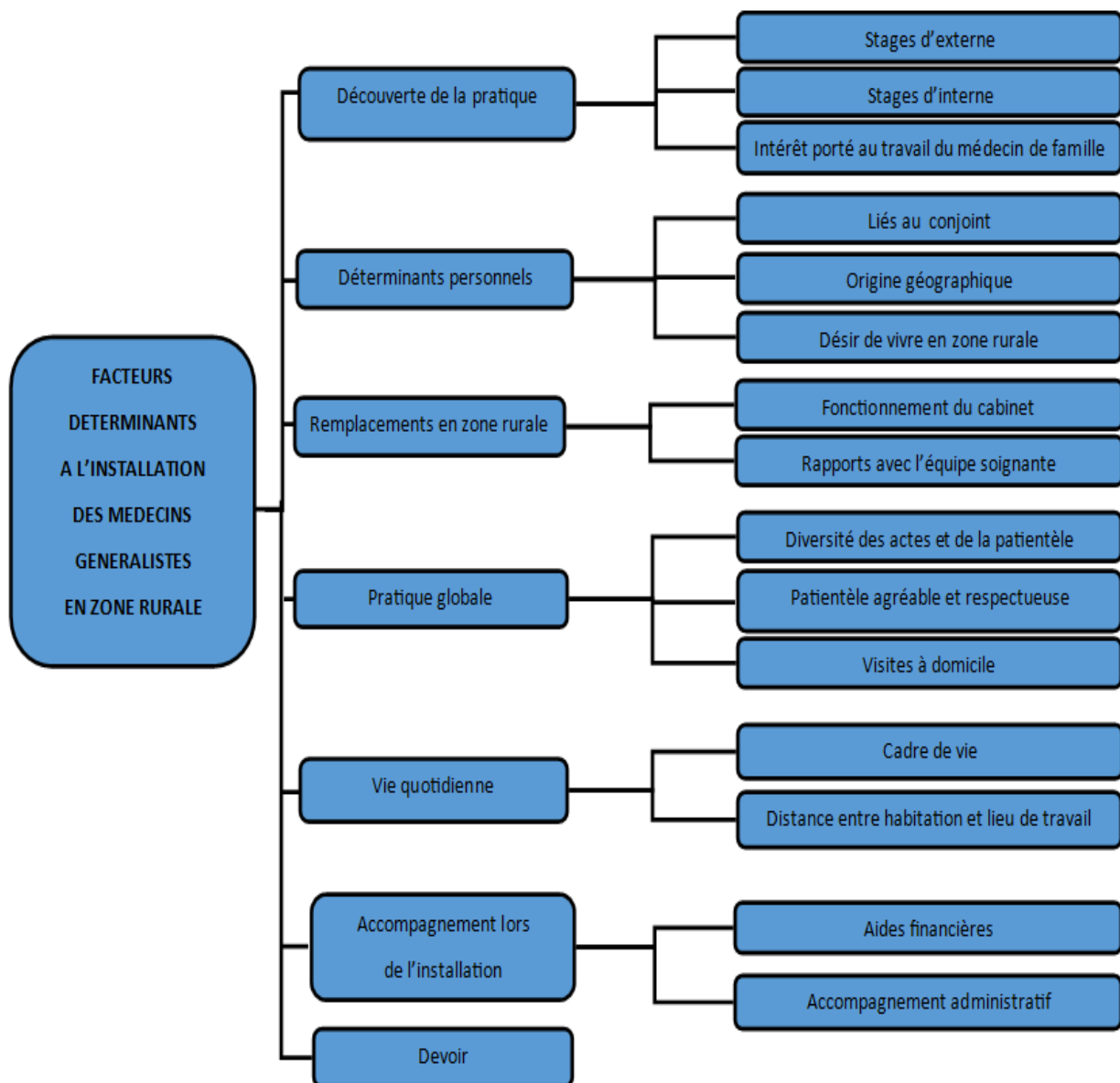


Figure 1 : Arbre thématique des facteurs déterminants à l'installation des médecins généralistes en zone rurale

3. Facteurs impactant la pérennité d'une installation médicale en zone rurale

La suite des résultats présentée ne répond pas à l'objectif principal de l'étude. Cependant, chaque professionnel de santé interviewé, en comparant ses attentes initiales avec la réalité depuis son installation, a mis en lumière plusieurs facteurs pouvant impacter la pérennité de son exercice. Il m'a semblé pertinent d'analyser, en annexe, ces témoignages obtenus de façon naturelle lors des entretiens.

3.1. Charge de travail

Tous les médecins interrogés présentaient la charge de travail importante comme la difficulté principale de leur exercice. Une majorité déclarait y être préparée, notamment grâce à leur formation et aux remplacements, mais leur projection sous-estimait la réalité.

3.1.1. Pénurie médicale et majoration de la charge de travail

La ruralité était souvent synonyme de zones déficitaires concernant la santé pour les professionnels interrogés, avec des départs en retraites nombreux, et insuffisamment comblés.

M1 : « On va bientôt être plus que 6 à nous partager les gardes de week-end... »

M7 : « C'est quand même un peu compliqué cette année, avec pas mal de départs en retraite dans la région. »

M8 : « Avec les nombreux départs en retraite, ça a vraiment fait mal. »

M10 : « Y a tellement de médecins qui partent en ce moment dans la région que les gens arrivent quasiment à plat ventre au cabinet pour avoir un suivi médical... »

L'offre de soin s'émoissait par la diminution directe de médecins généralistes installés, alors que la demande restait aussi importante, si ce n'est plus. Une pénibilité grandissante était entraînée par l'activité croissante des médecins, malgré une certaine liberté de mise en place des horaires lors de leur installation.

M1 : « J'avais des craintes d'avoir moins de temps pour moi, comme là où je termine mes consultations à 20h et où j'ai l'impression de ne jamais avoir assez de temps. »

M2 : « La surcharge de travail me faisait peur...et j'ai eu raison, car c'est de pire en pire... »

M4 : « En ce moment c'est le bordel. »

M8 : « Au niveau de la charge de travail, j'ai été surprise ouais. Exemple, lors de mon installation, j'avais prévu des pauses dans mes journées, elles ont vite sauté (rires). Plus ça va, pire c'est. »

Les journées de consultations étant déjà bien remplies, il fallait aussi compter sur le temps alloué aux tâches administratives, beaucoup plus importantes pour les médecins installés.

M1 : « J'avais comme craintes d'être envahie par le travail, par la paperasse...tout ce qu'on ne fait pas quand on est remplaçant... »

M5 : « J'ai, la plupart du temps, 1h à 1h30 de papiers à traiter le soir. Faut pas se leurrer, surtout en début d'exercice, la part administrative du boulot est importante, et chronophage. »

M7 : « J'arrive à pas mal gérer les tâches administratives, mais j'ai facilement 1h30 de paperasse le soir. »

3.1.2. Impacts sur le quotidien des médecins

L'augmentation croissante de la demande de soins semblait majoritairement affecter la qualité de prise en charge des patients.

M4 : « L'un des gros problèmes liés à la charge de travail réside dans le fait que si on ne traite qu'en 15 minutes tous les problèmes, on fait de l'abattage, pas de la médecine. »

M5 : « On aimerait parfois pouvoir prendre 30 minutes par patient, mais avec 25 à 30 patients par jour, ça ne rentre pas dans une journée. »

M9 : « une réelle dégradation de la prise en charge médicale, car on a moins de temps, on peut pas voir tout le monde tout le temps. La qualité en a pris un réel coup. »

Malgré l'attrait et l'importance accordés à cet exercice, il semblait de plus en plus difficile d'honorer toutes les demandes de visites à domicile, se déroulant souvent sur le temps du midi.

M2 : « J'aimerais pouvoir avoir plus de temps pour ces visites, ne pas avoir l'impression de les bâcler...car on les enchaîne. »

M3 : « C'est chronophage donc on n'a pas toujours le temps de les caser. »

M4 : « Moins qu'avant, quand j'ai le temps quoi. »

Plusieurs interviewés se désolaient du manque de temps disponible pour effectuer leur formation continue, leur temps libre étant déjà réduit par des journées à rallonge.

M2 : « J'aurai bien aimé faire un DU de pédiatrie, mais là je peux pas le caser, faudrait que je réduise mon temps de sommeil en gros... »

M7 : « J'ai moins de temps cette année... »

Ces éléments entraînaient une fatigue chez les médecins interrogés, s'imaginant difficilement poursuivre ce rythme durablement...

M2 : « je me dis que je vais pas faire ça toute ma vie, je vais pas y laisser ma santé physique et mentale trop longtemps. »

M8 : « On sait qu'on ne fera pas ça toute notre vie, dans 3-4 ans si ça n'a pas changé, on dira tchao (...) ce qu'on ne voit pas, c'est qu'on y laisse beaucoup de plume, d'un point de vue moral, psychologique, et physique avec le temps. »

M9 : « je ne vais pas continuer à travailler à 100 à l'heure pendant des années. »

...Notamment dans l'attente de nouvelles installations médicales alentours afin de soulager leur exercice.

M2 : « il nous faudrait 10 médecins de plus dans le secteur... »

M8 : « Je veux pas te décourager hein, installe-toi c'est cool (rires). »

M9 : « J'espère avoir un ou une collègue qui viendrait s'installer avec moi. »

Y était associée l'amertume de devoir refuser la prise en charge de nouveaux patients.

M1 : « leurs patients viennent frapper à ma porte mais je ne peux pas prendre tout le monde. »

M7 : « nos secrétaires passent leur journée à dire qu'on ne prend plus de patients... »

M8 : « Je ne peux plus prendre de nouveaux patients, moi personnellement, ça me fait mal, d'un point de vue éthique et moral, parce que je m'attendais pas à dire ça un jour. »

M9 : « dire non à ces personnes me rend malheureuse, car c'est pas dans ma nature de médecin de faire ça. »

3.1.3. Adaptation et solutions

La recherche de moyens permettant d'optimiser leur exercice était l'une des priorités de chaque médecin, avant leur installation comme dans leur pratique actuelle.

