Année 2022/2023 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Nicolas MICHOU

Né le 03 août 1993 à Blois (41)

TITRE

Déterminants d'installation en médecine générale :

Etude qualitative auprès de médecins généralistes remplaçants thésés du Loir-et-Cher

---

Présentée et soutenue publiquement le **29 juin 2023** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Bernard BAUDRON, Médecine Générale – Retraité, président du conseil de l'Ordre des médecins du Loir-et-Cher (41)

Directrice de thèse : Docteur Valérie MOLINA, Médecine Générale – Vineuil

Résumé :

La démographie médicale est un sujet d'actualité, en effet la répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire et les déserts médicaux, posent question.

C'est pour cette raison que nous avons souhaité étudier les déterminants d'installation, chez les remplaçants thésés en médecine générale, car ils sont les plus susceptibles de s'installer.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative, avec une méthode inspirée de la théorisation ancrée, avec analyse thématique. Pour cela, nous avons effectué des entretiens individuels semi-dirigés ciblant des médecins généralistes remplaçants thésés, exerçant ou ayant exercés dans le Loir-et-Cher.

Ces médecins relatent en majorité que les stages au cours de leurs études, ainsi que les lieux d'exercice lors des remplacements, et le réseau professionnel ont un impact positif sur leur futur lieu d'installation. D'autres leviers à l'installation ressortent : le suivi des patients, l'indépendance dans leur prise en charge. L'importance de la présence du cercle familial et amical à proximité, le choix du cadre de vie.

Ils sont contrebalancés par des freins. Les principaux sont le souci des démarches administratives en globalité, mais également la crainte de l'isolement dans certains territoires.

D'éventuelles stratégies pourraient être mises en place dans les territoires, notamment les plus déficitaires en médecins généralistes. Cela a d'ailleurs déjà fait l'objet de mesures à l'étranger mais également en France (aides financières, CESP, majoration du numérus clausus etc), cependant qui s'avèrent pour le moment, insuffisantes.

Il parait nécessaire qu'il y ait un travail collégial entre les acteurs du monde libéral, hospitalier, mais également politique, pour mettre en œuvre les moyens nécessaires afin d'augmenter l'attractivité du territoire, et notamment limiter la crainte de l'isolement qui est prédominante.

Mot clés : Déterminants à l'installation, Médecine générale, Remplaçants thésés, Freins, Leviers.

TITLE :

Determinants of installation in general practice : Qualitative study with substitute doctors with thesis in Loir-et-Cher

Abstract :

Medical demography is a hot topic, indeed the unequal distribution of general practitioners on the territory and the medical deserts, raise questions.

This is the reason why we wanted to study the determinants of installation, among substitute doctors with thesis in general medicine, because they are the most likely to settle.

We therefore carried out a qualitative study, with a method inspired by grounded theorization, with thematic analysis. To do so, we carried out semi-directed individual interviews targeting general practitioners, practicing or having practiced in the Loir-et-Cher.

Most of these doctors report that the internships during their studies, as well as the location of practice during replacements, and the professional network, have a positive impact on their future place of

installation. Other installation levers stand out: patient follow-up, independence in their care, the importance of the presence of the family circle and friends nearby, the choice of the living environment.

These are counterbalanced by brakes. The main ones are administrative procedures in general, and also the fear of isolation in certain territories.

Possible strategies could be put in place in the territories, in particular those with the greatest shortage of general practitioners. This has already been a subject of measures abroad and also in France (financial aids, public service contract, increase in the numerus clausus, etc.), which are however proving insufficient for the moment.

It seems necessary to undertake a collegial work between the liberal's world, the hospital's world, and also the political world, to implement the necessary means in order to increase the attractiveness of the territory, and in particular to limit isolation's fear which is predominant.

Key words: Installation determinants, General medicine, Substitute doctors with thesis, Brake, Lever

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

****

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE (†) - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....Cardiologie
APETOH Lionel .....Immunologie
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....Cardiologie
BAKHOS David .....Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas .....Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle .....Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien .....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....Cardiologie
BERNARD Louis .....Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....Urologie
BUCHLER Matthias.....Néphrologie
CALAIS Gilles.....Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....Anatomie
DI GUISTO Caroline .....Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....Cardiologie
FAVARD Luc.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....Thérapeutique
HANKARD Régis.....Pédiatrie
HERAULT Olivier .....Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....Physiologie
LABARTHE François .....Pédiatrie
LAFFON Marc .....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent .....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....Pneumologie
MARRET Henri .....Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....Physiologie
REMERAND Francis.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
VAILLANT Loïc.....Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien .....Soins palliatifs
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....Chirurgie infantile
BISSON Arnaud .....Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul .....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie
HOARAU Cyrille .....Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....Bactériologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....Médecine Générale
RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire.....Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
Pour l'Ecole d'Orthoptie
BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste
Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes

de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères et consœurs si j'y manque.

Remerciements :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être le président de cette thèse. D'autre part, vous m'avez permis d'aborder celle-ci d'une façon plus pédagogique avec votre ouvrage, dont je me suis servi tout au long de ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance pour votre travail, notamment au sein du DUMG de Tours.

Monsieur le Professeur Jean ROBERT,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Mais également pour votre dévouement au sein du DUMG, et notamment au cours des GEAP, auxquels j'ai pu participer et qui m'ont beaucoup apporté. Je vous souhaite pleins de belles choses pour la suite.

Monsieur le Docteur Bernard BAUDRON,

Je vous remercie grandement d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Mais je tiens surtout à vous exprimer toute ma gratitude pour l'aide précieuse que vous avez pu m'apporter dans ma recherche de certaines informations auprès du conseil de l'Ordre des médecins du Loir-et-Cher, qui m'ont été précieuses. En espérant que ce travail, vous donnera quelques éléments nouveaux pour essayer de dynamiser le Loir-et-Cher, qui est un département magnifique.

Madame la Docteur Valérie MOLINA,

Je ne saurai comment vous remercier d'avoir accepté cette lourde tâche qui était de diriger ma thèse. Ce travail qui clôture mes études de médecine, et que j'appréhendais tant. Lors des courts remplacements que j'ai effectué à votre cabinet, j'ai senti que vous étiez la bonne personne pour me guider dans ce travail. Votre gentillesse, vos conseils pertinents et votre disponibilité tout au long de nos entretiens ont permis de dédramatiser en partie ce travail. Merci pour votre envie de transmettre, et votre dévouement pour améliorer l'exercice de la médecine générale, et ce sur plusieurs fronts à la fois.

A mes parents,

Il me parait logique de commencer par vous dans ces remerciements envers les proches. Vous sans qui toutes ces études n'auraient pu se dérouler dans de telles conditions. Que ce soit votre aide pour me permettre de vivre et d'étudier dans de bonnes conditions ou bien pour les révisions au cours de mes études, et tout le reste... Le mot « MERCI » n'est bien sûr pas suffisant. J'espère vous rendre fier aujourd'hui, et j'essaierais de vous rendre la pareille.

A ma sœur, merci pour m'avoir soutenu durant ces années, que tu sois à 10 minutes ou à 6h de chez moi, tu as toujours été présente. Je ne saurais comment te remercier également. Maintenant que tu es de retour dans la région, j'ai hâte de partager pleins de beaux moments avec toi.

A ma famille, un grand merci, pour tous ces moments de joie partagés, merci à vous d'être si soudés. J'ai tellement de chance de vous avoir à mes côtés.

Une Ode à mon Am's, merci d'être à mes côtés depuis plusieurs années, de me soutenir dans mes projets, et surtout de faire partie de ces projets. Certains ont commencé, d'autres arriveront

prochainement. J'ai hâte de partager plus à tes côtés, et de poursuivre nos moments de complicité. Ce serait trop long d'écrire plus, je souhaite tout simplement te dire merci et je t'aime.

Aux ZZP, je suis tellement heureux de vous avoir rencontré au cours de ces années, vous avez participé au fait qu'elles se passent dans de bonnes conditions, et dans la rigolade. A présent on est un peu plus éloignés, mais à chaque retrouvaille, la joie et les rires ne mettent pas longtemps à arriver. J'espère que ces moments vont durer encore de nombreuses années.

A Linouch, merci d'avoir été d'un soutien indéfectible durant toutes ces années d'externat, laborieuses mais pleines de rigolade tout de même. Tant d'heures de visio, de révisions ensemble. Sans ta présence, mes études n'auraient pas été aussi « simple » à vivre.

A Pauline et LP, heureux de vous avoir rencontrés durant la seconde partie de nos études, à nos verres en terrasse, et aux bons repas à la MDH. A quand le prochain ?

A mes amis, Will, Denise, Potah, Bobby, et les autres footeux, ou gamers. Merci de m'avoir soutenu aussi durant ces années, et de m'avoir permis de me divertir lors de mes journées off.

A mes cointernes, merci de votre aide et de votre présence lors des divers stages. Un grand merci à Camille notamment, une très belle rencontre, tant sur le plan amical que professionnel.

A mes médecins, merci de m'avoir accueilli dans vos cabinets pour que je vous remplace, l'exercice y est très agréable. Et merci de m'avoir permis d'adapter mon emploi du temps en fonction des besoins pour cette thèse.

Et enfin, merci à tous les remplaçants qui ont accepté de me donner un peu de leur temps précieux pour que je puisse réaliser ces entretiens.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **p.14**

MATERIEL ET METHODES **p.17**

1- Type d'étude 18
2- Population, critères d'inclusion et d'exclusion 18
   a. Recrutement 18
   b. Critères d'inclusion et d'exclusion 18
3- Recueil des données 18
   a. Déroulement des entretiens 18
   b. Guide d'entretien 18
   c. Analyse des données 19
   d. Aspects éthiques et réglementaires 19

RESULTATS **p.20**

1- Caractéristiques sociodémographiques des participants 21
   a. Taille de l'échantillon 21
   b. Composition de l'échantillon 21
   c. Département d'origine (= domicile familial) 21
   d. Statut marital et enfant à charge 21
   e. Année de soutenance de leur thèse et souscription éventuelle à un CESP 21
2- Parcours universitaire des participants 21
3- Début du parcours post internat 21
4- Déterminants à l'installation : Leviers et freins 22
   a. Sphère personnelle **22**
      i. Lieu desservi sur le plan des transports 22
      ii. Bénéfice de la localisation géographique « centrale » en France du Loir-et-Cher 23
      iii. Possibilité d'aménager son emploi du temps de travail 23
      iv. Impact de la vie privée sur le lieu d'exercice / d'installation 24
         1. Cadre de vie et confort de vie 24
         2. Refus d'exercer dans la village / ville d'habitation ou d'origine 28
         3. Crainte de l'isolement 28
   b. Sphère professionnelle **29**
      i. Crainte de l'isolement 29
      ii. Soucis des démarches administratives 29
      iii. Suivi des patients 31
      iv. Responsabilité envers sa patientèle 32
      v. Aspect financier 33
      vi. Eléments déclencheurs à l'installation 34
         1. Remplacements, vu comme une situation transitoire = une étape de transition 34

2. Importance des stages en médecine générale et des lieux d'exercice lors des remplacements 34
3. Présence d'une opportunité d'installation 36
4. Nécessité d'un lien de confiance avec les collaborateurs 36
vii. Mode d'activité, d'exercice, et milieu d'exercice 37
1. Activité libérale vs salariat 37
2. Activité en groupe +/- pluriprofessionnelle vs activité seule* 38
3. Milieu rural et semi-rural vs urbain* 39
4. Liberté du lieu d'exercice en tant que remplaçant 40
c. Réseaux de soins 40
i. Connaissance du réseau de soins aux alentours et permanence des soins 40
ii. Crainte de l'isolement professionnel 42
5- Schéma résumé des résultats 43

DISCUSSION p.44

1- Résultat principal 45
a. Sphère personnelle 45
b. Sphère professionnelle 45
c. Réseau de soin 46
d. Synthèse du résultat principal 46
2- Hypothèses pouvant améliorer l'attractivité du Loir-et-Cher selon les remplaçants interrogés 47
a. Développer les stages ambulatoires en médecine générale 47
b. Développer des pistes 48
i. Pour les zones de désert médical sur le plan « bassin de vie » 48
ii. Pour l'attractivité des hôpitaux de périphérie 49
iii. Pour limiter l'isolement des remplaçants et néo-installés 49
c. Pistes pour l'installation 50
i. Aides financières pour exercice / installation dans le Loir-et-Cher 50
ii. Formation à l'installation au cours des études 50
3- Comparaison avec la littérature 50
a. Pistes pour l'installation 50
b. La vie privée au centre du choix de vie professionnelle 51
c. Un confort de vie souhaité au moment de l'installation 51
d. Les remplacements, une étape de transition 52
e. Le suivi des patients, un déterminant à l'installation 52
f. L'activité de groupe plutôt en milieu semi-rural recherchée 52
g. Un réseau de soins aux alentours attendu 53
h. Soucis administratifs, principal frein professionnel 53
i. Divergence de notre étude avec les références bibliographiques 53
4- Forces et limites de cette étude 54
a. Limite de l'étude 54
i. Biais 54
1. Biais d'animateur 54
2. Biais de représentativité 54

3. Biais de lieu d'exercice 54
4. Biais d'échantillonnage 54
b. Forces de l'étude 55
5- Perspectives 55
a. A l'échelle internationale 55
b. A l'échelle nationale 56

CONCLUSION **p.58**

Références bibliographiques **p.60**

Bibliographie non référencée **p.61**

Acronymes et abréviations :

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CVL : Centre-Val-de-Loire

Annexes

1- Trame du guide d'entretien p.63
2- Trame de l'accord d'enregistrement de l'entretien p.66
3- Echange de mail avec Mme GUYETANT concernant aspects réglementaires et éthiques. p.67
4- Caractéristiques sociodémographiques des participants p.68
5- Aides mises en place par le conseil départemental du 41 dans le cadre du plan « 41 en bonne santé » p.69

Introduction

La démographie médicale est un sujet de plus en plus d'actualité avec notamment la présence de déserts médicaux importants, et qui ont tendance à se majorer avec une densité médicale en médecine générale qui diminue.

Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) publie chaque année un Atlas de la démographie médicale en France(1). Il y a 317 554 médecins inscrits à l'ordre des médecins, en augmentation croissante depuis 2010, où il y avait 261 378 médecins inscrits. Cependant il faut corréler ce chiffre au nombre de médecins en activité régulière qui diminue, alors que le nombre de médecins avec une activité intermittente et les médecins retraités, sont en nette augmentation.

Il y a 84 133 médecins généralistes en activité régulière en 01/2022 (-0,9% comparé à 2021, et -11% comparé à 2010). La région Centre-val-de-Loire présente la variation négative la plus importante avec une diminution de 3,1% par rapport à 2021, et une diminution de 4,3% pour le Loir-et-Cher. Ce dernier chiffre conforte la variation du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2022, qui est négative à -24,5% pour ce même département.(1)

Les chiffres de 2022 montrent qu'il y a 94,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit une variation de -25,4% (inférieure à la densité médicale moyenne en France)(2). Avec d'importantes disparités au sein même du territoire.(3)

Au 01/01/2022, il existe 375 médecins généralistes en activité dans le Loir-et-Cher (dont 206 libéraux exclusifs, 73 salariés hospitaliers, 58 autres salariés et 38 mixtes), avec une moyenne d'âge des inscrits qui est de 54,1 ans. La majorité des inscrits a 65 ans ou plus d'après la DRESS.(4) Et d'après les chiffres du CDOM du Loir-et-Cher, au 01/01/2023, il existe 341 médecins inscrits (dont 212 libéraux exclusifs ou non, 67 salariés, et 62 salariés hospitaliers), pour lesquels la moyenne d'âge est de 53 ans.

La part de médecins généralistes remplaçants est difficile à évaluer car il existe diverses variables, notamment la possibilité de changement de statut au cours d'une même année (ex : passage d'une thèse, ou un changement de région d'activité …).

Cette population de remplaçants permet une continuité des soins lors de congés, ou de jour de repos pour les médecins installés.

Des études ont été réalisées concernant les déterminants de l'installation chez les internes, remplaçants exclusifs et les installés de la France entière, de toutes spécialités confondues en 2019 (5). Mais également chez les internes de médecine générale de la Région Centre-Val-de-Loire (CVL) en 2019 (6), il y a également un de mes confrères qui a réalisé une thèse en 2016 sur la vision de l'installation en cabinet de médecine générale des remplaçants de la région Centre (7).

Ainsi devant ces évolutions de démographie médicale j'ai voulu, quelques années plus tard, refaire le point sur la situation, et en axant plus mon travail sur les remplaçants thésés en médecine générale, et à l'échelle départementale.

L’objectif de cette étude était d’explorer les déterminants d’installation, des médecins généralistes thésés remplaçants exerçant ou ayant exercé dans le Loir-et-Cher (sans notion de département d’installation). Et secondairement d’apporter des idées pour accentuer l’attractivité en Loir-et-Cher.

