

Sommaire

Introduction	2
Matériels et méthode	12
Résultats	21
1) <i>Caractéristiques des médecins interrogés</i>	21
2) <i>Le Var comme cadre de vie</i>	23
3) <i>Influence du vécu personnel</i>	24
4) <i>Influence du vécu professionnel</i>	27
5) <i>Place des aides à l'installation</i>	32
6) <i>Ressenti sur les politiques de démographie médicale</i>	33
Discussion	37
1) <i>Biais rencontrés, limites de l'étude, validité interne</i>	37
2) <i>Validité externe – Généralisation des résultats</i>	38
3) <i>L'exercice de groupe</i>	40
4) <i>Le réseau des Maîtres de Stage Universitaire</i>	41
5) <i>La qualité de vie et la séparation vie professionnelle et de famille</i>	43
6) <i>Les aides à l'installation</i>	45
Conclusion	48
Bibliographie	50
Annexes	52
Lexique	52
Aides à l'installation en région Sud	52
Guide d'entretien	60
Cartes heuristiques	61
Verbatim	65

Introduction

D'après une publication de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 6 % de la population française, en 2018 vit dans des territoires sous-dotés en médecins généralistes (1). Et ces inégalités s'accentuent d'années en années. Les territoires les mieux dotés étant aussi les plus attractifs (équipements sportifs, scolaires, commerciaux, croissance démographique). La répartition des médecins généralistes reflète donc les inégalités territoriales entre les zones rurales et les zones urbaines.

Les problèmes de démographie médicale sont évoqués depuis plusieurs années, comme déjà en 2005 dans le rapport de la commission démographie médicale présidée par le Pr BERLAND (2). Le constat est le suivant : en 2004, le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France, le problème réside dans la répartition des médecins et non sur leur nombre. En effet, les écarts de densité sont importants entre les régions les mieux dotées et celles les moins bien dotées. Les inégalités vont s'accentuer du fait du vieillissement de la population, des départs en retraite des médecins généralistes et de la féminisation de la profession.

Les projections de la DREES à l'horizon 2030 (3) (avec l'hypothèse de comportements identiques à ceux observés actuellement, appelé scénario tendanciel) indiquent tout d'abord une diminution marquée du nombre de médecin du fait de la mise en place du *numerus clausus* en 1971. Ensuite, la population de médecins se rajeunirait et se féminiseraient en 2030. Enfin, les médecins libéraux seraient aussi en proportion moins nombreux.

Toujours selon le scénario tendanciel, les inégalités régionales en matière de densité médicale seraient aussi marquées en 2030 qu'en 2006. Certaines régions seraient donc toujours bien mieux dotées en médecins. Cependant, en 2030, la carte des écarts régionaux à la densité médicale moyenne serait assez bouleversée. En 2030, sous les hypothèses du scénario tendanciel, l'Île-de-France et la région PACA ne se distinguerait plus par des densités élevées, tandis que la Bretagne, la Franche-Comté, le Poitou Charentes, le Limousin, l'Auvergne et l'Aquitaine seraient mieux dotées en médecins que les autres régions.

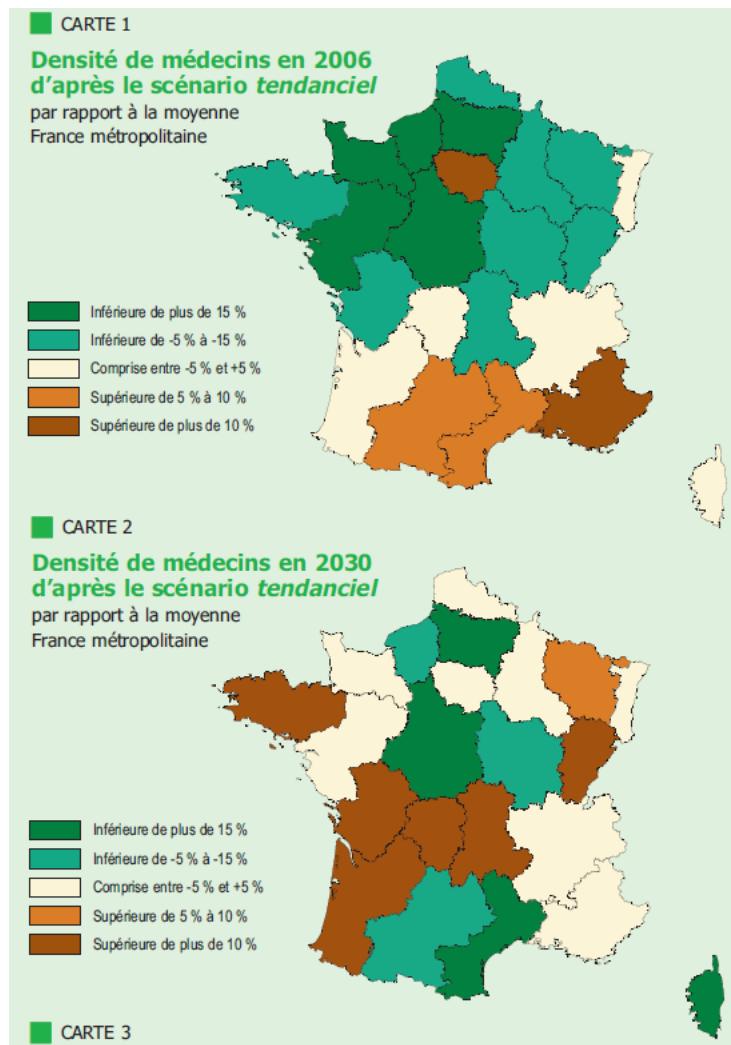


Figure 1 – Cartes des densités des médecins généraliste en France selon scénario tendanciel

Les inégalités de répartition géographique des professionnels de santé sont abordées dans tous les pays développés, avec une permanence dans le temps de cette problématique. Cependant il existe des différences de politiques sanitaires entre les différents pays de l'OCDE. En effet, on constate des politiques de coercition à l'installation en Allemagne, Autriche et au Royaume-Uni, ce qui n'est pas le cas en France où sont privilégiées les politiques d'incitation avec des aides financières notamment la majoration de la rémunération dans les zones défavorisées. L'augmentation du nombre de professionnels formés comme au Canada et aux Etats unis ne semble pas être une réponse à la problématique de la répartition. Nous pouvons aussi citer les aides financières à la formation (aux conditions préférentielles), le recrutement privilégié des étudiants les plus à même de s'installer en zone déficiente et la coercition à l'installation pour les médecins étrangers, comme en Australie.

Peu de politiques s'inscrivent cependant dans une logique d'aménagement du territoire.

L'approche des inégalités concernant l'offre de soins s'appréhende le plus souvent par la densité (la densité d'une profession s'établit en rapportant le nombre de professionnels recensés sur une aire donnée à la population vivant sur cette aire). Elle permet de quantifier l'offre de soins et de comparer différentes unités géographiques entre elles. La densité peut se comparer à plusieurs échelles, notamment :

- A l'échelle des régions : on remarque une différence marqué nord-sud (plus marquée pour les spécialistes que pour les généralistes) ;
- A l'échelle du département : au sein d'une région, on peut voir qu'il existe une disparité de densité médicale entre les départements ;
- A l'échelle du bassin de vie : défini par l'INSEE comme étant « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi ». L'échelle du bassin de vie permet de mettre en lumière de nouveaux territoires sous dotés.

La densité la plus représentative de l'offre de soins de premier recours semble être celle de la densité par bassin de vie.

Un nouvel indicateur a été développé par la DREES (4) en 2014 pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins, notamment la densité.

Il s'agit de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). **L'APL** est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Le calcul de l'APL aux médecins généralistes repose ainsi :

- Sur le temps d'accès au praticien. Le temps d'accès diminue avec la distance. On considère que l'accessibilité au professionnel diminue avec la distance ;
- L'activité de chaque praticien (convertie en équivalent temps plein, calculés en fonction du nombre d'actes) ;
- La consommation de soins des habitants par classe d'âge (selon les bases de l'assurance maladie).

Il s'exprime en **nombre de consultations accessibles par an et par habitant**.

Cet indicateur est utilisé dans la définition des zones déficitaires pouvant bénéficier d'aides financières, que nous détaillerons plus loin.

La régulation de la démographie médicale se joue en effet à trois niveaux (formation initiale, installation et exercice). Les mesures préconisées par le rapport Berland (2) sont :

- A l'échelle de la **formation**, augmenter de façon progressive et raisonnée le *numerus clausus*, favoriser la découverte de l'ensemble des pratiques de la médecine (hôpitaux périphériques, stage ambulatoire), transformer l'ECN (Examen Classant National) en épreuves classantes interrégionales, réviser les filières de l'internat et clarifier la répartition des postes d'internes.
- Concernant **l'installation**, informer sur les différentes mesures pour les futurs médecins s'installant en zone déficitaires, apporter une aide financière pour les étudiants s'engageant à exercer en zone déficiente et favoriser l'installation et le maintien dans ces zones.
- Concernant les mesures ciblant **l'exercice** de la profession, permettre le statut de collaborateur associé et l'exercice en cabinet secondaire, favoriser l'exercice à temps partiel ville-hôpital, ouvrir l'exercice salarié aux médecins libéraux en zone déficiente, créer une prime de remplacement et supprimer la clause de non concurrence dans la zone du médecin remplacé si celui-ci est en zone déficiente et organiser la permanence des soins en multipliant les maisons médicales de garde et en développant la télémédecine.

Le pacte territoire santé (4), mis en place en 2012 par le gouvernement, est destiné à répondre aux problèmes de l'inégalité d'accès aux soins de premiers recours sur le territoire français. Il comporte 10 engagements qui reprennent en partie les mesures préconisées dans le rapport Berland (2). Le Pacte Territoire Santé 2 a vu le jour en 2015-2017. Il a pour but de pérenniser et d'amplifier les actions menées depuis le Pacte Territoire Santé 1 grâce à quatre engagements :

- Développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville ;

- Faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles ;
- Favoriser le travail d'équipe, notamment dans les territoires ruraux et péri-urbains ;
- Assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, notamment par le développement des médecins correspondants SAMU.

S'ajoute aussi six engagements, pour s'adapter aux besoins des professionnels de santé et des territoires :

- Augmenter de manière ciblée le *numerus clausus* régional pour l'accès aux études de médecine ;
- Augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants ;
- Soutenir la recherche en soins primaires et innover dans les territoires ;
- Mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien par l'ouverture d'un portail d'accompagnement des professionnels de santé au niveau national et régional ;
- Favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents ;
- Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient.

A noter que les aides financières sont allouées à des territoires précis, appelés ZIP : Zone intervention Prioritaire et ZAC : Zone d'Action Complémentaire. L'objectif de ces zonages (5) est de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de lutter contre les disparités géographiques. Ils s'inscrivent dans le cadre du dispositif conventionnel, déterminé et négocié entre les syndicats de professionnels de santé et l'Assurance maladie. Le zonage n'est qu'indicatif pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, c'est-à-dire qu'il n'est pas contraignant. Il est réglementaire pour les kinésithérapeutes et les infirmières (interdiction d'installation hors zonage).

Le zonage est défini selon l'**APL** : accessibilité potentielle localisée, détaillé plus haut.

Si le nombre de consultations accessibles par an et par habitant est inférieur à 2,5 : il s'agit d'une ZIP définie nationalement et non modifiable par l'ARS.

Si le nombre de consultations accessibles par an se situe entre 2,5 et 4 : on parle de « zones faisant partie du vivier » : il peut s'agir soit de ZIP qui sont définies par l'ARS (et non nationalement) ou de ZAC. Les zones sont modifiables par l'ARS sans dépasser 3 % de la population au niveau régional.

Le zonage date de février 2018. Il n'est pas encore prévu de date pour une nouvelle définition du zonage.

Quatre ARS, dont l'ARS PACA, ont pu déroger à cette méthodologie nationale afin de pouvoir appliquer des critères supplémentaires en fonction des spécificités de leur territoire. Ainsi, le zonage de la région PACA a permis de favoriser les zones de montagne, moins dotées en médecins que le reste du territoire

Ce zonage est discriminant pour l'obtention des aides financières et/ou matérielles comme défini par le pacte territoire santé. Et pour les aides conventionnelles définies par l'Assurance maladie , elles se décomposent en quatre contrats, prévus par la convention médicale de 2016.

Les ZIP sont éligibles aux aides conventionnelles de l'Assurance maladie et aux aides du pacte territoire santé liées à la fragilité.

Les ZAC ne sont éligibles qu'aux aides du pacte territoire santé liées à la fragilité. (Voir Annexes)

Il existe aussi de nombreuses autres aides (6), multiples de par leur gestion et leurs interlocuteurs.

Nous pouvons citer les aides des collectivités territoriales, propres à chaque collectivité (région, département, bassin de vie). Les aides de l'Etat, avec l'exonération fiscale de la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) pour les communes situées en ZIP. Les aides du pacte territoire santé pour les ZAC et les ZIP.

La revue de littérature internationale de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (7) montre des convergences notables concernant l'effet des différentes mesures pour pallier la mauvaise répartition des professionnels de santé :

- L'augmentation isolée des effectifs globaux de professionnels de santé formés ne constitue pas une solution ;

- Les incitations financières à l'installation ou à la rétention, notamment avec obligation de service, n'ont qu'une influence modérée à court terme et une influence encore plus faible à long terme. Bien que ces politiques dites de « coercition » restent les plus pratiquées et étudiées, leur intérêt est très discuté ;
- Les mesures concernant la formation initiale ont un impact hétérogène. Celles visant à réformer les modes de sélection et le contenu des formations semblent prometteuses. Celles visant à allouer des aides financières (sous la forme de bourses d'études) ont un impact réel à court terme mais cet impact est plus incertain à moyen et long termes (rachat possible des bourses ou départ possible après les années dues).

La revue de littérature remarque aussi que les politiques ne visent fréquemment qu'une profession de santé et ne se conçoivent pas assez dans le cadre global du système de santé, bien que cela commence à être le cas en France. Nous pouvons citer notamment la création **des Infirmières en Pratiques Avancées (IPA)** (8) et la mise en place des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (9).

Les IPA, appelées par nos confrères canadiens (10) infirmières cliniciennes spécialisées ou infirmières praticiennes spécialisées, ont déjà fait leur preuve de l'autre côté de l'Atlantique. Les soins infirmiers en pratique avancée existent depuis les années 1960 au Canada. A l'origine, ces infirmières étaient assignées aux soins requis par une population défavorisée et manquant de services, en zone rurale notamment. Leur rôle élargi était intimement lié à cet état de fait. La crédibilité du rôle ainsi que son extension à d'autres champs de compétences s'est accru grâce à l'établissement de programme d'éducation (niveau master voire doctorat).

En France, les IPA ont été mises en place via décret en juillet 2018 créant le diplôme d'Etat d'IPA (grade de Master).

L'IPA, en acquérant des compétences relevant du champ médical, suit des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients. Elle voit régulièrement ceux-ci pour le suivi de leurs pathologies, en fonction des conditions prévues par l'équipe.

L'IPA discute du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe. Elle revient vers le médecin lorsque les limites de son champ

de compétences sont atteintes ou lorsqu'elle repère une dégradation de l'état de santé d'un patient.

Trois domaines d'intervention sont définis dans un premier temps :

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires ;
- L'oncologie et l'hémato-oncologie ;
- La maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale.

La mise en place d'IPA sur le territoire permettra une autre distribution des rôles et des tâches des professionnels de santé et s'inscrit dans la prise en charge globale du patient.

Dans la dynamique de la prise en charge globale du patient et du développement d'un exercice coordonné, le code de la santé publique en 2007 a introduit un nouveau type de structures : les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (**MSP**). Cette structure est différente des Centres de Santé Polyvalents.

Un centre de santé est une structure de soins de proximité qui dispense des soins dits de "premier recours". À la différence des MSP, les professionnels de santé qui y exercent sont salariés, ils sont aussi plus souvent urbains que les MSP.

Les maisons de santé sont des structures pluri-professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Elle se compose d'au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical libéral. Les professionnels de santé exerçant en leur sein doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné, centré sur la prise en charge globale du patient. Le projet de santé est obligatoire, il fixe les modalités de coordination, les actions à mener et s'impose aux membres de la MSP. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. Le statut de la maison pluri-professionnelle de santé est laissé au libre choix des professionnels et plusieurs statuts juridiques sont possibles. Toutefois, seule la constitution en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (**SISA**) permet à la MSP de percevoir des rémunérations de l'Assurance Maladie.

L'exercice coordonné des soins de premier recours, au sein de structures intégrées, permet d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, notamment dans les territoires caractérisés par une démographie médicale insuffisante, tout en favorisant une meilleure accessibilité aux soins pour les patients.

Il existe, dans le Var, six maisons de santé labélisées (quatre maisons de santé pluri-professionnelles sont ouvertes : multi-sites de Tourves-La Celle, Comps-sur-Artuby et La Seyne-sur-Mer, multi-sites de Barjols et Varages. Deux MSP ont vu leur projet de santé validé en 2018 et sont en attente d'ouverture : Aups, Bagnols-en-Forêt. Deux autres projets de santé sont en cours d'élaboration : Fayence, Ramatuelle.

Toujours dans l'intérêt du patient, de sa prise en charge globale et pluridisciplinaire et pour concourir à une meilleure **coordination** entre les différents professionnels du territoire (premier recours, hospitalier, soins tertiaires), les **CPTS** sont un enjeu majeur du plan d'égal accès aux soins et de Ma Santé 2022. L'objectif est de promouvoir l'exercice coordonné pour améliorer les prises en charge des populations et pallier la baisse de la démographie médicale et soignante dans nos territoires. La création d'une communauté professionnelle territoriale de santé est à l'initiative des professionnels de santé de ville. Les CPTS peuvent s'appuyer sur des MSP déjà existantes, des centres de santé et des équipes de soins primaires.