Il s'agissait pour plusieurs médecins d'avoir un secrétariat compétent, sur place ou déporté, avec une bonne connaissance des patients et de la région, ainsi qu'une faculté à hiérarchiser les demandes des patients.

M5 : « Notre secrétaire nous a beaucoup aidé. Elle connaît tous les patients, et m'a mise à l'aise dès le début. Elle est l'une des raisons de mon installation, elle est indispensable au bon fonctionnement du cabinet. »

M6 : « le secrétariat téléphonique fait tampon. »

M9 : « Nous avons un secrétariat déporté, très pratique et personnalisable ; même si la prise en main a pu être compliquée pour pas mal de patients âgés. Il y a des plages d'urgences dispo, les patients reçoivent un SMS pour le rappel du RDV. »

Le recours à une assistance médicale permettait aussi une prise en charge plus rapide des patients.

M1 : « Je suis actuellement en train de réfléchir à embaucher une Assistante Médicale, ma patientèle s'allonge et mon collègue part l'an prochain. Ça me permettrait d'assurer plus de consultations, et plus rapidement. »

M4 : « On peut déléguer et permettre de bosser en équipe, et je pense qu'on n'est pas obligé d'avoir 9 ans d'études pour effectuer certains actes. »

M9 : « Il gère beaucoup de choses, comme les demandes d'ordonnances, etc...Ça permet de débrouiller beaucoup de petits actes qui peuvent un peu rendre une journée de travail très lourde. »

Des adaptations multiples pouvaient aussi apparaître dans les différents cabinets et pôles de santé, ainsi qu'une sorte de culte général de la « débrouille », se rapprochant du côté polyvalent du médecin généraliste rural.

M4 : « pour exercer en campagne, faut accepter de bosser dans la débrouille et l'entraide. »

M9 : « J'ai automatisé les rendez-vous de renouvellement d'ordonnance à 3 mois... il a fallu bien monter tout ça pour nous rendre la vie professionnelle plus pratique. »

L'un des médecins avait limité le nombre de patients suivis dès son installation, dans un but de durabilité, mais aussi de respect de sa propre attente du métier.

M6 : « J'ai créé ma patientèle complètement, et puis rapidement, j'ai arrêté de prendre de nouveaux patients, lorsque je suis arrivée à un rythme qui me convenait, afin que ce soit durable. Je ne voulais pas arriver en burn-out rapidement (...) Je suis satisfaite de mon exercice et de ma vie en général. J'ai mis le cadre dont j'avais besoin dès le début, et je crois que c'est le secret. »

Des solutions apportées par les collectivités locales, comme l'embauche d'un médecin salarié par le Conseil Départemental de l'Orne afin de soulager une demande locale importante.

M6 : « le conseil départemental a salarié un médecin qui vient 3 jours par semaines. »

Tout de même ; certains témoignaient d'une bonne compréhension de leur patientèle devant l'exposition des difficultés rencontrées, s'apparentant directement à l'éducation thérapeutique.

M3 : « on a une reconnaissance des patients au vu du peu de médecins dans le secteur. »

M5 : « Mes patients le comprennent bien, même d'un point de vue financier, la plupart se rend compte qu'avec les charges qu'on a, la consultation à 25 euros ne peut durer 30 min, surtout si on fait que ça de la journée. »

M7 : « Quand on explique la situation aux patients, la plupart comprend, parce que finalement c'est pareil chez tout le monde. »

3.2. Accès aux soins limité

3.2.1. Isolement professionnel

Chaque médecin interrogé dénonçait une pénurie de médecins spécialistes alentours. Tous avaient anticipé cet isolement professionnel avant même de s'installer, mais les entretiens mettaient en évidence une aggravation de la situation.

M1 : « je savais qu'il y aurait une plus grande difficulté d'accès aux spécialistes (...) tous nos spécialistes aux alentours partent, ne sont pas remplacés... »

M6 : « Le manque de spécialistes dans la région me faisait aussi un peu peur (...) concernant l'accès aux spécialistes, il faut souvent que les patients attendent longtemps, ou alors se déplacent loin. »

M9 : « Lors de ma première installation en 2016, demander un avis cardio ou prendre un rdv ne prenait pas plus de 24h, là, j'ai l'impression que depuis 2 ans, ça devient le néant. »

La surcharge hospitalière était aussi pointée du doigt, liée au manque de personnel soignant, la fermeture de certains services et le manque de lits.

M3 : « On a beau être à 20 minutes de [ville] et de son hôpital, on a l'impression parfois d'être au bout du monde. »

M4 : « un hôpital qui se casse la figure, la fermeture des services de gériatrie et de cardio. On se retrouve avec un médecin qui gère l'hôpital de jour, le service de médecine, les avis gériatriques, le service COVID...ça peut pas tenir dans le temps. »

M9 : « tous les spécialistes qu'on connaissait sont partis, les urgentistes sont de moins en moins nombreux, et il y a beaucoup d'intérimaires, avec qui le dialogue est plus compliqué. »

Les équipes paramédicales semblaient quant à elle être très disponibles, à l'exception des kinésithérapeutes qui présentaient une saturation de rendez-vous.

M2 : « les kinés c'est une catastrophe, on est en gros sur une centaine de patients sur liste d'attente sur tous les cabinets. »

M6 : « Le seul bémol, c'est la liste d'attente des kinés, parce qu'ils sont overbookés. »

M7 : « les listes d'attentes des kinés qui sont très longues, ils sont débordés, avec 2-3 semaines d'attentes. »

3.2.2. Délai de prise en charge et demande grandissante de la part des patients

La plupart des généralistes interrogés déploraient un allongement du délai de consultations spécialisées. La disponibilité des médecins spécialistes n'était pas remise en question sur les consultations urgentes ou lors d'un suivi de patients chroniques, mais concernaient surtout les consultations à moyen terme.

M2 : « Le délai de consultation avec un gastro après un Hémo occult positif est à 4 mois, et je parle même pas de la colo. »

M5 : « si on évoque un suivi non urgent, comme adresser un patient diabétique vers un ophtalmologue, tout de suite c'est plus compliqué. Le patient va devoir aller à Caen. »

M8 : « pour un rdv en semi-urgences, qui devrait être vu par un spécialiste entre quelques jours et 3 mois, là c'est compliqué. »

M10 : « Pour ma part, on ne peut pas se permettre de faire attendre un patient plus de 6 mois pour une consultation spécialisée... »

Certains médecins interviewés relataient des retours à domicile trop précoces, plus fréquents, faute de place au sein des hôpitaux.

M9 : « On a beaucoup de refus d'hospitalisation, avec des retours à domicile souvent en catastrophe. Ça fait des allers-retours hyper traumatisants pour les patients. »

En résultait une demande de soins grandissante, les patients présentant une anxiété plus importante et pouvant exercer une pression sur les médecins généralistes.

M1 : « Parfois on se sent vraiment démuni...on se sent seul avec nos patients et leur pathologie et on est limité dans l'offre de soin alors qu'on pourrait leur apporter plus. »

M2 : « Mais y a quand même une dégradation du point de vue humain, la consommation de santé, l'agressivité des gens... »

M7 : « Certains labo nous disent aussi qu'ils voient de plus en plus d'affiches dans les cabinets, indiquant d'être respectueux/aimables avec le personnel soignant...Les patients sont de plus en plus à cran. »

A la suite de la fermeture du service de nuit des urgences de Cherbourg, les médecins généralistes de la région assuraient depuis plusieurs mois des gardes et astreintes de régulation nocturnes.

M5 : « il faut se partager des astreintes de soirées, de 19h à 22h, en cabinet, car les urgences de Cherbourg sont désormais fermées la nuit par manque de médecins urgentistes. »

M7 : « J'ai moins de temps cette année, surtout par rapport à la fermeture des urgences car je fais de la régulation de 18h à 22h, quasiment une fois par semaine. »

M9 définissait cette dégradation de prise en charge comme un « cercle vicieux » :

« En fait la pénurie médicale est globale, elle touche la médecine générale comme les autres spécialités, et c'est un cercle vicieux. »

3.2.3. Carnet d'adresses et autres moyens de gestion

Afin de diminuer les délais de prise en charge spécialisée, les médecins interrogés préféraient adresser directement leurs patients par téléphone durant les consultations.

M4 : « on appelle, on passe du temps au téléphone, mais ça permet de débloquer pas mal de situations, ça peut paraître chiant mais ça fait avancer les choses. »

M6 : « Pour prendre des rendez-vous pour mes patients, j'appelle souvent si je veux aller vite. »

M7 : « maintenant faut appeler à tous les coups. Faut trouver le temps de téléphoner au spécialiste d'astreinte, ce que je fais parfois directement en consultation quand je suis pas trop en retard. »

Plusieurs médecins avaient établi un véritable « carnet d'adresses », permettant un contact privilégié avec un nombre réduit mais satisfaisant de collègues généralistes et spécialistes aux alentours. Ils privilégiaient d'ailleurs ce mode de fonctionnement au détriment des réseaux de continuité de soins.

M4 : « J'étais persuadé que le réseau (PTA /PRADO/etc.) en place permettrait une bonne continuité de soins, malheureusement, je me suis vite rendu compte que le carnet d'adresse était le roi. Si tu connais un minimum les différents intervenants, tout va beaucoup plus vite pour tes patients. »

M5 : « Paradoxalement, je me sens beaucoup moins isolée ici qu'à Amiens avec plusieurs CHU. Des amies habitant toujours à Amiens éprouvent beaucoup plus souvent le sentiment de solitude que moi. Ici, on a accès à un vrai réseau de proximité. »

M7 : « un gastro a créé sur Doctolib un accès pour nous permettre de prendre des rendez-vous de consultations d'urgences pour nos patients. »

M10 : « Nous avons un cardiologue ainsi qu'un gynécologue dans le pôle, donc c'est déjà ça, mais pour l'accès aux autres spécialistes, c'est galère. »

Certains moyens étaient toutefois indispensables pour plusieurs médecins, comme le fait de posséder un ECG au cabinet (M2, M6, M8, M9) ou la mise en place de protocoles de soins.