Matériel et méthodes

1- Type d'étude :

Pour répondre à cet objectif nous avions décidé de réaliser une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée.

2- Population, critères d'inclusion et d'exclusion :

a) Recrutement :

Cette étude a été réalisée chez des médecins généralistes, remplaçants thésés, ayant exercé ou exerçant dans le Loir-et-Cher.

Pour les recruter, nous avons fait appel au conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) du Loir-et-Cher, où je me suis rendu avec leur accord, pour identifier les participants potentiels.

Le CDOM leur a envoyé un mail les informant de mon étude. Avec une relance réalisée 2 mois après le début des entretiens.

Nous avons utilisé les groupes de remplaçants sur les réseaux sociaux avec là aussi des relances au cours de l'étude mais également le bouche à oreille au fur et à mesure de nos entretiens.

b) Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion étaient : tout médecin généraliste remplaçant, homme ou femme, sans limite d'âge, thésé, ayant effectué au moins un remplacement quel que soit la durée et le type d'activité (libéral ou salarié) dans le Loir-et-Cher.

Les critères d'exclusion étaient : tout médecin généraliste remplaçant non thésé, ou ayant déjà été installé dans le passé.

3- Recueil des données :

a) Déroulement des entretiens :

Les participants ayant répondu pour l'étude ont été contacté par téléphone pour fixer d'une date d'entretien individuel semi-dirigé.

Les entretiens ont été réalisés via Teams®. Avec un enregistrement via mon ordinateur personnel et ce logiciel.

Ces entretiens étaient individuels, et semi-dirigés avec une trame d'entretien rédigée avant le début de l'étude.

Douze entretiens ont été réalisés, ils ont duré entre 15 et 39 minutes.

b) Guide d'entretien :

Le guide d'entretien (annexe 1) a donc été réalisé en amont du début de l'étude, et se divisait en cinq parties. Une première partie pour avoir les données sociodémographiques des participants, puis trois parties concernant les déterminants d'installation et les craintes à l'installation, et enfin une dernière partie qui reprend les principaux déterminants d'installation des trois parties précédentes.

Ce guide d'entretien a été testé avant le début de l'étude sur des personnes de diverses professions, pour la compréhension du questionnaire. Il a été validé sous ce format.

A la suite du second entretien, une discussion en fin d'entretien a abouti à l'ajout d'une nouvelle question (Annexe 1)

Cette partie apportant des hypothèses pour ouvrir la discussion sur l'extrapolation des résultats des déterminants d'installation au Loir-et-Cher, comme nous le verrons dans la partie « Discussion ».

c) Analyse des données :

Chaque entretien a été retranscrit mot pour mot et anonymisé. Les deux premiers entretiens ont été analysés de manière indépendante par ma directrice de thèse (VM) et moi-même (NM) pour permettre une triangulation des données.

Par la suite, un découpage des entretiens sous la forme de Verbatim a été effectué pour faire ressortir des étiquettes, qui elles même ont été regroupées sous différentes catégories pour permettre la réalisation de liens entre les divers déterminants d'installation.

L'analyse des données a permis d'arriver à une quasi saturation des données. Cependant, il faut noter qu'il ressort trois déterminants qui n'étaient pas présent dans d'autres entretiens (accès à l'immobilier raisonnable, souhait d'exercice en milieu urbain, souhait d'exercice seul), mais la difficulté de recrutement malgré plusieurs relances n'a pas permis de recruter d'autres participants, pour arriver à une saturation totale des données vis-à-vis de ces 3 déterminants d'installation.

d) Aspects éthiques et réglementaires :

Au début de chaque entretien, un accord d'enregistrement a été envoyé aux participants. (Annexe 2)

Comme indiqué plus haut dans le recueil des données, celles-ci ont été anonymisées, avec le remplacement des villes d'exercice, de stage par des lettres, ainsi que le remplacement des prénoms des remplaçants par les indicatifs « R1, R2, R3 … »

Ces enregistrements seront ensuite détruits, selon les directives des données informatiques, établi avec le contrat auprès de Mme GUYETANT (coordinatrice de la cellule recherche non interventionnelle au CHU de Tours).

Il n'a pas été nécessaire de faire une demande auprès de la CNIL, et du comité d'éthique. (Annexe 3)

Résultats

1) Caractéristiques sociodémographiques des participants : (Annexe 4)

a. Taille de l'échantillon :

Cette étude a été réalisé auprès de 12 remplaçants thésés en médecine générale, exerçant ou ayant exercé dans le Loir-et-Cher, et qui n'ont jamais été installés. Malgré plusieurs relances comme dit précédemment, nous n'avons pu recruter d'autres participants, et ce en dépit d'une absence de saturation des données pour 3 critères (accès à l'immobilier raisonnable, souhait d'exercice en milieu urbain, souhait d'exercice seul).

NB : Les critères pour lesquels nous n'avons pas eu de saturation des données seront notifiés avec un « * ».

b. Composition de l'échantillon :

Il y avait 8 femmes, âgées de 29 à 34 ans et 4 hommes, âgés de 28 à 34 ans.

c. Département d'origine (= domicile familial) :

2 des remplaçants interrogés étaient originaires du Loir-et-Cher, 2 venaient du Cher.

7 venaient d'un autre département français (dont 2 qui ont réalisés leur étude de médecine en région Centre-Val-de-Loire).

1 remplaçant venait d'un pays étranger.

d. Statut marital et enfant à charge :

2 étaient mariés, 4 étaient pacsés, 3 étaient célibataires, et 3 étaient en concubinage.

Pour les couples, 6 conjoint(es) exerçaient dans le Loir-et-Cher. Et un conjoint entre le Loir-et-Cher et l'Indre.

Seulement une remplaçante avait un enfant.

e. Année de soutenance de leur thèse et souscription éventuelle à un CESP :

Ils avaient réalisé leur thèse entre 12/2017 et 06/2022, en dehors d'une remplaçante qui a eu une équivalence de sa thèse réalisée à l'étranger.

Et seulement une remplaçante avait souscrit à un CESP.

2) Parcours universitaire des participants :

Parmi les remplaçants interrogés, 5 d'entre eux ont réalisé toutes leurs études médicales à la faculté de Tours. 6 y ont réalisé uniquement leur internat.

Et enfin il y avait une remplaçante qui a effectué ses études médicales à la faculté de Bordeaux.

8 ont réalisés des stages au cours de leur internat dans le Loir-et-Cher, dont 7 sont passés en stage ambulatoire.

3) Début du parcours post internat :

En termes de remplacements, comme notre travail de thèse l'exigeait, tous les participants ont effectué au minimum un remplacement dans le Loir-et-Cher.

Ces remplacements ont été effectués de manière ponctuel ou fixe. Mais également avec des statuts parfois d'adjoint ou d'assistant (4 des participants).

Concernant les modes d'activité de ces remplacements, 8 des participants avaient une activité purement libérale, 4 ont au cours de leur parcours, réalisé une activité mixte (libéral + salariat), ou bien enchainé l'un des 2 modes.

Tous sauf une ont commencé leur activité de remplacement après leur internat.

4) Déterminants à l'installation : leviers et freins :

NB : nous verrons que certains critères pouvaient être à la fois un frein et un levier à l'installation, selon la manière dont ils étaient vus par le remplaçant interrogé. Ainsi cela sera mis en évidence dans les verbatims qui seront cités pour illustrer les différents critères évoqués.

a. Sphère personnelle :

i. Lieu desservi sur le plan des transports

Tout d'abord, ce critère permettait de limiter les temps de déplacements domicile-lieu d'exercice, et pouvait permettre de diversifier l'accès à son lieu d'exercice (routier / ferroviaire).

R2 : « Qu'il y ait quand même du service, effectivement, s'il faut parler du perso, bah qu'il y ait du service, et notamment scolaire et extra-scolaire, qu'il y ait quand même des moyens de transport à disposition »

R5 : « Maintenant, euh moi, la raison pour laquelle je vais à X (commune du Loir et cher), c'est parce que quand on m'en avait fait la description aussi, c'était que bah y a le train qui y va depuis Tours. Je suis pas loin de la gare »

Deuxièmement, il jouait également sur les temps de trajet par rapport au cercle familial ou amical notamment.

R3 : « Et puis non, la famille de mon mari est de la Somme, de la baie de Somme. Donc ça nous fait gagner quasiment 1h de route aussi pour aller chez eux »

Et troisièmement, il entrainait une extension des possibilités de voyages par exemple, en cas de proximité avec une zone ferroviaire ou aérienne ou un réseau autoroutier desservi.

R3 : « Ce qui nous intéresse, en fait, c'est la proximité avec l'autoroute. Du coup on monte vite à Paris, et on descend vite à Clermont aussi » / « Bah à Paris, non, c'est qu'on aime bien voyager ou euh, on est proche des aéroports. » / « et puis la proximité avec les axes autoroutiers. Ne pas être trop enclavé. »

R8 : « on est quand même pas très loin de bah du coup, comme je disais de Paris. Si on veut aller à la mer, je pense que c'est pas très loin non plus. Enfin, il y a moyen de faire des week-end, y'a moyen de se déplacer. Je trouve que géographiquement on n'est pas si mal. »

ii. Bénéfice de la localisation géographique « centrale » en France du Loir-et-Cher

Un des atouts qui ressortait des entretiens c'est le fait que le Loir-et-Cher avait une position « centrale » en France, ce qui permettait de se déplacer sans trop de complexité sur la quasi-totalité du territoire. Et ce critère, faisait le lien avec le critère précédent.

R8 : « on est quand même pas très loin de bah du coup, comme je disais de Paris. Si on veut aller à la mer, je pense que c'est pas très loin non plus. Enfin, il y a moyen de faire des week-end, y'a moyen de se déplacer. Je trouve que géographiquement on n'est pas si mal. »

R11 : « Bah y'a le coté géographique c'est à dire que c'est pas mal parce que je suis à 2h30 de chez mes parents et à 1h30 de chez mes beaux-parents donc c'est un bon compromis géographique » / « Et puis au centre on est près de rien mais on est loin de rien non plus pour le coup si on veut passer un week-end à la mer c'est jouable, si on veut aller à Paris c'est jouable, on est très loin de rien quoi »

iii. Possibilité d'aménager son emploi du temps de travail

L'installation était également vue comme la possibilité d'aménager son emploi du temps entre vie personnelle et vie professionnelle.

R5 : « Donc ça, c'est aussi un des critères qui pousse les gens à se tourner vers soi, des remplacements fixes soit vraiment vers l'installation. Bah pour histoire d'avoir des jours libres dans la semaine pour pouvoir faire des choses autres, des choses qui sont, on va dire administratif. » / « C'est qu'il y a un confort de vie clairement. Je partirai plus vers l'installation que juste un remplacement fixe à long terme »

R7 : « Et puis bah pour être posé et pas dépendre de toujours bah… Ton emploi du temps en gros c'est rythmé »

R8 : « on va dire que c'est plutôt pour la liberté de tes horaires, moi à côté, c'est aussi pour pouvoir faire d'autres activités aussi à côté. Enfin en tout cas, le côté libéral, c'est pour pas avoir de contrainte. C'est de telle heure, à telle heure. Là si je peux moduler parce que faut que je finisse un peu plus tôt pour aller faire autre chose. Bah voilà quoi, je peux me permettre, je peux adapter mon planning comme je veux. »

Cet aspect pouvait avoir un retentissement sur le réseau de soins, car il existait une nécessité de permanence des soins, et ainsi lors des absences de certains praticiens, une nécessité que d'autres assurent cette continuité des soins (comme nous le verrons dans l'item « connaissance du réseau de soins aux alentours et permanence des soins »)

Certains relataient des avantages identiques pour le remplacement, notamment le fait d'être libre sur le temps de travail, et donc sur leur propre planning. Et cet aspect était vu comme bénéfique notamment pour se dégager du temps personnel ou pour réaliser des formations par exemple.

R4 : « Bah c'est qu'en tant que remplaçante, on est quand même assez libre des journées qu'on veut faire »

R5 : « Et autant, enfin. Il y a tous les avantages en fait, du remplacement libre comme je l'ai fait pendant quelques années, au sens où bah tu vas remplacer une semaine par ci tu vas remplacer une semaine par là et puis tu te poses une semaine si t'as pas envie de bosser et tout. »

R10 : « En fait moi j'ai un problème dans ma tête, c'est que j'aime bien être libre et que l'installation bah ça t'enferme dans un lieu. » / « Là, je vais voir parce que j'ai des DU que je veux passer. Euh donc j'ai pas envie d'être embêté avec une installation. D'ailleurs parce que les DU peuvent prendre beaucoup de temps donc pour l'instant je pense que je vais passer 2-3 DU et après ouais ça sera plus clair. »

Cependant malgré ces avantages du remplacement, nous verrons plus bas que cet avantage d'emploi du temps libre en tant que remplaçant, était contrebalancé par d'autres critères plutôt de la sphère professionnelle.

iv. Impact de la vie privée sur le lieu d'exercice/ d'installation :

1. Cadre et confort de vie

Parmi le cadre et le confort de vie, il existait divers sous critères que les remplaçants ont relaté lors des entretiens.

Tout d'abord, certains recherchaient une stabilité de vie personnelle dans l'installation.

R1 : « tu as un boulot qui est fixe et je trouve que sur le plan personnel s'est bien de s'implanter un petit peu et de rester fixe » / « moi j'ai besoin d'avoir les repères un peu dans ma vie perso et de me dire ça va pas changer tous les 3 mois, tous les 2 mois, ça j'ai du mal avec le changement en fait, je préfère les choses qui sont assez stables. ».

R6 : « et j'avais envie aussi au bout d'un moment de me poser à un endroit. »

R10 : « Exactement, c'est exactement ça, c'est la stabilité du côté perso. D'être voilà, je suis là, je reste là et je reste là pour minimum je pense que c'est 10 ans une installation au minimum »

L'installation permettait d'être toujours au même endroit, et ainsi de limiter les déplacements entre son lieu d'habitation et son lieu d'exercice. D'après une partie des interrogés, ce trajet serait idéalement de 15 à 30 min maximum. Ce critère était donc en lien avec le critère « lieu desservi sur le plan des transports », précédemment cité.

R1 : « raisons professionnelles. Bah enfin ça rejoint un petit peu le personnel. Faire de la route. Enfin déjà, ça m'embêtait un petit peu parce que là le cabinet où j'étais, j'avais 45 Min de route donc ça fait quand même un déplacement » / « Bah clairement j'aurai un peu préféré la campagne mais pfff c'est plus la route qui m'a. J'en ai eu un peu marre durant l'internat, de faire de la route, même là donc je, je voulais vraiment un lieu où limite, je peux aller à vélo, être tranquille quoi. »

R3 : « Je pense qu'il faut pas dépasser 15 minutes »

R5 : « Le 2e, donc le temps de trajet domicile, lieu de travail. Au-delà d'une demi-heure, je pense pas que ça va le faire. »

R6 : « Parce que y a un moment où je faisais 1h de route matin et soir et c'était hors de question, au bout d'un moment je me voyais pas faire ça toute ma vie. Alors que là je fais 15 20 Min le matin, 15-20 Min le soir ça permet de décompresser et puis tu rentres à la maison quoi » / « On est à 20 min chacun et on n'est pas trop loin de la maison »

R7 : « Si je peux aller au travail à pied ou en vélo ça me va. Donc ça oui ça fait partie des critères aussi » / « 20-25 Min. Enfin bon, allez la demie heure »

R8 : « On cherchait aussi un périmètre qui soit pas très loin en trajet » / « Bah une trentaine de minutes. Ca c'est bien »

R10 : « Euh, je pense que quand on a des enfants, on n'a pas forcément envie de faire ¾ d'heure de route pour aller au boulot, que le maximum, je pense que ça sera plus 20 min, voire y aller à pied. »

R12 : « à partir du lieu d'habitation, il fallait que je sois à une courte distance de mon lieu d'exercice » / « Et puis après, c'était la distance aussi, je dirais par rapport à mon lieu d'habitation, pour permettre d'être disponible et pas de perte de temps aussi dans les transports »

Ce lieu d'installation, était donc très fréquemment défini par la distance par rapport au lieu de vie, qui lui était choisi en fonction de multiples critères : notamment la vie privée, avec la place du conjoint(e) et le cercle familial et amical.