La CPTS réunit des professionnels de santé de ville du premier et du second recours (structure hospitalière, structures médico-sociales comme les SSIAD, IME, CSAPA et structures de prévention comme les centres de dépistage). L'objectif principal de ces CPTS est l'amélioration de l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville, organiser les parcours pluriprofessionnels autour du patient, développer des actions territoriales de prévention. En région PACA, 47 projets de communautés professionnelles territoriales de santé sont en cours. Dans le Var : on en compte actuellement 12. Trois CPTS ont signé le contrat avec l'ARS et l'Assurance maladie et neuf CPTS sont en cours de rédaction de leur projet de santé.

Cependant, ces politiques ne s'inscrivent que rarement dans une **logique d'aménagement du territoire** favorisant la rétention des professionnels de santé.

Il ne semble pas exister de remède miracle au problème de la mauvaise distribution des professionnels de santé.

Il est donc important de comprendre les motivations et les déterminants, qui, en fin de compte, font qu'un médecin généraliste s'installe dans une zone sous-dense.

Nous nous sommes donc intéressés au Var qui est le deuxième plus grand département de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il s'agit aussi du troisième département le plus boisé de France. Le département présente un relief et des paysages contrastés, entre la frange littorale sud très urbanisée et le nord du département plus rural. Sur les 153 communes que compte le département, 95 sont considérées comme urbaines (62,1 %) : ces dernières concentrent 95 % de la population du département (source : ORS Portrait socio-sanitaire du Var – 2018).

Bien qu'il soit un département relativement bien doté en médecin : au 31 décembre 2017, 1 111 médecins généralistes libéraux étaient en exercice dans le Var, soit **une densité de 10,6 médecins pour 10 000 habitants**, supérieure à la moyenne française (9 pour 10 000 habitants) mais inférieure à la moyenne régionale (11,2 pour 10 000 habitants). Ces spécificités (grande superficie, et forte proportion de zone forestière) mettent en évidence **une disparité et des inégalités territoriales de répartition des professionnels de santé** : le Haut Var et le Centre Var sont en déficit marqué alors que la bande littorale reste plus dynamique. En 2016, une commune sur trois se situe à plus de 30 min d'un service d'urgences dans le Var. Ces communes sont pour la plupart localisées dans le Haut-Var et concernent au total un nombre limité d'habitants. Sur le littoral, seule la commune du Lavandou était concernée.

Nous avons ciblé les médecins installés depuis moins de cinq ans. En effet, cette temporalité semble adéquate pour connaître les nouvelles motivations et les freins des médecins concernant l'installation.

Cette étude essayera de mettre en évidence les facteurs pouvant favoriser l'installation des jeunes médecins généralistes dans le Var. Nous verrons si ces facteurs sont différents entre les zones rurales et les zones urbaines.

Matériels et méthode



Figure 2 – Flux de patient vers les pôles de soins de premier recours dans le Var selon le relief

Nous avons, ici, décidé d'aborder les problématiques de démographie médicale à l'échelle d'un département. Il s'agit du département du Var. Ce département a été choisi du fait de sa grande superficie, 5 972.54 km² et de sa densité de population importante, 223 habitants/km². C'est donc un vaste territoire. Mais il est très hétérogène, mêlant des zones côtières fortement peuplées et des zones rurales, délaissées depuis l'exode rural de la fin du XX^{ème} siècle. Le Var est scindé en deux régions géologiques, entre « Provence calcaire » à l'ouest de l'axe Toulon-Draguignan et « Provence cristalline » à l'est. Il existe, cependant, peu de difficultés d'accès dues au relief.

La population du var s'accroît de + 0,5 % par an sous l'effet des migrations résidentielles (11). L'arrivée de personnes âgées et le départ de jeunes aux âges d'études contribuent au vieillissement de la population.

Le Var compte la plus grande proportion de séniors et de personnes âgées de la région PACA :

- 30 % des personnes ont plus de 60 ans contre 27 % au niveau de la région et 24 % au plan national ;
- 11 % des habitants du Var ont plus de 75 ans.

La population de l'arrière-pays varois s'accroît plus vite que le littoral, déjà densément peuplé.

Les bassins de vie varois défini par l'INSEE sont les suivants :



Figure 3 – Carte des bassins de vie Varois selon l'INSEE

On remarque que certaines communes limitrophes d'autres départements, sont rattachées au bassin de vie de ces départements :

- Pour le 04 Alpes de Haute-Provence : Gréoux-les-bains à l'ouest. Et le Bourguet, La Martre, Châteauvieux à l'est ;

- Pour le 06 Alpes Maritimes : Tanneron et les Adrets de l'Esterel ;
- Pour le 13 Bouches du Rhône : Pourrières, Nans les pins, Saint Zacharie, Plan d'Aups, Riboux.

Concernant les catégories d'âge de la population varoise :

Indicateurs	Var	PACA
Part des moins de 20 ans (%)	21,3	22,7
Part des 65 ans ou plus (%)	25,1	22,1
Part des 75 ans ou plus (%)	12,2	10,9

On peut voir, grâce à ces indicateurs (Source SIRSéPACA), que la population varoise est une population plus vieillissante que la population de la région PACA dans son ensemble. Ce vieillissement de population n'épargne pas les médecins libéraux. Même si le Var enregistre actuellement une bonne densité de généraliste libéraux avec 10,5 généralistes pour 10 000 Habitants dans le Var contre, 8,9 généralistes pour 10 000 habitants en France. La part de généralistes de 60 ans et plus est de 30,9 % dans la France entière contre 35,8 % dans le Var. Cela aboutit à une perte de 45 généralistes en cinq ans dans le Var et amène la question du renouvellement de ces généralistes. (Données CartoSanté)

14,9 % des habitants du Var vivent sous le seuil de pauvreté (16,4 % en PACA et 14,3 % en France métropolitaine). Le niveau de vie médian du Var s'établit à 1 625 euros par mois, ce qui est supérieur à celui de la région, mais légèrement inférieur au niveau de vie de la France métropolitaine. Le Var est l'un des départements français où les disparités de revenus sont les plus fortes, avec les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes (11). (Données INSEE)

La densité des professionnels de santé libéraux dans le Var est légèrement inférieure que celle de région PACA pour les généralistes. Elle est beaucoup plus inférieure pour les spécialistes.

Professionnels de santé libéraux

Densité (pour 100 000 habitants)

Indicateurs	Var	PACA
1 - Médecins généralistes libéraux	102,1	107,2
2 - Médecins spécialistes libéraux	102	123,3
3 - Pédiatres libéraux	27,4	31,3
4 - Gynécologues-obstétriciens libéraux	28,6	35,8
5 - Psychiatres libéraux	9,4	14
6 - Ophtalmologues libéraux	9,9	9,6
7 - Chirurgiens-dentistes libéraux	68,2	72,8
8 - Infirmiers libéraux	273,4	253,1
9 - Masseurs-kinésithérapeutes libéraux	150	149,8
10 - Pharmaciens de ville	36,6	40,3

Globalement, le département du Var est bien doté en professionnels paramédicaux avec des densités de professionnels équivalentes ou supérieures à la moyenne régionale et nationale.

Les établissements sanitaires sont assez inégalement répartis sur le territoire (concentration autour de Toulon) (12). De même, on observe une inégale répartition des spécialistes libéraux au sein du département. 48 % sont en exercice dans les trois plus grandes villes du département : Toulon, Hyères et la Seyne-sur-Mer.

Concernant la formation des internes, le Var est découpé pour les établissements hospitaliers en deux zones, réparties entre la faculté de Marseille et la Faculté de Nice.

Les centres hospitaliers de Toulon-La Seyne, Pierrefeu, Brignoles-Le Luc et Hyères sont rattachés à la Faculté de Marseille. Ceux de Saint-Tropez, Fréjus – Saint Raphaël et Draguignan sont rattachés à la faculté de Nice.

Nous avons choisi **une méthodologie par recherche qualitative** (13) par des entretiens semi dirigés en groupe focalisés. Cette méthode est adaptée à l'étude des phénomènes sociaux et permet d'explorer au mieux les comportements et les expériences personnelles des médecins s'étant installées depuis moins de cinq ans.

Ces entretiens ont été réalisés avec un guide d'entretien préalablement testé.

Nous nous sommes intéressés **aux médecins installés depuis moins de cinq ans (sur la période de janvier 2015 à janvier 2020)**. Ces informations ont été obtenues via le site de

l'ordre des médecins du Var, à la rubrique « nouvelles installations ». Cette période a été choisie de façon arbitraire : il semblait important d'interroger des médecins **récemment** installés pour connaître les nouvelles motivations. Le délai de cinq ans paraissait raisonnable pour pouvoir constituer un vivier assez conséquent de médecins interrogables et pour éviter les biais de mémorisation.

Cette liste nous a permis de constituer une carte des médecins généralistes installés depuis moins de cinq ans dans le Var selon la commune.

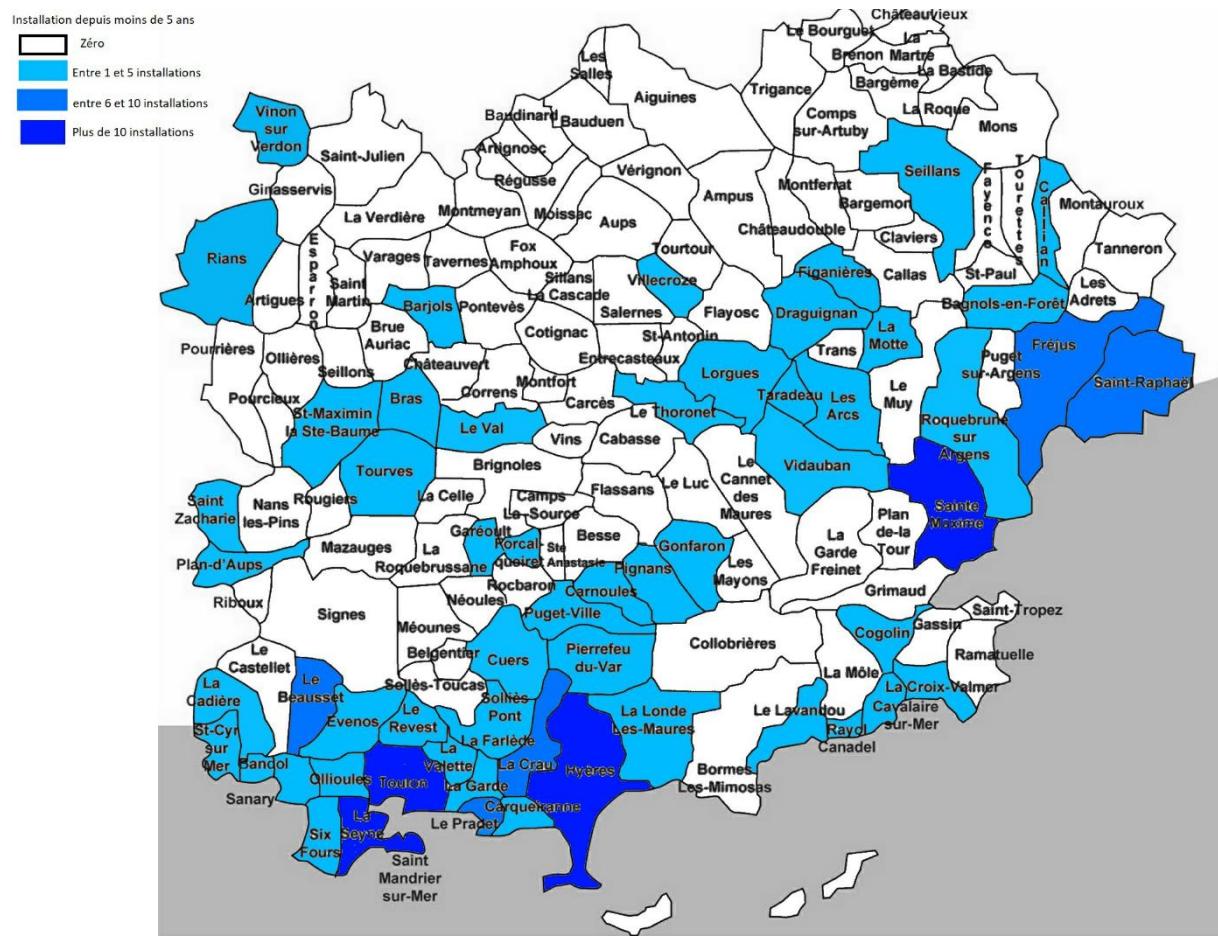


Figure 4 – Carte de la densité d'installations depuis moins de cinq ans dans le Var

Cette carte souligne que l'installation se fait majoritairement en zone urbaine proche de la mer. Avec deux grandes zones urbaines côtière, Toulon et villes alentours et Fréjus-St Raphaël, regroupant la majorité des installations.

On constate que **le nombre d'installations décroît au fur et à mesure que l'on s'éloigne du bord de mer.**

Il y a cependant trois zones qui comptent aussi un nombre d'installations correct pour la densité de population :

- Draguignan et ses communes limitrophes ;
- Saint Maximin et alentours ;
- Les communes de Cuers, Pierrefeu, Solliès-Pont, Pignans et Carnoules.

Nous avons ensuite superposé cette carte avec la carte des ZIP (rouge) et des ZAC (orange) (les données sont fournies par CARTOSANTE).



Figure 5 – Carte des installations des médecins généralistes depuis moins de cinq ans dans le Var selon zonage ARS

Nous nous sommes interrogés sur la pertinence de réaliser les entretiens seulement chez des médecins installés dans des zones dites « sous denses », désignées par les ZIP et ZAC. En effet,

en interrogeant les médecins qui ont décidé de s'installer dans ces zones, nous pensions faire ressortir les motivations réelles de ces généralistes.

Malheureusement, nous ne pensions pas arriver à saturation des données, du fait du nombre peu important de médecins installés depuis moins de cinq ans dans ces zones. De plus, la réalisation de *focus group* sur des territoires aussi éloignés semblait compromise.

Après entretien avec le Dr DECOPPET Anne (Service de veille et de sécurité sanitaire de l'ARS PACA, délégation départementale du Var), nous avons pu affiner l'élaboration des *focus group* et discuter plus précisément de l'élaboration du zonage en région PACA et particulièrement dans le Var.

Concernant le zonage, comme expliqué ci-dessus : le premier zonage, national, issu de l'indicateur APL, est envoyé aux ARS. Les ZIP qui sont identifiées par le ministère ne sont pas modifiables. Des ZIP peuvent être ajoutées sans dépasser un certain pourcentage de population au niveau régional.

Pour les ZAC, un premier découpage est aussi envoyé par le Ministère de la Santé, qui est aussi modifiable à condition de ne pas dépasser 3 % de la population régionale.

Il y a eu des modifications pour des raisons très locales du zonage : certaines communes du Haut-Var ont été rattachées par l'ARS à un bassin de vie des Alpes de Haute-Provence. Il existe donc une différence entre les bassins de vie INSEE et les bassins de vie ARS. Les communes concernées sont : Trigance, Comps-sur-Artuby, Bargème, La Roque Esclapon et Brenon.

Le zonage date de février 2018. Il n'est pas encore prévu de date pour une nouvelle définition du zonage. Selon ce zonage : en région PACA, plus de 40 % de la population, soit environ 2 000 000 personnes, seront désormais couverts par les dispositifs d'aide à l'installation des médecins libéraux pour une meilleure répartition de l'offre de soins.

Aujourd'hui, le zonage serait différent : notamment du fait des départs en retraite.

Le zonage prend aussi en compte la précarité de la population.

Selon le Dr DECOPPET, parce que le zonage ne serait plus le même aujourd'hui, en 2020 à cause d'installation récente et de départ à la retraite, il est plus pertinent de comparer les zones côtières et les zones non côtières (semi-rurale) du Var.

Nous avons donc recoupé la carte des installations depuis moins de cinq ans et les zones démographiques : littoral et arrière-pays.

Cela nous a permis d'individualiser quatre zones représentatives :

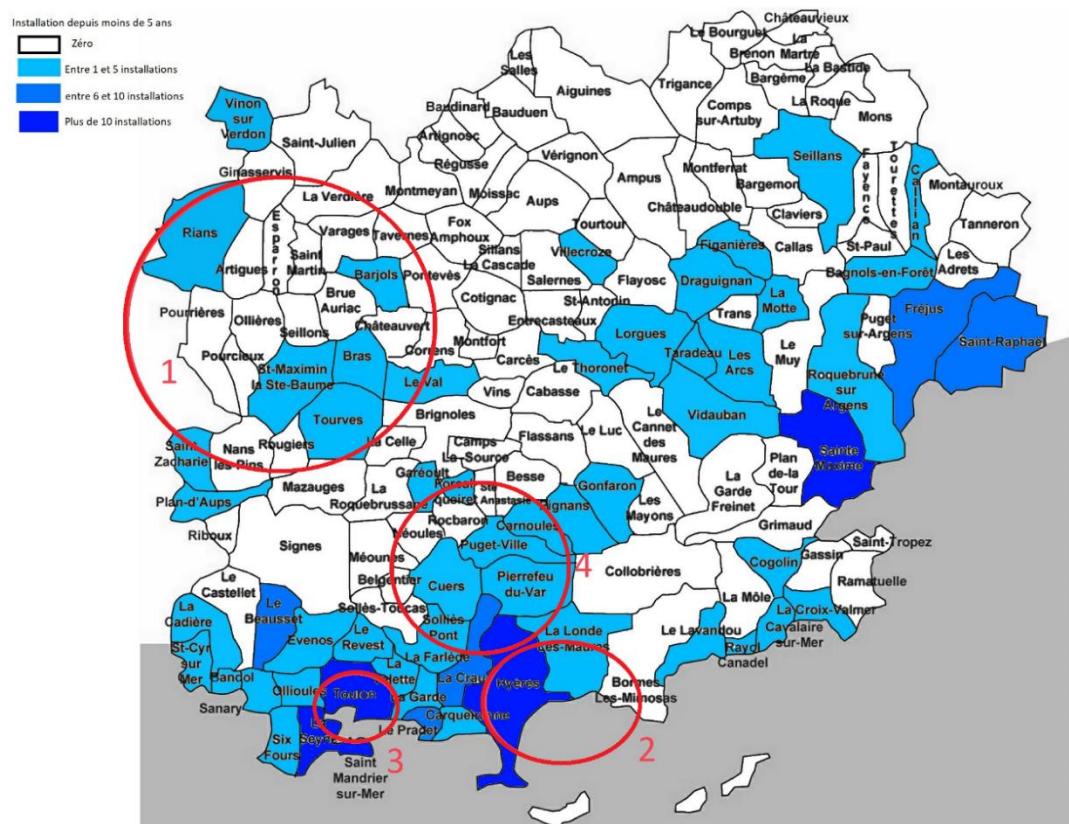


Figure 6 – Carte des zones étudiées par les entretiens de groupe

- Zone 1 : zone Haut-Var, ouest, rurale ;
- Zone 2 : zone côtière mais moins urbaine ;
- Zone 3 : la ville de Toulon, côtière et urbaine ;
- Zone 4 : Moyen-Var, zone semi-rurale.