M3 : « on a réalisé pas mal de projets dans le PSLA comme le développement de l'échographie, de protocoles d'IVG... »

M9 : « Là par exemple, une découverte de FA je vais la gérer, alors qu'avant quand je remplaçais, j'appelais le cardio j'avais le rdv le lendemain au plus tard. J'ai un ECG dans le cabinet, qui est informatisé. »

M3 mettait aussi en valeur la formation pédiatrique dispensée par l'Université de médecine générale de Caen, favorisant un suivi pédiatrique adapté par les médecins généralistes, dénotant avec les habitudes de patients provenant de régions plus urbaines :

« il y a de plus en plus de parisiens qui s'installent dans le coin, et qui nous demandent de les orienter vers un pédiatre pour un suivi, ça les surprend quand on leur dit qu'il n'y a pas de pédiatre en ville, et que nous, médecins généralistes, assurons le suivi des enfants. C'est aussi pour ça je pense qu'on est vraiment pas mal formé à la pédiatrie en Basse-Normandie parce qu'on sait que c'est déficitaire. »

3.3. Difficultés à trouver des remplaçants

3.3.1. Difficultés à prendre des congés

En tant que médecin, trouver des collègues pour les remplacer quelques jours était très important. De nombreux médecins interviewés se plaignaient d'un cruel manque de remplaçants ponctuels.

M1 : « mon collègue va être à la retraite, notre remplaçante régulière va le remplacer définitivement, et on va se retrouver à sec. »

M2 : « On n'a rien...que dalle, pour tout le PSLA... »

D'autres, qui avaient trouvé des remplaçants réguliers, se disaient « chanceux ».

M5 : « Deux remplaçantes sont venues se présenter au cabinet l'an dernier, car elles n'habitent pas loin. L'une d'entre elles serait peut-être intéressée pour s'installer à long terme et remplacer un de mes collègues dans un an et demi. »

M8 : « J'ai eu la chance de trouver un remplaçant à qui ça plait, et qui me dépanne pas mal, mais il vit et va rester à Caen dans le futur. A part lui, je n'ai personne. »

Ce manque de remplaçants avait un impact sur la prise de congés des médecins concernés. Ils exprimaient le besoin de prendre des congés pour leur équilibre personnel, mais décrivaient une souffrance associée à la fermeture de leur cabinet pendant leurs vacances.

M4 : « j'ai dû plusieurs fois fermer complètement le cabinet. J'en ai pleuré la première fois. Et les patients ont vite faits de nous engueuler quand on part quelques temps. »

M9 : « c'est d'ailleurs la deuxième fois que je prends des vacances sans remplaçant actuellement, et je dois fermer le cabinet pendant 7 à 15 jours...C'est horrible mais je ne vais pas tenir si je prends pas de repos, et j'ai envie d'avoir une vie aussi...Pourtant la première fois que je l'ai fait, je m'étais promis de ne jamais le refaire, car le retour est vraiment hard...Il faut réussir à caler les rendez-vous habituels des patients chroniques dans la semaine précédente ou la semaine de reprise, du coup t'es crevé. »

M6 et M7 s'étaient arrangées avec des collègues installées dans un cabinet voisin, pour partager les semaines de vacances et ainsi permettre une permanence de soins.

M6 : « le fait d'être à mi-temps permet, avec ma collègue, d'assurer la permanence de soins lorsqu'une d'entre nous par en vacances, et vice-versa. »

M7 : « J'ai réussi à trouver un partenariat avec une collègue pour se partager la semaine. »

3.3.2. Recrutement difficile, solutions limitées

Les médecins interrogés disaient utiliser les sites de remplacements ou encore les réseaux sociaux pour y poster leurs annonces, mais sans efficacité apparente.

M2 : « j'ai mis des annonces sur un site de rempla, sur Facebook, donc on considère presque que pour l'instant on n'a pas de remplaçant...Bref c'est la merde... »

M5 : « Il y a bien les groupes Facebook, mais ce n'est pas l'idéal. »

Lors des entretiens, tous les médecins estimaient qu'être un terrain de stage facilitait le fait de trouver des remplaçants.

M3 : « le fait d'être un terrain de stage de niveau 1 et de SASPAS attire les étudiants, et vu qu'ils passent de bons stages chez nous, ils reviennent pour remplacer. »

M5 : « Notre cabinet ne compte pas de maître de stage, nous n'avons donc aucun lien avec la faculté, ce qui rend plus compliqué notre recherche. »

M10 : « En dehors des internes étant déjà passés dans le pôle, ou des connaissances, c'est très compliqué de trouver des remplaçants, on a littéralement zéro réponse. »

Certains déplorait un nombre plus important de stages de médecine générale non pourvus en internes, en lien avec une augmentation du nombre de stages de gynécologie et pédiatrie, autrefois fusionnés.

M4 : « Mais y a plein de stages qui n'ont pas été pourvus récemment...surtout depuis le dédoublement des stages de gynéco/pédia dans le cursus de médecine générale. »

M9 : « En plus, j'ai pas d'interne ce semestre car ils ont doublés les stages de gynéco/pédiatrie durant l'internat de médecine générale, du coup y a beaucoup de postes de stages de médecine générale qui restent vacants... »

M2 évoquait même une accessibilité difficile à la formation de maître de stage :

« il faut beaucoup de formation, c'est chronophage, il faut se dégager du temps. De plus, si on veut par exemple accueillir et former un étudiant en SASPAS, il faut d'abord effectuer un encadrement d'étudiants en stage d'interne de médecine générale de niveau 1, pendant un certain nombre d'années, puis effectuer un stage de formation pour encadrer un SASPAS. Je comprends la formation nécessaire, mais c'est compliqué, galère... »

3.4. Proximité importante avec la patientèle

Les médecins installés dans des petites communes décrivaient une proximité souvent importante avec leur patientèle, pouvant amener à des situations assez embarrassantes.

M1 : « je me suis déjà faite arrêter dans les centres commerciaux pour avoir les résultats de la coloscopie et compagnie... »

M4 : « La proximité avec la patientèle a été réelle dès que j'ai fait mon stage dans le coin : « quand est-ce que vous vous installez », « il nous faut vraiment un médecin dans le coin ». »

M7 : « D'autant plus que j'ai toujours un peu de mal à dire non. Je ne voulais pas me retrouver débordée. »

Dans un cadre d'éducation thérapeutique, ils déclaraient avoir eu besoin de mettre des barrières avec les patients, séparant l'enceinte du cabinet de leur vie privée.

M1 : « j'ai dû mettre une barrière, car en campagne, le médecin est vite connu, et ça frappe vite à la porte. »

M6 : « Mes patients sont assez bien éduqués, ils ne me demandent pas tout et n'importe quoi en dehors du cabinet, lorsqu'ils me croisent. »

M8 : « Au pire je vais dire à quelques personnes de rappeler la secrétaire le lundi matin, gentiment, voilà. »

D'autres préféraient habiter à plusieurs kilomètres de leur lieu d'exercices, ou usaient de subterfuges pour ne pas être pris à parti dans leur vie quotidienne.

M1 : « Je ne vais pas faire mes courses à [ville], je m'éloigne plus ; ma fille ne va pas à l'école à [ville] même. »

M2 : « Je fais des drives pour éviter d'aller au supermarché, ou alors je dois mettre des lunettes de soleil...c'est triste mais c'est la réalité. »

M3 : « j'ai pas envie de croiser mes patients au Super U, ou de déposer mes enfants ,à la même crèche si c'est pour continuer à bosser en dehors des horaires du cabinet...Les 20 minutes de trajets entre le domicile et le travail sont salutaires...(rires) »

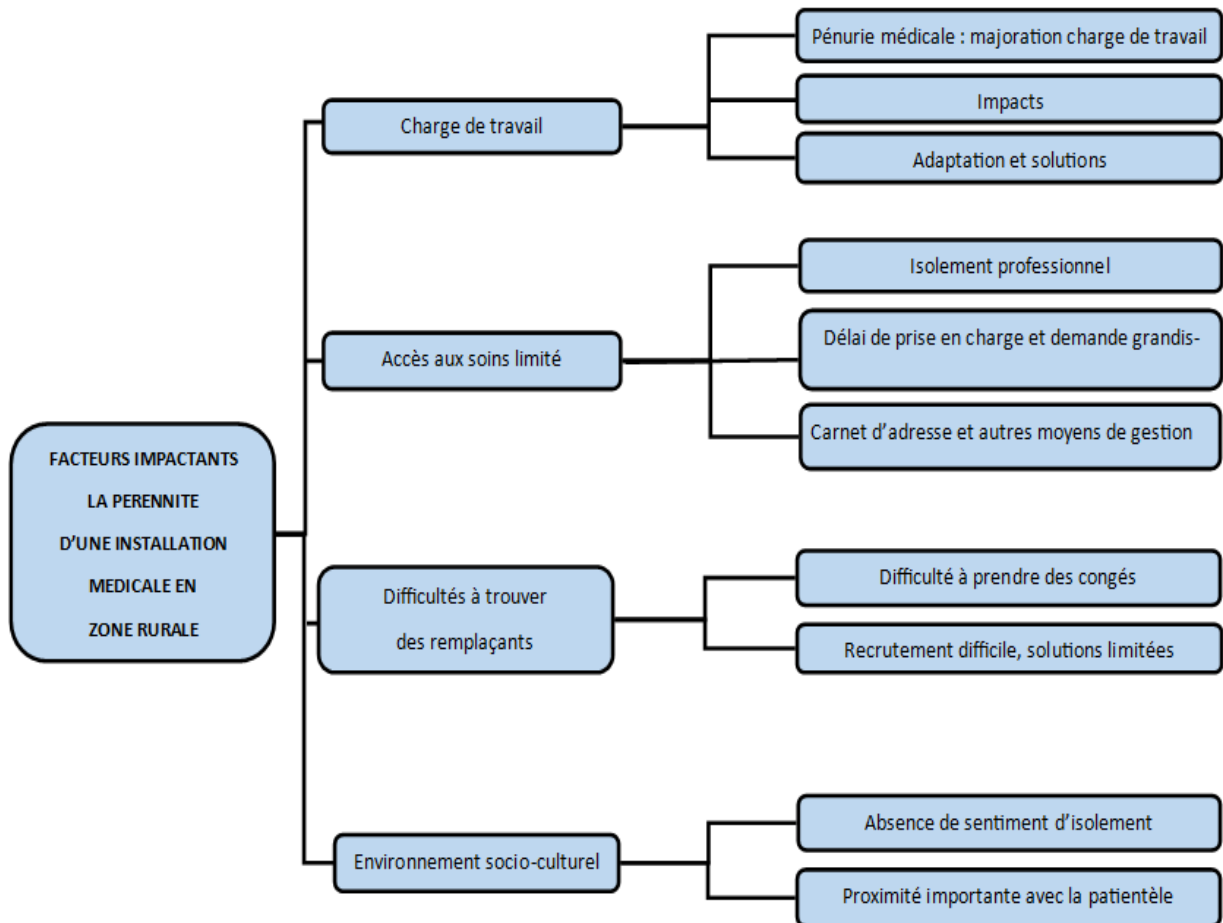


Figure 2 : Arbre thématique des facteurs impactant la pérennité d'une installation d'un médecin généraliste en zone rurale

DISCUSSION

1. Points forts de l'étude

1.1. Thème d'actualité

La pénurie médicale en zone rurale est un problème majeur de Santé Publique en France, la limitation des déserts médicaux suscite un intérêt national.