R2 : « Bah ce qui nous pousse vraiment à redescendre, c'est d'avoir vraiment notre famille, là-bas quoi » / « Je me vois, je me verrai pas et, ça je pense toutes régions confondues, et je ne me verrai pas aujourd'hui, hein. Après rien n'est définitif, mais je me verrai pas aujourd'hui m'installer en n'étant pas près de ma famille. » / « Euh voilà, pour moi les critères d'installation, je ne pourrais m'installer dans un endroit que si celle sur le plan personnel, bon t'as bien compris, tout suivrai quoi. »

R3 : « Et bah déjà parce que mon mari, y travaille. Le rapprochement conjugal. Rires »

R4 : « Donc en fait, on attend un peu ce qui se passe de son côté pour que moi je puisse m'installer ensuite. » / « Euh bah d'avoir mes proches pas trop loin. Euh mes amis pas trop loin. »

R5 : « Pour une raison très simple, je suis célibataire. J'espère un jour finir en couple mais bon c'est pas du tout le cas actuellement. Rires. Euh j'ai pas mal bougé, même pendant l'internat, donc ça fait que 3 ans que je suis fixe ici. Donc bah mes nouvelles connexions, mes amis, mes collègues, camarades. Les sorties, tout ça c'est ici, c'est pas ailleurs » / « Tout ça fait que bah ça voudrait dire que je renonce à tout ça, pour me rapprocher du lieu de travail. Et je n'ai pas envie de renoncer à tout ça » / « Principalement si, c'est la vie personnelle qui influe énormément sur mon futur lieu d'installation »

R6 : « ma compagne elle sait où elle va s'installer. Donc du coup j'ai pris un endroit qui était pas trop loin, où ils étaient plusieurs et donc là je suis allé à X. »

R7 : « Bah mon chéri, ça joue beaucoup. Après ma famille aussi, je dirai enfin mes amis parce que finalement, les cercles d'amis aussi ça va jouer, surtout ça » / « Donc après euh ouais surtout les personnes qui m'entourent que je veux pas trop m'éloigner d'eux » / « Euh bah ça va être en fonction de mon copain en premier clairement »

R8 : « Et puis bah effectivement tout ce qui va être après à proximité, loisirs, famille proches »

R9 : « Mais je ne m'installe pas pour le moment parce que je sais pas sur le plan personnel, si je vais rester ici à Paris, où à Paris, ou par exemple si je vais changer de région, donc c'est vraiment juste le côté personnel pour le moment »

R10 : « Après c'est comment va évoluer ma vie perso et ça va évoluer aussi, ça va influencer ma vie professionnelle » / « Moi, ça a été ma grand-mère. Euh voilà, euh, je suis resté, je me suis fait des amis, donc pour l'instant je suis revenu là parce que j'ai mes amis » / « Moi je pense que pour moi, mon principal blocage, c'est le côté personnel où pour l'instant j'ai pas franchement de grosse attache » / « si demain, je trouve une amie, on décide de partir, je sais pas moi dans le Nord Pas de Calais, parce qu'elle a sa famille là-bas et que voilà, bah j'ai pas de raison pour l'instant de dire non »

R11 : « le fait de pas être loin de nos 2 familles, c'est peut-être le 2e critère »

R12 : « Bah mon conjoint, oui, parce que forcément on était 2 à choisir où est-ce qu'on habiterait »

Il existait une relation entre l'activité professionnelle du conjoint sur le lieu de vie désiré, et donc sur le lieu d'installation.

R2 : « Le second finalement, ce serait pas tellement personnel pour moi, mais ce serait que mon conjoint ait aussi du travail »

R11 : « Et puis bah si, il fallait quand même que ma compagne ait un hôpital pas trop loin pour travailler mais là donc où on va aller, il y a l'hôpital de D, l'hôpital de Z donc voilà »

Ainsi qu'avec le cadre de vie souhaité, en termes de paysage désiré, et de lieu de vie envisagé.

R2 : « Euh bah ben effectivement, pour mon bien être d'avoir de l'espace, d'où le caractère du milieu semi rural. Je me vois pas du tout installée dans un endroit avec une densité de population trop importante » / « Euh le troisième, ce serait le cadre de vie qui en fait me correspond complètement, tout ce que j'ai pu dire sur les critères d'installation, sur le plan personnel, dans le Loir-et-Cher, ils y sont tous. A savoir le milieu semi rural, la tranquillité, l'accès à l'immobilier, les écoles pas loin. »

R3 : « Ouais, c'est vraiment le cadre de pouvoir sortir. Euh avoir pas loin une maison au calme, en campagne »

R6 : « quand j'allais là-bas je trouvais le cabinet trop bien et en fait c'est un peu con ce que je vais dire mais il y a un truc qui m'a séduit c'est la vue du cabinet. Tu te fous dans la salle à manger, tu vois la vue t'as la forêt au loin, les biches qui passent et je me suis dit putain mais trop bien vas-y faut que je vienne là » / « Et parce que j'ai trouvé un endroit où j'ai l'impression qu'il fait bon vivre et que je peux avoir une qualité de travail qui me semble être correct sans forcément être trop loin »

R12 : « Et j'attendais aussi pour m'installer de trouver où est-ce que j'allais habiter en fait, c'était ça l'important » / « Donc finalement, le point de départ, oui, c'était le lieu qu'on achèterait qui physiquement correspondait à ce qu'on recherchait » / « on voulait être à la campagne, y avoir un terrain, un grand, grand, grand terrain, avoir une sorte de petite ferme. » / « Et on savait juste que voilà, on habiterait, on va dire entre Orléans et Nantes, quelque part dans la campagne quoi »

Cependant ce cadre de vie souhaité, était pour une partie des remplaçants, relié à la nécessité d'accès à des services de proximité. Et ce critère, sera en lien avec la crainte de l'isolement en milieu rural, que nous verrons un peu plus bas dans ces résultats. Ce dernier ressortait autant sur le plan personnel que sur le plan professionnel.

R2 : « Qu'il y ait quand même du service, effectivement, s'il faut parler du perso, bah qu'il y ait du service, et notamment scolaire et extra-scolaire, qu'il y ait quand même des moyens de transport à disposition »

R3 : « Nous, enfin, c'est vrai que comme on n'a pas d'enfant encore, finalement, on est assez souple sur les extérieurs. Après oui, on pense, si un jour on a des enfants, avoir l'école pas loin, de quoi faire du sport »

R6 : « Ouais ouais, bah c'est pour ça qu'on habite à Blois en fait. Enfin Blois ou un petit village à côté, on va voir où est ce qu'on achète. Mais c'était, on voulait quand même, tu vois à un moment, on a fait un peu de salle de sport, là on va faire du sport pas très loin, on peut aller faire les courses tranquillement, soit au marché en ville alors à pied, bon on y va rarement à pied, finalement on est un peu feignant mais voilà on se dit on n'est pas très loin, c'est des choses pas mal alors que si t'es à 20 min en voiture, bah le marché le plus près c'est à pétaouchnock fin ouais, c'est un peu limité quoi. C'est plus là-dessus »

R10 : « Après oui, quand je serais plus grand, plus grand si j'ai des enfants etcetera, oui, je pense qu'il y aura des trucs qui sont la crèche ou la nounou qui doit être proche, l'école qui doit pas être à perpète les oies, un supermarché pas trop loin qui permettent de faire des courses d'appoint assez facilement. Voilà, c'est des trucs de la vie quotidienne quoi.

Après moi aussi, pour un point de vue perso à l'heure actuelle, c'est des structures sportives auxquelles je puisse exercer les sports que j'aime. Enfin, le sport en particulier, que je puisse y aller facilement. »

R11 : « Bah oui y aura effectivement bah c'est que je suis un peu de confession catholique. C'est quelque chose qui m'intéresse, donc on voulait avoir pour les enfants une école et collège, lycée catholique pas trop loin. C'était un critère »

Pour une remplaçante il était important d'avoir un accès à l'immobilier raisonnable*.

R2 : « A savoir le milieu semi rural, la tranquillité, l'accès à l'immobilier, les écoles pas loin. » / « Et puis aussi euh, avoir un accès à l'immobilier qui peut être intéressant, de voilà d'avoir une maison indépendante. Voilà »

2. Refus d'exercer dans le village/ville d'habitation ou d'origine

Ce critère était ressorti à plusieurs reprises, avec un franc souhait de dissociation vie professionnelle / vie personnelle qui en découlait.

R6 : « Parce que j'ai pas envie d'aller faire mes courses, et de voir mes patients, quoi, c'est tout. » / « Et puis bah j'avais envie aussi que les gens ils savent pas où j'habite parce que j'ai eu tellement d'histoires de chasse où les gens ils viennent le dimanche, ah au fait, je suis un peu enrhumé. Rires. »

R12 : « puis même dans le Cher, ça m'a traversé plusieurs fois l'esprit, mais c'était quand même ma ville d'origine et le dernier moment où ça m'a traversé l'esprit, c'est … Bon forcément quand on exerce dans un département où on a vécu depuis l'âge de 7 ans, il y a des moments en fait, en consultation, on retrouve quand même des gens qu'on a connu en dehors de la médecine et en fait la dernière fois, où je me suis dit en fait non c'est sûr que je m'installerais pas là, c'est quand j'ai eu mon directeur de lycée en consultation et je me suis dit non, c'est pas possible »

3. Crainte de l'isolement

Cette crainte était forte parmi les remplaçants interrogés, autant sur le plan personnel que sur le plan professionnel, comme nous le verrons dans la section dédiée suivante.

Sur le plan personnel, c'est le côté vie sociale qui ressortait, avec une crainte d'être isolé de son cercle familial et social qui n'était pas forcément à proximité. Mais aussi de ne pas pouvoir faire de rencontre car les lieux le permettant (restaurants / bars / salle de sport) y étaient moins présents, voire absents, ou que ces lieux soient trop éloignés en temps de trajet.

R5 : « Pas nécessairement sur que là où je serai en rural ou tout ça j'ai une activité, enfin, il y ait un club de sport pour mes activités physiques que j'ai envie de faire. »

R7 : « Enfin là je vois si je suis à X, bah c'est mignon comme tout. Mais toute seule, voilà quoi … Rires » / « Alors déjà bah moi c'était le fait que comme au niveau de ma vie perso je sais pas trop encore enfin, on n'est pas encore décidé avec mon copain. Ca me faisait peur de me retrouver en gros toute seule. En gros la vieille fille avec ses chats et que oui je pourrais travailler tout le temps comme médecin mais j'aurais pas de vie à côté, surtout en plus dans des petites villes ou des endroits où pour faire des rencontres, voilà … »

R9 : « Oui il y a d'autres choses, par exemple le côté social, c'est beaucoup plus intéressant d'être dans une grande ville ou dans une ville tout court. Mais pour moi, c'est dans une grande ville en l'occurrence parce que t'as toute la partie culturelle, sociale qui est présente aussi. »

R10 : « Pour l'instant, à l'heure actuelle étant célibataire, je préfère être dans une grande ville parce qu'on rencontre plus de gens »

b. Sphère professionnelle :

i. Crainte de l'isolement

Ce critère déjà présent dans la sphère personnelle réapparaissait ici, avec une crainte de l'isolement en milieu rural/ semi-rural, notamment avec un recours à l'hôpital et aux spécialistes qui était complexe selon la localisation sur le territoire. Par conséquent, cela modifiait la manière d'exercer, et de pouvoir s'occuper de sa patientèle. Certains avaient même l'impression d'une médecine à 2 vitesses.

R3 : « Où finalement la situation pour travailler en médecine de ville, on a plus assez de support. L'hôpital de Y est en grande difficulté et ça devient plus gérable. »

R4 : « Bah ce serait quand même mieux pour les patients et puis pour nous plus facile aussi d'adresser. Parce que les délais sont quand même assez longs dans la région donc si on pouvait avoir quelques facilités de ce côté-là, ça pourrait être pas mal »

R5 : « Par rapport à ton confort de travail aussi parce que c'est quand même plus confortable quand tu sais que… Enfin moi je suis quelqu'un qui a tendance quand même à très facilement demander l'avis d'un spécialiste pour des choses que je ne maîtrise pas ou sur lesquelles j'ai pas vu suffisamment de fois pour pouvoir gérer vraiment en toute tranquillité » / « On a une obligation de moyens, on n'a pas une obligation de résultat et le problème, c'est qu'actuellement on a du mal à accomplir notre obligation de moyens, même en ville, on a du mal, alors je te dis pas, là où on va, à quel point c'est problématique »

R7 : « Et bah rural, ce qui me fait peur enfin, pour moi, c'est la campagne campagne campagne. En gros, c'est d'être tout seul » / « des fois j'ai l'impression qu'il y a 2 médecines, 2 ambiances quoi. Enfin il y a quand même des différences et donc je pense ça me rassurerait d'être dans une petite ville quand même, savoir qu'il y a du monde autour, que je peux contacter pour un doppler, tout ça etc. »

R8 : « Le souci qu'on va avoir les prochains temps-là c'est plus professionnel et pas personnel. C'est plus professionnel dans le sens où malheureusement on a un peu de moins en moins de professionnels de santé. Et à l'hôpital, les spécialistes, tout ça, ça commence aussi à être compliqué même en ville, donc voilà, c'est plus ça qui.. Mais c'est plutôt professionnel, c'est pas personnel »

ii. Soucis des démarches administratives

C'était l'un des déterminants à l'installation qui revenait le plus souvent en tant que frein à celle-ci. Aussi bien les démarches administratives dans le cadre de l'installation, avec un manque de formation. Mais aussi, une absence d'interlocuteur principal clairement identifié pour effectuer ces diverses démarches.

R1 : « tout le monde te parle d'installation, de SISA, de SCM. Tu comprends rien » / « Franchement je suis pas à l'aise sur les démarches administratives. Je trouve qu'on est pas bien accompagné en tout cas » / « J'en ai déjà eu en fait quand en fait, quand j'étais thésée, déjà l'installation, enfin l'inscription à l'ordre. Mais j'ai trouvé ça un casse-tête pas possible. »

/ « Si la comptabilité, même là je comprends rien » / « Et t'as personne en fait pour t'ouvrir les yeux, c'est limite tu découvres par toi-même et ça je trouve, c'est compliqué »

R3 : « et auxquelles je trouve qu'on est pas assez formés pendant nos études. »

R7 : « Ensuite c'est m'installer, ce qui me fait peur bah c'est toutes les démarches administratives, moi ça me fait peur le comptable, les trucs d'AGA enfin moi j'entends pleins de truc, clairement je sais rien gérer de tout ça. En gros ça me fait peur »

R9 : « Oui, bien sûr, surtout en fait, la partie administrative en fait, comment on s'installe ? Qu'est-ce qu'il faut faire attention ? Tout ça, je suis complètement perdue »

Une fois installé, celles-ci entrainaient une perte de temps médical importante d'après les remplaçants. Ces tâches engendraient au-delà de la perte de temps médical, une surcharge de l'emploi du temps de travail, avec un temps administratif à effectuer après la journée de consultations.

Ainsi nous verrons que le choix du mode d'exercice pouvait être impacté par cet aspect de manière conséquente.

R2 : « Je pense parce que finalement, même si le remplaçant ou remplaçante en fait beaucoup, finalement, il y a tout un finish, une partie administrative finale. On a quand même pas tout sur les épaules et c'est elle qu'il le gère. Donc oui, je pense que ce sera des journées qui seront certainement plus chargées, et notamment en termes de temps. » / « C'est vraiment, c'est inévitable, c'est cette partie temps de prise et je trouve qu'aujourd'hui on fait peut-être pas 50/50 mais au moins de 30/70 et 30 d'administratif et de choses à côté quoi. Voilà »

R3 : « Quand t'es remplaçant t'as pas trop notion de ce qu'est les ROSP, les nouveaux modes de rémunération et en fait quand tu commences à rentrer là-dedans ça devient une charge de travail administrative énorme. Et je trouve que c'est un cercle vicieux en fait, parce que tu perds du temps, de temps médical. » / « Enfin le travail que tu fais de l'administratif, c'est pour tout le monde mais finalement tu fais plus ton temps, tu ne fais plus de temps médical. »

R5 : « Une raison toute bête et toute simple, comme je t'ai dit tout à l'heure, si jamais tu travailles 5 jours par semaine, on a quand même pas mal d'administratif à faire. Dans la vie de tous les jours à faire, il y a pas le temps de les faire. »

R10 : « avoir tous les côtés chiants de la CPTS qui sont toutes les réunions machin truc bidule puisque je crois qu'ils ont des réunions tous les mois ou les trucs comme ça. Donc ça c'est tout le côté administratif qui me casse les pieds » / « je sais pas combien ça prend de temps à mon remplacé d'aller vérifier qu'il a bien été payé par chaque, chaque mutuelle » / « Euh même chose pour tout ce qui est accident du travail dans les mairies ou quand il travaille pour l'État où il te donne la petite fiche qu'il faut renvoyer et après il faut les recevoir donc tout ça bah c'est quand même énormément de temps a passé à devoir ... »

R12 : « je vais avoir pleins d'inquiétudes oui. Plus administratif, je pense »

iii. Suivi des patients

A contrario, le suivi des patients était lui, un levier à l'installation, avec un important souhait de suivre sur le long terme les patients, à la différence de la période de remplacements ponctuels, durant laquelle il existait finalement peu de suivi. C'est pour cela que certains s'étaient déjà plutôt tournés vers des remplacements réguliers, voire un statut d'adjoint (e).