Les médecins ont été recrutés sur la base du volontariat selon la liste d'installation du conseil départemental de l'ordre 83 recensant les installations mois par mois et selon les zones définies ci-dessus.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés en la présence d'un modérateur et d'un observateur, en présentiel ou en visio-conférence en fonction des contraintes sanitaires liées

à la pandémie de COVID-19 en cours (un *focus group* et un entretien individuel en présentiel, les autres en visioconférence), du 7 juillet 2020 au 11 décembre 2020.

On note une moyenne de quatre médecins par *focus group*.

Les médecins interrogés ont donné leur accord oral pour la participation aux entretiens. Ils étaient prévenus à l'avance du sujet de la thèse et du caractère anonyme des entretiens.

La trame d'entretien a été construite avec les références bibliographiques, voir Annexe. Elle a été préalablement testée lors d'entretiens tests.

Les entretiens ont été enregistrés soit avec un dictaphone pour les entretiens en présentiel, soit via le logiciel ZOOM pour les entretiens en visio-conférence.

Les entretiens ont été ensuite retranscrits sur document Word puis le codage a été réalisé sur Google Drive. Une carte heuristique a permis de relier les différents thèmes et les différents codages, voir Annexe.

Le découpage et l'analyse de leur contenu ont été effectués en parallèle des entretiens afin d'estimer le seuil de saturation des données.

Une triangulation des données a été réalisée, par le biais d'un second codage des entretiens, par un chercheur extérieur à l'étude qui n'était ni le modérateur ni l'observateur des groupes.

La saturation des données a été obtenue après trois entretiens de groupe et confirmée par un quatrième entretien.

Les médecins ont été numérotés par ordre chronologique des entretiens et par zone :

- Zone 1 : Médecins 1 à 4 ;
- Zone 2 : Médecins 5 à 8 ;
- Zone 3 : Médecins 9 à 12 ;
- Zone 4 : Médecins 13 à 16.

Résultats

1) Caractéristiques des médecins interrogés

Médecin	Sexe	Type installation	Temps entre thèse et installation	Installation dans la région étude	1 ^{ere} installation
1	F	MSP	1 an et demi	Non (Strasbourg)	Oui
2	F	Groupe (2 médecins) sans contrat	7 ans	Non (Normandie)	Oui
3	H	Groupe (3 médecins) Collaboration	5 mois	Oui	Oui
4	H	Seul	3 ans	Non (Besançon)	Oui
5	F	Groupe (3 médecins) Collaboration	7 ans	Non (Lyon)	Oui
6	F	Groupe (2 médecins) Collaboration	2 mois	Oui	Oui
7	F	Groupe (3 médecins) Collaboration	6 mois	Oui	Oui
8	F	Groupe (3 médecins) Collaboration	9 mois	Oui 3 ^{ème} Cycle Non 2 ^{ème} (Toulouse, Clermont)	Non (Même ville)

9	F	Groupe (2 médecins) Association	1 an	Oui	Oui
10	H	Groupe (2 médecins) Association	6 mois	Oui	Oui
11	F	Groupe (2 médecins) Sans contrat	5 ans	Non (Paris)	Non (Région parisienne)
12	F	Groupe (2 médecins) Sans contrat	6 ans	Non (Bordeaux - La Réunion)	Non (Même zone)
13	H	Groupe (2 médecins) Collaboration	10 ans	Non (Amiens)	Non (Amiens)
14	H	Groupe (6 Médecins) Collaboration	3 mois	Oui	Oui
15	F	Groupe (5 médecins) Association	2 ans	Non (Amiens, Paris)	Oui
16	F	Groupe (2 médecins) Sans contrat	18 ans	Médecin militaire	Oui

- 68 % des médecins interrogés sont des **femmes**.
- Concernant le type d'installation : un unique médecin est installé seul. L'écrasante majorité des médecins interrogés **est installé en groupe**. Avec cependant des nuances : un seul médecin est installé dans une structure de type MSP. Les autres sont en collaboration pour la plupart ou en association, mais aussi sans contrat spécifique.

- Le délai entre le diplôme (soutenance thèse ou validation du DES) et l'installation est très rapide : six médecins se sont installés **moins d'un an après leur diplôme**. Cinq médecins se sont installés entre un et cinq ans après. Quatre médecins entre cinq et dix ans après. Et un médecin plus de dix ans après, mais cela est expliqué par une carrière de médecin militaire. 68,75 % des médecins interrogés ont un délai entre la fin de leur cursus et l'installation de moins de cinq ans.
- Il s'agit d'une primo installation pour 75 % des médecins. Quatre médecins se sont déjà installés ailleurs : deux dans la zone d'installation actuelle et deux dans une autre région.
- Seulement six médecins (37,5 %) ont réalisés leur 3^{ème} cycle des études médicales dans la région d'installation. Les médecins interrogés ont donc eu pour la plupart **une mobilité post-internat**. Cela montre une **forte attractivité du territoire** et de la région.

2) Le Var comme cadre de vie

La forte attractivité du territoire peut être expliquée par le cadre de vie et surtout la **géographie de la zone et les conditions climatiques**. Cette beauté des paysages, le soleil, la mer et les sports aquatiques influencent positivement sur **la qualité de vie** :

« *M15 : On vit en vacances oui c'est ça.*

- *M16 : On a cette chance.*

- *M13 : La douceur de vie. Le weekend c'est les vacances, les demi-journées où je ne travaille pas. On apprécie d'autant plus quand on vient de loin, je trouve. Je pense. »*

« *M7 : J'ai besoin de la mer je l'ai déjà dit. Quasiment au quotidien, je vais nager tout le temps. J'adore la colline, je vais marcher. C'était impensable de m'éloigner de la mer. Et la qualité de vie, ça faisait partie des critères. Pourquoi chercher mieux ailleurs quand on sait qu'on a le paradis ? »*

Cette notion de qualité de vie est similaire pour les quatre zones et est importante.

Concernant la **démographie de la zone**, on retrouve le refus d'**exercer dans une grande ville** pour les médecins de la Zone 1 et 4, notamment pour **le trafic routier** :

« *M2 : Bah oui, moi je ne me serais pas vue exercer dans une grande ville, mais avant tout pour*

la grande ville, pas pour les patients. Je m'en serais accommodée, c'est surtout que je déteste la grande ville. Faire des bouchons, je pète un câble. »

« M14 : Moi c'est pareil. Le côté pratique, là où je travaille je voulais un côté semi rural, je voulais un peu de la ville, un peu de la campagne. Je ne voulais pas que de la ville parce que là c'est pour la circulation, qu'il n'y ait pas trop de trafic. »

Les temps de trajets ne semblent pas être un problème pour les médecins de la zone 4, s'ils ne sont pas longs et limités à une vingtaine de minutes.

Pour les médecins de la zone 3, bien qu'en ville, Toulon reste une « ville à taille humaine ».

« M11 : Le soleil, une ville de taille raisonnable, agréable. Un peu de tout. Mais ça aurait pu être Bordeaux, je ne sais pas, Aix en Provence. Ça aurait pu être Lyon »

La scolarité des enfants, **l'école** semblent être des facteurs très importants.

« M13 : Moi quand je suis arrivé, la condition sine qua non c'était de trouver une bonne école. J'ai quatre enfants. C'était de trouver vraiment un point de chute pour mes enfants, pour l'école et leurs loisirs. C'était absolument primordial. Avant même le travail de mon épouse. Et même mon installation pour moi c'est-à-dire aller travailler même à 25 minutes de là où j'habite ce n'était pas un souci. »

Ce facteur est associé à **la simplicité du quotidien** pour les médecins des zones côtières :

« M5 : le jour où j'aurai des enfants, ce sera plus pratique : la sortie, la nounou, l'école. »

« M12 : Je me suis installée à cet endroit-là car c'était plus simple au niveau de la distance pour pouvoir les déposer. Et au niveau organisationnel, avoir tout sur place c'est plus simple. »

3) Influence du vécu personnel

a) Vie familiale

Le vécu personnel a une place prépondérante dans le choix de l'installation. La **famille**, que ce soit la famille du médecin installé ou celle de son conjoint, a été un catalyseur pour la mobilité régionale après l'acquisition du diplôme.

« *M4 : Et puis la proximité familiale. Moi je serais allé dans le sud-ouest, je serais clairement allé dans le sud-ouest. J'aime les vagues et y en a pas ici, mais mon épouse voulait qu'on reste à moins d'une heure ou au moins une heure de sa famille. »*

Pour les médecins originaires de la région, la famille est un argument supplémentaire pour rester à proximité :

« *M10 : Mais je dirais que le facteur principal, c'est de rester à proximité de ma famille. Je n'avais pas envie de m'éloigner. Je voulais rester à proximité de ma famille. En pensant un peu à l'avenir, pour mes enfants au moins, on sera à proximité. »*

Le **travail du conjoint** est une notion évoquée, sans être cependant prépondérante dans les discussions.

« *M2 : Parce que mon conjoint travaille à Aix. Sinon je pense que je ne serais pas venue dans le Var. »*

A cet ancrage familial, s'ajoute un **attachement au territoire**.

« *M3 : Je suis là pour l'attache à la région, puisque mon grand-père était le maçon du village. »*

b) Connaissance du lieu d'installation

Il faut souligner l'importance du réseau **des maîtres de stages universitaires**, qui a fait découvrir et aimer la pratique de la médecine générale et a pu créer de nombreuses **opportunités** d'installation :

« *M3 : L'autre chose, c'est l'opportunité. Puisque j'ai été interne dans ce cabinet avec le Dr V*** maître de stage et ensuite j'ai fait mon SASPAS. Et donc, c'était au décours, quand j'étais juste interne en maîtrise de stage, il m'avait dit qu'il cherchait déjà des gens en plus car il avait des locaux à louer. Je lui ai dit c'est parfait. »*

« *M9 : Parce qu'en fait, si tu veux, à la base je devais être à l'hôpital. Et puis le stage avec Dr D** ça m'a fait changer d'avis. Je ne veux pas du tout être à l'hôpital, je veux être en médecine gé, en cabinet. Je l'ai remplacé énormément, après c'est moi qui suis allée le voir car je savais qu'il cherchait quelqu'un. »*

« *M6 : Je me suis installée rapidement car je me suis installée avec mon maître de stage. J'ai donc fait ma maîtrise de stage à Hyères avec elle et elle était associée à un médecin qui partait à la retraite pile juste au moment où je finissais ma thèse. »*

« *M14 : Mon stage chez le praticien, je l'ai fait chez le Dr A ***. Il n'allait pas tarder à partir à*

*la retraite et il m'a proposé la collaboration et j'ai dit oui. Du coup, ça s'est fait comme ça. Vu que ça c'était bien passé, j'ai dit « bon allez » *enthousiasme* »*

On note donc que les médecins s'installant rapidement, moins d'un an après leur thèse, sont les médecins qui ont saisi cette opportunité d'installation dans le cabinet de leur maîtrise de stage universitaire. Cette notion est retrouvée dans l'ensemble des quatre zones géographiques.

Dans la continuité, on note que **les remplacements**, dans le cabinet d'installation ou à proximité, ont été un accélérateur d'installation.

*« M7 : Et puis finalement, j'ai rencontré Dr D**, parce que je l'ai remplacée pendant son congé maternité, je me suis beaucoup plu dans son cabinet. »*

On retrouve aussi la notion « **d'opportunité** » chez les médecins venant d'une autre région, par le biais d'une annonce ou du bouche à oreille.

« M8 : Pour l'installation, moi je n'ai pas vraiment choisi, c'est l'opportunité qui est venue à moi. »

c) Souhait d'exercice

La majorité des médecins souligne **la volonté d'exercer en groupe** et place cette notion comme une condition nécessaire, voire même comme **facteur clé** pour l'installation. Elle se retrouve dans l'ensemble des quatre zones géographiques.

« M11 : Le plus important je pense, c'est quand même le fait d'être dans un cabinet de groupe. Je trouvais ça hyper important de ne pas être toute seule, c'était presque le truc numéro 1. »

L'exercice de groupe est recherché pour plusieurs raisons. La volonté de **ne pas se sentir seul**, face à un patient vindicatif ou une situation médicale complexe, permettant des échanges sur les dossiers. L'installation seul est associé à une plus grande lourdeur administrative. S'ajoute la notion de **facilité** du travail en groupe avec des conseils sur l'aspect administratif et comptable et l'entraide face aux contraintes personnelles et familiales.

« M2 : Et toute seule, je pense que ça l'aurait fait mais ça aurait été plus laborieux et difficile. Et c'était la facilité. Et en tant que maman, je me disais si le petit est malade, si on n'est pas là comment on fait, ça tombe toujours mal. Être seule, ça me paraissait compliqué. Et d'être associée, ça peut soulager une embrouille ou une galère. »

L'entente avec les associés est nécessaire au fonctionnement du cabinet de groupe. Tout en respectant la **liberté** de chacun.

« *M14 : C'est aussi la relation humaine avec mes collaborateurs, mes futurs associés, qui est importante. Ne pas rester seul, pouvoir demander de l'aide. Vraiment le côté agréable du cabinet, la confiance qu'il y a avec les autres. Surtout c'est ça qui m'a. C'est ça le facteur clé.* »

« *M15 : Moi aussi c'est un peu ça, c'est le côté groupe et pas isolé qui m'avait vraiment séduit. Et le côté malgré tout dans le groupe, chacun respecte les libertés et les envies de l'autre car on est tous des libéraux en fait. C'était ça qui m'a vraiment plu. De ne pas être seul et en même temps de pouvoir gérer ton planning un peu comme tu l'entends. Oui c'est ça.* »

La notion de liberté d'exercice est fortement associée à la **pratique** libérale. Nous allons donc voir l'influence du vécu professionnel.

4) Influence du vécu professionnel

Dans les catégories précédentes, les réponses des médecins interrogés étaient similaires entre zone rurale et zone côtière. C'est donc au niveau du vécu professionnel et surtout de la pratique attendue que nous retrouvons les différences.

a) Demande de soins

Au niveau de la **patientèle**, on retrouve une différence de mentalité entre zone urbaine et rurale. En zone rurale, le médecin est intégré au village, le relationnel est différent.

« *M4 : J'ai des patients vraiment adorables. Je suis très loin des patients SOS Médecin **** où j'ai remplacé. Le contact est sympa. Ça, pour rien au monde, je ne me vois pas être généraliste dans une ville. Ce que j'ai oublié de dire et qui est très important, c'est qu'on a la confiance des patients. On a un statut au sein du village pour la mairie, pour les patients. A l'hôpital, on n'est rien du tout. Ici, on est une personne. Il y a une valorisation faite par les patients en milieu rural.* »

« *M16 : Oui, le fait que je sois bien intégrée, que les gens m'acceptent bien, qu'ils soient gentils. Que ça soit un peu rural, car parfois les gens m'apportent des œufs, je suis partie avec un potiron. En ville, ça n'arrive pas. Ça doit être plus impersonnel en ville. J'ai trouvé ça sympa. Ça marche.* »

« *M5 : Et c'était important pour moi d'avoir une patientèle pas complètement citadine avec laquelle je ne me retrouvais pas trop. »*

Le concept de **médecin de famille** apparaît aussi, associé à **une valorisation** de la personne.

« *M15 : On est des prestataires d'ordonnances à Paris. Alors qu'ici, on est un médecin de famille, un médecin traitant. Moi, j'ai découvert ça ici. »*

Ces idées n'apparaissent pas dans la zone de Toulon (Zone 3).

Les **visites** semblent avoir peu d'impact sur le déclenchement de l'installation, mais sont considérées comme chronophages et contraignantes par les médecins.

b) Réseau de soins – Offre de soins

Le réseau de soins est composé : des professionnels paramédicaux, des autres professionnels médicaux (spécialistes, confrères), les hôpitaux et la permanence des soins.

Comme nous l'avons évoqué dans l'influence du vécu personnel, l'exercice de groupe est très important, un médecin n'envisage cet exercice que via un exercice dans **une MSP**.

« *M1 : Déjà de base, je voulais être avec des associés dans une maison de santé. C'était mes deux critères. La maison de santé pour le côté suivi et c'est vraiment trop bien d'avoir les kinés et les infirmiers dans les mêmes locaux. »*

Pour les autres médecins, on note la présence appréciée de kinésithérapeutes, infirmières et laboratoires à proximité.