Plusieurs études, notamment des thèses, ont déjà étudié les freins et les facteurs déterminants à l'installation des médecins généralistes en zone rurale, constituant une base de données enrichissante.

L'originalité de l'étude consistait à mettre en avant la comparaison des attentes des médecins généralistes interrogés avant leur installation, avec la réalité actuelle concernant les avantages et inconvénients rencontrés dans leur pratique.

Le territoire bas-normand se compose majoritairement de zones rurales, il est donc représentatif de la pénurie médicale constatée sur le territoire français.

1.2. Type d'étude

Notre étude vise à déterminer les facteurs déterminants à l'installation de médecins généralistes en zone rurale, afin de mettre en évidence les freins et motivations propres de chacun, l'étude qualitative apparaissait la plus appropriée.

1.3. Entretiens

La durée des entretiens est très variable, allant de 26 minutes à 75 minutes. Il semble que le déroulement de ces derniers, grâce à l'enchaînement des questions, a mis à l'aise les médecins interrogés. Il a parfois fallu effectuer des relances afin de limiter un éventuel biais d'information, mais la majeure partie des facteurs déterminants a été abordée de façon naturelle, au cours d'une impression globale partagée sur un thème du questionnaire.

L'anonymat des médecins interrogés était respecté.

1.4. Puissance de l'étude

Afin d'augmenter la puissance de l'étude, et de limiter un biais d'interprétation, une double lecture partielle (5 entretiens sur 10) a été réalisée, ainsi qu'une triangulation des données.

2. Faiblesses de l'étude

2.1. Accessibilité parfois difficile des participants à l'étude

Les médecins étaient contactés par voie téléphonique à leur cabinet, en passant par leur secrétariat, ou par mail. Plusieurs relances ont été nécessaires afin d'obtenir des réponses et des participations, malgré la présentation du sujet ainsi que l'annonce de la durée prévisionnelle de l'entretien.

2.2. Biais d'investigation

Le manque d'expérience de l'investigateur pour mener des entretiens semi-dirigés a pu en limiter l'approfondissement. Toutefois, une analyse des données recueillies était réalisée tous les 3 entretiens, permettant d'adapter progressivement le contenu du guide d'entretien.

La méthode de recueil des données a été réalisée majoritairement par voie téléphonique, pouvant constituer un biais d'investigation par perte d'éléments non verbaux.

La saturation des données a rapidement été atteinte.

2.3. Biais de mémorisation

Le questionnaire portait sur les impressions actuelles de chaque médecin, mais aussi sur les impressions qu'ils avaient avant leur installation. Un écart de quelques années peut engendrer une difficulté de mémorisation de certains souvenirs.

3. Discussion autour des résultats

Cette étude a pour objectif de mettre en lumière les facteurs déterminants à l'installation d'un médecin généraliste en zone rurale. Tous les participants à l'étude ont été interrogés sur leurs attentes initiales, ainsi que sur leur expérience actuelle, acquise après plusieurs années d'installation.

Bien que présentant un cheminement distinct, les médecins interrogés ont partagé des raisons communes qui les ont entraînés vers une installation en zone rurale.

3.1. Travail d'équipe et organisation adaptée

Le travail d'équipe est présenté comme un élément majeur favorisant une installation, ainsi qu'une source de soutien professionnel tout au long de la pratique. Qu'il s'agisse de confrères ou d'autres professionnels de santé, il permet notamment d'échanger sur le dossier d'un patient par le biais de réunions ou d'échanges ponctuels, mais est aussi un moyen de décharge lors d'un moment de pause.

Il est surtout une suite logique à la formation reçue par la plupart des étudiants en médecine, à savoir hospitalière, au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Concernant les médecins interrogés, ceux travaillant en équipe ne se voyaient pas exercer autrement, et ceux étant seuls dans un cabinet espéraient l'arrivée d'un collègue, ou travaillaient avec un assistant médical.

Selon le DREES, depuis 2019, 81% des médecins de moins de 50 ans exercent en groupe. [11]

	MSP/PSLA en 2017 [12]
Calvados	25
Manche	27
Orne	9

Tableau 4 : Nombre de MSP et PSLA dans le secteur bas-normand en 2017

Une organisation adaptée du lieu de travail semble être aussi très importante et s'accompagne d'un sentiment de bien-être.

Un secrétariat compétent et aimable joue un rôle social non négligeable auprès des patients, et participe à la continuité de la prise en charge de ces derniers. Il permet aussi de filtrer les demandes lors de journées chargées. [13]

Une bonne entente et une confiance mutuelle entre collègues offre un soutien de poids en ce qui concerne la prise en charge de dossiers compliqués. Cela permet aussi d'offrir une permanence de soins lors de congés, et la possibilité de pouvoir adapter ses horaires concernant les visites à domicile tout comme de prendre un jour de repos dans la semaine.

Un travail de thèse de 2019 [14] dresse le profil type du praticien s'installant en Charente depuis 2015. Il montre que le professionnel privilégiera une bonne entente ainsi qu'un projet professionnel commun, et qu'il exercera en cabinet de groupe.

3.2. Découverte de la pratique

Le métier de médecin généraliste se découvre d'abord chez son propre médecin, puis lors de la formation au travers des stages et ensuite au cours de remplacements, ce qui permet d'affiner progressivement les préférences de chaque étudiant quant à sa pratique.

Les stages de médecine générale effectués en tant qu'externe permettent la découverte d'un mode de travail différent de celui dispensé en structure hospitalière. Ils éveillent la curiosité de l'étudiant par une observation de deux mois, et offrent un bagage professionnel supplémentaire, nécessaire lors du choix de spécialité effectué lors du concours de l'internat. Malgré l'obligation, depuis 2014, d'effectuer un stage de médecine générale dans le cursus du deuxième cycle des études de médecine, certaines facultés, dont celles de Caen, présentaient il y a encore quelques années, des difficultés d'assurer ces stages par manque de maîtres de stage universitaire.

La formation de médecine générale du deuxième cycle s'effectue majoritairement lors de stages, il apparaît donc difficile pour un étudiant de spontanément choisir cette spécialité s'il n'a jamais expérimenté cette discipline lors de son externat.

Durant l'internat de médecine générale, la maquette du DES rend obligatoire le stage ambulatoire de niveau 1 en cabinet de médecine générale. Ce stage permet à l'étudiant de prendre une part active lors des consultations, avec un objectif d'autonomisation progressive. Il acquiert ainsi de l'expérience dans la relation avec les patients, apprend à évoluer dans une structure dotée d'un plateau technique réduit par rapport à celui d'un centre hospitalier universitaire.

Le stage ambulatoire de niveau 2, aussi appelé stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) met l'étudiant en conditions réelles de son futur métier. Il effectue seul les consultations, avec possibilité de demander de l'aide à son maître de stage universitaire. Ce semestre est présenté comme indispensable pour tout médecin généraliste voulant avoir une activité ambulatoire dans le futur, il est accessible seulement en 3ème année.

Une thèse de 2013 [6] rapportait que l'hospitalo-centrisme de la formation était un frein à l'installation en zone rurale. Des mesures ont été prises, rendant obligatoires les deux stages ambulatoires lors de l'internat de médecine générale. Cependant, lors de nos entretiens, plusieurs médecins déploraient un nombre important de stages ambulatoires de niveau 2 non pourvus, notamment en rapport avec le dédoublement des stages de gynécologie et pédiatrie, qui étaient autrefois couplés.

Notre étude met en évidence l'importance des remplacements lors du choix du lieu d'installation. En effet, la plupart des médecins interrogés ont effectué des remplacements dans plusieurs zones de la région, et se sont installés dans des structures dans lesquelles ils avaient déjà réalisé des remplacements. Ces derniers permettent d'affiner les choix du futur médecin installé, concernant le mode d'exercice ainsi que ses préférences quant au fonctionnement du cabinet.

D'après une thèse de 2006 [15], 43% des installations avaient lieu dans un cabinet médical connu lors de remplacements.

3.3. Pratique globale

Le déterminant principal d'une activité en zone rurale est défini par la relation du médecin généraliste avec ses patients. Notre étude montre un contact privilégié entre le professionnel de santé et ses patients, enrichissant leur consultation et rendant attrayant cet exercice. Le statut du médecin est considéré comme faisant partie de la sphère privée.

On remarque l'impact d'un accueil bienveillant effectué par une population lors de l'installation d'un médecin généraliste. Les médecins interrogés rapportent d'ailleurs un sentiment d'aisance, rassurant, l'emportant sur le stress lié à toute installation. Ils mettent d'ailleurs en avant cette confiance accordée par leur patientèle, s'insérant dans un exercice de « médecin de famille ».