Ce suivi des patients apportait une meilleure connaissance de sa patientèle, et permettait ainsi de développer la relation médecin-malade. L'aspect médecin de famille était plutôt apprécié par les médecins interrogés.

R1 : « Toujours faits au même endroit, j'étais tous le temps adjointe là-bas parce que ça me permettait de mieux connaître mes patients » / « j'ai besoin de garder le lien en fait et je trouve que c'est dommage comme investissement, t'as investi, tu fais des bilans ou tu commences un suivi et au bout de quelques mois tu dois leur dire que tu pars donc ça j'aime pas trop. »

R2 : « le rapport avec le patient en fait tout ce qui m'amène à faire du remplacement régulier. Je pourrais le citer, a des raisons qui motivent à faire, à m'installer, à savoir en fait suivre une patientèle, voilà du plus jeune âge jusqu'à la partie finale dans tout ce que ça comprend, de la pédiatrie du sujet adulte jusqu'à de la gériatrie »

R5 : « Après bah bien sûr, il y a aussi le suivi des patients » / « Tu connais ses antécédents, même si tu les connaissais pas sur les bouts des doigts, mais tu les connais. Tu sais quels sont ses problèmes, à quoi tu dois faire attention »

R7 : « tu suis tes patients, tu les connais, tu deviens médecin de famille donc ça c'est vraiment une des raisons pour laquelle j'aimerais m'installer dans le futur »

R9 : « Je souhaite m'installer, je ne vais pas faire de remplacements à long terme, parce que je veux avoir vraiment le suivi de mes patients » / « Donc oui d'avoir le suivi des patients peut être de reprendre certains patients avec qui on a créé des liens et donc d'assurer la continuité de notre relation médecin patient. »

R10 : « C'est suivre des patients d'un point A à un point B, suivre les enfants suivre les grands-parents. Euh connaître un peu tout le monde et ça je trouve que c'est un côté qui est, qui est super sympa. »

Ce suivi des patients, apportait une autre approche intellectuelle, qui était recherchée des remplaçants.

R11 : « C'est plus pour l'intérêt intellectuel du suivi des gens que je trouve que c'est, c'est mieux quoi »

R12 : « finalement tu te rends compte que tu fais un suivi, tu fais des diagnostics. Du coup tu fais le suivi d'un patient qui ne va plus voir son médecin traitant. Bon voilà. Et du coup j'ai goûté à ça et en fait finalement c'est quand même un petit peu différent, une autre forme de médecine finalement et du coup, au bout d'un moment. Bah au bout d'un moment, on se dit que c'est plus intéressant de travailler comme ça en connaissant les patients. »

Une fois installé, cela permettait aussi une indépendance dans la prise en charge des patients, et il en découlait une possibilité d'orienter son activité et son environnement de travail à ses préférences personnelles.

R4 : « Bah ça serait plus parce que voilà, je pourrais suivre ma patientèle, faire vraiment ce que je veux, cadrer les choses »

R6 : « Et l'autre chose c'est que j'avais surtout envie de m'organiser pour pouvoir faire de l'ostéo, parce que quand tu remplaces bah les gens ils viennent pas pour ça du tout et donc là je vais certainement m'installer, bah à un endroit et puis on sera plusieurs, et donc c'est surtout pour un point de vue d'organisation, pour avoir mes patients et éventuellement voir des patients spécifiquement pour de l'ostéo et pas galérer à en faire, donc voilà » / « Voilà, c'est tes patients, tu fais ce que tu veux, tu gères ton truc comme tu l'entends, moi j'ai envie de faire de l'ostéo, donc je pourrais me dégager du temps. Tout le reste me va bien. »

R7 : « En gros tu as ta patientèle tu fais ta médecine »

R9 : « Et aussi peut être d'adapter mon activité à mon goût, c'est à dire d'avoir par exemple plus de consultation gynéco/péd que de consultation de médecine générale, médecine polyvalente. Également aussi d'adapter le cabinet avec l'équipement que moi, je considère nécessaire, par exemple dans un cabinet de médecine générale. Que je ne peux pas imposer à mon médecin que je remplace » / « On a une certaine liberté en tant que remplaçant, mais pas à 100%. »

Mais cela permettait aussi une régularité dans le travail au quotidien.

R5 : « enfin une installation plutôt qu'un rempla fixe, ça reste encore une fois la régularité. Là j'ai un rempla fixe toute l'année dernière et en rempla fixe depuis le début de l'année. Au niveau de mes créneaux de consultation alors que j'en mets pas beaucoup, hein, je fais des petites journées, j'en ai 20, je les remplis pas. C'est très rare que je remplisse mes 20 créneaux. Alors que la médecin que je remplace ou les autres médecins du cabinet qui sont installés même s'ils sont pas installés depuis longtemps leur créneau sont déjà remplis pour les 2 prochaines semaines ou au minimum la semaine qui suit »

R7 : « Et puis bah pour être posé et pas dépendre de toujours bah… Ton emploi du temps en gros c'est rythmé »

Cette régularité dans le travail, assurait un lien avec l'aspect financier, que nous verrons dans une section dédiée plus bas.

iv. Responsabilité envers sa patientèle

La responsabilité envers sa patientèle, représentait un frein à l'installation, avec d'une part une crainte exprimée par les médecins interrogés d'être le seul et dernier rempart dans la prise en charge de sa patientèle. Cela impliquait un certain engagement sur le moyen voire long terme vis-à-vis de sa patientèle.

R6 : « Déjà les patients, ils vont être à moi donc s'il y a un problème, c'est à moi de gérer. » / « Tout ce qui est vérifié, les ALD, les machins. Enfin voilà, tout, tout le côté plus responsabilité. »

R7 : « Et ensuite ce qui me fait peur aussi, c'est bah finalement à la fois je t'ai dit que j'avais envie de suivre les patients et à la fois il y a quand même un côté stressant de bah quand tu suis les patients en gros t'es quand même tout seul face à tes patients »

R9 : « En plus j'ai l'impression quand on s'installe. On crée un lien, un contrat pas aussi officiel avec nos patients donc de s'installer et après de tout quitter et de les laisser comme ça, comme je vois beaucoup de patients qui viennent au cabinet et me disent bah mon médecin est parti comme ça et j'ai plus de médecin traitant. Ça se fait pas et je ne voudrais pas me mettre dans une telle situation. Donc si je m'installe je veux quand même que je sois là pendant un certain temps »

R12 : « quand je me dirais ah c'est mon patient en fait entre guillemets, j'en suis responsable quoi »

D'autre part, certains remplaçants, craignaient des demandes excessives de la part de patients.

R10 : « l'autre côté c'est, ouais, c'est le devoir de fidélité auprès des patients du bon médecin généraliste » / « et je veux pas être enfermé avec des patients qui me disent « le docteur machin il terminait à 23h, on pouvait l'appeler à 23h il venait ». » / « je veux pas prendre cette grosse attache, qui est l'installation »

v. Aspect financier

L'aspect financier qui entourait une installation pouvait aussi bien être un frein à celle-ci, notamment par crainte d'un manque de patientèle, lors du début de l'activité, mais aussi par crainte des charges financières qui pesaient autour d'un début d'activité.

R1 : « c'est une installation, c'est un engagement et enfin je sais pas est ce que les patients vont suivre ? Est-ce que je vais avoir trop de charges administratives ou même financière ? Enfin tout ça c'est beaucoup »

R12 : « finalement je me suis posé la question … Car venant du Cher, qui est une zone où il y a quand même peu de médecins généralistes, j'ai jamais vu ça, 2 villages collés, avec 2 regroupements de médecins ça me paraissait aberrant. Et je me suis dit est ce que finalement avec mon futur collègue qu'on ait envie de s'installer, puis que finalement l'autre maire arrive à trouver 2 médecins, ça ne va pas faire beaucoup de médecins ? »

Cela pouvait être de plus un levier à l'installation, d'une part du fait de la régularité dans le travail comme nous l'avons vu précédemment, et la majoration probable de l'activité comparé à la période de remplacements.

R2 : « Deuxièmement, peut-être la partie aussi financière, à savoir qu'on est dans une phase de vie où on a peut-être des projets donc effectivement peut être avoir une rentrée, une rentrée d'argent régulière plus que de ben pas trop savoir où on va. »

R4 : « Après il y a les à-côtés financiers avec la ROSP et tout ça mais c'est pas le critère majeur. »

R5 : « Euh donc voilà donc il y a tout ça qui fait que bah si en fait, si tu veux vraiment une régularité dans tes revenus »

R7 : « après aussi pour des raisons financières »

D'autre part, par le biais de diverses aides mises en place par les fonctions publiques, pour attirer les jeunes médecins à s'installer dans des zones de désert médical.

R4 : « Après il y a des incitations financières, mais je suis pas sûr que ce soit ça vraiment le levier principal enfin, ça peut aider, mais c'est pas vers ça qu'on va quand on va s'installer quelque part en fait. Enfin en tout cas pour moi. »

vi. Eléments déclencheurs à l'installation

1. Remplacements, vu comme une situation transitoire = une étape de transition

La période de remplacement était donc vu par certains des remplaçants interrogés, comme une situation transitoire, une étape de transition entre la fin des études de médecine, et l'installation.

R1 : « le remplacement c'est un confort si tu veux essayer, mais pour moi c'est une période d'essai »

R6 : « Euh parce que j'ai l'impression qu'à un moment faut s'installer »

R10 : « Après l'installation pour moi oui je le ferai, ça c'est sûr, je m'installerais à un moment donné parce que j'avais pas l'intention de faire que des rempla »

2. Importance des stages en médecine générale et des lieux d'exercice lors des remplacements

Lors des études de médecine, les étudiants effectuent des stages hospitaliers et en ambulatoire, dans divers départements, rattachés à leur fac d'origine. Ainsi les interrogés relataient que ces stages étaient importants pour faire découvrir la spécialité de médecine générale dans un premier temps, avec les stages au cours de l'externat.

R1 : « avoir hésité sur quelques spécialités j'ai pris médecine générale parce que j'avais fait un stage durant l'externat et que ça m'avait plu. » / « j'lavais fait, bah à la maison de santé, où la actuellement je suis adjointe en fait. Sourire. C'était à X, et euh c'était en campagne, ça m'avait beaucoup plu et du coup enfin il avait une bonne approche avec ses patients, il les connaissait très très bien. Et euh c'est là que je me suis dit que je me voyais bien là-dedans par rapport à l'hôpital »

Mais également, lors des stages au cours de l'internat, avec la possibilité d'appréhender, sur ces stages de plus longue durée, le territoire et le réseau de soins aux alentours.

R7 : « je pense que le stage ça joue automatiquement parce que quand on passe 6 mois dans un endroit on commence à découvrir et voir même la région »

R3 : « Ouais, voilà, c'est ça. Je connaissais déjà un peu, donc du coup c'est quand même plus facile pour orienter, avoir un petit réseau que d'arriver de nulle part. Rires »

R6 : « Mais on avait l'occasion de faire un stage à l'hôpital de Blois. Euh. Réflexion. C'était en D4 je crois, du coup, je suis allé, je suis allé là-bas, j'ai vu un petit peu que ça se passait un peu mieux qu'à Tours pour les externes, c'était un peu plus intéressant. Donc j'ai commencé à connaître un peu des médecins là-bas » / « Bah, parce que j'y suis déjà venu. En fait parce que j'ai fait mes classes ici. Enfin, j'ai fait mon internat tout ça, donc je connais les professionnels du coin » / « Donc je pense que oui, ce que je disais ça m'a permis d'un peu de construire mon réseau. C'est un bon mot ça, construire mon réseau pour après parce que bah voilà les différents spécialistes sur Blois je commence à savoir qui c'est, qui c'est qui est encore là, qui c'est qui a pris sa retraite, etc. Donc c'est plutôt pas mal le fait de m'installer dans un lieu que je connais déjà »

R8 : « Du coup, forcément, les stages m'ont un peu, voilà m'ont permis de commencer à créer un réseau, de connaître un peu les autres professionnels »

Ces stages en ambulatoire au cours des études, étaient souvent, lorsqu'ils ont plu, un lieu de début des remplacements, il existait l'aspect rassurant de connaître le mode de fonctionnement du cabinet, les locaux et les autres professionnels, et le réseau de soins aux alentours.

R2 : « donc sur l'ensemble de l'année 2020, j'ai remplacé principalement les 2 médecins dans lesquelles j'étais passé en SASPAS puisque j'ai fait mon SASPAS en 6e stage. »

R4 : « Donc les remplacements, bah c'est là où j'ai fait mon niveau 1 donc à X et j'avais fait quelques rempla aussi sur les maîtres de SASPAS »

R6 : « Et après, c'est surtout dans le 41 des anciens maîtres de stage que j'ai remplacé »

R9 : « Si, si, je me suis posée la question parce que surtout plusieurs maîtres de stage m'ont proposé, soit de m'associer avec eux, soit par exemple, dans le SASPAS un des 3 médecins où j'étais en stage, il est près de la retraite donc il va partir bientôt. Il voulait absolument que je prenne sa suite. Et tout le monde m'a proposé derrière ça plusieurs remplacements. Du coup, pendant l'année que j'ai fait après l'internat, j'ai remplacé beaucoup mes anciens maîtres de stage. »

R10 : « Alors la première année, j'ai remplacé donc les MSP dans lesquelles j'étais SASPAS plus une MSP dans laquelle j'avais fait mon niveau 1. »

R12 : « j'y ai remplacé en fait après à la suite. Pendant 3 ans au total en fait, dans le Cher. Et donc j'ai beaucoup crée de liens, que ce soit avec les médecins en général et puis voilà, avec une manière de comment dire, une manière d'exercer, de connaître un petit peu ce qu'on appelle les réseaux. Voilà, et qui était très très bien développé. J'étais un peu comme un poisson dans l'eau »

Et ils étaient parfois même un tremplin pour une éventuelle installation future.

R4 : « Voilà, je pense que les stages c'est bien parce que justement bah c'est là où j'avais fait mes stages, en tout cas pour mon niveau 1 et je continue à les remplacer. C'est même peut être là-bas que je m'installerai donc je pense que là les stages c'est quand même un atout pour eux pour pouvoir recruter ensuite des médecins à l'installation. »

R7 : « Et j'ai fait donc après mon SASPAS dans le Loir-et-Cher et à la suite de ça, les médecins m'ont proposé un poste de médecin adjoint, donc c'était un remplacement fixe que j'ai fait donc pendant 2 ans. Enfin le deal c'était que je reste là jusqu'à ce que je passe ma thèse que j'ai passé en décembre et donc après ils m'ont proposé de m'installer »

R11 : « c'est pas mal parce qu'en fait ça m'a bien plu étant donné que là où je vais m'installer, enfin mon projet d'installation en septembre, c'est de reprendre un peu la suite d'un des 3 prat qui partait en retraite »

Les lieux de remplacements pouvaient être à eux seul des tremplins pour une future installation, sans forcément y avoir pratiqué de stage au cours des études.

R8 : « Donc j'ai surtout fait des remplacements, toujours dans le Loir-et-Cher et la plupart du temps en fait, j'avais des jours fixes dans le cabinet dans lequel je compte m'installer en fait »

R12 : « c'est dans la maison médicale dans laquelle j'exerce actuellement et depuis plus d'un an du coup »

3. Présence d'une opportunité d'installation

Il ressortait des entretiens, que parfois il n'y avait pas de projection immédiate vers une installation, mais si une opportunité se présentait, et que les conditions étaient réunies, cela pouvait déboucher vers une installation rapide.

R8 : « Honnêtement j'en sais rien, c'est parce qu'il y avait la possibilité »

R10 : « Dans ma tête en tout cas c'était non. Après, s'il y avait une opportunité vraiment extraordinaire, j'aurais peut-être pas dit non mais là probabilité a été assez faible. »

R11 : « Pas du tout, c'est un peu une opportunité »

4. Nécessité d'un lien de confiance avec les collaborateurs

Comme nous le verrons plus bas, les remplaçants, souhaitaient pour la majorité une activité en groupe +/- pluriprofessionnelle. Ils exprimaient la nécessité d'un lien de confiance avec les collaborateurs.

Cela permettait tout d'abord, d'avoir une pleine confiance lors de l'installation, et éventuellement de l'aide de la part de ceux-ci dans les diverses démarches qui entouraient ce projet.

R1 : « la future MSP c'est de mes chefs de X, c'est des urgentistes en fait et du coup les connaissant et en ayant déjà travaillé avec eux, j'ai un lien de confiance que j'ai pas forcément avec les autres » / « Je pense que le lien de confiance il est assez important et c'est plus le lien de confiance qui a fait que j'ai. J'ai opté pour eux. »

R4 : « Et puis euh peut être connaître déjà les gens avec qui je vais m'installer parce que là c'est vrai qu'à X et à Y c'est des personnes avec qui je m'entends très bien et ils m'ont déjà proposé une installation mais pour l'instant je suis pas encore prête »

R9 : « Bah déjà mes collègues en fait les médecins, déjà que j'ai remplacé, ils vont pouvoir me guider aussi. Bah du coup, mes anciens maîtres de stage, peut-être pas aussi bien parce qu'ils sont installés depuis très longtemps mais plutôt vraiment les jeunes, les jeunes collègues que j'ai, mes anciens co-interne aussi qui vont surement s'installer ou sont installés déjà. »

Ils exprimaient surtout, la nécessité d'avoir une ambiance de travail optimale.