« *M2 : Oui, c'est pratique quand même qu'il y ait une bonne équipe infirmière. Des kinés, une pharmacie, je pense que c'est le minimum pour s'installer. A St Martin de Vésubie où j'ai remplacé, y a rien de rien et c'est très compliqué. »*

« *M11 : Oui quand même, labo et pharmacie, c'est quand même la base. Moi, j'ai vraiment regardé ça quand même, mais que labo pharmacie. Le reste moins. »*

« *M6 : Pour les infirmières, les kinés, moi je n'ai connu que cette pratique-là. Et on ne se rend*

pas compte du confort car j'ai toujours connu ça et travailler dans ces conditions-là. Mais oui, ça fait partie d'une qualité de travail qui me paraît indispensable. »

La présence des professions paramédicales est donc appréciée mais semble « normale » pour les médecins, qui n'envisagent pas une localité sans infirmière diplômées d'Etat (IDE) ou kinésithérapeutes. Mais la majorité ne s'est pas renseignée à l'avance sur le réseau paramédical en place.

Concernant **les spécialistes à proximité**, nous pouvons opposer les réponses des médecins de la zone 1 et de la zone 3.

Pour les médecins de la zone rurale, l'éloignement géographique des spécialistes permet de pratiquer une **médecine plus intéressante**.

« M2 : Et après ce que j'aime bien, c'est le fait d'avoir finalement la possibilité de gérer chez des patients des choses que l'on ne ferait pas en ville car les spécialistes sont loin. On a une capacité dans la prise en charge, on est plus libre, c'est plus agréable, je trouve ça plus intéressant. »

Alors que pour les médecins de la zone côtière, la présence des spécialistes a un côté **rassurant**, du fait d'une installation rapide.

Cela est similaire pour la proximité (ou non) hospitalière.

« M6 : Et la proximité de l'hôpital, ça a été un choix pour moi. Dans le sens hôpital égal spécialistes. Je ne me sentais pas du tout de m'installer dans une zone rurale où je n'aurais pas de recours facile à un écho-doppler, par exemple, si j'ai un doute sur une phlébite. Et en tant que jeune car je me suis installée très vite après l'internat, j'avais vraiment besoin d'être entourée de spécialistes et d'imagerie. Maintenant, je me sentirai plus sereine, mais en s'installant rapidement, c'était très important pour moi d'avoir un accès à l'hôpital et aux spécialistes facile. »

« M10 : Je n'ai jamais été médecin de campagne mais on m'a toujours raconté qu'il fallait être beaucoup plus polyvalent, savoir faire beaucoup de choses différentes. Là c'est vrai qu'on a quand même le confort de pouvoir déléguer, en tout cas d'adresser plus facilement qu'à la campagne. »

L'organisation de **la permanence de soins** est appréciée par les médecins, notamment la présence d'SOS médecin et la proximité de l'hôpital.

« *M1 : Il y avait aussi la maison médicale de garde et je me suis dit c'est bien pour le weekend end. Mais sinon, de toute façon, le weekend, je ne réponds pas. Les gens ils vont aux urgences à Brignoles, c'est à 10 minutes. Je savais que je n'étais pas non plus dans un endroit où il fallait 40 minutes pour aller à l'hôpital. »*

« *M15 : J'avais surtout peur que ça soit très rural alors que ça ne l'est pas du tout. Alors je me suis plus renseignée par rapport à la région telle qu'elle était. Donc du coup, c'était surtout par rapport à ça que j'avais regardé. Mais dans le coin, on ne manque pas particulièrement de grand-chose, donc ce n'était pas particulièrement un obstacle, on avait tous les hôpitaux pas loin, le service d'SOS médecin. C'est vrai qu'on a un réseau qui est sympa. »*

« *M5 : Quand je me suis installée j'étais toute seule à la base et je me suis dit, il y a SOS, je ne travaillerai pas quoiqu'il arrive jusqu'à 20h le soir, comme j'ai pu le faire au cabinet rural où je bossais. Mais le fait qu'il y ait SOS, c'est le luxe. »*

Cette permanence de soins permet une flexibilité des horaires de travail, notamment le soir et les week-ends.

c) Pratique attendue

Tout d'abord, avant de s'intéresser au pourquoi du lieu d'installation, il faut considérer le pourquoi de **l'installation** en elle-même. Les médecins évoquent le **suivi** du patient, la prise en charge globale, la volonté d'avoir sa propre patientèle.

« *M1 : Et donc l'installation par rapport à la date de ma thèse, ça s'est fait un an et demi après. Je savais que je voulais m'installer très rapidement parce qu'en fait, j'avais envie d'avoir mes patients. Je me sentais prête. »*

L'installation apparaît comme plus épanouissante que les remplacements.

« *M16 : Et c'est vrai que c'était un peu chiant d'être remplaçant, on ne peut pas suivre les patients. C'est bien pour certains côtés, mais on ne peut pas suivre les patients. Intellectuellement, c'est un peu chiant au bout d'un moment. Donc je me dis « bon allez » faut que j'essaye. Donc j'ai fait le temps qu'il parte à la retraite, puis j'ai pris la suite. »*

L'installation est associée à la **liberté**, très recherchée par nos médecins.

« *M4 : L'avantage c'est qu'on est libre. Cette semaine je me suis mis du off, l'après-midi je ne vais pas travailler, bon il y en a qui râlent. Y a cette liberté, pas de chefferie, si ça ne va pas, on se casse. Ça c'est génial. Mais après, y a un gros contre poids administratif, on la paye quand même à son prix cette liberté. »*

Cette liberté transparaît pour deux médecins, par la réalisation d'une **activité mixte** : intérim dans des services d'urgence M4 et médecin en milieu carcéral M14. Le reste des médecins a une activité exclusivement libérale.

Comme nous l'avions évoqué avec la permanence des soins, **l'importance de concilier la vie professionnelle et la vie personnelle** est au premier plan pour les médecins. La charge de travail, ainsi que les horaires de travail doivent être adaptés à l'épanouissement de la vie personnelle.

« *M7 : On n'est pas du tout sous doté en médecin, on sait que les patients ne vont pas être dépendants de nous. On pourra se permettre d'avoir des congés, d'avoir des horaires, en tant que future maman, acceptables. Parce qu'on sait que nos patients ne vont pas être livrés à eux-mêmes. »*

« *M1 : J'ai fait un remplacement. Il y avait beaucoup de gens et la médecin que j'ai remplacée, elle était top, mais les gens l'appelaient le soir sur son portable et elle avait l'habitude de répondre, et moi je ne répondais pas. Et du coup, les patients n'étaient pas sympas »*

Pour « *fermer la porte du cabinet* », la séparation vie professionnelle/vie personnelle passe aussi par une certaine **distance géographique** entre le lieu du cabinet et le lieu de résidence.

« *M16 : Je vois comme on me saute dessus quand je sors pour me raconter la dernière diarrhée *rires* ou la toux. Donc c'est vrai, je me suis dit, c'est peut-être l'occasion, 20 minutes de route ce n'est pas grand-chose. C'était peut-être bien d'être loin. Le médecin d'avant, ils venaient taper à sa porte de la maison quoi. »*

Il n'y a pas de différence entre les zones (rurales et côtières) sur ces sujets-là.

5) Place des aides à l'installation

Les médecins interrogés sont répartis de la façon suivante selon le zonage ARS :

- Aucun médecin interrogé n'est installé en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ;
- La moitié des médecins sont installés en zone d'action complémentaire ZAC (M1, 3, 4, 5, 7, 8, 13, 16, correspondant donc aux zones d'entretien 1,2 et 4) ;
- L'autre moitié des médecins est installée hors zonage (Zone 3 Toulon et M2, 6, 14, 15).

Aucun des médecins interrogé n'a reçu d'aide financière de la part de l'ARS.

Un seul médecin bénéficie d'aide fiscale du fait d'une **zone de revitalisation rurale** et d'une aide financière de la collectivité (loyer du local abaissé par la mairie). Cette aide financière a un impact important sur l'installation et sa perte pourrait même conditionner le départ de ce médecin.

« *M4 : Et c'est possible que le jour où si j'ai plus la ZRR, c'est possible, que je parte* ».

Pour les autres, et notamment ceux installés dans une ZAC, les aides n'étaient pas accessibles.

Pour certains, par **méconnaissance** de leur existence.

« *M1 : Une zone sous dotée « ZAD » je ne sais pas quoi, c'est une zone où tu ne payes pas d'impôt quand tu fais construire.* »

« *Q : C'est une MSP ou pas du tout ?*

M16 : MSP ? Ça veut dire quoi je n'ai pas l'habitude de tous les termes. »

« *Q : Tu as des aides ?*

M13 : Non je n'ai rien demandé.

Q : Tu t'étais renseigné ou pas ?

M13 : Pas du tout. »

Pour d'autres, malgré les demandes, cela n'a **pas abouti**, du fait de la **complexité** des structures à créer pour bénéficier de ses aides. Complexité entraînant beaucoup de contraintes pour peu d'avantages.

« *M5 : L'avenir est dans les cabinets de groupe. On est allés assez loin avec ce local, on a négocié pas mal de choses, on avait un projet d'archi. Le problème c'était toujours le même : les sous. Le nerf de la guerre. J'avais contacté l'ARS, le conseil de l'ordre, la mairie. J'avais*

cherché comment on pouvait obtenir des financements. Et il devait y avoir un espace pour un ou une kiné, podologue et pour un cabinet infirmier. L'exercice coordonné qui pouvait se mettre en place. L'ARS quand elle a bien voulu me répondre, c'était pour m'envoyer des documents sur la MSP et la CPTS et moi personnellement, ce que j'en ai retenu c'est qu'on nous proposait des contraintes mais aucun n'avantage. ».

Un médecin évoque même s'être renseigné pour une installation avec aide sur une commune voisine, mais commune bien dotée en médecin, ce qui semble dire **que les aides ne sont pas en adéquation avec les besoins médicaux**. Introduisant même la notion de **concurrence** médicale, du fait du grand nombre de médecins présents dans une ville pourtant considérée comme ZAC par l'ARS.

*« M11 : Les aides, j'y avais pensé initialement. C'est vrai que quand on projetait de s'installer au P*** j'y avais pensé.*

Q : Et qu'est-ce qui vous a fait changer d'avis ?

M11 : Parce qu'il y avait déjà beaucoup beaucoup de médecins.

M12 : Ils étaient une bonne dizaine quand on a décidé de s'installer donc on s'est dit non ça ne va pas le faire là.

M11 : Et c'est vrai que le local était vraiment très sympa. Même le prix était plus attractif qu'ici. Le local est très sympa, il est rénové sur la 1ère DFL le centre médical. C'était vraiment sympa mais il n'y a pas que les locaux qui comptent aussi. Si c'est pour qu'on ait trois patients par jour. Trop de monde sur la place déjà.

M11 : Ils sont six avec des horaires imbattables, du matériel imbattable.

M12 : On n'aurait pas pu concurrencer. »

6) Ressenti sur les politiques de démographie médicale

Après avoir donc abordé les aides et au décours de la discussion, les médecins ont évoqué les différentes mesures qui sont en train de se mettre en place : notamment les **CPTS**.

Les médecins ont un ressenti très négatifs vis-à-vis de ces communautés, ils sont très réticents, voyant les CPTS comme une **contrainte** supplémentaire. Notamment du fait des horaires demandés pour la permanence des soins.

« *M5 : Mais concrètement il faut être réaliste. La médecine la plupart du temps c'est des femmes, elles ont leur boulot, leur mari, leurs gosses et leur maison. Et elles n'ont pas que ça à faire de rester jusqu'à 20 h au cabinet, ce n'est pas possible. Et pour ça, il y a un truc formidable qui s'appelle la maison médicale de garde, auquel les médecins qui le souhaitent peuvent y participer et être rémunérés suffisamment ou pas. C'est un autre débat. »*

Ces CPTS sont vues comme politisées et leur caractère bientôt obligatoire, **réhibitoire**, pourrait même devenir un facteur de désinstallation.

« *M15 : Je pense que c'est très politique la CPTS. Ils ont décidé de mettre un médecin pour tous et que le médecin soit accessible un peu n'importe quand, pour vider les urgences qui sont débordées. C'est comme ça que je l'ai compris. Et c'est comme ça que les présidents de la CPTS des Maures, c'est vrai que je n'avais pas fait gaffe aux termes *rires*, c'est comme ça qu'ils nous ont présenté la chose. »*

« *M16 : Ça m'inquiète un petit peu ces CPTS. J'ai l'impression que ça va rajouter des choses et faire perdre la liberté. Après c'est mon avis. Moi j'ai quitté l'armée pour ça, pour être indépendante et pour pouvoir être libre. Et j'ai l'impression qu'on va me remettre un truc dessus donc ça me fait un peu peur. Et ça pourrait me pousser à me désinstaller même. »*

Le territoire de la CPTS ne correspondrait pas au réseau effectif d'exercice des médecins.

Un médecin pourtant impliqué dans la CPTS, l'a quitté du fait de la charge administrative et du temps nécessaire.

« *M6 : Alors moi, en l'ayant quittée, je ne vais pas être très valorisante. J'étais enchantée par le projet de la CPTS car c'est un exercice coordonné de tous les professionnels de santé d'un territoire, ce que tu fais au quotidien. Donc le but c'est de revaloriser ce que tu fais au quotidien et de travailler en coordination, d'avoir un outil numérique commun, c'est ce sur quoi on travaillait. Sauf qu'actuellement, cette ergonomie, c'est encore des groupes de travail pour y arriver. J'ai quitté car avec la crise COVID, ça a été trop long avec l'ARS, les rouages administratifs. Donc il y a des gros freins. L'idée de la CPTS, elle est très belle mais c'est tellement comme tu dis un travail long et chronophage. »*

Concernant les **IPA**, la vision n'est pas non plus très positive, du fait de la nécessité de contrôle sur leur travail, ainsi qu'un problème de responsabilité. Cette solution ne semble pas viable pour lutter contre la désertification médicale.

« *M2 : Je pense que ce n'est pas une solution mais on sera obligés de le faire. On va vers ça. Mais je pense, c'est peut-être très prétentieux et j'espère ne froisser personne ici, mais on n'a pas du tout la même formation. On est formés à prendre des décisions, qui sont parfois difficiles. Mais on nous forme à ça, à faire un diagnostic. Parfois on n'est pas bon. Une infirmière, elle n'est pas habituée à ça et je ne vois pas comment en deux ans en plus elle va pouvoir le faire. Ça me dépasse et ça me fait flipper. Vraiment. Je ne veux pas être soignée par une IPA au milieu de l'Auvergne. Jamais de la vie, je déménage.*

M1 : Tout à fait d'accord. 100 % pareil. On a une IPA chez nous et en fait ça ne va pas. Le peu de ce que j'ai vu de ce qu'elle a fait en autonomie. Ce n'est pas quelque chose que je trouve viable. Et je n'aimerais pas que mes parents soient soignés par une IPA. Pour moi, il faut mettre plus de médecin. »

Même constat pour **les aides incitatives (financières)** pour les zones sous dotées, qui sont vues comme inutiles, car ne remplaçant en rien la qualité de vie.

« *M10 : Il faut que je le dise avec délicatesse, mais j'ai l'impression qu'en fait, il y a une mauvaise compréhension, un désaccord sur ce que l'on considère comme étant de la qualité de vie. Donc on offre la maison aux médecins généralistes, puis en plus ils auront la voiture, puis en plus, c'est surtout une histoire d'argent... Ce qu'on ne veut pas nous, c'est surtout les trajets énormes, la fatigue à la fin de la journée. On a l'impression que le gouvernement ne comprend pas trop ça. »*

Seulement, un point positif peut être notifié. La place obligatoire du SASPAS dans la formation est une très bonne chose.

Poussant les réflexions sur l'obligation d'intégrer une CPTS, le libéral serait, à terme, voué à disparaître et un mode d'exercice sera imposé par la sécurité sociale ainsi que le lieu d'installation, afin de pallier le problème de démographie médicale.

« *M2 : La Sécu impose des choses qui font que fatalement le libéral va disparaître. Il y aura un*

mode d'exercice complètement légiféré par la Sécu. Moi c'est comme ça que je le vois. Dans 10 ans, il y aura que des MSP ou que des regroupements, le libéral n'existera plus. Peut-être pas dans plus de 10 ans. A long terme, je ne vois pas comment. Il aura peut-être un mode de fonctionnement libéral mais hyper scellé par tout ce que la Sécu va tisser autour. »

Discussion

1) *Biais rencontrés, limites de l'étude, validité interne*

Comme toutes les études qualitatives, notre étude présente des biais d'investigation et des biais d'interprétation (14). Les biais d'interprétation ont été diminués par la présence d'un observateur et d'un modérateur pendant les entretiens ainsi que par un double codage des entretiens par un chercheur extérieur à l'étude.

Concernant les biais de mémorisation, nous pensons en avoir diminué l'importance en interrogeant les médecins installés depuis moins de cinq ans. Le délai court entre l'étude et l'installation effective ne devrait pas avoir entraîné beaucoup d'oubli chez les médecins, concernant les facteurs favorisant l'installation.

Les biais de formulation du questionnaire d'entretien ont été réduits par la réalisation d'entretiens tests, permettant de peaufiner et de modifier si nécessaire le questionnaire (Voir Annexe).

Nous pouvons noter un biais **méthodologique** non anodin, il s'agit du déroulement différent des entretiens. Seul un entretien de groupe et un entretien individuel ont été réalisés en présentiel. Les autres entretiens de groupe l'ont été en visioconférence. Nous nous sommes donc heurtés aux aléas de connexion et déconnexion des personnes interrogées en visioconférence. Nous pouvons aussi noter qu'il peut exister une plus forte « distraction » des médecins interrogés pendant les entretiens en visioconférence. Les médecins pouvant être chez eux ou à leur cabinet, ils peuvent être sollicités par leur environnement extérieur.