Cette relation avec la patientèle représente non seulement un facteur déterminant à l'installation d'un médecin, mais aussi un facteur impactant sa pérennité. Tout d'abord considérée comme un moyen pour la population d'attirer un médecin dans leur ville, les généralistes interrogés au cours de cette étude témoignent avoir sous-estimé la continuité de cette bonne entente avec leur patientèle. Il paraîtrait intéressant d'évaluer par d'autres travaux l'influence directe du rapport à la patientèle sur la durée d'installation d'un médecin en zone rurale. Interroger des praticiens ayant arrêté ou déménagé leur activité ou encore des médecins à diplôme étranger pourrait aussi être intéressant afin d'étudier les déterminants de l'installation ou du départ et le rôle du lien avec la patientèle.

La pratique de médecin généraliste en zone rurale est aussi associée à une diversité d'actes, tantôt due à une patientèle éclectique en profils et en demandes, mais aussi par un plateau technique environnant amoindri par rapport à une structure hospitalière. La pénurie de spécialiste en zone rurale participe aussi à rendre la pratique de la médecine générale plus vaste, elle est décrite ici comme un inconvénient mais aussi un avantage.

Un inconvénient premièrement car elle représente une plus grande difficulté de prise de rendez-vous, de suivi du patient sur une moyenne échéance, ainsi qu'une attente prolongée pour une consultation spécialisée.

Il semble que la solution la plus efficace pour pallier la difficulté d'accès à un suivi médical spécialisé passe par le biais de réseaux informels et d'un carnet d'adresse qui s'étoffe progressivement, d'autant plus si le médecin a remplacé ou a effectué des stages dans la région.

Mais c'est aussi un avantage par la nécessité d'élargir son champ d'action, de pousser soi-même les explorations, renforçant l'attrait pour la pratique de la médecine générale.

Les visites à domicile ont le plus souvent lieu sur le temps du midi, à cheval avec la pause déjeuner. Elles rythment une partie des journées des médecins généralistes interrogés lors de notre étude, et sont un moyen de découvrir l'environnement de leurs patients. Elles offrent un intérêt dans la compréhension de certains modes de vie, et permettent d'apprécier les difficultés de la vie quotidienne des patients.

Pourtant, elles sont les premières impactées par la surcharge de travail des médecins généralistes, les professionnels de santé imaginant peu effectuer des visites avec un délai plus court que celui d'une consultation au cabinet.

Une thèse de 2020 [16] montre qu'une majorité des médecins juge que la visite à domicile doit continuer de faire partie de leur pratique dans les prochaines années, mais que le côté chronophage rend de plus en plus difficile cet exercice.

3.4. Déterminants personnels

Le cadre de vie en zone rurale est décrit comme agréable, faisant partie intégrante de l'épanouissement personnel des médecins interrogés. On relate un désir de vivre en « campagne », une habitation avec du terrain, ainsi qu'une absence de variabilité du temps de trajet entre le domicile et le lieu de travail.

La ruralité ne bénéficie pas de définition stricte, et peut sembler obscure pour les personnes n'y ayant jamais vécu.

Les médecins originaires d'une zone rurale ont tendance à retourner y vivre, accordant par la suite leur pratique à leur mode de vie. Ceux venant d'une zone plutôt urbaine témoignaient d'un désir de tranquillité, ils expliquaient s'y être installés pour se rapprocher d'attaches affectives ou en rapport avec de bons souvenirs de vacances passées en zone rurale étant enfants.

Un travail de mémoire de 2015 [17] relate que la plupart des étudiants en médecine sont issus de familles citadines, et que les personnes n'ayant jamais vécu d'expérience en ruralité se voient difficilement s'y installer.

Le stage de médecine générale rendu obligatoire durant du deuxième cycle des études médicales est aussi un moyen de sensibiliser l'étudiant à la ruralité.

Le facteur culturel n'apparaît pas comme un déterminant majeur dans l'installation des médecins généralistes en zone rurale. Il est bien entendu important pour tout médecin interrogé d'habiter dans une zone permettant à son conjoint de travailler, et d'avoir une structure scolaire pour ses enfants. Le fil des entretiens réalisé met aussi en évidence l'utilisation du champ lexical de la séduction. Il est relaté que des collectivités locales peuvent faciliter l'accès à un local pour une installation ou développer un pôle de santé, mais aussi participer au développement de structures culturelles. Ils représentent des arguments importants pour rendre attrayant un lieu d'exercice et de vie, au même titre qu'un accueil chaleureux de la part de la population.

3.5. Aides incitatives à l'installation en zone rurale

Les aides incitatives à l'installation en zone rurale sont nombreuses, diverses, et majoritairement financières. Ces aides ont pour but premier de réduire l'investissement économique lié à l'ouverture et la mise en place d'un cabinet médical.

Dans une enquête de 2019 [18] sur les déterminants à l'installation, le Conseil National de l'Ordre des Médecins indique que 59 % des internes et 43 % des remplaçants redoutent le coût financier d'une installation.

La population de notre étude comportait exclusivement des médecins installés depuis moins de 10 ans, bénéficiant d'une sensibilisation accrue aux aides à l'installation. Chaque médecin considérait ces aides amplement suffisantes, mais ne les présentait pas comme déterminantes à l'installation. Cette impression est retrouvée dans l'enquête de 2019 [9], dans laquelle 48 % des internes et 47 % des remplaçants considèrent ces aides comme peu ou partiellement déterminantes.

Il est cependant intéressant de souligner que les médecins rencontrant des difficultés pour bénéficier de ces aides éprouvent un sentiment de déception, notamment lorsque ces dernières leur étaient présentées comme acquises, allant parfois jusqu'à remettre en question leur installation.

Les médecins interrogés durant notre étude sont forces de propositions pour favoriser et pérenniser la pratique en milieu rural.

La plus récurrente réside dans le fait de favoriser la découverte précoce de la médecine rurale lors des études de médecine, par le biais de stages ambulatoires. La multiplication des terrains de stages par un encadrement facilité des maîtres de stages universitaires, tout comme la systématisation d'un logement réservé aux stagiaires pourrait faciliter l'accès des étudiants à la ruralité.

Le renforcement du plateau technique alentour est aussi un axe proposé par plusieurs médecins. L'aide aux hôpitaux afin de limiter la fermeture de services, mais aussi des aides incitatives pour les médecins spécialistes s'installant en zone rurale, permettraient une attractivité professionnelle locale, ainsi qu'une continuité des soins plus pérenne.

Enfin, la charge et la pénibilité du travail touche aussi les médecins installés depuis plusieurs années, ces derniers pouvant éprouver une lassitude liée aux conditions de travail, et à la pénurie médicale en zone rurale. Certains jeunes médecins évoquent donc l'accès à des aides récompensant la longévité, permettant au moins la reconnaissance de leur travail.

CONCLUSION

L'accessibilité aux soins est un problème majeur de Santé Publique depuis plusieurs années en France, notamment en zones rurales. Concernant une proportion non négligeable de la population française, la ruralité souffre d'un nombre d'installations de médecins généralistes insuffisant pour compenser les départs en retraite.

Notre étude, menée auprès de médecins généralistes installés en zone rurale depuis moins de 10 ans dans les départements du Calvados, la Manche et l'Orne, a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs déterminants à l'installation.

Une organisation adaptée du lieu de travail est primordiale. Elle s'articule autour d'une liberté d'organisation de l'agenda, d'un secrétariat aimable et compétent, ainsi qu'une bonne entente entre collègues.

Les médecins généralistes souhaitant exercer en zone rurale ont tendance à s'orienter vers le travail d'équipe, prolongeant le fait d'évoluer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle lors de leur formation étudiante.

Ces deux composantes sont directement associées à la sensation de « bien-être au travail ».

La découverte de la pratique médicale en milieu rural est considérée comme indispensable à tout étudiant, au travers de stages universitaires ambulatoires. Elle permet une sensibilisation à un mode de pratique singulier, et doit pouvoir être proposée à tout étudiant avant le choix de spécialité du concours de l'internat.

Les remplacements sont une source d'expérience supplémentaire afin d'affiner la pratique de chaque futur médecin installé, mais aussi pour s'orienter vers une organisation du cabinet à sa convenance.

La pratique globale de la médecine générale est un déterminant majeur de l'installation des médecins interrogés. Prodiguer des soins somatiques comme psychologiques, effectuer des actes diversifiés, réserver des créneaux de visites à domiciles, ces différentes composantes renforcent la richesse du métier, et dynamisent l'activité professionnelle.

L'accueil bienveillant de la patientèle est relaté lors de chaque entretien. Une relation privilégiée, de confiance, est ainsi rapidement établie entre le médecin et ses patients. L'étiquette de « médecin de famille » est attractive pour le futur médecin, mais est aussi un facteur impactant la pérennité de l'installation de ce dernier.

L'origine géographique joue un rôle majeur dans l'installation. Les médecins généralistes s'installant en zone rurale sont pour la plupart originaire de la même région, ou, à minima, y associent des souvenirs agréables vécus durant l'enfance. Il est indispensable de pouvoir construire une vie de famille, signifiant une accessibilité au travail pour le conjoint, ainsi qu'une structure scolaire pour les enfants.

Les aides incitatives mises en place pour l'installation apparaissent en revanche peu déterminantes. L'apport financier est jugé important, suffisant, mais loin d'être une réponse convenable pour lutter contre la pénurie médicale. Des propositions d'optimisation de l'enveloppe globale allouée à ces aides sont effectuées par les médecins interrogés, et il semblerait intéressant d'approfondir ces alternatives lors de travaux futurs.