R7 : « C'est plus vraiment me sentir bien dans un lieu, avec des collègues enfin, avec qui on s'entend bien, on a le même mode de fonctionnement »

R8 : « La personne en fait avec qui je vais m'installer. Je la connaissais via l'intermédiaire de mon compagnon et puis c'était aussi une de mes internes quand moi j'étais externe, donc je savais comment cette personne travaillée. Donc elle me correspondait bien. »

vii. Mode d'activité, d'exercice, et milieu d'exercice

1. Activité libérale vs salariat

Comme nous l'avons vu plus haut, ce choix pouvait être impacté par certains freins à l'installation en activité libérale, et notamment les tâches administratives.

R3 : « Bah en fait, après 2 ans de rempla, je venais plutôt à chercher ça » / « Et puis cinq, l'offre de salariat »

R6 : « En fait le salariat, ça m'aurait pas déplu je pense, parce que le côté administratif vraiment ça me casse les noix » / « mais c'est surtout pour le fait de pas avoir à m'occuper de tous les trucs administratifs, à la con » / « J'avais vu à X, ils font ça, ils ont construit une belle MSP, il y a personne dedans, bon bah ils salarient 2-3 médecins et les médecins ils font que leur petite visite leur consult, leur machin et puis voilà quoi la secrétaire elle gère la compta. Et ils ont leur paye à la fin du mois. Il s'occupe de rien, ça, ça m'aurait plu »

Le salariat, pouvait apparaitre pour certains remplaçants, comme un côté rassurant, une sécurité de l'emploi.

R6 : « Sinon, je pense que j'aurais peut-être essayer parce que c'est la sécurité de l'emploi peut-être »

R7 : « sinon j'aimerais bien le salariat je trouve ça me rassurerait. »

Il existait également des freins à l'installation en salariat.

R6 : « Après le salariat, le problème c'est que je pense que c'est quelque chose qui va être provisoire parce que si tu vois pas un certain nombre de patients, je pense que la structure peut pas s'en sortir donc après je me suis dit bon à mon avis c'est une fausse bonne idée le salariat donc on va rester en libéral, c'est pas mal, mais dans des bonnes conditions quoi. »

R10 : « Je pense qu'à long terme, le salariat, ça va nous porter préjudice à la profession » / « Grosso modo le médecin ça coûte très cher à payer, donc il remplace de plus en plus par des infirmières spécialisées ou des infirmières qui ont passé des petits trucs qui au final ont moins d'expérience qu'un médecin mais qui font des tâches de médecins.Donc euh bah à la fin je vais servir à quoi ? A la fin je vais, on va juste servir à de l'administratif. Ce que je déteste, je dois le rappeler »

2. Activité en groupe +/- pluriprofessionnelle vs activité seule*

La majorité des remplaçants interrogés souhaitaient une activité de groupe +/- interprofessionnelle, et ce pour plusieurs raisons.

R7 : « Un cabinet où il y a quand même 2-3 médecins, une infirmière, un kiné »

R10 : « Euh le truc qui serait bien je pense, c'est une petite maison de santé pluridisciplinaire où il y a 4-5 médecins, des infirmières, des kinés. Enfin voilà. Un exercice en groupe avec ouais, 2-3 médecins autour de moi, en plus de moi » / « 2ème, pas tout seul, en structure avec plusieurs médecins. »

Tout d'abord, pour l'ambiance de travail, et les échanges possibles avec les collègues.

R2 : « Mais effectivement dans le professionnel, la création, par exemple, d'une maison de santé avec tous les acteurs d'une même ville qui se rassemble dans un seul et même endroit. Je trouve ça plutôt très intéressant. »

R4 : « un cabinet où au moins on serait plusieurs. Où il y aurait enfin une bonne organisation avec une secrétaire au moins. Enfin au moins une secrétaire sur place je trouve que c'est quand même mieux dans un cabinet. Euh après bah une bonne entente avec les collègues » / « tout est regroupé au même endroit, ils font des réunions donc ça c'est plutôt sympa pour la communication aussi entre les professionnels de santé »

R6 : « ça m'a plu, elles échangent vachement entre elles. Elles sont super sympa »

R8 : « Bien m'entendre avec mes collègues dans le cabinet avec un modèle d'exercice. Ça c'est pour moi très important »

R10 : « Alors tout seul, non, ça, c'est sûr que non. Je pense qu'on a un travail qui est fait pour bosser en équipe ou au moins pouvoir voir avec quelqu'un avec qui on s'entend suffisamment bien pour lui poser la question quand on n'est pas sûr » / « Voilà l'entente avec ses collègues, c'est important »

R12 : « Après en 2ème, je mettrais plutôt dans un lieu d'exercice, on va dire pluridisciplinaire. Et puis avec plusieurs collègues, quoi, je m'installerais pas seul, c'est ça que je veux dire, je sais pas comment dire. Dans une structure de maison médicale et paramédicale, enfin travailler en équipe, on va dire, voilà. Avec des gens, avec des médecins, infirmières, une bonne équipe dans laquelle je me sens bien. Ça se passe bien, une bonne communication, une bonne manière, on va dire commune de voir les choses, la médecine, la prise en charge des patients. Euh donc ça c'était très important. Voilà, bienveillance, on va dire un peu, d'équipe quoi »

Parfois, à l'inverse ces relation interhumaines, pouvaient être un frein à l'installation dans certaines structures.

R1 : « et il y a pas une très bonne ambiance entre les professionnels enfin, entre les médecins entre eux » / « on n'a pas fait une seule réunion interprofessionnelle. Donc, pour moi, ça c'était pas possible »

Mais également pour assurer une permanence des soins lors de congés.

R10 : « Mais tout en ayant en fait un comment dire, entre guillemets, une permanence de soins au sens où bien je serais pas à mi-temps tout seul. Je partage ma patientèle ou en tout cas, mes patients sont vus par mon collègue qui est là, ma collègue qui est là sur les jours où moi j'y suis pas. »

Et enfin éventuellement adapter sa pratique à ses préférences, car cela permettait de se libérer des créneaux de consultation de « surspécialité »

R6 : « Plutôt dans une MSP comme je te disais, j'ai remplacé pas mal de MSP, ça me plaisait plus et surtout le fait d'être à plusieurs, permettez d'éventuellement pouvoir avoir du temps pour faire de l'ostéo »

Ces différents items, rappelaient l'importance d'un lien de confiance avec les collaborateurs.

Seulement, un remplaçant souhaitait une activité seule*.

R11 : « j'ai toujours voulu bosser tout seul. Je supporte pas de bosser avec des gens » / « Et le 3e critère, c'était trouver un cabinet tout seul. »

3. Milieu rural et semi-rural vs urbain*

La majorité des remplaçants interrogés, souhaitaient un exercice en milieu plutôt semi-rural.

R12 : « comme je voulais plutôt un exercice rural et que de toute façon je voulais habiter à la campagne, les 2 allaient bien ensemble »

Il en ressortait différentes raisons : une préférence de l'activité médicale réalisée dans ces milieux, plutôt qu'une activité en médecine urbaine.

R6 : « Alors qu'en campagne, enfin déjà, il y a un manque qui est plus important donc je me dis… Enfin de toute façon il y a un besoin qui est clair et net, en ville aussi hein, de toute façon

quand on voit qu'il y a plus assez de médecins. Mais en campagne, c'est encore plus prégnant et l'exercice me plaisait un peu plus. Je sais pas si c'est qu'il y a un peu plus de respect du médecin ou si c'est qu'il y a des pathologies qui sont pas les mêmes »

R10 : « Alors le milieu, c'est très clair parce que je pense que j'ai à peu près tout fait. J'ai fait du centre-ville, c'est pas fait pour moi, parce que justement, c'est énormément d'administratif plus que de médical je trouve. Euh le semi rural ou le rural me vont très bien »

R11 : « J'ai toujours voulu bosser à la campagne » / « patientèle qui va avec, c'est à dire soigner une patientèle plutôt rurale. » / « Moi c'est plus pour la patientèle et le rôle du médecin G. Je trouve que pour avoir fait de la ville ville où on fait de la bobologie et puis qu'ils vont tous voir le spé parce qu'ils en ont plein. Ici, bon faut pas non plus se prendre pour ce qu'on n'est pas mais on fait plus de choses je trouve »

Cependant, le milieu pleinement rural n'était pas souhaité car il faisait craindre un isolement.

R7 : « Moi, mon idéal, ce serait plutôt dans quelque chose un peu rural, mais pas trop. Enfin je sais pas comment on dit semi-urbain quoi. Enfin pas la grande ville mais pas non plus un tout petit village, une petite ville, quoi, mais plutôt petit »

Seulement, une remplaçante, souhaitait un exercice en milieu urbain*. Et son souhait de travailler en milieu urbain était en partie en lien avec l'impact de sa vie privée.

R9 : « Ce que j'aime dans l'urbain, c'est vraiment qu'il y a beaucoup de patientèle jeune, et moi j'aime pas trop la gériatrie » / « Oui il y a d'autres choses, par exemple le côté social, c'est beaucoup plus intéressant d'être dans une grande ville ou dans une ville tout court. Mais pour moi, c'est dans une grande ville en l'occurrence parce que t'as toute la partie culturelle, sociale qui est présente aussi. »

4. Liberté du lieu d'exercice en tant que remplaçant

Les remplacements pouvaient être un frein à l'installation, la possibilité de pouvoir changer de lieu d'exercice régulièrement, de pouvoir apprécier différentes manières de fonctionner dans les cabinets, mais aussi différentes patientèles pouvaient plaire à certains.

R6 : « j'aime bien le côté des remplacements où tu changes régulièrement. Enfin moi j'ai bien aimé, j'ai remplacé pendant 5 ans, j'ai bien aimé changer en fait régulièrement de lieu, de truc pour voir un peu différentes choses, différentes façons de faire »

c. Réseaux de soins :

i. Connaissance du réseau de soins aux alentours et permanence des soins

Il ressortait très franchement des entretiens, qu'une connaissance du réseau de soins aux alentours, via les stages au cours des études effectuées ou bien lors des remplacements, était un facteur favorisant. Cela permettait d'après les participants, de pouvoir adresser plus aisément, et conseiller les patients quand des avis auprès de spécialistes étaient nécessaires.

Le recours aux hôpitaux et aux spécialistes sans trop de complexité, avantageaient aussi bien le praticien que les patients.

R2 : « Pas loin d'une plus grande ville et si je peux me permettre de faire un petit parallèle avec le professionnel, du coup d'avoir recours à de la spécialité qui est pas trop complexe, euh voilà »

R3 : « Après niveau professionnel, euh moi ce que je recherchais absolument c'est avoir un hôpital de support pour pouvoir travailler de la ville. » / « Donc, euh bon, il y a quelques difficultés à X mais il y a quand même toujours un SMUR, une imagerie, un peu de chir pour de l'urgence, voilà. Un petit retour d'urgence, voilà. Et puis après, voilà, c'était surtout ça mon critère d'avoir l'hôpital de support. »

R5 : « Pas trop loin d'une structure hospitalière. Pas trop loin, je dis pas la porte à côté mais pas trop loin, 20 min, une demi-heure maximum d'une structure hospitalière qui ne soit pas débordée »

R8 : « Bah c'est vrai que le fait qu'on ait quand même des structures de soins quand même pas très très loin c'est enfin. On est quand même plutôt bien situé, on a Blois, Tours est quand même pas loin, Orléans c'est pas loin. Enfin il y a quand même un maillage voilà. Puis j'ai certains patients qui vont quand même sur Paris aussi pour se faire soigner donc ouais je pense pas qu'on sera trop embêté »

Les remplaçants exprimaient également la nécessité d'avoir à proximité des structures participant à la permanence des soins.

R3 : « Ouais, alors là il y avait aussi le fait qu'il y avait le système SOS X, un système un peu SOS Médecin qui permet quand même aussi d'assurer une partie de la permanence des soins » / « Donc le fait d'avoir une structure qui puisse assurer quand même ces consultations non programmées de patients sans médecin traitant, c'est quand même aussi … , enfin c'est aussi rassurant dans son travail et.. » / « Trois et bah je te dis la permanence des soins assurée en partie par SOS Médecins »

Ou bien le souhait de faire partie d'un cabinet de groupe pour assurer la continuité des soins (congés, permanence des soins), cela pour ne pas avoir à réaliser des gardes en trop grand nombre, car c'était un frein à l'installation dans certaines régions.

R4 : « Après, on entend parler aussi dans les régions sous-dotées, qu'il y a des médecins qui sont réquisitionnés pour faire des gardes, des médecins qui sont réquisitionnés pour travailler en hôpital alors que c'est pas du tout, enfin, leur travail habituel. Donc du coup ça c'est aussi peut être un frein à m'installer dans des régions sous-dotées »

R5 : « le 2e point c'est bah une fois que tu es installé si tu veux partir en vacances, faut quand même réussir à trouver des remplaçants » / « Et c'est un des gros gros frein en fait sur l'installation et sur les critères du lieu d'installation aussi. »

R7 : « même pour les vacances faut gérer, trouver un remplaçant »

ii. Crainte de l'isolement professionnel

Ce critère était l'un des principaux freins à l'installation.

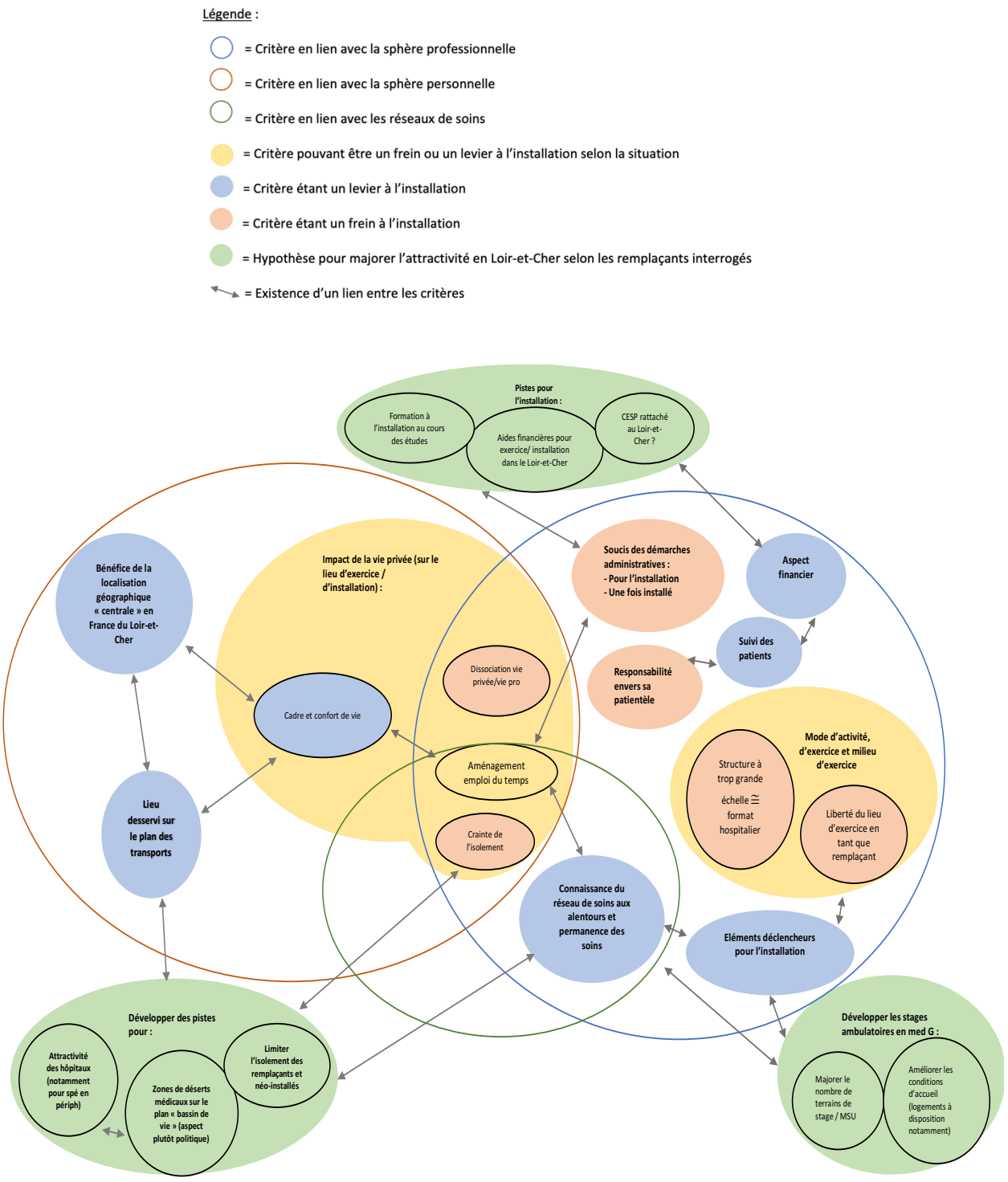
En effet, selon la situation sur le territoire, la continuité des soins et la permanence des soins était impactée par le manque de moyen hospitalier, ou humains (cf item précédent). Mais également l'accès aux hôpitaux et aux spécialistes y était plus délicat.