Dans les entretiens de groupe (15), il existe l'effet de halo, lié à une personnalité « forte » dans le groupe, pouvant empêcher les autres membres d'émettre des idées différentes des siennes. Cet effet de halo doit être contré par le modérateur du groupe, en relançant les personnes interagissant le moins dans la discussion. Notre étude a bénéficié d'un modérateur expérimenté, permettant donc de diminuer cet effet de halo.

Il s'y ajoute un biais de **recrutement**, spécifique à notre étude. Seuls des médecins installés à l'ouest du Var ont été interrogés. Ce biais **géographique** est lié au fait que les lieux de stage

de l'internat de Marseille sont situés de ce côté du Var, tout comme le lieu de vie des investigateurs. Le recrutement des médecins y a donc été plus aisé.

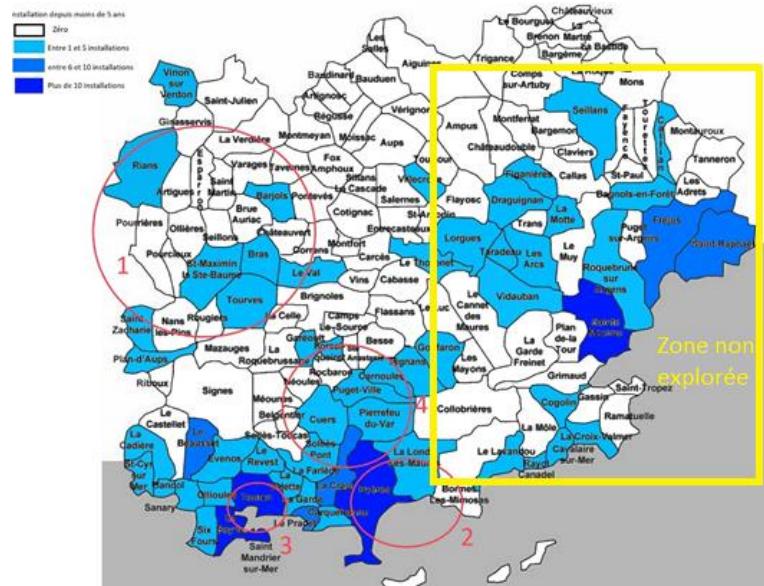


Figure 7 – Carte du Var montrant la zone non explorée par les entretiens

Le recrutement s'est basé sur le volontariat, certains médecins par manque de temps dû à une charge de travail plus importante n'ont pu participer à ces entretiens.

2) Validité externe – Généralisation des résultats

Nous allons nous pencher sur les caractéristiques des médecins interrogés, en les comparant aux autres études, pour envisager une potentielle généralisation des résultats.

68 % des médecins interrogés sont des **femmes**. Nos résultats concordent avec les résultats de la littérature témoignant d'une féminisation importante de la profession, avec tout de même une part plus élevée dans notre étude (54 % de femme en moyenne) (16). La proportion de femmes exerçant la médecine générale est de 43 % selon la DREES (17). La proportion plus élevée de femme dans notre étude peut s'expliquer par un biais de recrutement ou par une féminisation encore plus importante de la profession ces dernières années.

L'exercice de groupe est une caractéristique retrouvée chez 93 % de la population interrogée, seul un médecin est installé seul. Cette proportion est supérieure à celle décrite par IRDES en

2009 où seulement 54 % des médecins généralistes exercent en groupe. Mais cette proportion augmente à 77 % pour les médecins généralistes de moins de 40 ans (16).

On note dans cette étude une forte proportion d'installation rapide, moins de deux ans, après l'obtention du diplôme (50%). Cette proportion est cohérente avec d'autres études qui remarquent 53% d'installation en moins de deux ans après la thèse, peu influencée par le caractère urbain ou rural (16).

Il s'agit d'une primo installation dans la majorité des cas.

Nos résultats montrent que seulement six médecins ont réalisés leur 3^{ème} cycle dans la région d'installation (Faculté de Marseille) et cinq médecins y ont effectué leur cursus complet. La majorité des médecins a donc eu une **mobilité inter-régionale post internat**. Cela contraste avec la tendance habituelle. Dans une étude (18), on notait que 74 % des médecins s'installent dans la région dans laquelle ils ont fait leurs études de médecine et soutenu leur thèse. Cette étude démontre aussi que le sud et l'ouest de la France et plus généralement l'ensemble des régions littorales, sont des régions qui retiennent fortement leurs étudiants. La plus faible probabilité relative de départ étant obtenue pour la région PACA. Le Var et la région sud dans sa globalité bénéficient donc **d'une forte attractivité**, probablement due à l'ensoleillement et à la qualité de vie perçue.

Répartition régionale des médecins généralistes libéraux (en 2007)

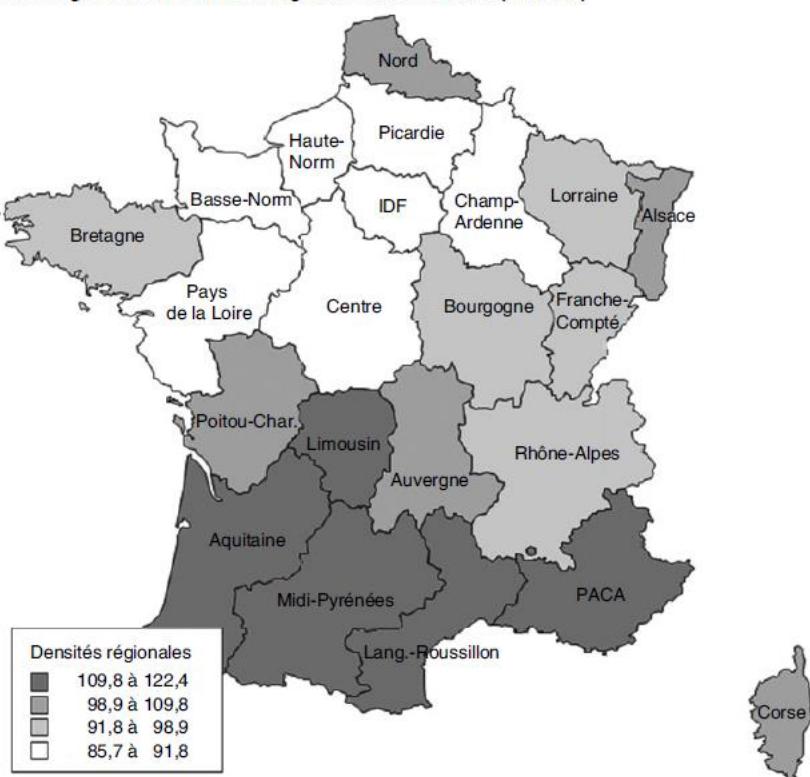


Figure 8 – Densités des médecins généralistes par région en 2007

La région sud (PACA) bénéficie d'une forte densité régionale de médecins. La proportion de femmes exerçant dans les régions à forte densité est significativement supérieure à celle exerçant dans les régions à plus faible densité, ce qui corrobore nos résultats (19). Nous pouvons donc difficilement extrapoler nos résultats à une zone moins attractive et avec une densité plus faible de médecins, notamment dans le centre de la France.

3) L'exercice de groupe

Nous avons prouvé la **prépondérance de la volonté d'exercice en groupe**, retrouvée chez nos jeunes installés.

Cela corrobore les autres études, montrant que la proportion de médecins installé seul décroît (17).

Une enquête, réalisée par Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France (URML IDF) (18), montre que l'installation en groupe fait partie des cinq premiers critères influençant de façon importante le choix du lieu d'installation pour 58 % pour les médecins installés. Cette proportion monte à 88 % chez les jeunes médecins.

Dans notre étude, l'exercice en groupe est avant tout recherché pour les échanges entre confrères, que ce soit sur le plan médical, administratif ou personnel. Ce format de groupe assure la continuité des soins quand un médecin n'est pas présent.

S'installer seul est vécu comme stressant, avec des contraintes supplémentaires du fait de la charge administrative.

Une analyse bibliographique, réalisée par l'ORS Aquitaine (20), renforce nos conclusions : « 67 % des internes, qui souhaitent s'installer en libéral, s'imaginent travailler en cabinet de groupe et 18 % au sein d'un centre pluridisciplinaire libéral. Très peu souhaitent exercer seuls. Les raisons de ce regroupement sont multiples : rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale, partage de plateau administratif, souci de faciliter la continuité des soins et leur permanence. »

Cette installation en groupe ne se traduit pas prioritairement par une structure pluridisciplinaire (de type MSP), ni même forcément par un contrat de collaboration ou d'association. Le cabinet de groupe sans contrat spécifique est considéré comme « plus

simple » pour quatre médecins dans notre étude.

Les jeunes médecins souhaitent s'installer en groupe selon les **affinités** avec leurs associés. Ils ne sont pas attirés par des structures imposées par les instances.

Notre étude semble donc **peu inciter à la création de structure dans une zone sous dotée**, mais laisser place aux choix personnels de chaque médecin en ce qui concerne ses associés.

4) Le réseau des Maîtres de Stage Universitaire

Le stage ambulatoire de médecine générale de six mois est institué et rendu obligatoire en 1997 pendant le 3^{ème} cycle des études de Médecine Générale.

Les praticiens accueillant des internes sont appelés Maîtres de Stage Universitaire (MSU). Ce stage chez un MSU permet de découvrir l'exercice libéral : suivi du patient, exercice de la médecine de ville et contraintes administratives.

Depuis 1997, il existe aussi un stage **obligatoire**, pendant le deuxième cycle des études médicales, de découverte de la médecine générale : condition d'exercice, mission de prévention, relation médecin patient. Ce stage, d'une durée de six semaines à temps complet ou trois mois à temps partiel, est obligatoire. Cependant beaucoup de faculté n'arrivent pas à parvenir à ce que 100 % de leurs étudiants le réalisent.

En 2003, le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), qui consiste en un deuxième stage de six mois en médecine générale, est institué de manière tout d'abord facultative. Depuis la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de novembre 2016, ce deuxième stage est désormais **obligatoire** dans la maquette de l'interne. Il existe donc désormais deux stages en libéral : Le stage appelé maintenant de « niveau 1 » pendant la première année d'internat et le SASPAS lors de la dernière année d'internat.

Pour devenir MSU, le médecin généraliste doit exercer en libéral et être installé depuis trois ans au moins ou un an pour l'accueil des étudiants en second cycle ou en collaboration. Il ne doit pas pratiquer exclusivement une Médecine à Exercice Particulier (MEP) (homéopathie, ostéopathie, mésothérapie, acupuncture...). Il effectue une demande d'agrément pour devenir enseignant clinicien ambulatoire MSU auprès du département de médecine générale et au Doyen de médecine dont dépend le lieu d'exercice. Cette demande d'agrément est soumise

au conseil de l'ordre départemental qui confirme l'absence d'obstacle à l'exercice de la médecine générale. L'agrément est ensuite délivré pour cinq ans par l'ARS PACA (21).

La répartition des MSU sur le territoire sur le territoire varois est scindée entre les facultés de Marseille et de Nice, donc entre le Var ouest et Var est, avec cependant quelques exceptions au niveau du centre Var (Brignoles notamment, avec des MSU niçois et marseillais).

La carte suivante, réalisée grâce à la liste des MSU et des SASPAS fournies par les facultés de Nice et de Marseille, montre l'implantation des différents MSU.

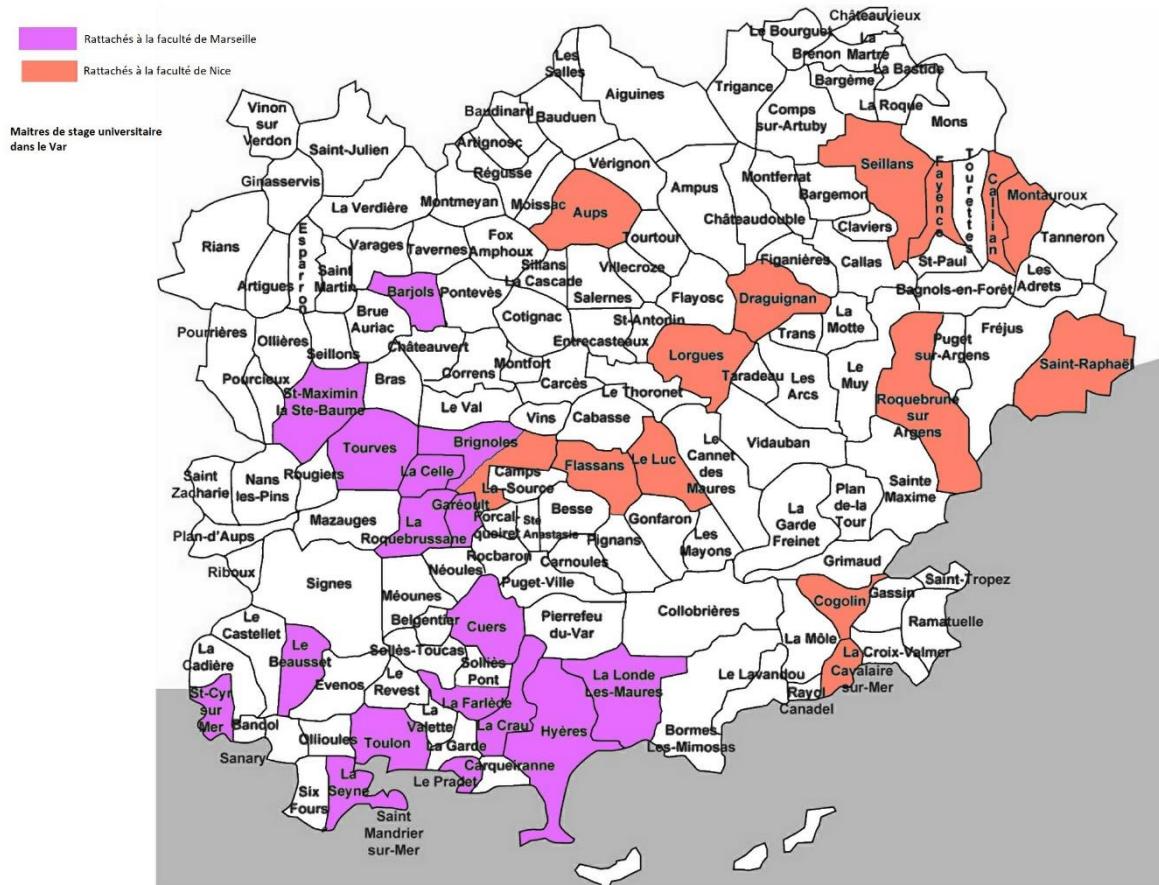


Figure 9 – Carte des maîtres de stage universitaire du Var

Notre étude montre la place importante de la réalisation de stage vis-à-vis de l'installation des jeunes médecins. En effet, cinq médecins interrogés ont découvert le cabinet où ils se sont finalement installés grâce à la maîtrise de stage universitaire. Cela se retrouve dans la **totalité** des quatre zones étudiées, qu'elle soit rurale ou urbaine. Un seul médecin interrogé a réalisé le SASPAS dans le cabinet où il est installé. Cela s'explique par le fait que le SASPAS n'était pas encore obligatoire lors de ses études.

Ce stage chez le MSU est associé, dans notre étude, à **une rapidité d'installation après le diplôme**, allant de pair avec une opportunité, départ à la retraite d'un associé du médecin, notamment.

Cela peut suggérer que pour les médecins étant proches du départ à la retraite et désireux de trouver un successeur, la formation à la maîtrise de stage universitaire et l'encadrement des internes soit une bonne solution.

De précédentes études ont déjà souligné l'importance des stages ambulatoires de niveau 1 et 2 sur les projets d'installation. Une étude du département universitaire de médecine générale de Brest (22) montre l'importance du SASPAS, qui a une influence positive sur le désir d'installation rapide. Il favoriserait une activité libérale en groupe avec rachat de patientèle ou association ou collaboration, plutôt en milieu semi-rural.

Ce constat est similaire à nos résultats, à ceci près que nous le voyons avec le stage de niveau 1.

Une étude quantitative montre que 96 % des internes interrogés ont modifié ne serait-ce qu'une des caractéristiques et parfois la totalité de leur projet professionnel après ce stage. 80 % des étudiants sont satisfaits quant à ce stage et soulignent le rôle positif de leurs maîtres de stage (23).

La création ou **le renforcement du réseau des maîtres de stages universitaires**, notamment en zone rurale, semble donc être un levier d'installation fiable et une réponse potentielle à la désertification médicale des campagnes.

5) La qualité de vie et la séparation vie professionnelle et de famille

L'exercice de campagne est aussi assimilé à un exercice chronophage, avec peu de séparation entre vie professionnelle et familiale, du fait de la perte d'anonymat dans le village.

Notre étude souligne l'importance de **la qualité de vie**, imbriquée dans les trois dimensions des facteurs déterminant l'installation :

- Environnemental (comme nous l'avons évoqué ci-dessus) : le soleil, la mer, l'impression de vacances ;
- Personnel : les temps de trajet courts, l'école et le travail du conjoint à proximité ;

- Professionnel : la bonne entente entre les confrères au sein du cabinet, la patientèle agréable mais aussi et surtout la séparation de la vie professionnelle et familiale.

Cette qualité de vie passe par une maîtrise du temps de travail, nous avons peu exploré cette dimension dans notre étude, mais selon l'URML IDF (18) : les jeunes médecins désirent préserver leur vie privée et envisagent à cet effet de maîtriser leur temps de travail. Bien qu'en pratique encore 24,8 % des jeunes installés travaillent plus de 50 heures par semaine.