L'installation d'un médecin généraliste est un évènement phare de la carrière professionnelle, il est donc bénéfique d'étudier les facteurs à prendre en compte afin de promouvoir la venue de médecins en zones sous dotées. Toutefois, une majorité de médecins s'installant en zone rurale souhaitent que leur exercice soit durable dans le temps et l'espace. C'est pourquoi nous avons choisi de traiter les facteurs pouvant impacter la pérennité d'une installation médicale en partie annexe des résultats. Ils pourraient constituer une base intéressante pour d'autres études portant sur les façons d'assurer la durabilité de l'exercice des médecins généralistes installés en zone rurale.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Insee. (page consultée le 02/12/2021). La grille communale de densité, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/information/2114627>
- [2] Insee. (page consultée le 02/12/2021). Découpage communal : tables d'appartenance géographique des communes et tables de passage, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/information/2028028>
- [3] D'Alessandro C., Levy D. et Regnier T., 2021, « Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations », La France et ses territoires, coll. Insee Références, p. 61-72.
- [4] Ministère de l'Economie, des Finances et de la Relance – Loi N°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Disponible sur internet : <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/zone-revitalisation-rurale-zrr-avantages-impots>
- [5] Atlas de la Démographie Médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2021 – Dr. Patrick BOUET, Président. Sous la direction du Dr. Jean-François GERARD-VARET, Président de la Commission des Etudes Statistiques et de l'Atlas – Conseil National de l'Ordre des Médecins
- [6] Clémence Arnaud, Pierre Thiron. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. Médecine humaine et pathologie. 2013. ffdumas-00904065
- [7] Décret du 22 décembre 2020 sur l'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Disponible sur internet : <https://www.ameli.fr/calvados/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
- [8] Loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 – Contrat d'Engagement de Service Public. Disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
- [9] Loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2020. Disponible sur internet : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/contrat-de-debut-dexercice-une-nouveaute-pour-faciliter-linstallation-des-jeunes-medecins>
- [10] Conseil Départemental de l'Orne – Centre départemental de santé. Disponible sur internet : <https://www.orne.fr/services/sante/centre-departemental-de-sante>
- [11] Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (page consultée le 09/09/2021). [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>

- [12] URML Normandie. (page consultée le 09/09/2021). Pôle de santé libéral et ambulatoire, [en ligne]. <https://www.urml-normandie.org/en-action/psla-pole-sante-liberal-ambulatoire/>
- [13] De Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes : étude qualitative auprès des secrétaires [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Université de Poitiers ; 2018.
- [14] Pauly C. Etude des facteurs décisionnels déterminants ayant conduit à des installations en médecine générale ambulatoire en Charente depuis 2015. Enquête et perspectives. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Université de Poitiers ; 2019.
- [15] Poisson Rubi S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Université de Poitiers ; 2006.
- [16] Pourret R. Analyse des freins à la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes français. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Université de Toulouse III ; 2020.
- [17] Pruvost A. La problématique de l'accès au médecin généraliste. Etat des lieux et pistes d'action en Champagne-Ardenne. [Diplôme d'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale]. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ; 2015.
- [18] Enquête sur les déterminants à l'installation (page consultée le 12/01/2022). Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>

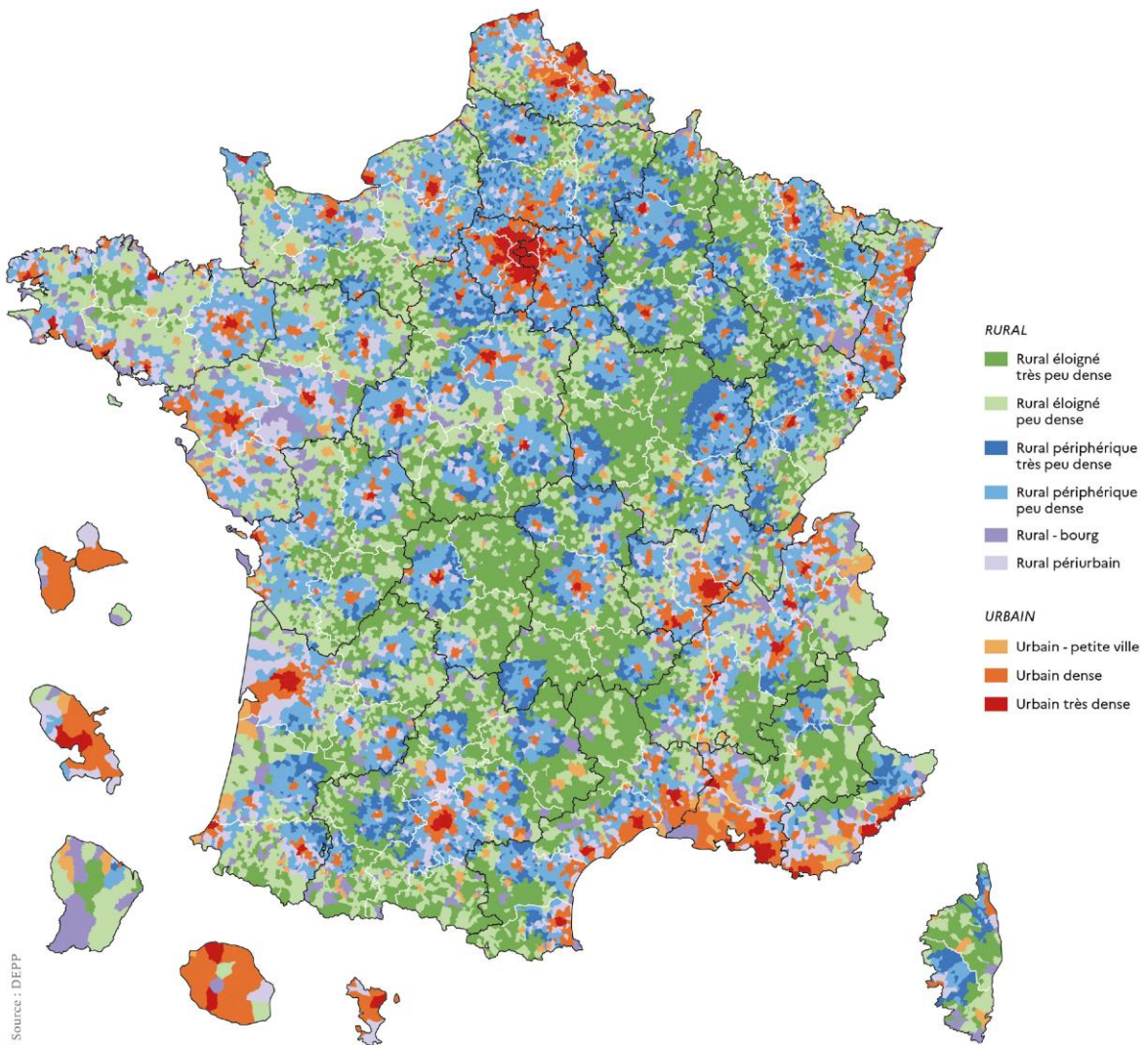
ANNEXES

Annexe 1 : Construction de la nouvelle version de la typologie des communes rurales et urbaines (2021) – Education.gouv.fr

Critère morphologique 1	Critère morphologique 2	Critère fonctionnel	Critère morphologique 3	
Grille de densité	Type de commune (ZUU)	Dans une aire de plus de 50 000 habitants (ZAAV)	Grille de densité	Intitulé 2021
Peu ou très peu dense / Rurale	Hors unité urbaine	non	Très peu dense	Rural éloigné très peu dense
			Peu dense	Rural éloigné peu dense
		oui	Très peu dense	Rural périphérique très peu dense
			Peu dense	Rural périphérique peu dense
	En unité urbaine	non	Très peu ou peu dense	Rural-bourg
		oui	Très peu ou peu dense	Rural périurbain
Densité intermédiaire ou densément peuplée / Urbaine	Hors unité urbaine ou en unité urbaine	non	Densité intermédiaire ou densément peuplée	Urbain-petite ville
		oui	Densité intermédiaire	Urbain dense
			Densément peuplée	Urbain très dense

ZUU : zonage en unités urbaines. ZAAV : zonage en aires d'attraction des villes.
 En gras, les intitulés de types de communes qui sont modifiés dans la version de la typologie 2021.

Annexe 2 - La typologie des communes rurales et urbaines 2021 – education.gouv.fr



Annexe 3 : Synthèse des conditions d'attribution des aides conventionnelles par l'Assurance Maladie

Convention Assurance Maladie du 25 août 2016

Arrêté relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin en Normandie en application de l'article L 1434-4 du Code de la Santé Publique







Zone éligible	Objectifs contrat	Critères	Engagement médecin	Durée	Montant annuel
CAIM Contrat type régional d'Aide à l'Installation des Médecins dans les zones sous-dotées					
L1434-4 CSP ou L1434-7 al 5 CSP Zone d'Intervention Prioritaire	Favoriser l'installation et maintenir les médecins dans les zones éligibles par attribution d'une aide forfaitaire	<ul style="list-style-type: none"> - S'installer en libéral dans une zone éligible, - Être conventionné tarifs opposables ou différents, - Exercer en groupe ou équipe quelle que soit sa forme MSP/PSLA, ESP, CPTS dans un délai de deux ans à compter de la signature du contrat, - Participer à la PDSA, Exercer au moins deux jours et demi par semaine dans la zone 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer 5 ans consécutifs dans la zone, - Exercer au moins deux jours et demi par semaine dans la zone. <p><u>Engagement optionnel :</u> Exercer une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité</p>	5 ans non renouvelable	50 000 € pour 4 jours par semaine, 31 250 € pour 2 jours et demi par semaine, 37 500 € pour 3 jours par semaine, 43 750 € pour 3 jours et demi par semaine 50 % à la signature du contrat et 50 % au 1 ^{er} anniversaire <u>Engagement optionnel :</u> 2 500 € <u>Modulation ARS :</u> 20 % du montant total dans 20 % des zones définies
COSCOM Contrat type régional de Stabilisation et de Coordination Médecin pour les médecins installés dans les zones sous-dotées					
L1434-4 CSP ou L1434-7 al 5 CSP Zone d'Intervention Prioritaire	Valoriser la pratique des médecins exerçants dans les zones éligibles par l'attribution d'une aide forfaitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Être installé en libéral dans une zone éligible, - Être conventionné tarifs opposables ou différents, - Exercer en groupe ou équipe quelle que soit sa forme MSP/PSLA, ESP, CPTS 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer dans la zone pendant une durée de 3 ans minimum, - Exercer en groupe ou équipe quelle que soit sa forme MSP/PSLA, ESP, CPTS <p><u>Engagements optionnels :</u> - Exercer une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité</p> <p>Exercer les fonctions de maître de stage</p>	3 ans renouvelable par tacite reconduction	5 000 € par an <u>Engagements optionnels :</u> Hôpitaux de proximité : 1 250 € Maître de stage : 300 € par mois par stagiaire Ces versements sont calculés au terme de l'année civile et versés au second semestre de l'année suivante <u>Modulation ARS :</u> 20 % du montant total dans 20 % des zones définies
CSTM Contrat type national de Solidarité Territoriale Médecin en faveur des médecins s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones sous-dotées					
Zones ne relevant pas des L1434-4 CSP ou L1434-7 al 5 CSP	Consacrer une partie de son activité libérale dans les territoires classés en zones L1434-4 ou L1434-4 al 5	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas être installé en zones précitées, - Avoir une activité libérale conventionnée, <p>Réaliser au moins 10 jours d'activité dans zones considérées,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer en zone précitées au moins 10 jours par mois, <p>Utiliser le numéro de facturation spécial fourni par la CPAM</p>	3 ans renouvelable par tacite reconduction	10 % des honoraires dans la limite du plafond de 20 000 € par an Ces versements sont calculés au terme de l'année civile et versés au second semestre de l'année suivante <u>Modulation ARS :</u> 20 % du montant total
COTRAM Contrat Type Régional de Transition pour les Médecins					
L1434-4 CSP ou L1434-7 al 5 CSP Zone d'Intervention Prioritaire	Soutenir les médecins installés en zone L1434-7 ou L1434-4 al 5 CSP dans la préparation de cessation d'exercice et d'accompagnement du médecin nouvellement installé dans son cabinet	<ul style="list-style-type: none"> - Être installé en libéral dans une zone éligible, - Être conventionné tarifs opposables ou différents, - Être âgé de 60 ans ou plus, <p>Accueillir un médecin qui s'installe</p>	Accompagner son confrère nouvellement installé pendant 3 ans	3 ans renouvelable une fois	10 % des honoraires dans la limite du plafond de 20 000 € par an Ces versements sont calculés au terme de l'année civile et versés au second semestre de l'année suivante <u>Modulation ARS :</u> 20 % du montant total dans 20 % des zones définies