R5 : « Mais derrière en fait une fois que t'es en libéral t'es un petit peu on va dire en quelque sorte bloqué au sens où bah t'es le premier et des fois, le dernier recours rapide. » / « T'as personne aux alentours vraiment disponible »

R7 : « Mais c'est aussi toujours bah d'envoyer. Euh bah après moi je compare toujours mais je vois quand bah j'étais à Z, que j'ai envoyé voir des spécialistes, cardiologue tout ça j'ai quand même plus de mal. »

NB : Pour rappel, les critères pour lesquels nous n'avons pas eu de saturation des données étaient notifiés avec un « * ».

5) Schéma résumé



Discussion

1) Résultat principal

Comme nous l'avons vu précédemment, il existait de multiples déterminants à l'installation, que ce soit dans les leviers ou dans les freins. Cependant, ils n'avaient pas tous le même impact et ne ressortaient pas de manière tout aussi fréquente les uns par rapport aux autres.

Sans faire de statistiques, car ce n'était pas du tout le sujet de cette thèse qualitative, nous pouvions juste relater que :

a. Sphère personnelle

Les principaux leviers de la sphère personnelle qui ressortaient de notre étude, étaient : - L'impact de la vie privée sur le lieu d'installation, d'exercice et notamment la place du conjoint et de son lieu d'exercice et la nécessité de la présence à proximité du cercle familial et amical (10 remplaçants interrogés sur 12). Ceci était appuyé par le fait que dans notre panel de remplaçants, parmi les 9 en couple, 7 des conjoints exerçaient dans le Loir-et-Cher.

- Mais également, le souhait de limiter les déplacements entre le lieu d'habitation et d'exercice (9 remplaçants sur 12).

- Et enfin un souhait d'avoir accès à des services de proximité (salle de sport, supermarché, école etc), (7 remplaçants sur 12)

Ceux-ci étaient contrebalancés, en partie par le principal frein de la sphère personnelle qui était la crainte de l'isolement (4 remplaçants sur 12).

b. Sphère professionnelle

Sur le plan professionnel, les principaux leviers qui ressortaient de notre étude étaient :
- L'importance des stages durant les études de médecine, mais également des lieux d'exercice lors des remplacements (12 remplaçants sur 12 interrogés). Ceci était de nouveau appuyé fortement par le fait que parmi notre échantillon de remplaçants, 8 avaient réalisé un stage dans le Loir-et-Cher au cours de leur étude, et parmi ceux-ci 5 ont pour projet, ou sont en cours de démarches pour s'installer dans ce même département.

- Une nécessité d'avoir un suivi des patients au long cours (10 participants sur 12).

- Mais aussi un souhait d'activité en groupe +/- interprofessionnalité (9 interrogés sur 12).

- Et enfin la nécessité d'un recours aux spécialistes et/ou à l'hôpital sans trop de complexité (6 remplaçants sur 12)

Ceux-ci étaient également contrecarrés par des freins :
- Le principal qui était le souci des tâches administratives (8 participants sur 12) ; en lien avec une crainte d'avoir un emploi du temps surchargé (4 remplaçants sur 12).
- Une appréhension de la responsabilité envers la patientèle, qui serait induite par une installation (5 interrogés sur 12).

- Une crainte de l'isolement (4 remplaçants sur 12) comme cela avait déjà été mis en évidence dans la sphère personnelle. Cette crainte faisait le lien avec le paragraphe suivant « Réseau de soin ».

L'aspect financier avait souvent été évoqué (7 remplaçants sur 12) :

Soit en tant que frein : avec une crainte des charges une fois installé, ou d'une peur de manque de patients au départ et par conséquent de faibles revenus.

Ou bien en tant que levier, mais plutôt en comparaison avec les revenus obtenus au cours des remplacements, et notamment le fait qu'ils auraient alors une régularité dans le travail, qui a fortiori majorerait leur revenu. Ou bien du fait des aides financières accessibles lors de l'installation dans certains territoires.

(Ce n'est pas un levier principal ou un critère majeur)

c. Réseau de soins

Le réseau de soin impactait l'exercice du praticien, ainsi la nécessité d'une connaissance du réseau de soin aux alentours du lieu d'exercice, était un levier franchement retrouvé dans notre étude (7 remplaçants sur 12).

d. Synthèse du résultat principal

Ainsi de manière synthétique, il ressortait de notre étude, que la vie personnelle avait un impact majeur sur le lieu d'installation/ d'exercice, d'une part du fait de la place du conjoint et de son lieu d'exercice, et d'une nécessité de proximité du cercle familial, d'autre part du fait d'un désir de confort de vie avec des déplacements domicile-lieu de travail réduit.

Le choix de vie professionnelle entrait également en jeu dans les déterminants à l'installation, avec en priorité un souhait de suivi des patients au long cours, et d'exercice en groupe pour assurer une continuité des soins, lors de congés, mais également pour orienter sa pratique selon ses envies.

Et enfin, le réseau de soin aux alentours intervenait également dans ce choix de lieu d'installation, avec pour les remplaçants une nécessité de connaître celui-ci, et de pouvoir y recourir au quotidien sans trop de complexité.

A contrario, plusieurs éléments de notre étude, jouaient un rôle négatif dans cette installation, à savoir les tâches administratives trop importantes, avec une crainte d'emploi du temps surchargé, et de perte de temps médical. Une responsabilité envers sa patientèle trop importante.

Il existait une crainte de l'isolement tant professionnel que personnel selon le territoire choisi, qui était prédominante (absence de services permettant un épanouissement sur le plan personnel, et une absence de contact dans la vie professionnelle entrainant une prise en charge plus délicate de la patientèle).

Notre étude a mis en évidence de manière franche, l'importance des stages au cours des études de médecine et des lieux de remplacements. Et ainsi cela permettrait de limiter l'isolement.

2) Hypothèses pouvant améliorer l'attractivité du Loir-et-Cher selon les remplaçants interrogés

Pour aller plus loin dans nos entretiens, nous avons également demandé, aux remplaçants, d'émettre des hypothèses pour améliorer l'attractivité du Loir-et-Cher, au vu des déterminants d'installation qu'ils ont émis. Ceci pouvant permettre de répondre à notre objectif secondaire de l'étude.

Nous avons donc décidé de présenter ces résultats dans cette partie Discussion, car nous trouvions que ces hypothèses pouvaient faire le lien entre les déterminants d'installation rapportés plus haut, et la conclusion de notre étude. Ces hypothèses peuvent être retrouvées sur notre schéma résumé page 43.

NB : Pour rappel, cette partie de l'entretien était donc ciblée sur le Loir-et-Cher, alors que la partie sur les déterminants d'installation n'était pas orientée sur un département/une région d'installation en particulier.

a. Développer les stages ambulatoires en médecine générale

Il y avait une nécessité de majorer le nombre de terrain de stage et de maîtres de stages universitaires (MSU). Il existait un lien inévitable entre ces stages au cours des études de médecine, qui pouvaient ensuite déboucher sur d'éventuels remplacements, et dans la suite du parcours sur de potentielles installations.

R3 : « Ben je pense que enfin quand on regarde toutes les études. C'est quand même le fait d'être passé en stage dans une région, enfin dans un département ou dans un secteur qui fait qu'on s'y installe. On a plus de chance de s'y installer »

R8 : « Bah déjà les stages, c'est quand même pas mal. Je pense qu'entre mon conjoint et moi, je pense que le nombre de stage ont déjà bien augmenter, dans le libéral en tout cas. Donc je pense que ça ça aide déjà pas mal »

R11 : « Et bah il faudrait effectivement que c'est pareil, il y ait peut être plus de gars qui viennent faire des stages. Plus de méd gé, qui prennent des internes dans le 41. Je pense que c'est ça, sinon je serais jamais venu ici. Voilà pas forcément parce que ça me plaisait pas, mais c'est en goûtant qu'on peut voilà se faire un avis quoi. »

Cependant, au-delà de majorer le nombre de terrain de stage, il fallait également développer et améliorer les conditions d'accueil des étudiants, et par la même occasion des remplaçants, avec par exemple des logements à disposition. Cela permettrait qu'ils ne soient pas uniquement en transit, mais qu'ils découvrent le territoire aux alentours de leur lieu d'exercice. Et ainsi, il fallait créer un véritable lieu de vie, et non de transit.

R3 : « Moi, clairement j'ai pas fait mon SASPAS, ni mon niveau 1 dans le Loir et cher parce qu'il y avait pas de logement proposé » / « Donc je pense que là, le Loir-et-Cher il parie tout en disant qu'il est pas loin de Tours, ou d'Orléans et qu'on peut faire l'aller-retour mais finalement ça reste pas un lieu de vie » / « Juste de travail, de transit et les gens font juste l'aller-retour dans la journée et il reste pas pour essayer de voir ce qu'il y a autour »

R9 : « Et les logements il y a pas de logement pour les remplaçants par exemple, qui viennent de loin » / « Donc peut-être, bien réfléchir au logement, et aux conditions de logement aussi parce que parfois il y a des conditions de logements qui sont très mauvaises »

b. Développer des pistes

i. Pour les zones de désert médical sur le plan « bassin de vie »

Nous avons vu plus haut, que l'impact de la vie privée sur le lieu d'installation était conséquent, ainsi il paraissait évident, qu'il fallait rassembler un maximum de critères de cette sphère de vie personnelle pour majorer l'attractivité des médecins.

Ceci fait la transition avec le concept de « bassin de vie » qui est défini par l'INSEE comme le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

Cet aspect plus d'ordre politique, rendrait les territoires de déserts médicaux plus attractifs pour la population générale, et donc par conséquent pour les médecins également.

R5 : « Et le problème qu'il y a au niveau de tout ce qui est les déserts médicaux, comme il dit, c'est que c'est pas qu'un désert médical. C'est un désert tout court » / « S'il y a pas de médecin, c'est pas parce qu'il y a pas, il y a pas que des médecins, t'as rien. T'as pas de centre culturel, t'as pas de loisirs, t'as pas de travail à proposer éventuellement bah si le compagnon ou la compagne il est pas du monde médical. T'as pas d'opportunité de travail, t'as pas d'opportunité de reconversion. »

R6 : « Le principal problème, c'est comment dire c'est pas médical, c'est surtout politique, faut faire un peu, revivre les zones isolées, donc tant qu'il y aura pas d'infrastructures qui reviendront un peu dans les campagnes, ça sera un peu compliqué donc je sais pas quelles peuvent être les solutions là-dessus. Faudrait plus demander aux politiques de remettre un peu de vie dans les campagnes et dans les départements un peu ruraux, tel le Loir-et-Cher pour que ça que ça puisse revivre un peu, parce que c'est bien beau de dire, c'est la faute des médecins, les déserts médicaux, mais c'est plutôt la faute des politiques. Les déserts ruraux qui entraîne des déserts médicaux. Faut pas se tromper de cible, donc voilà. »

R10 : « Et bah y a pas de grosse industrie. Au niveau loisir, il y a pas de montagnes, il n'y a pas de mer. Et c'est une région, oui, qui est là, qui, qui vit avec le tourisme. Donc, euh peut être que ne pas fermer toutes les postes et toutes les mairies et toutes les petites écoles, comme l'a fait l'état pendant des années aurait permis de moins désertifier ce genre de région, mais j'en sais rien quoi. Je pense qu'à l'heure actuelle, le Loir-et-Cher bah c'est pas sexy quoi » / « Mais il y a une diagonale du vide là où je sais pas comment on appelle ça en France, on est dans la diagonale du vide donc euh, je vois pas pourquoi il y aurait plus de médecins dans cette diagonale du vide que de population. Bah c'est pas ça le truc, mais t'es dans un endroit où il y a peu de population, il y a encore moins de médecins parce que c'est pas attractif point » / « les gens qui sont mariés et autres qui ont un mari ou une femme qui n'est pas de profession libérale ou qui n'a pas de facilité d'installation. Enfin ils vont pas aller s'installer à Z. Ils vont s'installer dans une ville comme A parce que y a de l'industrie, y a plus de boulot, facilement trouvable etcetera »

ii. Pour l'attractivité des hôpitaux de périphérie

Cette hypothèse correspondait à la nécessité d'inciter les spécialistes à faire des plages de consultation dans les hôpitaux de périphérie. Ceci permettrait d'améliorer le lien ville-hôpital en facilitant l'accès aux spécialistes, notamment dans les hôpitaux de périphérie. Et par conséquent permettrait d'améliorer l'attractivité des médecins généralistes dans ces zones.

Et pour améliorer cet accueil des spécialistes dans les hôpitaux de périphérie, ils en découlaient, qu'il faudrait que ces hôpitaux soient plus attractifs.

R4 : « par exemple, ils font venir des médecins de Tours en vacation une demi-journée ou 2 demies-journées par semaine, et c'est quand même pas mal parce que comme ça, on peut adresser un peu plus facilement »

R6 : « Une meilleure attractivité au niveau de l'hôpital. »

R11 : « les trucs vraiment qu'il faudrait changer quand je discute un peu avec les collègues ou les machins qu'on remplaçait dans le coin, c'est qu'il y en a qui commence à dire que bon on peut toujours trouver des avis à 3h de route, on trouve toujours mais que ça devient compliqué de faire son travail parce que y a plus de spé de quoi que ce soit, donc on peut pas prendre d'avis. »

iii. Pour limiter l'isolement des remplaçants et néo-installés

Lors des remplacements ou des installations récentes en médecine générale, selon les territoires, il pouvait exister un isolement, car il n'existait à l'heure actuelle, pas forcément selon le territoire, de groupe de pairs ou d'activités ou de réunions pour les néo-installés afin de créer du lien entre les divers praticiens d'un même territoire.

R9 : « La difficulté, c'était vraiment l'isolement. Je me sentais très isolée par rapport à mes autres collègues. Donc je connaissais que mes maîtres de stage et j'étais presque en dépression total. Sourire. J'avais aucune vie sociale parce qu'on n'est pas inclus dans les activités. » / « ça peut être intéressant d'organiser des activités pour les médecins, de créer certains groupes. Je sais pas. Peut-être moi, je me suis pas renseigné, peut-être que ça existe mais moi je me suis pas renseigné. »

R12 : « Ça pouvait être sous la forme d'une journée, d'une soirée, et ça permettait l'accueil des nouveaux médecins et franchement je pense que c'était vraiment très appréciable pour les nouveaux médecins qui voulaient s'installer ou qui venaient ou les remplaçants qui venaient et je pense que ça a peut-être pu aussi jouer quelques fois dans l'installation de certains » / « Moi, j'avais pu participer à ça et ça par exemple aussi, quoi, ça fait partie des choses qui peuvent être attractif. C'est à dire tout ce que les médecins entre eux peuvent organiser pour travailler ensemble, se connaitre, passer des bons moments sans que ce soit tous les 4 matins bien sûr. Mais créer en fait une sorte de cohésion parce que bah les médecins généralistes il y en a beaucoup on peut pas tous se connaître et pour un nouveau médecin qui arriverait, qui ne serait pas du coin ça j'avoue que c'est vraiment appréciable je pense »

c. Pistes pour l'installation

i. Aides financières pour exercice / installation dans le Loir-et-Cher

Ces aides financières, pourraient être bénéfiques, même si l'aspect financier, ne semblait pas être un levier majeur à l'installation.

Elles concerneraient soit des aides au cours des études de médecine (CESP rattaché au Loir-et-Cher par exemple), ou bien lors de l'installation.

Comme nous le verrons plus bas, certaines sont déjà existantes et mises en place.

R6 : « Du coup j'avais dit bah ok moi je vais remplacer de toute façon donc pas de souci donc il m'avait filé, je ne sais plus genre 1000€ ou 1800 un truc comme ça donc ça je me dis peut être des choses comme ça à faire voir si ça peut encourager les gens. » / « Tu parlais du CESP, je sais pas si faire un espèce de CESP Loir-et-Cher ça peut exister ou des trucs comme ça. Je sais pas trop, après est-ce qu'il y'a que le financier je pense pas. »

R7 : « S'il y avait eu les aides aussi pour l'installation »

ii. Formation à l'installation au cours des études

Ces formations, pourraient être mises en place par exemple au cours des études, notamment pour expliquer ce qu'est l'activité libérale et ce qui gravite autour. Ça permettrait certainement de « dédramatiser » les tâches administratives et ainsi cela permettrait de réduire probablement ce gros frein à l'installation.