Cette diminution du temps de travail hebdomadaire est corrélée à **la forte féminisation de la profession**. Et comme nous l'avons vu dans notre étude, être une femme médecin est lié à beaucoup de contraintes organisationnelles concernant le trajet et l'emploi du temps.

«M5 : Mais concrètement il faut être réaliste. La médecine la plupart du temps c'est des femmes, elles ont leur boulot, leur mari, leurs gosses et leur maison. Et elles n'ont pas que ça à faire de rester jusqu'à 20 h au cabinet. Ce n'est pas possible. »

Les jeunes femmes médecins installées, interrogées dans cette étude (24), favorisent leur vie de famille et organisent leur temps de travail en fonction de cela. « Elles ont pour souci de maîtriser leur temps de travail et son organisation afin de prétendre à une bonne qualité de vie qui se traduit par le fait d'avoir du temps libre. Elles précisent que cela n'entache en rien leur implication dans leur métier. »

Cette enquête sociologique (25) confirme l'existence de stratégies mises en œuvre par les médecins pour limiter leur disponibilité au travail, qui se manifestent notamment par une concentration/intensification du temps de travail et par des efforts convergents des hommes et des femmes pour articuler temps de travail et temps familial et domestique. Les **mutations des modes d'organisation du travail** combinent à la fois des effets de « genre » marqués (les femmes médecins généralistes semblent aller le plus loin dans ce processus) et de génération, dans le sens où les jeunes hommes médecins rencontrés aspirent à construire leur identité professionnelle contre le modèle du sacerdoce médical.

Cette séparation vie familiale et professionnelle passe donc par **l'organisation de la permanence des soins** dans le secteur d'installation, que cela soit par SOS médecin, pour les

zones 2 et 3 de notre étude ou par la proximité d'un hôpital ou d'une maison médicale de garde, pour les zones 1 et 4 plus rurale de notre étude.

Cette séparation a été aussi évoquée par nos jeunes installés **par une distance géographique** entre la ville d'installation et la ville de résidence.

Cette caractéristique semble être une volonté des jeunes médecins (20) : « Afin de privilégier une certaine qualité de vie, les jeunes généralistes sont plus enclins à exercer dans un cabinet plus éloigné de leur lieu d'habitation que leurs aînés, comme le met en évidence l'enquête auprès du panel de médecins généralistes de Pays de la Loire. Ainsi, alors que 70 % des généralistes de plus de 55 ans habitent à moins de cinq minutes de leur cabinet, c'est le cas pour seulement 35 % des moins de 45 ans. »

Notre étude renforce les conclusions sur le changement des modes d'exercice de la profession de médecin généraliste, avec une place plus importante accordée à la vie de famille, et donc, une installation permettant de séparer la vie privée et la vie professionnelle.

6) *Les aides à l'installation*

Comme déjà évoquées en introduction, les aides sont multiples, de par le nombre d'acteurs pouvant participer à ces aides et leur place chronologique (formation, remplacement, installation). Elles sont détaillées en Annexe. Un guide des aides a été aussi réalisé par l'ARS PACA (26).

Les médecins interrogés ont mis en balance ces aides financières et la qualité de vie. Ils arguent que ces aides matérielles et pécuniaires ne peuvent remplacer la perte de qualité de vie.

Cette idée a déjà été évoquée. Les primes devraient être d'un montant très élevé pour compenser la perte de qualité de vie consentie par les médecins (16).

Notre étude montre une très faible place des aides sur les déterminants d'installation des médecins interrogés.

Un seul des médecins interrogés bénéficie d'aide financière via une zone de revitalisation rurale.

Les Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) visent à aider le développement des entreprises sur les territoires ruraux à travers des mesures fiscales et sociales. Lors d'une nouvelle installation en ZRR, le médecin bénéficie d'une exonération d'impôt sur le revenu plafonnée, temporaire et dégressive dans le temps. En France, 13 902 communes composant 456 intercommunalités sont classées en ZRR. Toutes les communes de l'intercommunalité éligible sont classées selon deux critères depuis 2017 : la densité de population (inférieure ou égale à 63 habitants/km²) et le revenu par habitant (revenu fiscal par unité de consommation médian inférieur ou égal à 19 111 €).



Figure 10 – Carte des communes classées ZRR et communes de montagne bénéficiant des effets du dispositif dans le Var

Les communes classées ZRR (ou communes de montagne bénéficiant des effets du dispositif) sont représentée dans la carte ci-dessus. Elles sont au nord du Var. Nous avons interrogés deux médecins installés dans l'une de ces communes, un seul bénéficie de l'aide fiscale.

Les autres médecins n'ont bénéficié d'aucune aide pour leur installation actuelle. Cela montre le peu d'impact des aides sur l'installation des jeunes médecins généralistes dans le Var. Les

causes principales de l'absence d'aides à l'installation sont **la méconnaissance et la complexité de ces aides**.

Une étude de cohorte sur de jeunes médecins généralistes d'Ile de France (27) montre que 29 % d'entre eux ont bénéficié d'aides financière pendant les études. Cette proportion est faible, mais elle est supérieure à celle que nous avons dans notre étude.

Dans une étude réalisée aussi dans une région attractive, la Corse (28), l'ensemble des médecins avait entendu parler des aides possibles, mais très peu en ont bénéficié. Cependant l'aspect financier semblait facilitateur d'une éventuelle installation sur le territoire. Cela a été le facteur déclenchant dans cette étude pour un seul médecin. Comme pour la nôtre, où le médecin en ZRR compte beaucoup sur cette exonération.

Une autre recherche sur l'influence des aides en zones sous dotée (29) indique que les aides incitatives essentiellement financières ont leur place dans la politique actuelle de lutte contre les disparités d'offre de soins. Elles jouent un rôle d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées et parfois de maintien d'activité dans ces zones. Elles permettent aussi d'améliorer les conditions d'exercice professionnel des bénéficiaires. Elles représentent donc une réelle opportunité pour exercer en soins primaires en contribuant à réduire les inégalités de répartition sur le territoire. Il est cependant démontré que l'efficacité des aides pourrait être augmentée. L'information des professionnels de santé sur ces aides fait cruellement défaut.

Pour l'URML IDF (18), les mesures incitatives, comme dans notre recherche, rentrent peu en compte dans l'orientation du choix de l'installation.

Notre étude renforce les conclusions sur le manque d'informations sur ces aides, associé à la multiplicité des acteurs. L'efficacité des aides à l'installation pourrait donc être augmentée par une meilleure information par les autorités compétentes et une simplification des démarches pour les obtenir.

Conclusion

Les inégalités de répartition des médecins généralistes sur le territoire français s'accentuent d'années en années, créant de véritables déserts médicaux. La France n'est pas la seule concernée, l'ensemble des pays de l'OCDE y est confronté. Cependant, les politiques visant à réduire ces inégalités ne semblent pas avoir beaucoup d'impact et l'écart se creuse entre les bassins de vie bien dotés en médecins généralistes et les zones sous dotées.

Partant de ce constat, nous avons voulu mettre en évidence les facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes. Nous nous sommes centrés sur le département du Var, qui distingue des zones fortement peuplées sur le littoral (Toulon – Fréjus Saint Raphaël) et des zones plus rurales (Haut Var).

Notre étude a été réalisée selon une méthodologie qualitative avec la réalisation d'entretiens de groupe. Les médecins, installés depuis moins de 5 ans, étaient interrogés selon des zones géographiques délimitées – urbaine et littorale – semi-rurale – rurale.

Nous avons interrogé 16 médecins (5 hommes et 11 femmes, témoignant de la forte féminisation de la profession). La quasi-totalité des médecins est installée en groupe. 69 % se sont installés moins de 5 ans après la fin de leurs études. Il s'agit d'une primo installation dans 75 % des cas. Et seulement 37,5 % des médecins ont réalisé leur 3^{ème} cycle à la Faculté de Marseille.

Les aides à l'installation n'ont pas eu d'impact sur la décision pour les médecins interrogés. La plupart n'étaient pas renseignés ou n'ont pu en bénéficier du fait de la complexité de ces aides.

Certaines politiques visant à lutter contre la désertification médicale (CPTS, IPA, incitations financières) sont perçues comme des contraintes supplémentaires par nos jeunes installés. Elles peuvent même être des facteurs de désinstallation pour certains.

Les facteurs favorisant l'installation sont dans un premier temps les facteurs

environnementaux avec un cadre de vie exceptionnel du fait du climat et des paysages. Mais l'environnement n'est pas le facteur clé.

Les médecins mettent au premier plan le souhait d'exercice dans un cabinet de groupe avec une bonne entente avec les associés. Un travail en groupe mais avec chacun ses libertés notamment pour gérer son emploi du temps et permettre de concilier une vie professionnelle avec une vie familiale.

L'élément déclencheur, fréquent et observé dans les quatre zones, a été la réalisation d'un stage (Maîtrise de stage universitaire) associée à une opportunité dans le cabinet d'installation.

Il existe peu de différence entre zone rurale et urbaine sur les éléments cités ci-dessus. Seuls quelques aspects du vécu professionnel diffèrent : une pratique de la médecine un peu plus « libre et polyvalente » en zone rurale, ainsi qu'une patientèle plus agréable à la campagne, avec une valorisation du médecin en tant que personne.

Bibliographie

1. DREES. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population
2. BERLAND Y. Rapport de la commission « démographie médicale »au ministère de la santé et des solidarités. Avril 2005
3. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. J Pédiatrie Puériculture. juill. 2009;22(4-5):245-53.
4. Ministère Santé. Mesures du Pacte territoire santé
5. ARS PACA. Arrêté DSDP zonage
6. Guide aides installation
7. IRDES. Les politiques de lutte contre la désertification médicale. 2018;252.
8. Tourigny J, Berthiaume C, Rouleau V. Le rôle de l'infirmière en pratique avancée : de la théorie à la réalité. 2010;7(2):5.
9. ARS. Fiche CPTS
10. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien. 2019.
11. Var : forte croissance démographique, sous l'effet des migrations résidentielles - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 15
12. ORS Paca. Cartographie des flux patients
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
14. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. de boeck supérieur;
15. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. :16.

16. Dumontet M, Samson A-L, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? Rev Francaise Econ. 2016;Vol. XXXI(4):221-67.
17. DREES. Portrait des professionnels de santé. 2016
18. URML IDF. Recherche médecin désespérément ! Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France
19. Delattre E, Samson AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Econ Stat. 2012;455(1):115-42.
20. ORS Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux synthèse de la littérature. 2011.
21. CNGE. La Charte des MSU
22. Fréche B. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? exercer 2011;95:21-4.
23. Chichoux MC. Influence du stage ambulatoire de niveau un sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. In 2012.
24. Vo, Stéphanie. Ressenti des jeunes femmes médecins généralistes installées dans les Alpes Maritimes depuis moins de 5 ans sur leurs conditions de vie et d'exercices : étude qualitative à partir d'entretiens semi dirigés. Nice Sophia Antipolis ; 2014.
25. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 1 sept 2007;n° 14(1):19-30.
26. ARS PACA. Guide d'aide à destination des médecins
27. Mintandjian A. Étude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Île-de-France : étude de cohorte. :110.
28. PONGERARD V. Facteurs incitant les médecins généralistes à l'installation en secteur libéral en Corse. Sophia Antipolis ; 2018.
29. Brabant B. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées

Annexes

Lexique

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : Examen Classant National

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

MEP : Médecine d'Exercice Particulier

MSU : Maître de Stage Universitaire

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

URML : Union Régional des Médecins Libéraux

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Aides à l'installation en région Sud

1) Aides fiscales hors zonage

Les exonérations fiscales en zones déficitaires :

- Zones de revitalisation rurale (ZRR) exonération totale d'impôt : Lors d'une nouvelle installation en ZRR ou en ZFU, le médecin bénéficie d'une exonération d'impôt sur le

revenu plafonnée, temporaire et dégressive dans le temps. Exonération sur les bénéfices d'une durée de cinq ans, suivie d'une période d'exonération partielle de trois ans. Le montant de l'aide est plafonné.

- Exonération de CET (Contribution Economique Territoriale) des professionnels de santé. Les collectivités territoriales ont la faculté de prendre une délibération en vue d'exonérer de CET les médecins et les auxiliaires médicaux qui s'installent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants ou située dans une ZRR. L'exonération débute à compter de l'année de l'installation pour une durée comprise entre deux et cinq ans (en fonction du choix de la collectivité territoriale).

2) Aides associées au Zonage (ARS – CPAM – Fiscale)

Les ZIP sont éligibles aux aides conventionnelles de l'Assurance maladie et aux aides du pacte territoire santé liées à la fragilité.

Les ZAC ne sont éligibles qu'aux aides du pacte territoire santé liées à la fragilité.

- **Aides conventionnelles de l'assurance maladie (ZIP) :**

Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)	Contrat de Transition pour les Médecins (COTRAM)	Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins (COSCOM)	Contrat de Solidarité Territoriale pour les Médecins (CSTM)
Ce contrat apporte une aide financière aux médecins dès leur installation en zone déficiente, pour les aider à faire face aux frais d'investissement. Cette aide est de 50 000 € s'il	Il s'agit de soutenir les médecins exerçant dans les zones déficitaires en préparant leur cessation d'activité et à accompagner durant cette période un médecin de moins de 50	Ce contrat concerne les médecins déjà installés en zone fragile et impliqués dans une démarche d'exercice coordonné, ayant une activité de formation auprès des internes,	Il s'agit de favoriser l'intervention ponctuelle de médecins venant exercer dans les zones déficitaires avec un minimum de 10 jours d'intervention par an.

y a au moins quatre jours hebdomadaires d'exercice libéral. Elle est versée en deux fois, sur deux années en contrepartie d'un engagement de cinq ans.	ans installé dans leur cabinet. Valorisation : 10 % des honoraires conventionnels avec un plafonnement à 20 000 € pendant trois ans.	réalisant une partie de leur activité au sein des hôpitaux de proximité. - 5 000 € par an pour l'exercice coordonné ; - 1 250 € par an pour l'exercice en hôpital de proximité ; - 300 € par an pour la fonction de maître de stage.	Valorisation : 10 % des honoraires conventionnels avec un plafonnement à 20 000 €.
--	---	---	--

– Aides du pacte territoire santé liées à la fragilité (ZIP et ZAC)

Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)	Praticien Isolé à Activité Saisonnière (PIAS)	Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA)	Praticien Territorial Médical de Remplacement (PTMR)	Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)
Le PTMG bénéficie d'une rémunération mensuelle assurée de 6 900 € brut pendant deux ans (ou 3 450 € à temps partiel), à condition de réaliser 165 consultations par	Signature d'un contrat entre l'ARS et le médecin qui permet de favoriser le maintien des médecins généralistes dont l'activité est marquée par une forte saisonnalité.	Le PTMA est ouvert aux médecins généralistes et spécialistes conventionnés secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins. Ce contrat offre une rémunération	Le PTMR est un médecin généraliste thèsé depuis moins de trois ans, exerçant comme remplaçant et non installé ou étudiant remplissant les conditions et les assistants	Le CESP s'adresse : - aux étudiants de médecine et de chirurgie dentaire à partir de la 2e année ; - aux internes de médecine. Les étudiants signataires

<p>mois au minimum correspondant à un chiffre d'affaires de 3 795 € brut (23 € × 165).</p> <p>Pour tout arrêt de travail supérieur à sept jours, un complément de rémunération est maintenu pendant trois mois à hauteur de 1 552,50 € brut.*</p> <p>En cas de congé maternité et pendant toute la durée de ce dernier, un complément de rémunération de 3 105 euros* brut est versé au praticien en plus des revenus de remplacement.</p> <p>* pour une activité de neuf demi-journées par semaine ou plus, en zones</p>	<p>- Aide à l'investissement = montant forfaitaire annuel de 2 300 €</p> <p>- Aide à l'activité = montant forfaitaire correspondant à 5 % des revenus annuels des activités de soins, plafonné à 4 600 € par an.</p> <p>Ces aides sont cumulables avec les aides versées par l'assurance maladie sans dépasser un plafond de 23 000 € par an.</p> <p>Respect des tarifs opposables</p> <p>- Avoir pendant six mois de l'année (non obligatoirement consécutifs) une rémunération 25 % supérieure au six mois restant de la</p>	<p>forfaitaire complémentaire en cas de congés maternité ou paternité.</p> <p>Les autres conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etre installé ou s'installer dans une zone fragile ou de vigilance. - Ne pas être lié par contrat de PTMG. <p>Une rémunération forfaitaire complémentaire est versée après trois mois d'activité en tant que PTMA et à la condition d'avoir réalisé au minimum les 165 consultations au cours d'un de ces trois mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en cas de congé maternité et dans la limite de trois mois, un complément 	<p>spécialistes à temps partiel dans un établissement de santé. Il peut exercer sur plusieurs lieux.</p> <p>Le PTMR s'engage à réaliser une activité libérale de 5 000 consultations de médecin généraliste par an (ou 2 500 à temps partiel) y compris PDSA. L'ARS lui verse alors 200 consultations par an soit 4 600 € brut (ou 2 300 € à temps partiel).</p> <p>- En cas de maladie, dans la limite de trois mois : 1 552,50 € (776,25 € à temps partiel).</p> <p>– Maternité : 3 105 € par mois (1 552,5 € à temps partiel)</p>	<p>perçoivent jusqu'à l'obtention de leur diplôme d'État de docteur en médecine ou en chirurgie dentaire, une allocation mensuelle brute de 1 200 € imposable.</p> <p>Cette allocation est versée par le Centre National de Gestion (CNG). En contrepartie, les signataires s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, à titre libéral ou salariée ou mixte dans des zones fragiles ou vivier.</p> <p>La durée de leur engagement est égale à celle correspondant au versement de l'allocation et ne peut être</p>
---	--	--	--	--

déficitaires et vivier.	<p>période annuelle (soit [Honoraires max sur six mois / Honoraires min sur six mois] > 1,25)</p> <p>- Être installé dans une zone reconnue comme fragile par l'ARS caractérisée par un éloignement de plus de 30 min d'un service d'urgence et ayant une densité de population inférieure à 100 habitants/km²</p> <p>- Exercer exclusivement et toute l'année sur les territoires définis et qui sont situés dans des territoires isolés.</p> <p>- Le PIAS doit justifier d'un montant d'honoraires annuel inférieur à 130 383 €</p>	<p>mensuel de rémunération de 3 105 €* brut est versé au praticien.</p> <p>- en cas de congé paternité, ce complément est de 1 138 € brut (soit un complément de rémunération égal à 36 % de la rémunération mensuelle forfaitaire versée pour le congé maternité, correspondant aux 11 jours légaux de congé pour cause de paternité)</p> <p>- en cas de congé maladie supérieur à sept jours et dans la limite de trois mois, un complément mensuel de rémunération est versé au praticien à hauteur de 1 552,50 € brut</p>	<p>- Paternité : 1117,8 € (558,90 € à temps partiel)</p> <p>Zone déficitaire et vivier. Un an renouvelable jusqu'à 72 mois</p>	inférieure à deux ans.
-------------------------	---	---	--	------------------------

<p>- 36 mois renouvelable une fois.</p>	<p>pour une activité de neuf demi-journées par semaine ou plus.</p> <p>36 mois, renouvelable une fois en zones déficitaires et vivier.</p>		
---	--	--	--

- **Exonération fiscale de la PDSA (ZIP)**

Dès lors qu'une commune du secteur est située en ZIP. La permanence des soins ambulatoire (PDSA) ; Lors des gardes ambulatoires effectuées en zone dite déficiente, il y a exonération d'impôt sur les rémunérations perçues au titre de la PDSA dans la limite de 60 jours de permanence par an.