Annexe 4 : Synthèse des conditions d'attribution des aides par l'ARS

Arrêté relatif à la détermination des zones éligibles et aux conditions d'attribution des aides individuelles régionales financées sur le FIR (Fonds d'Intervention Régional) pour le maintien et l'installation des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe pluriprofessionnel et coordonné

Zone éligible	Objectifs contrat	Critères	Engagement médecin	Durée	Montant annuel
Contrat d'aide à l'installation des médecins généralistes dans les zones éligibles au FIR					
ZAC avec FIR	Favoriser l'installation et maintenir les médecins généralistes dans les zones éligibles par attribution d'une aide forfaitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Être médecin généraliste - S'installer en libéral dans une zone éligible, - Être conventionné tarifs opposables ou différents, - Exerçant en groupe ou équipe quelle que soit sa forme MSP/PSLA, ESP, CPTS avec projet de santé - Participer à la PDSA Exercer au minimum 2 jours et demi par semaine dans la zone,	<ul style="list-style-type: none"> - Exerçant en groupe ou équipe quelle que soit sa forme MSP/PSLA, ESP, CPTS avec projet de santé, - Exerçant dans la zone pendant 5 ans, - Exerçant au minimum 2 jours et demi par semaine dans la zone, Participer à la PDSA	5 ans sans renouvellement	50 000 € pour 4 jours par semaine, 31 250 € pour 2 jours et demi par semaine, 37 500 € pour 3 jours par semaine, 43 750 € pour 3 jours et demi par semaine 50 % à la signature du contrat et 50 % au 1 ^{er} anniversaire
Contrat d'aide au maintien des médecins généralistes libéraux installés dans les zones éligibles au FIR					
ZAC avec FIR	Valoriser la pratique des médecins généralistes exerçants dans les zones éligibles en exercice coordonné par l'attribution d'une aide forfaitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Être médecin généraliste - S'installer en libéral dans une zone éligible, - Être conventionné tarifs opposables ou différents, Exercer en groupe ou équipe quelle que soit sa forme MSP/PSLA, ESP, CPTS avec projet de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Exerçant en groupe ou équipe quelle que soit sa forme MSP/PSLA, ESP, CPTS avec projet de santé Exercer dans la zone pendant 3 ans	3 ans sans renouvellement	5 000 € par an Ces versements sont calculés au terme de l'année civile et versés au second semestre de l'année suivante

Annexe 5 : Aides Régionales financières et non financières destinées aux étudiants et aux médecins installés

	Financier	Intitulé du Dispositif	Pour Qui ?	Qu'est-ce que cela vous apporte ?	Quelle contrepartie ?	Est-ce cumulable avec d'autres dispositifs ?	Contact et démarches
Les bourses d'étude		CESP : Contrat d'Engagement de Service Public	Tous les étudiants en médecine et odontologie. Le contrat peut être signé n'importe quelle année à partir de la 2ème année.	Allocation mensuelle de 1 200 € (imposable), à partir de la contractualisation et jusqu'à la fin des études	Installation dans une zone où la continuité des soins est identifiée comme déficitaire, pendant une durée au moins égale à celle pendant laquelle la bourse a été perçue.	Cumulable	Faculté de médecine de l'Université de Caen Dossier motivé à rendre vers le mois d'octobre (Jury)
		Bourse d'étude pour les externes (Conseil Général de la Manche)	Les externes, ayant une adresse dans le département de la Manche (adresse des parents) et selon quotient familial	Indemnité mensuelle de 300 €, non imposable, versée semestriellement	Exercer dans la Manche, une durée au moins égale à celle pendant laquelle la bourse a été perçue, avec un minimum de 5 ans.	Non cumulable	Conseil Général de la Manche Stéphanie Montgermont
		Bourse d'étude pour les internes (Conseil Général de la Manche)	Tous les internes en médecine	Indemnité mensuelle de 500 €, non imposable, versée semestriellement	Exercer dans la Manche, une durée au moins égale à celle pendant laquelle la bourse a été perçue, avec un minimum de 5 ans.	Non cumulable	Conseil Général de la Manche Stéphanie Montgermont
	Bourse d'incitation (FIR)	Internes effectuant leur stage praticien ou SASPAS dans un des 9 terrains de stages prioritaires en Basse-Normandie, réévalués tous les ans	Indemnité mensuelle de 200 € brut	Aucune	Cumulable	ARS de Basse-Normandie Isabelle BOSCHER Direction de l'offre de santé et de l'Autonomie	
Les aides financières aux stages ambulatoires		Indemnité de déplacement pour les internes	Etudiants et internes en stage ambulatoire médecine générale, à plus de 15km de leur CHU de rattachement et/ou de leur domicile	Indemnité mensuelle de 130 € brut		Non cumulable avec une autre aide au transport	CHU de rattachement
		Prime de responsabilité	Internes en SASPAS	125€ brut mensuel	Aucune	Cumulable	CHU de rattachement
		Indemnité de déplacement pour les internes	Pour les internes effectuant leur stage praticien ou SASPAS dans la Manche	Indemnité calculée de la façon suivante : 0,30 € * nb km A/R domicile/stage * 3 jours * 24 semaines plafonnée à 1 800 €	15 jours non consécutifs de remplacement auprès de praticiens de la Manche, dans les 2 ans qui suivent le versement de l'indemnité	Non cumulable	Conseil Général de la Manche Stéphanie Montgermont
		Aide Logement du Conseil Général de la Manche	Aux professionnels qui souhaitent s'installer dans la Manche	Sous réserve de disponibilité, logement gratuit (hors charges) à proximité du lieu de stage Possibilité de cumuler avec l'indemnité de déplacement, dans ce cas plafonnée à 600 €	15 jours non consécutifs de remplacement auprès de praticiens de la Manche, dans les 2 ans qui suivent le versement de l'indemnité	Non cumulable	Conseil Général de la Manche Stéphanie Montgermont
		Aide Logement du Conseil Général de l'Orne	Aux professionnels qui souhaitent s'installer dans l'Orne	Mise à disposition d'un logement pendant la durée du stage ambulatoire, financé par le Conseil Général de l'Orne, géré par l'association ALTHEA			Conseil Général de l'Orne Arnaud Rousseau ALTHEA Habitat jeunes