R7 : « Bah déjà peut être au cours des études, vraiment qu'on nous explique le libéral, ce que c'est parce que franchement moi je m'attendais pas que ce soit… Après je pense que je me fais plein de souci aussi de base, mais je trouve ça hyper complexe » / « donc je pense ouais à la fac qu'on nous fasse des cours ou qu'on nous explique vraiment ce que c'est le libéral » / « Et après je sais pas si les instances un peu plus haut. L'assurance maladie ou les différents organismes pourraient nous former ou nous expliquer un peu ce que c'est quoi »

3) Comparaison avec la littérature

a. Pistes pour l'installation

Parmi les diverses pistes évoquées par les remplaçants pour majorer l'attractivité du Loir-et-Cher, nous pouvions remarquer que certaines étaient déjà présentes actuellement, ou alors un aspect pouvant s'y rapprocher.

Avec tout d'abord, un développement de la formation dans certaines universités, notamment au sein du DUMG de Tours avec la présence d'un séminaire sur la comptabilité en médecine générale, accessible aux internes en médecine générale.

Ensuite, en termes d'aides financières ou d'incitations financières, il y en a qui sont déjà mises en place concernant le Loir-et-Cher. Celles-ci sont délivrées par le conseil départemental, et font partie du plan santé « Le 41 en bonne santé », qui lutte contre la désertification médicale.(8), (9). (Annexe 5)

D'autre part, il existe également une agence d'attractivité rattachée au Loir-et-Cher, nommée « Be LC », qui fait la promotion du Loir-et-Cher, et permet l'accompagnement des professionnels de santé dans leur projet en Loir-et-Cher, sur diverses thématiques. (10)

Diverses autres aides sont en place et peuvent être retrouvées sur une plateforme globale, qui est le portail d'accompagnement des professionnels de santé, Centre Val-de-Loire (ARS 2019). (11)

NB : A noter qu'il existe un manque d'informations sur certaines aides déjà en place, comme nous avons pu le remarquer avec les hypothèses des remplaçants interrogés, qui en évoquent certaines qui sont déjà en place, et donc méconnues de ceux-ci.

Et c'est pour cela, qu'une formation au cours du parcours universitaire pour évoquer les différents organismes et les différentes sources d'informations disponibles pourrait être utile.

Divers critères ont été évoqués dans les résultats de notre étude, dont certains sont également retrouvés dans d'autres études.

b. La vie privée au centre du choix de vie professionnelle

En premier lieu, l'impact du conjoint dans le lieu d'installation, était présent de manière prédominante dans les diverses études. Notamment l'accès à un travail pour celui-ci, qui avait une forte répercussion sur le futur lieu d'installation, comme le montrait les thèses de Clément FAZELLY (7) et Cindy VEAUVY (12) mais également l'étude réalisée auprès des internes en médecine générale de la Région Centre-Val-de-Loire (CVL) (6). De même que dans l'étude auprès des internes, remplaçants exclusifs et installés réalisée par la commission des jeunes médecins du CNOM (5), avec une différence de ce facteur selon le moment de vie (internes vs remplaçants et installés).

C'était retrouvé dans notre étude, avec un impact fort de ce critère, et lorsque nous regardons les caractéristiques sociodémographiques de nos participants, la majorité exerçait dans le même département, et le reste était dans des départements limitrophes.

Dans un second temps, il existait également la liberté d'emploi du temps qu'il fallait toutefois évoquer avec précaution, car elle était présente, dans notre étude mais également dans celle de Clément FAZELLY (7) aussi bien en faveur des remplacements, qu'en faveur de l'installation selon le point de vue des interrogés.

Cette liberté d'emploi du temps également retrouvée dans la thèse de Cindy VEAUVY, en faveur d'une coordination vie privée et vie professionnelle (12).

Dans un troisième temps, on pouvait voir que le lieu d'installation était fortement impacté par l'histoire familial et amical en lien avec ce territoire (6), (5).

c. Un confort de vie souhaité au moment de l'installation

Un souhait d'exercice proche du lieu d'habitation, afin de limiter les déplacements, était retrouvé dans l'étude sur les internes de région CVL (6), mais aussi dans le thèse de Cindy

VEAUVY, dans laquelle le cadre de vie était également important avec un choix de la zone rurale pour bénéficier d'un espace de vie plus vaste (12).

La possibilité de se déplacer et d'avoir accès à des services de proximité, était également un déterminant important dans l'étude réalisée par la commission des jeunes médecins du CNOM en 2019 (5).

Mais également la possibilité d'avoir une stabilité géographique une fois l'installation réalisée, comme le relatait l'étude sur le secteur Nord Alpin (13).

d. Les remplacements, une étape de transition

Cette période de remplacements, était relatée dans notre étude comme une situation transitoire, à la fin des études de médecine, permettant parfois de connaitre les lieux et le réseau aux alentours. Dans l'étude de Clément FAZELLY, cette période présentait également des points positifs, et négatifs, à savoir une liberté d'emploi du temps comme vu plus haut. Mais a contrario, la plupart du temps une frustration, avec une absence du suivi des patients, qui était recherchée de manière probante en médecine générale (7).

C'est aussi le temps pour se confronter aux pratiques diverses, et savoir ce qu'on l'on veut et ce que l'on ne veut pas. Et pour appréhender la gestion d'un cabinet, comme le relate l'étude de ma consœur (12).

Ou bien une étape de transition, de réflexion avant une future installation (6).

Cette étape, était considérée comme essentielle dans la conception et la concrétisation d'un projet professionnel d'installation, d'après l'étude du CNOM (5). Elle permettrait de découvrir les territoires, mais également pour se forger une expérience en tant que médecin libéral, comme dans la gestion des tâches administratives.

e. Le suivi des patients, un déterminant de l'installation

Ce suivi qui est très recherché dans la pratique de la médecine générale, était bien présent parmi les critères les plus importants de plusieurs études, notamment celle de mon confrère en 2016 (7).

Il était également retrouvé dans la thèse d'Augustin DECORDE (13).

f. L'activité de groupe plutôt en milieu semi-rural recherchée

Il ressortait franchement de notre étude un souhait d'activité de groupe, déjà présent lors des études de Clément FAZELLY, avec un bénéfice dans le partage des charges financières (7). Egalement un aménagement de l'emploi du temps possible comme vu ci-dessus, avec une organisation de la permanence des soins avec les collègues (12).

Dans l'étude de l'équipe de recherche de Tours, cette activité de groupe était recherchée surtout pour faire face au risque de solitude présent dans le cadre d'un exercice libéral (6), (5) et d'autant plus en milieu rural (12).

Alors que dans l'étude de 2019 réalisée par le CNOM, cette activité de groupe pouvait permettre une aide de la part des confrères dans les démarches en vue d'une installation (5)

Quant au milieu d'exercice, il était plutôt semi-rural ou rural pour la thèse de Clément FAZELLY (7), alors qu'il était plutôt semi-rural pour l'étude auprès des internes de région CVL, du fait d'un bon compromis pour accéder aux ressources humaines et techniques nécessaires à la pratique du métier (6). De même pour la thèse d'Augustin DECORDE, où le milieu semi-rural est recherché (13).

Ou bien pour le type de patientèle recherché selon l'attrait de l'interrogé, avec une préférence pour la fidélité de la patientèle vis-à-vis de son médecin généraliste en zone rurale (12).

g. Un réseau de soins aux alentours attendu

Il était très important pour les interrogés de l'étude réalisée en 2019 par le CNOM, d'avoir à proximité des professionnels de santé et des structures de soins, pour permettre d'avoir une prise en charge globale et coordonnée des patients (5). C'était également le cas de notre étude, avec ce souhait pour limiter l'isolement des médecins généralistes, et pouvoir prendre en charge leur patient de manière coordonnée. Mais aussi pour des raisons pratiques dans la permanence des soins.

h. Soucis administratifs, principal frein professionnel

La charge de travail administratif sur l'emploi du temps une fois installé, jouait un impact néfaste pour l'installation, comme on pouvait le retrouver également dans la thèse de Clément FAZELLY (7), mais aussi dans celle d'Augustin DECORDE (13).

Afin d'éviter cet aspect chronophage des tâches administratives, il était déjà évoqué l'activité de salariat dans l'étude de ma consœur en 2014 (12).

Cette crainte, était également relatée dans l'étude de 2019 du CNOM, mais plutôt orientée sur le versant comparatif avec l'activité de salariat, en terme de qualité de vie au travail d'une manière globale, d'après leurs hypothèses (5). Le constat était le même dans l'étude réalisée dans le secteur Nord-Alpin (13).

i. Divergences de notre étude avec les références bibliographiques

Dans notre thèse est apparu de manière conséquente, l'importance de développer les stages en médecine générale. Dans ces diverses études présentes dans les références bibliographiques, il n'était que très peu évoqué l'influence des stages au cours des études de médecine, uniquement faiblement cité dans la thèse de Cindy VEAUVY (12), où il était relaté que ceux-ci pouvaient permettre de faire connaître la zone rurale et ainsi dédramatiser l'exercice dans cette zone. Faiblement évoqué également dans la thèse d'Augustin DECORDE (13), où les SASPAS étaient un facteur influençant de manière significative une installation en libéral par la suite.

De plus on pouvait voir lors de l'étude réalisée sur les internes de médecine générale de région CVL, que certains stages, notamment ceux au cours de l'externat était méconnus d'un tiers des interrogés (6).

Seulement une étude de 2012 réalisée auprès des internes de la subdivision de Rennes relatée l'importance de ces stages pour favoriser l'installation dans certains territoires sous dotés (14).

Alors que notre étude, montrait que l'importance de ces stages en médecine générale était prépondérante.

Plusieurs autres éléments retrouvés dans les sources bibliographiques comme d'éventuels freins ou leviers à l'installation n'ont pas été cités par nos interrogés, comme c'est le cas pour le tiers payant généralisé, qui faisait partie de l'actualité lors de l'étude de mon confrère (7), alors qu'aujourd'hui ce n'est plus le cas.

De même, la crainte d'un exercice en milieu libéral avec notamment l'aspect de la protection sociale n'avait pas été relaté par nos interrogés, contrairement à l'étude de la commission des jeunes médecins du CNOM (5).

Dans l'étude d'Augustin DECORDE (13), c'était les facteurs professionnels qui primaient sur l'installation, alors qu'à contrario dans notre étude c'était plutôt les facteurs personnelles qui impactaient en priorité l'installation, et son futur lieu.

4) Forces et limites de cette étude

a. Limites de l'étude

i. Biais

1. Biais d'animateur

La réalisation des entretiens s'est déroulée de manière semi-dirigée, c'est-à-dire avec la trame d'entretien prédéfinie avant le début de ceux-ci. Mais au cours de l'entretien il pouvait exister des relances via les sous questions de la trame d'entretien si c'était nécessaire pour apporter des précisions, ou en cas de blocage d'un participant à une question. Ces interventions, ont pu diriger le dialogue, et par conséquent les réponses des interrogés dans une certaine mesure.

2. Biais de représentativité

Les remplaçants thésés interrogés, ont été recrutés comme décrit dans la méthodologie, cependant parmi ceux-ci, il y avait seulement une remplaçante avec un enfant, ce qui pourrait entrainer un biais de représentativité, et surtout impacter les résultats, notamment sur les services de proximité souhaitaient au pourtour du lieu d'installation par exemple, même si certains des remplaçants se projetaient déjà dans cette situation.

3. Biais de lieu d'exercice

Les remplaçants interrogés, avaient tous exercés en Loir-et-Cher comme il était nécessaire pour participer à cette étude, ainsi cet aspect pouvait entrainer un biais dans le fait d'avoir une majorité de résultats en faveur d'un souhait d'exercice en milieu rural ou semi-rural, car le Loir-et-Cher est tout de même un département rural.

4. Biais d'échantillonnage

La taille de notre échantillon était régie par la méthode qualitative qui était inspirée de la théorisation ancrée. Ainsi il existait une nécessité de saturation des données pour arrêter les entretiens (cf matériel et méthodes), cependant du fait de notre choix de population ciblée au Loir-et-Cher, ce nombre étant faible, nous n'avions pas réussi à obtenir cette saturation des données pour 3 critères.

Cependant celle-ci a été recherché au maximum, avec de nombreuses relances. Et les critères où cette absence de saturation existait, étaient très probablement peu fréquent, notamment pour 2 d'entre eux qui étaient le souhait d'activité seul, et le souhait d'exercice en milieu urbain. L'autre étant l'accès à l'immobilier raisonnable.

NB : Ce souhait de cibler la population au Loir-et-Cher était en lien avec la bibliographie réalisée, qui montrait des études plus globales réalisées auprès d'internes, remplaçants ou installés, soit dans la France entière (5), ou bien en région Centre-Val-de-Loire (6) . Ainsi nous voulions préciser et éventuellement comparer ces résultats à une étude à l'échelle départementale, et sur une population ciblée, plus à même de s'installer « rapidement ».

b. Force de l'étude

Le recrutement a été réalisé via diverses techniques (cf partie méthodologie), notamment par l'identification des participants potentiels, via les contrats de remplacement des 3 dernières années, adressés au CDOM 41. Parmi ce mailing, la majorité des remplaçants exerçant ou ayant exercé en Loir-et-Cher durant ces 3 dernières années ont participé à notre étude.

L'application de la méthodologie d'étude qualitative a été majoritairement respectée, notamment le fait d'avoir triangulé les 2 premiers entretiens avec ma directrice de thèse (VM). Mais également, d'avoir révisé notre trame d'entretien à la suite du second entretien.

5) Perspectives

Cette étude nous permet de pouvoir émettre des hypothèses quant aux axes d'améliorations possibles. Pour essayer de regrouper un maximum des déterminants d'installation retrouvés, sur la majorité du territoire, et ainsi essayer de remédier au problème majeur de désertification médicale.

Et confirme l'importance majeure de certains déterminants d'installation déjà retrouvés lors des études précédentes, et permet d'en apporter de nouveaux peu retrouvés comme la nécessité de développer les stages en médecine générale au cours des études de médecine, et de manière générale, la formation (formation à l'activité libérale notamment).

Des améliorations ont déjà été essayé dans plusieurs pays, et depuis plusieurs années.

a. A l'échelle internationale

Si nous nous penchions sur les autres pays, et notamment sur ceux de l'Union européenne, nous pouvions voir que le nombre de médecins pour 1 000 habitants en France en 2019, était plus faible que la moyenne européenne (3,2 vs 3,9 médecins pour 1 000 habitants). Notamment le nombre de médecins généralistes, qui a diminué de manière globale sur le territoire, mais plus dans certaines régions (15). En 2023, dans le Loir-et-Cher, il existe 1 médecin généraliste pour 1540 habitants (16).

Ces soucis de démographie médicale sont également présents à l'étranger, que ce soit dans l'Union européenne, ou dans le reste du monde. Plusieurs actions ont été mises en place, et testées à l'étranger.

Par exemple en Allemagne, il existe une liberté d'installation sous contrôle, les médecins sont conventionnés auprès de la sécurité sociale que dans les zones où le nombre de médecins par habitant est inférieur à un seuil fixé par les autorités. L'installation est impossible dans les zones où la densité médicale est supérieure de 10% à la moyenne nationale. Cela a permis en quelques années de majorer le nombre de médecins dans les campagnes allemandes. Cependant il y a peu de publications permettant d'appréhender l'impact global de ce dispositif.

D'autre part, ils mettent en place également des incitations financières à l'installation dans des déserts médicaux, ou bien pour que les médecins retraités continuent leur activité. (17)

Aux Etats-Unis, ils utilisent plutôt un levier sur la formation, et plus particulièrement sur la sélection des étudiants en médecine. C'est le cas du programme Physician Shortage Area en Pennsylvanie. Ils recrutent des étudiants qui ont grandi ou ont vécu à la campagne ou dans des villes de petites tailles et qui souhaitent pratiquer la médecine de famille en zone rurale (18). Cet aspect de l'importance de la commune d'origine des étudiants sur leur éventuelle installation future dans la même région a déjà été évoqué dans la thèse de Cindy VEAUVY, et était un facteur déterminant de l'installation, notamment en zone rurale (12). Ce critère n'a pas été franchement retrouvé dans notre étude, et parfois même au contraire, un souhait de ne pas y exercer car certains interrogés souhaitaient, une dissociation de leur vie personnelle et professionnelle.

Alors que d'après les données de la littérature, cela semble être une stratégie efficace.