Ceci intéresse tous les médecins ou leurs remplaçants inscrits au Tableau de l'Ordre et participant à la PDSA (telle qu'elle est définie dans le cahier des charges régional).

3) Aides de la région PACA :

- **Aides pour les internes en stage dans des zones définis par la région :**

La région PACA propose un dispositif de bourses de stage à destination des internes inscrits en diplôme d'études spécialisées de médecine générale dans les facultés de médecine de Marseille et de Nice. Son objectif est de renforcer la démographie des professionnels de santé libéraux dans les territoires ruraux en y promouvant l'accueil d'internes en médecine générale. Ce dispositif facilite ainsi la découverte, par les futurs médecins généralistes, de l'exercice professionnel dans les zones rurales et alpines, souvent éloignées ou isolées, où l'offre de soins est fragile, en leur proposant une aide sous forme de bourse de stage. Les lieux de stage ouvrant droit à la bourse régionale sont par ordre de priorité les structures d'exercice coordonné ouvertes, puis celles en projet (maisons régionales de santé pluri-professionnelles, maisons de

santé pluri-professionnelles, centres de santé...) auxquelles s'ajoutent, pour la faculté de médecine de Marseille, les îlots de formation, sous réserve de se conformer aux dispositions réglementaires pour l'accueil d'internes. Plus largement, les lieux de stages se situent prioritairement, mais pas exclusivement, dans des « territoires de vie santé » identifiés par l'ARS Paca par arrêté relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin. Le montant de cette bourse régionale est de 2 400 € par semestre de stage. L'aide est individuelle. Elle est versée par la région à semestre de stage échu et vient en complément des salaires et indemnités perçus par l'interne au titre de son statut et versés par son Centre hospitalier universitaire de rattachement.

– **Aide à l'installation de médecins généralistes en zones rurales de la région:**

La région propose de soutenir les primo-installation et les installations de médecins généralistes dans les zones ciblées comme prioritaires. Ces zones se situent prioritairement, mais pas exclusivement, dans des « territoires de vie santé » identifiés par l'ARS Paca par arrêté relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin. L'aide régionale est complémentaire des aides prévues par l'ARS, l'assurance maladie et les autres collectivités (Départements, communes...). Cette aide peut aussi s'inscrire en amont d'un projet de regroupement de professionnels de santé, comme une étape préalable pour les communes ou regroupements de communes n'ayant aucun médecin généraliste ou dont le départ d'un médecin généraliste entraîne un risque de désertification médicale.

L'aide financière régionale recouvre : l'équipement du cabinet médical, avec une priorité donnée à l'acquisition de matériel médical (dont notamment les appareils d'imagerie médicale), d'équipements informatiques et de téléphonie, d'équipements mobiliers (dont notamment ceux destinés à l'aménagement de l'espace dédié à l'accueil des patients) ; les opérations de réhabilitation, mise aux normes, accessibilité ou extension des locaux du cabinet médical.

La région attribue un financement à un taux maximal de 50 % du coût total du projet. Le montant de l'aide est plafonné à 20 000 € pour un médecin généraliste.

4) Aides des collectivités territoriales

Elles peuvent attribuer des aides afin de favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans des zones déficitaires en matière d'offre de soins. Ces aides peuvent prendre la forme d'une prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liée à l'activité de soins, d'une mise à disposition de locaux ou d'un logement, du versement d'une prime à l'installation ou pour les professionnels exerçant à titre libéral d'une prime d'exercice forfaitaire.

Exemple : Aides aux internes dans le 04.

Guide d'entretien

QUESTIONS PRELIMINAIRES

Depuis combien de temps êtes-vous installé ? Quel a été le temps entre la thèse et l'installation ?

Etiez-vous installé à un autre endroit auparavant ? Quelles raisons vous ont fait changer de lieu d'installation ? Quel est votre statut d'installation ? (Collaboration, SCM SCP autre ?)

CONNAISSANCE ANTERIEURE DE LA ZONE

Avez-vous fait vos études dans la région de votre installation ? Avez-vous réalisé des stages à proximité du cabinet dans lequel vous êtes installé ? A combien de kilomètres ?

Avez-vous remplacé dans ce lieu d'exercice ? Si oui, combien de temps avant votre installation ?

Avez-vous grandi près du lieu d'installation ?

CADRE DE VIE

Qu'était-il indispensable de trouver sur votre lieu d'installation comme par exemple commerces, écoles, autres (club sport, ...) activité culturelle ? Prix des logements ?

Votre situation familiale a-t-elle influé sur le lieu d'installation : travail du conjoint ? (Conjoint aussi médecin libéral ?)

L'attractivité du territoire (climat, mer, montagne, etc.) ?

CADRE PROFESSIONNEL

Le format d'exercice (ex : cabinet de groupe, MSP) a-t-il été un levier positif à l'installation ?

La présence d'autres professionnels de santé est-elle nécessaire à votre installation, si oui, lesquels (infirmier, kiné, aide à domicile, pharmacie, laboratoire, cabinet de radiologie) et à quelle distance ?

Comment s'organise la permanence des soins dans votre zone ? Cette organisation a-t-elle été un frein ou un levier à votre installation ? (Nombre de médecins aux alentours, système de maison médicale de garde.)

Proximité de l'hôpital / service d'accueil d'urgences ?

Le type de patients rencontrés a joué dans votre installation ? = caractéristiques de la population (demande de soins).

Les visites à domicile ?

Temps de travail voulu ?

Activité annuelle, densité de médecins généralistes libéraux, densité de spécialistes, pourcentage de médecins généralistes installés dans la zone depuis moins de dix ans et part des visites à domicile.

Secteur 1 ou 2 ?

Avez-vous une orientation dans votre pratique (écho, gynéco, homéopathie, médecine du sport, médecine esthétique) ? Cette orientation a-t-elle influencé le lieu d'installation ?

AIDES FINANCIERES/MATERIELLES

Avez-vous bénéficié d'un CESP d'aides ARS (PTMG PTMA PTMR PIAS) / d'aides des collectivités locales/ de la région / contrats sécurité sociale ?

Avez-vous bénéficié d'aides matérielles ? Mise à disposition logement ?

Connaissiez-vous ces aides avant / pendant la conception de votre projet d'installation ou les aviez-vous connues après ?

Les aides citées sont-elles pour vous : un déclencheur d'installation / une motivation supplémentaire à une installation déjà décidée / une compensation nécessaire ?

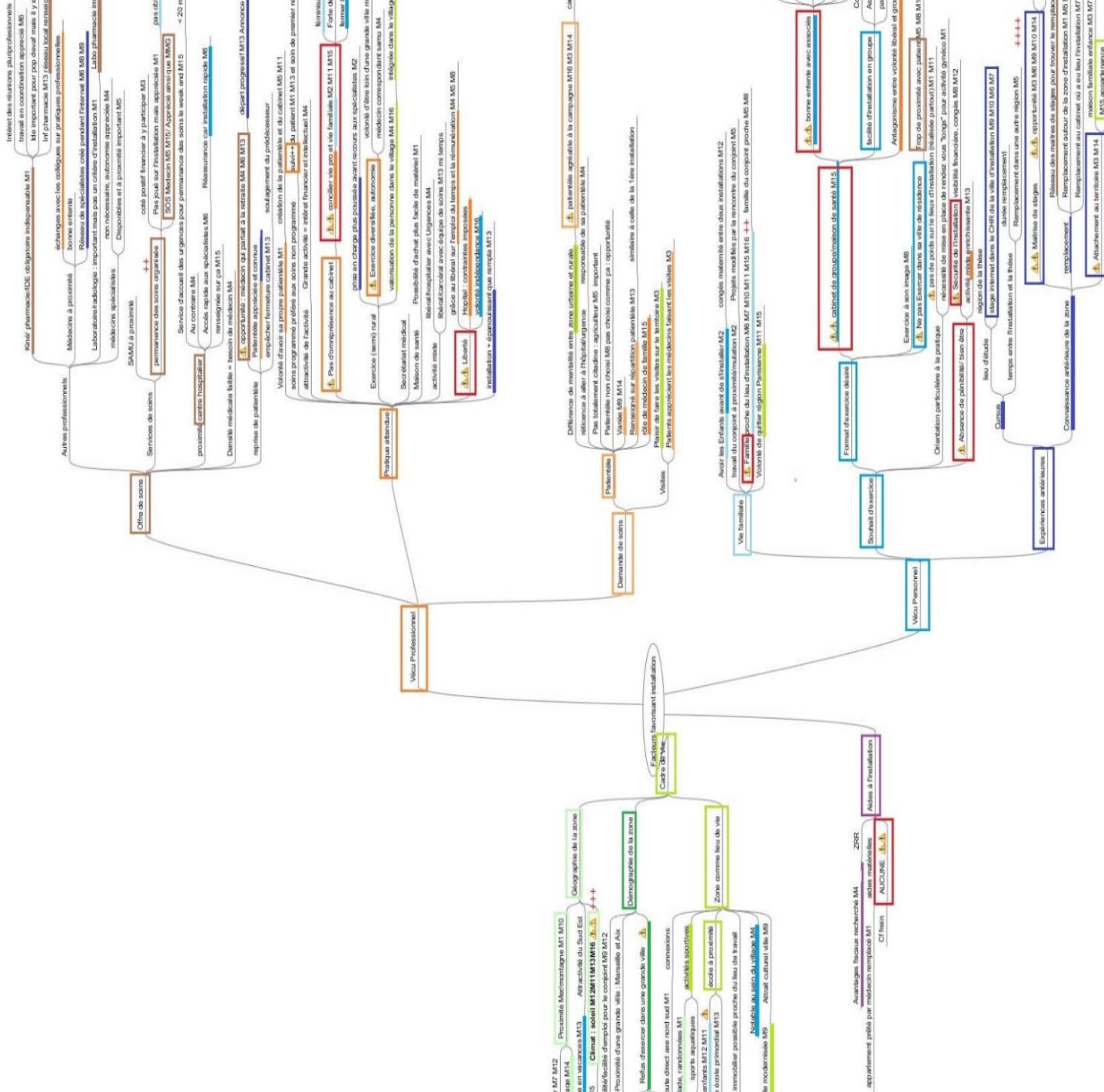
AVENIR

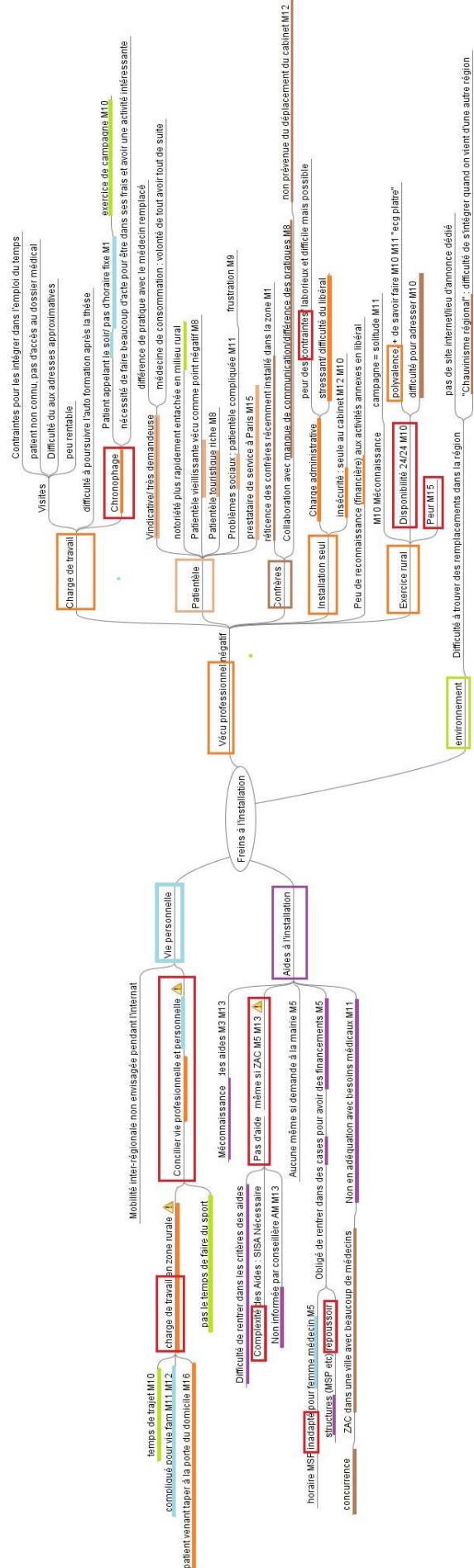
Pensez-vous que la coercition soit une bonne idée ? Ou la seule solution ?

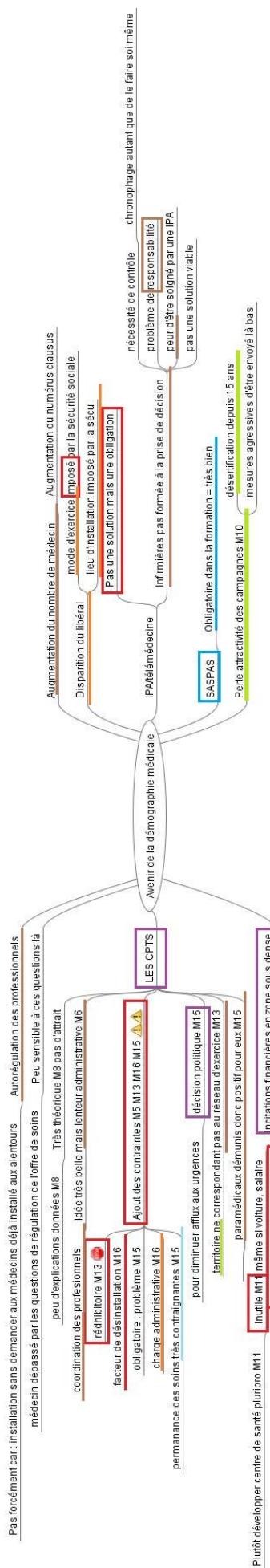
La télémédecine, les infirmières en pratique avancées, etc. sont pour vous des solutions à la problématique de démographie médicale ?

Avez-vous entendu parler des CPTS ?

Cartes heuristiques







Verbatim

Entretien Zone 1

En présentiel

Le 7 juillet 2020 à 19h

Explications et présentation de la thèse et des entretiens de groupe : méthode de recherche qualitative pour savoir pourquoi vous vous êtes installés à cet endroit. La question est pourquoi l'installation ici. « Pourquoi vous vous êtes posés ici ? »

Q : Alors présentez-vous, qui êtes-vous, d'où venez-vous, dans quelle fac avez-vous fait vos études ? Depuis combien de temps vous êtes installés. Avez-vous été installés ailleurs auparavant ? Combien de temps après votre thèse vous êtes-vous installés ?

Allez, qui commence ?

M1 : Je m'appelle *****, je suis installée à ***** en maison de santé. Depuis janvier 2020.

Le parcours avant ? Qu'est-ce que j'ai fait ?

Q : Ta fac ?

M1 : L'internat, je l'ai fait à Saint-Etienne et en externat, j'étais à Strasbourg. Et après, je me suis retrouvée un an à Strasbourg. J'étais installée à Strasbourg en collaboration, je faisais un mi-temps avec des collègues et le reste du temps, j'étais à SOS médecin. Et j'ai un peu hésité entre SOS médecin et l'installation au cabinet. Et donc finalement, j'ai préféré le cabinet et voilà. Et pour le lieu d'installation, à la base, je voulais rester dans le coin de Strasbourg et finalement je suis venue ici. Et donc l'installation par rapport à la date de ma thèse, ça s'est fait un an et demi, un an trois quatre mois après. Je savais que je voulais m'installer très rapidement parce qu'en fait, j'avais envie d'avoir mes patients. Je me sentais prête.