Financier	Intitulé du Dispositif	Pour Qui ?	Qu'est-ce que cela vous apporte ?	Quelle contrepartie ?	Est-ce cumulable avec d'autres dispositifs ?	Contact et démarches	
Les accompagnements à l'installation professionnelle et personnelle	 Colloque Médecine Libérale « Soigner aujourd'hui... Demain »	Tous les étudiants en Médecine, externes, internes, remplaçants, médecins installés, médecins retraités. Toutes spécialités confondues.	C'est la seule rencontre annuelle régionale et intergénérationnelle. Elle vous permettra d'échanger avec des médecins et futurs médecins autour de problématiques concrètes (Remplacements, Installation, Diversification d'activité, Retraite,...), dans un cadre convivial. Cette formation s'inscrit dans la partie libre du portfolio pour les TCEM1. Elle accordera 2 crédits Formation.			Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse-Normandie 7 Rue du 11 novembre 14000 CAEN Marjolaine COLLET-VÉTELÉ Tél. 02 31 34 18 11 marjolainecollet@urml-bn.org	
	 Aides à l'installation	Volet Ambulatoire du SROS PRS de l'ARS : déterminations des zones sous denses pour MG, IDE, MK, SF, CD, Ortho, PP. Aides individuelles conventionnelles Assurance Maladie	Aides à l'installation, exonérations fiscales		Exercer dans les zones sous-denses inscrites dans le volet ambulatoire du SROS PRS de l'ARS		ARS de Basse-Normandie Hélène GUICHET Direction de l'offre de santé et de l'Autonomie Tél. 02 31 70 95 55 helene.guichet@ars.sante.fr et correspondant Assurance Maladie
		PTMG (Praticien Territorial de Médecine Générale)	Mesure issue du Pacte Territoire Santé présenté en décembre 2012 par Marisol Touraine. Médecins installés depuis moins d'un an ou qui s'installent, conventionnés secteur 1	Complément de revenus pour atteindre 6900€ brut mensuel pendant 1 an, renouvelable 1 an. Versement de 3105€ brut mensuel pendant un congé maternité. Versement d'un complément de rémunération de 1 552,50€ brut mensuel pendant les trois premiers mois d'un arrêt maladie.	Installation en Zones d'interventions Prioritaires (ZIP)		ARS de Basse-Normandie Hélène GUICHET Direction de l'offre de santé et de l'Autonomie Tél. 02 31 70 95 55 helene.guichet@ars.sante.fr et correspondant Assurance Maladie
	 Accompagnement de la famille	Aux professionnels qui souhaitent s'installer dans la Manche	- liste des disponibilités de cabinets libéraux et/ou recensement d'offres salariées - aide à la recherche d'emploi pour le conjoint - appui aux démarches d'installation de la famille (écoles, logement...)	Avoir envie d'exercer dans la Manche (en libéral ou en salarié, généraliste ou spécialiste)		Conseil Général de la Manche Stéphanie Montgermont Tél. 02 33 05 97 44 stephanie.montgermont@manche.fr	
	 Accompagnement de la famille	Aux professionnels qui souhaitent s'installer dans l'Orne	Accompagnement personnalisé des futurs professionnels de santé en lien avec les collectivités locales (aide à la recherche d'emploi pour le conjoint, aides aux démarches d'installation de la famille (écoles, logement...))	Avoir envie d'exercer dans l'Orne		Conseil Général de l'Orne Arnaud ROUSSEAU Tél. 02 33 81 61 75 rousseau.arnaud@cg61.fr	
	 PSLA : Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires	Politique Partenariale Régionale BN de déploiement des PSLA en Basse-Normandie.					Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse-Normandie 7 Rue du 11 novembre 14000 CAEN Marjolaine COLLET-VÉTELÉ Tél. 02 31 34 18 11 marjolainecollet@urml-bn.org
Aides diverses	 Co-financement d'un poste de Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale	Internes de médecine générale en particulier	Possibilité de s'inscrire dans une carrière universitaire, d'effectuer des actions de recherche, tout en ayant une activité de médecin généraliste à mi-temps (dans un PSLA)			Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse-Normandie Marjolaine COLLET-VÉTELÉ Tél. 02 31 34 18 11 marjolainecollet@urml-bn.org	
	 Aide technique pour l'envoi de questionnaires de thèse par emailing aux médecins libéraux de la région Basse-Normandie	Internes de médecine générale en particulier	Aide technique par envoi de mails à un importante base de données de médecins, quelle que soit leur spécialité Possibilité de cibler les envois, d'effectuer un tirage au sort au sein de la base de données mail si besoin	Envoi après accord du DUMG de la Faculté de Médecine de Caen			Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse-Normandie Laurence BURNOUF Tél. 02 31 34 18 12 info@urml-bn.org

Annexe 6 : Canevas d'entretien

Bonjour, je m'appelle Guillaume ESNAULT, je suis médecin généraliste remplaçant depuis 3 ans dans le territoire bas-normand. Tout d'abord je vous remercie de bien vouloir participer à cet entretien dans le cadre de mon travail de thèse portant sur les facteurs déterminants à l'installation d'un médecin généraliste en zone rurale. Cet entretien, si vous êtes d'accord, sera enregistré via mon dictaphone. Votre anonymat sera respecté.

1 / IDENTITE

Pour commencer, pouvez-vous me donner votre âge, votre ville de résidence ?

Quels sont vos ville et département d'origine ?

Très bien, maintenant j'aurai besoin de connaître la localisation de votre cabinet, ainsi que l'année d'installation dans ce dernier.

2 / Avant de commencer réellement cet entretien, j'aimerais connaître votre DEFINITION DE LA RURALITE.

3 / PROJET D'INSTALLATION

⇒ Comment avez-vous découvert la pratique en milieu rural

Relances : Stages, médecin généraliste durant l'enfance, famille, opportunité, choix personnel d'emblée

⇒ A partir de quel moment avez-vous su que vous vouliez vous installer en milieu rural ?

⇒ Était-ce un choix purement professionnel ? Ou ce sont plutôt des éléments personnels qui ont joué ?

⇒ Étiez-vous en couple avant l'installation ? Aviez-vous des enfants ?

⇒ Concernant l'installation, avez-vous débuté par une période de remplacement ? Si vous travaillez dans une maison médicale, votre installation a-t-elle été influencée par l'entente avec vos collègues ?

⇒ Aviez-vous des craintes concernant l'installation, des projections d'avantages et d'inconvénients concernant ce mode de vie ?

4/ UNE FOIS INSTALLE(E)

a/ Question ouverte : J'aimerais connaître votre constat concernant les avantages de la pratique en milieu rural

Relances :

- ⇒ Intrinsèques à la patientèle ?
- ⇒ Vie personnelle
- ⇒ Niveau et qualité de vie (loisirs, moins de stress)
- ⇒ Attrait pour les visites à domicile
- ⇒ Lieu/Environnement

b/ Question ouverte : Maintenant, passons aux inconvénients

Relances :

- ⇒ Isolement ?
- ⇒ Accès aux soins (Structure hospitalière/Specialistes/Paramédicaux/Structures annexes...)
- ⇒ Charge de travail ?
- ⇒ Difficulté à trouver des remplaçants ?
- ⇒ Visites à domiciles (choix selon la pratique)
- ⇒ Proximité trop importante avec la patientèle en lien avec la taille de la ville

c/ Conforme aux attentes ?

- ⇒ Votre exercice actuel vous apparaît-il conforme avec les attentes que vous aviez étant étudiant ?

5 / AIDES DISPONIBLES

- ⇒ Quelles aides disponibles à l'installation en zone rurale connaissez-vous ?
- ⇒ Durant vos études, avez-vous été sensibilisé aux aides ?
- ⇒ Avez-vous bénéficié d'aides à l'installation ?
- ⇒ Avez-vous réalisé une période de collaboration ?
- ⇒ Estimez-vous ces aides suffisantes ?

6/ BILAN

- ⇒ Pouvez-vous effectuer un léger bilan de satisfaction, et s'il y a, de regrets quant à ce choix de vie ?
- ⇒ Estimez-vous que des modifications sont nécessaires ?

L'entretien est terminé, avec-vous quelque chose à ajouter ?

Merci beaucoup pour votre temps et votre participation. Je vous transmettrai une copie de mon travail de thèse par mail.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

**A faire signer ici par votre Président de Thèse avant de nous remettre le 1^{er}
exemplaire unique 3 semaines + 3 jours avant la soutenance**

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2022

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : ESNAULT Guillaume

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : FACTEURS DETERMINANTS A L'INSTALLATION DE MEDECINS GENERALISTES EN ZONE RURALE DANS LE SECTEUR BAS-NORMAND : ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES RECEMMENT INSTALLES DANS LE CALVADOS, LA MANCHE ET L'ORNE.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : La pénurie médicale en zone rurale est un problème majeur de santé publique. Des mesures sont prises pour favoriser l'installation médicale, afin d'améliorer l'offre de soin sur tout le territoire. L'objectif de ce travail est d'étudier les facteurs déterminants à l'installation rurale de médecins généralistes dans le secteur bas-normand.

Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes par le biais d'entretiens semi-dirigés et individuels, suivis d'une analyse thématique continue et manuelle des données.

Résultats : L'analyse de 10 entretiens a mis en évidence plusieurs facteurs déterminants. L'organisation adaptée du lieu de travail et l'orientation vers un travail d'équipe étaient primordiales. La pratique globale, tant par la diversité d'actes que par la relation privilégiée avec la patientèle, représentait un déterminant majeur. La découverte du métier par le biais de stages universitaires et de remplacements paraissait indispensable de façon précoce durant les études. L'origine géographique des médecins ainsi qu'un attrait pour la vie en milieu rural impactaient directement le choix d'installation future. Les aides financières étaient considérées comme importantes, mais pas déterminantes à l'installation.

Conclusion : Les facteurs déterminants à l'installation de médecins généralistes en zone rurale sont nombreux. Il semble intéressant de multiplier les terrains de stages ambulatoires de médecine générale en milieu rural afin de permettre à tous les étudiants de découvrir cette pratique singulière et de les sensibiliser à la ruralité. Aussi, il semble nécessaire d'évaluer d'autres types d'aides pour pérenniser l'offre de soin.

MOTS-CLÉS : INSTALLATION MEDICALE – MEDECINE GENERALE – RURALITE – CALVADOS – MANCHE – ORNE - FACTEURS DETERMINANTS – ETUDE QUALITATIVE

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : DETERMINING FACTORS OF RURAL GENERAL PRACTITIONERS INSTALLATION IN LOWER NORMANDY SECTOR : QUALITATIVE STUDY AMONG RECENTLY INSTALLED GENERAL PRACTITIONERS IN CALVADOS, MANCHE AND ORNE.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction : The shortage of doctors in rural areas is a major public health issue. Measures are being taken to promote the installation of general practitioners, in order to improve the care offer throughout the territory. The objective of this work is to study the factors determining the installation of general practitioners in rural areas in the Lower Normandy region.

Method : A qualitative study was conducted with general practitioners through semi-directed and individual interviews, followed by a continuous thematic and manual data analysis.

Results : The analysis of 10 interviews revealed several key factors. The appropriate organization of the workplace and the orientation towards teamwork were essential. The global practice, both through the diversity of acts and the privileged relationships with the patient was a major determinant. Early discovery of the profession, through university internships and replacements seemed essential. The geographical origin of general practitioners as well as an interest for life in a rural environment had a direct impact on the choice of a future installation. Financial support was considered important, but not decisive for the installation.

Conclusion : There are many factors that determine the installation of general practitioners in rural areas. It seems interesting to increase the number of outpatient general medicine placements in rural areas in order to enable all the students to discover this unique practice and to make them aware of rural life. In addition, it seems necessary to evaluate other types of aids to ensure the sustainability of the care offer.

KEY WORDS : MEDICAL INSTALLATION – GENERAL PRACTICE – RURALITY – CALVADOS – MANCHE – ORNE – DETERMINING FACTORS – QUALITATIVE STUDY