D'autres leviers pour essayer de limiter ces zones de déserts médicaux sont testées à l'internationale, et concerne soit la formation initiale, soit des incitations financières, soit la régulation de l'installation, soit un soutien professionnel et personnel des professionnels de santé (19).

b. A l'échelle nationale

En France, il y a eu de nombreuses actions qui ont été mises en place depuis plusieurs années, notamment la création de MSP. Ou bien des aides financières à l'installation, ou des allégements fiscaux, qui n'ont pas spécialement fait leur preuve comme c'est relaté dans l'étude de la DRESS (19). L'importance des aides financières dans le processus d'installation avait été recherché dans l'étude de la commission des jeunes médecins du CNOM, montrant qu'ils ont leur impact sans que ce soit un facteur prédominant (5), c'était également le cas dans l'étude d'Augustin DECORDE (13).

Mais également des actions sur les étudiants en médecine générale, avec la promotion des stages en ambulatoire depuis 2012 dans le Pacte territoire santé (19), mais qui est encore insuffisante. Il y a aussi la fin du numérus clausus lors de la première année de médecine, remplacé par le numerus apertus (18), mais également d'autres (19).

D’autres mesures sont actuellement en pour parler sur le plan politique en France, avec notamment la loi RIST, et la loi VALLETOUX.

Il serait intéressant de voir si l’on obtiendrait des résultats et des tendances similaires en cas de réalisation d’une étude similaire chez les remplaçants en médecine générale thésés exerçant dans la région Centre, mais en faisant également une analyse par sous catégories de département du fait de la diversité de ruralité en région Centre (Indre-et-Loire et Loiret vs Indre, Cher, et Eure-et-Loir). Le département du Loir-et-Cher semblant être un entre deux, en étant sur l’axe ligérien.

Conclusion

Les déterminants d'installation sont un facteur très important du fait de leur influence sur la démographie médicale.

Cette étude a pu permettre de montrer qu'il est important de développer les stages au cours des études de médecine (hospitalier et ambulatoire), pour permettre une connaissance du territoire que ce soit sur le plan personnel mais également professionnel et ainsi limiter l'isolement et permettre d'éventuelles installations futures.

C'est la clé de voûte pour cette connaissance du territoire, et ainsi en faire un véritable lieu de vie, notamment chez les personnes qui n'ont pas d'attache familiale présente auparavant dans ces territoires.

D'autres facteurs déterminent l'installation, et eux sont également en majorité rapportés dans les autres études. A savoir, l'impact majeur de la vie privée et notamment du conjoint et de la famille dans le choix du lieu d'exercice. Le souhait d'activité partagée, et d'avoir un accès au réseau de soins sans trop de complexité.

L'objectif final de la connaissance de ces déterminants d'installation est de pouvoir agir sur les déserts médicaux. En apportant des solutions diverses pour rendre accessibles ces critères sur la majeure partie du territoire.

Pour cela, il nous parait important que les acteurs des divers mondes (politique, libéral, hospitalier) agissent en coordination, et mettent en place des actions sur divers thématiques à la fois, et non pas de manière isolée.

Comme le développement de stage aussi bien ambulatoire qu'hospitalier en périphérie, dès les premières années d'étude de médecine, avec des conditions d'accueil de ces étudiants pour permettre, la création d'un lieu de vie, et de rencontre parait être le critère principal qui ressort de cette étude quand on cible l'attractivité du Loir-et-Cher.

Références bibliographiques :

1. Arnault - ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.pdf [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

2. cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/bnhcwi/cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf

3. Professionnels de santé [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: https://www.pilote41.fr/social-et-sante/sante/professionnels-de-sante

4. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

5. Dossier-de-presse-Enquête-déterminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAte-d%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf

6. Dagot et al. - Equipes de recherche Université de Tours.pdf [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03178417/document

7. FAZELLY Clément. Vision de l'installation en cabinet de médecine générale des remplaçants de la région Centre. 91p. Thèse : Médecine : Tours : 2016. [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2016_Medecine_FazellyClement.pdf

8. Le Loir et Cher - Médecins, installez-vous [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: https://www.departement41.fr/services-en-ligne/travailler-entreprendre/medecins-installez-vous/

9. Loir&Cher info n°106 [Internet]. calameo.com. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: https://www.calameo.com/read/0002110549321b5b2938e

10. Plaquette Santé 2022 - par Be LC [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: https://www.calameo.com/read/0064994328e3b4d14c73c

11. PAPS Centre-Val de Loire | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Centre-Val de Loire [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.paps.sante.fr/

12. VEAUVY Cindy. L'installation des jeunes médecins en zone rurale. 82p. Th§se : Médecine : Tours : 2014. [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2014_Medecine_VeauvyCindy.pdf

13. DECORDE Augustin. Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord-Alpin. 90p. Thèse : Médecine : Grenoble : 2011. [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/639242/filename/2011GRE15102_decorde_augustin_1_D_.pdf

14. Lecoustey - Propositions sur l'installation des internes.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/propositions-sur-installation-des-internes-aimger.pdf

15. Commission européenne. Profil de santé par Pays 2021 : France. [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_fr_french.pdf

16. Offre_de_sante_de_proximite_en_Loir-et-Cher_04-05-2023.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2023]. Disponible sur: https://doc.pilote41.fr/fournisseurs/carrefourdesterritoires/2023/Offre_de_sante_de_proximite_en_Loir-et-Cher_04-05-2023.pdf

17. C'est comment ailleurs ? La lutte contre les déserts médicaux en Allemagne [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemagne_3216415.html

18. Les stratégies des pays de l'OCDE pour en finir avec la désertification médicale | Maire-Info, quotidien d'information destiné aux élus locaux [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: https://www.maire-info.com/les-strategies-des-pays-de-l%27ocde-pour-en-finir-avec-la-desertification-medicale-article-25913

19. Portela - 2021 - Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf

Bibliographie non référencée :

1. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.

2. Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France. Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. 2008. [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur : https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf

3. L'étude Remplact [Internet]. ReAGJIR. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur : https://www.reagjir.fr/je-remplace/letude-remplact/

4. Observatoire de l'économie et des territoires. Santé et démographie médicale en Loir-et-Cher organisation de l'offre territoriale. 2020 [Internet]. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur : https://doc.pilote41.fr/fournisseurs/observatoire/etudes/Etud_93.pdf

5. Guide destiné aux médecins et aux étudiants en médecine. S'installer en Loir-et-Cher [Internet]. [cité 14 févr 2023]. Disponible sur : https://www.departement41.fr/fileadmin/user_upload/1_Services_en_ligne/3_travailler_entreprendre/guide-medecins-internes.pdf

7. Déserts médicaux quels leviers pour sortir de l'impasse ? [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur : https://www.cpts-luxeuil.fr/files/2021/07/deserts-medicaux.pdf

8. Statistiques OCDE [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur : https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9&lang=fr

ANNEXE 1 : Trame du guide d'entretien

Bonjour, tout d'abord, merci d'avoir répondu à ma sollicitation pour cet entretien dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Je vous rappelle rapidement le sujet de celle-ci, avant de débuter : « Quels sont les déterminants d'installation pour les médecins généralistes remplaçants thésés exerçant en Loir et Cher ? »

Je vais enregistrer cet entretien à l'aide du dictaphone de mon smartphone afin de pouvoir retranscrire vos dires de manière précise lors de l'étape de rédaction de ma thèse. Etes-vous d'accord avec cela ? (donner feuille d'accord écrit)

Parfait, ainsi nous allons pouvoir débuter.

- Partie « sociodémographique » :

- Quel est votre âge ?
- De quelle région êtes-vous originaire ? (domicile parental) Et de quel département ?
- Dans quel département résidez-vous ?
- Quel est votre statut marital ? Si vous êtes en couple, dans quelle région exerce votre conjoint(e) ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

- Partie « parcours universitaire » :

→ Parlez-moi un peu de vous et de votre parcours universitaire ?

- *Dans quelle faculté avez-vous fait vos études ?*
- *Avez-vous effectué un stage en médecine générale dans le Loir-et-Cher au cours de votre internat ? Si oui, qu'en avez-vous pensé ? Durant celui-ci est ce que vous vous êtes posé la question de pouvoir vous installer dans cette région un jour ?*
- *Avez-vous opté pour un CESP lors de votre cursus ?*

→ Et depuis la fin de votre internat, qu'avez-vous fait ? Si pas de réponse, dites m'en plus ?

- *En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?*
- *Depuis combien d'années effectuez-vous des remplacements ?*
- *Dans quel département effectuez-vous des remplacements ?*
- *Avez-vous une activité libérale exclusive ou bien associée à une activité salariale ?*

- Partie « critères de vie professionnelle pour une installation » :

A présent, je vais vous poser des questions sur vos projets actuels ou futurs en termes de vie professionnelle.

→ Pour quelle raison (professionnelle ou personnelle) souhaiteriez-vous vous installer ?

- Stabilité de « vie » avec emploi du temps fixe notamment, et lieu d'exercice fixe
- Responsabilité envers une patientèle / souhait d'autonomie dans la prise en charge de vos patients
- Meilleure considération de la part de votre patientèle
- Orientation de son activité en fonction de ce que l'on « aime », par exemple suivi de grossesse, gynéco, plutôt pédiatrie, ostéopathie etc
- Meilleurs revenus

→ Dans quel délai souhaiteriez-vous vous installer ? Avez-vous déjà un projet en cours (déjà enclenché) ou bien avez-vous déjà imaginé un projet d'installation ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ?

- Si oui, quels critères ont déterminé ce projet ?
- Quels sont pour vous les critères professionnels nécessaires pour votre installation ?
    - Milieu d'activité (rural, semi-rural, urbain)
    - Types de structure (cabinet seul, cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire), et pour quelles raisons ? (activité partagée, partage des charges financières et administratives)
    - Types d'activité envisagé (libérale seule ou associée à une activité salariale, salariat en médecine générale)
    - Accessibilité aux soins de spécialiste proche / hôpitaux / cabinet paramédicaux (IDE, kiné), radiologie proches → = présence d'autre professionnel de santé sur le territoire et/ou d'un hôpital
    - Nécessité d'aides dans vos démarches d'installation de la part de vos confrères consœurs, ou d'institutions (collectivité territoriale / Ordre des médecins / URPS) ? Si oui, à quelle aide vous attendez-vous ? (financière, logistique, conseil d'expérience etc) → Connaissez-vous ces aides à l'installation ?

→ Quelles sont vos craintes quant à l'installation ?

- Crainte financière initiale en cas de nouveau cabinet
- Crainte d'un emploi du temps moins libre qu'en remplacement
- Charges de démarches administratives trop importante
- Tâche non médicale (tâche administrative, comptabilité, etc) une fois installé trop importante
- Nécessité de participer à la permanence des soins (gardes de w-e par exemple)
- Autres craintes ? (nécessité de trouver un remplaçant lors de vos absences pour continuité des soins par exemple, peur de la routine et du suivi au long cours de certains patients)

<u>- Partie « critères de vie personnelle pour une installation » :</u>

→ Quels sont pour vous les critères personnels nécessaires à votre épanouissement extra-professionnel ?

- Souhaitez-vous exercer dans la même ville que votre lieu de domicile ? dans le même département ? (pour ville limitrophe surtout). Distance idéale entre lieu d'installation et domicile ? Temps de trajet maximal à effectuer entre votre domicile et votre lieu d'exercice ?
    - Milieu de vie souhaité (rural, urbain, semi-rural)
    - Accessibilité au logement
    - Structure scolaire adaptées à proximité (école élémentaire, collège, lycée)
    - Activités sportives variées
    - Patrimoine diversifié
- Quels domaines de votre vie personnelle influent sur votre lieu d'installation ?
    - Lieu d'exercice du conjoint ?
    - Domicile parental ?
    - Structure scolaires adaptées à proximité ?

- En résumé :

→ En quelques mots, quels sont vos principaux critères d'installation, dans le Loir-et-Cher (3-5 critères maximum) ?

› Cf mix des items probablement

→ Auriez-vous des hypothèses quant aux démarches pouvant être réalisées pour augmenter l'attractivité du Loir-et-Cher et ainsi permettre l'installation de médecin généraliste ?

→ Connaitriez-vous un autre remplaçant pour répondre à mon questionnaire ? (effet boule de neige)

NB : Cette trame du guide d'entretien peut être amenée à être modifié en fonction des réponses obtenues au cours des entretiens, notifiée par « souligné en pointillé »

Légende :

→ : Question ouverte principale

› : Réponses attendues à la question principale
  - o : Sous question si nécessité d'approfondissement

Souligné : question ajoutée au guide d'entretien à la suite du second entretien

ANNEXE 2 : Trame de l'accord d'enregistrement de l'entretien

Accord d'enregistrement de l'entretien

Je soussigné (e) , autorise Mr MICHOU Nicolas à enregistrer notre entretien, afin d'utiliser ces données dans le cadre de sa thèse.

Celui-ci s'engage à les anonymiser, les désidentifier puis à les supprimer à la fin de la réalisation de celle-ci.

Fait le

Signature du/de la participant(e) :

Signature du rédacteur :

GUYETANT SOPHIE 15 mars 2022 à 15:25

RE:Thèse de médecine générale

À : Nicolas Michou

Bonjour,

J'ai bien reçu votre document et vous en remercie.

Votre questionnaire étant complétement anonyme et ne contenant aucune donnée (même en les croisant) permettant de remonter à l'identité des participants à votre étude, et si vous vous engagez à bien détruire les entretiens et l'éventuelle liste de correspondance entre chaque entretien et l'identité des remplaçants à la fin de votre recherche, la déclaration CNIL n'est pas nécessaire.

Vous êtes donc en règle et vous pouvez débuter votre étude.

Bon courage

Bien cordialement

Dr Sophie Guyétant
Coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles"
Direction de la Recherche et de l'Innovation
Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre Val de Loire
Tél : 02 34 37 89 27

Le CHRU de Tours est certifié ISO 9001 pour ses activités de promotion et d'aide méthodologique dans le cadre d'études cliniques. Certificat n°2020/89196.1

ANNEXE 3 :

ANNEXE 4 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Nombre total de participants	12 participants
Age	Entre 28 et 34 ans
Sexe	- 8 femmes - 4 hommes
Département d'origine	- 2 du Loir-et-Cher - 2 du Cher - 6 d'autres régions - 2 d'autres régions mais déménagement en Indre-et-Loire avant le début des études de médecine
Département d'habitation actuel	- 6 dans le Loir-et-Cher - 1 dans l'Indre - 4 dans l'Indre-et-Loire - 1 en Ile de France
Statut marital	- 3 célibataires - 3 en couple - 4 pacsés - 2 mariés
Département d'exercice du conjoint(e)	- 7 dans le Loir-et-Cher (dont un avec une activité partagée avec l'Indre) - 1 dans la Vienne - 1 en région parisienne
Enfants	- 1 seul à un enfant
Année de soutenance de la thèse	Entre 12/2017 et 06/2022
Adhésion à un CESP	- 1 seule adhésion à un CESP

ANNEXE 5 : Aides financières proposées par le conseil départemental 41 dans le cadre du plan « Le 41 en bonne santé »

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

académie d'Orléans-Tours | université de TOURS | Faculté de médecine

Michou Nicolas

Nombre de pages : 71 – Figures : 2 – Tableau : 1

Résumé :
La démographie médicale est un sujet d'actualité, en effet la répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire et les déserts médicaux, posent question. C'est pour cette raison que nous avons souhaité étudier les déterminants d'installation, chez les remplaçants thésés en médecine générale, car ils sont les plus susceptibles de s'installer.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative, avec une méthode inspirée de la théorisation ancrée, avec analyse thématique. Pour cela, nous avons effectué des entretiens individuels semi-dirigés ciblant des médecins généralistes remplaçants thésés, exerçant ou ayant exercés dans le Loir-et-Cher.

Ces médecins relatent en majorité que les stages au cours de leurs études, ainsi que les lieux d'exercice lors des remplacements, et le réseau professionnel ont un impact positif sur leur futur lieu d'installation. D'autres leviers à l'installation ressortent : le suivi des patients, l'indépendance dans leur prise en charge. L'importance de la présence du cercle familial et amical à proximité, le choix du cadre de vie.

Ils sont contrebalancés par des freins. Les principaux sont le souci des démarches administratives en globalité, mais également la crainte de l'isolement dans certains territoires.

D'éventuelles stratégies pourraient être mises en place dans les territoires, notamment les plus déficitaires en médecins généralistes. Cela a d'ailleurs déjà fait l'objet de mesures à l'étranger mais également en France (aides financières, CESP, majoration du numérus clausus etc), cependant qui s'avèrent pour le moment, insuffisantes.

Il parait nécessaire qu'il y ait un travail collégial entre les acteurs du monde libéral, hospitalier, mais également politique, pour mettre en œuvre les moyens nécessaires afin d'augmenter l'attractivité du territoire, et notamment limiter la crainte de l'isolement qui est prédominante.

Mots clés : Déterminants à l'installation, Médecine générale, Remplaçants thésés, Freins, Leviers

Jury :

Président du jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directrice de thèse : Docteur Valérie MOLINA
Membres du Jury : Professeur Jean ROBERT
Docteur Bernard BAUDRON

Date de soutenance : 29 juin 2023