M2 : Alors, j'ai fait mon externat à Caen. Une année d'Erasmus à Barcelone. L'internat à Caen, avec une année à la Réunion, où j'ai fait ma thèse sur le diabète de type 2 chez les enfants. J'ai remplacé de 2008 à 2014, j'ai tout ratissé. Donc des remplacements un peu dans le coin pour voir ce qui me plaisait. Et j'ai attendu de m'installer de faire mes enfants avant, car en remplaçant, je me suis rendu compte que c'était difficile de trouver des remplaçants. Et que si t'es installée et que tu fais une grossesse, ça me paraissait compliqué donc c'était un choix

maternel avant de m'installer. Et je me suis installée à ***** parce que j'ai remplacé longtemps là-bas, que l'activité me plaisait bien et voilà. Et dans le Var et pas en Normandie, parce que mon conjoint travaille à Aix. Sinon je pense que je ne serais pas venue dans le Var.

M3 : J'ai donc fait toutes mes études à Marseille, j'ai passé ma thèse en octobre 2019 et je me suis installé le 30 mars 2020. Le sujet de la thèse, c'était les infections urinaires à E.coli.

Q : Question complémentaire : le statut de votre installation actuelle, c'est quoi ? Totalement indépendant ? Locataire ?

M3 : Oui, je suis locataire. On n'a pas encore fait de truc spécifique.

M1 : En maison de santé, associée à quatre au total. Le choix de me mettre en association tout de suite, j'ai senti qu'on s'entendait à peu près bien mais pas trop non plus. Je voulais m'installer avec une de mes meilleurs amis mais je me suis dit que même si on s'entendait très bien, ce ne serait peut-être pas la meilleure solution de faire ça, parce que je n'oserais pas forcément dire tout le temps ce que je pense et faire trop de concessions. Donc ça me semblait l'idéal de m'installer avec des gens que je ne connaissais pas. Et justement, parce que je veux des enfants, les associés ben c'est bien comme ça on trouve des remplaçants quand ils sont d'accord. Et là, c'était OK pour qu'ils me remplacent si jamais j'étais enceinte.

Q : Et là, sur la MSP, tu es juste agrégée dans la MSP ou tu es aussi dans une SELARL ?

M1 : Je suis dans la SELARL. J'ai un pourcentage des parts de la société. Je n'ai pas encore 25 % car c'était cher d'acheter 25 % tout de suite donc j'ai pris une petite partie. Dès que je peux, j'achèterai plus pour que l'on ait chacun un quart des parts. Il faut que je vous explique le fonctionnement de la SELARL ?

Je fais aussi partie de la SISA qui est la maison de santé.

Le fonctionnement de la SELARL : ça dépend de la SELARL. Nous, on prend les revenus de tout le monde que l'on met sur un compte commun. On calcule le chiffre que l'on a fait chacun et on se verse 65 % de ça et 65 % de notre ROSP et le reste, ça reste sur le compte de la SELARL pour payer les secrétaires, les frais, tout. Et s'il reste, on a, à la fin de l'année, quelque chose en plus. C'est pour couvrir les frais. On a une voiture de fonction. Je ne sais pas si c'était utile que je précise ça.

Q : Tu as parlé du choix de l'association, mais le choix d'exercice avec mise en commun chapeauté par une société, c'est quelque chose qui te tentait ou c'est simplement l'occasion qui a fait le larron ?

M1 : Déjà de base, je voulais être avec des associés dans une maison de santé. C'était mes deux critères.

La maison de santé, pour le côté suivi et c'est vraiment trop bien d'avoir les kinés et les infirmiers dans les mêmes locaux. La pharmacie est à côté. Dès qu'il manque un truc, je descends et j'ai ceux que je veux. Et ça permet, par rapport à ce que j'avais l'année dernière, je n'ai pas une énorme expérience, c'est quand même mieux pour communiquer avec les infirmières et les kinés. On se voit, on fait en moyenne une réunion une fois tous les deux mois pour discuter des choses et d'autres, des difficultés qu'on a rencontrées par rapport à des patients et s'attarder un peu plus sur un suivi des actions à but éducatif pour les patients : nutrition, sport, santé, quelque chose comme ça. Et je trouve que c'est bien, ça me plaît.

Q : Il y avait une question par rapport aux études, mais en fait ça concerne que toi, t'as remplacé dans ce cabinet ?

M3 : Oui, j'ai remplacé là.

Q : Finalement, tu es là pour quoi ?

M3 : Je suis là pour l'attache à la région, puisque mon grand-père était le maçon de *****. Donc j'ai la maison de mon grand-père à *****. Et l'autre chose, c'est de là l'opportunité. Puisque j'ai été interne dans ce cabinet avec le Dr V***, maître de stage, et ensuite, j'ai fait mon SASPAS. Et donc, c'était au décours. Quand j'étais juste interne en maîtrise de stage, il m'avait dit qu'il cherchait déjà des gens en plus car il avait des locaux à louer. Je lui ai dit c'est parfait. C'est la région que je voulais, ça me plaît bien. Je ne sais pas comment le décrire, les patients, le rapport un petit peu moins urbain, Marseille me plaisait. Donc c'est l'opportunité qui s'est présentée.

Q : Donc, et toi, t'as grandi près d'ici ?

M3 : La maison construite par mon grand-père, tous les week-ends, j'étais là et j'ai été baptisé à *****.

Q : Et pour le coup pour vous deux, qui êtes de fac différentes, il y a un motif familial pour toi de descendre sinon tu serais restée en Normandie ou à la Réunion ?

M2 : Non pas à la Réunion.

Q : Et, ça alors raconte nous un peu ?

M2 : La difficulté quand je suis arrivée dans la région, ce que je n'avais pas fait ma fac, je ne connaissais personne. Et ça, ça a été très compliqué. J'habitais à Marseille et je ne me voyais pas du tout exercer comme ça. Après grâce à ma maître de stage, j'ai trouvé sur *** à remplacer à ****. Ma maître de stage en Normandie m'avait renvoyée sur ***** donc j'ai remplacé et après j'ai voulu voir d'autres choses. Ce qui me plaisait le plus, c'était le type d'activité, par rapport même à d'autres endroits. Déjà la liberté de ne pas avoir une omniprésence au cabinet. Moi, j'ai remplacé à Saint-Martin de Vésubie, en Corse. C'était simplement impossible avec une vie de famille, donc déjà y a des régions où ce n'est pas possible. Et après, ce que j'aime bien à ****, c'est le fait d'avoir finalement la possibilité de gérer chez des patients des choses que l'on ne ferait pas en ville car les spécialistes sont loin. On a une capacité dans la prise en charge, on est plus libre, c'est plus agréable, je trouve ça plus intéressant. C'est ça qui m'a plu le plus à *****. Et que je suis associée avec Dr D****. On n'a aucun contrat, ce que je trouve beaucoup plus simple en fait.

Q : Et sur le déclencheur, ton mari, c'était obligatoire qu'il descende ?

M2 : Oui. Sa boîte, elle est ici. C'est soit l'international, soit Paris, soit Aix. Donc c'est Aix. Je ne me vois pas à Paris, ni à l'international.

Q : Il a été embauché direct sur Aix ?

M2 : Non, avant il travaillait à l'international, puis sur Paris et il a monté sa boîte à Aix. Donc ils ont monté l'antenne à Aix. Moi, Paris, ce n'était pas possible et puis *soupirs* à l'étranger.

Q : Ce n'était pas possible qu'il change de boîte pour rester là-haut ?

M2 : Non, elle est trop bien sa boîte. C'est vraiment une bonne boîte.

Q : Ça t'a fait changer de vie.

M2 : Oui, c'est sûr. C'est comme ça. Je ne dis pas que je suis malheureuse non plus *rires*. Je ne pense pas que je serais restée spécialement mais bon c'est comme ça.

Q : Et sur le même sujet, la descente vers le sud ?

M1 : C'est un truc qu'on a toujours eu envie avec mon mari de venir par ici, même si on n'a aucune famille, aucun ami par là. On s'est rendus compte quand on est partis tous les deux à Saint-Etienne, ça nous a un peu embêtés car on s'est dit qu'on allait quitter tous nos amis, notre famille. Et on s'est rendus compte que ce n'était pas si terrible que ça, qu'on se voyait quand même. Et au final, ça nous a fait découvrir un nouveau coin qui était bien, mais ça nous a fait beaucoup moins peur d'aller dans un endroit qui nous faisait rêver, c'est-à-dire dans le coin. Car on fait beaucoup de sport *outdoor* : l'escalade, montagne, randonnée, du surf. C'est comme ça qu'on passe notre temps tous les deux. Et c'est là qu'il y a tout en fait. Et en même temps, ce n'est pas trop loin d'une grande ville. Parce qu'il y a plein de coins où on peut faire ça en France mais qui sont complètement paumés. Mais là, il y a quand même Marseille, Aix, pas trop loin. C'est bête mais c'est l'autoroute direct pour aller à Strasbourg, ce n'est pas du côté de Nice où il y a aussi une grande ville et aussi des espaces mais par contre faut aller plus sur le côté, c'est beaucoup plus long. Le train pareil, c'est hyper long. C'est pour ça et pourquoi après globalement ici, on a prospecté dans le coin enfin surtout lui et son travail, c'est plutôt Marseille donc il fallait que ça ne soit pas trop loin de Marseille. Et moi à la base j'ai trouvé un remplacement à ***** pendant quatre mois l'année dernière et je pensais que c'était là-bas parce que j'aimais vraiment bien. Mais j'aimais bien au début et après j'ai travaillé et ce n'était pas possible. Il y avait trop de gens, et la médecin que j'ai remplacée, elle était top, mais les gens l'appelaient le soir sur son portable et elle avait l'habitude de répondre, et moi je ne répondais pas. Et du coup les patients n'étaient pas sympas avec moi car je ne répondais pas et donc je suis partie. Et après j'ai cherché et j'ai trouvé. Et vu que j'habite à ****, c'était parfait. Et j'ai trouvé sur le site du conseil de l'Ordre. Ils me demandaient comment j'avais trouvé leur annonce. Je ne connais pas beaucoup de sites.

M2 : Non, ici dans la région, moi en Normandie c'est complètement différent. Un interne qui vient de n'importe quelle région, il va sur le site des internes et le lendemain il a accès à tous les rempla. Chacun ne se garde pas son petit rempla dans son coin. Je l'avais ressenti comme ça. En Normandie, c'est très ouvert, n'importe qui peut venir et trouver un rempla très facilement. Y a plein d'internes. C'est assez hostile.

M1 : Moi aussi j'ai ressenti ça en arrivant, pourtant ce n'est pas un endroit où il n'y a pas de boulot. C'était trop dur de trouver quelque chose. Au début, je voulais même un petit peu

remplacer dans le coin avant de m'installer. Mais le seul truc que j'ai trouvé c'était un truc d'installation. Il s'est trouvé que c'était parfait.

M2 : J'appelle un médecin dans un village à coté de Marseille, je ne sais plus où c'est. Bonjour je cherche à remplacer. Il me répond dis donc mais t'as pas l'accent. Je lui dis ben non et il me dit ok je te rappellerai. Sympa. Je me suis dit putain ça va être chaud et je ne sais pas pourquoi. C'est compliqué d'arriver de nulle part ici.

M1 : Je ne vous ai pas raconté l'histoire du coup. Avant de trouver le remplacement à ******, le truc préliminaire, j'avais prévu de m'installer à ***** car j'avais vu sur le site du conseil de l'Ordre en janvier 2019, une annonce d'un pharmacien qui faisait construire des locaux parce qu'en fait c'était une zone sous dotée « ZAD » je ne sais pas quoi. C'est une zone où tu ne payes pas d'impôt quand tu fais construire.

M2 : Ah oui.

M1 : Zone franche. Il avait ce projet là et il cherche un médecin là. J'ai étudié un peu le truc et il y avait pas beaucoup de médecins dont deux qui partaient à la retraite, il me semble. Donc j'ai voulu y aller. J'ai visité le coin, j'ai vu le pharmacien. Je n'ai pas réussi à voir les médecins et il y en a deux qui étaient sympas avec moi et un autre beaucoup moins, qui venait juste de s'installer, c'est Dr ***** je crois. Et il m'a fait comprendre qu'il y avait pas forcément besoin de plus de médecins. Du coup, je ne suis pas allée là car j'ai besoin de m'entendre avec les médecins qui sont à côté. C'est pour ça que j'aime bien l'association. J'ai besoin de parler avec mes collègues. Là c'était dommage, je me suis dit tant pis je trouverai autre chose. Et là tout le monde est content. C'est vrai qu'au final, ce n'était pas une maison de santé mais un endroit avec plusieurs professionnels. Et moi, je cherchais vraiment une maison de santé. Voilà pour la petite histoire.

Q : Du coup, j'embraye sur le cadre professionnel comme tu disais les kinés la pharmacie etc. Pourquoi vous n'êtes pas installés seuls dans un village comme la ***** par exemple ? Ou comme Dr ** qui vient de s'installer à ***** ?

M3 : Moi tout simplement, parce que c'était plus simple de m'installer là avec **** et ****. Tout ce qui était logiciel, comptabilité. Ils étaient là pour m'épauler et tout ce qu'il fallait faire. Tous les conseils sur les logiciels médicaux et de comptabilité. Qu'est-ce qu'ils font ? Comment

ils déclarent à l'URSSAF ? Qu'est-ce qu'on fait ? Alors que si on s'installe tout seul, je ne sais pas comment trouver les réponses à tout ça. Je n'aurais pas trouvé. *rires*

Q : Tu étais bien dans tes chaussons.

M3 : Oui, je ne suis pas très aventurier.

Q : La proximité, d'être en ville.

M3 : L'autre chose encore une fois, moi pour l'instant je suis encore sur Marseille, ma compagne travaille sur Marseille pour l'instant. Il ne fallait pas trop s'éloigner pour que ça soit possible de faire l'aller-retour.

M2 : Oui c'est un peu pareil. S'installer tout seul d'emblée ça aurait été compliqué de tout gérer l'administratif et c'est bien d'être drivé au début. Parce que même si, moi, j'ai remplacé pendant sept ou huit ans, j'arrivais, je repartais. J'avais mon chèque de rétrocession à la fin du rempla et basta. Du coup, je n'avais pas l'approche administrative, fiscale et comptable de ce que ça impose. L'installation, la veille ou le mois avant c'est flippant. Même si j'ai remplacé longtemps avant. Ça, c'est rassurant d'être un petit peu sous l'aide de quelqu'un par rapport à toutes ces questions qui occupent finalement une place importante dans l'activité. Y a cet exercice qui fait en sorte que ça simplifie toute cette partie à coté parce que sinon je trouve que c'est difficile. C'est bien d'avoir quelqu'un. Et tout seul je pense que ça l'aurait fait mais ça aurait été plus laborieux et difficile. Et c'était la facilité. Et en tant que maman, je me disais si le petit est malade, si on n'est pas là comment on fait, ça tombe toujours mal. Etre seule, ça me paraissait compliqué. Et d'être associé, ça peut soulager une embrouille ou une galère. C'est toujours les mamans qui s'y collent faut pas se leurrer.

Le choix ?

Q : Par rapport aux professionnels de santé qui sont autour, c'est un critère de choix ou pas ?
Y a une pharmacie, des kinés, des infirmières ? Ou pas vraiment ?

M2 : Oui, c'est pratique, quand même, qu'il y ait une bonne équipe infirmière. Des kinés, une pharmacie je pense que c'est le minimum pour s'installer. A Saint-Martin de Vésubie où j'ai remplacé, y a rien de rien et c'est très compliqué. Y a même pas de SAMU. Ça, je savais que je ne voulais pas de ça. C'était horrible ces gardes où tu intubes. Je ne voulais pas de ça. Une pharmacie qui est ouverte de temps en temps, ça, c'est compliqué, je pense, comme exercice.

Et le fait au final de pouvoir partager. Nous dans notre village où je suis à ******, on est six médecins, on se voit mais finalement pas tant. On partage des choses grâce à notre MSP récente mais on a quand même la tête dans le guidon. Moi, j'ai longtemps remplacé à ****. Qu'il y ait une pharmacie, des kinés, c'était bien mais les autres collègues je ne les ai jamais jamais vus. Pourtant, ça m'aurait pas déplu de m'installer à *****. Qu'il y ait d'autres médecins je pense que c'est confortable de pas être seul. Pour moi, c'était important. Mais le contact avec les collègues, c'est difficile de le mettre en pratique du fait de l'activité qui te prend du temps. Pas par manque d'envie, mais par les longueurs des journées.

Q : A part faire partie d'un réseau, les maîtres de stages par exemple ?

M2 : Oui ça c'est très bien. Mais ça prend du temps en plus. J'avoue que le maître de stage.

M1 : Moi je vais commencer en novembre.

M2 : C'est hyper bien, je trouve que les RSCA c'est assez valorisant en tant que maître de stage. On fait loin de tout bien, mais on a appris à gérer les choses, je le fais pas que par habitude et du coup c'est assez valorisant. D'échanger avec d'autres praticiens qui ont plus d'habitude et plus de recul sur la pratique. Ça, je pense qu'avoir des contacts avec d'autres médecins ça peut être pas mal quand tu te poses des questions sur ta pratique.

Q : C'est rassurant.

M2 : Oui, tout à fait.

Q : Là, les trois, vous êtes en installation en association quel que soit le mode, ça pour le coup il faut aller interroger des gens qui sont tous seul. Par exemple, tu parlais des gardes à Saint-Martin de Vésubie. Ici, on est sur un secteur où la permanence de soin est organisée, ça comptait ?

M2 : Ah ben oui largement bien sûr.

M1 : Je l'ai su après, ce n'était pas mon premier truc.

M2 : Pour moi, c'est une grosse problématique. Ça aurait été une grosse problématique avec les enfants et tout.

Q : C'est bien dans quel sens ? On allait faire des gardes au cabinet ?

M1 : Je savais qu'on n'allait pas en faire et je savais qu'on se partageait les samedis et je savais qu'on se partageait les consultations libres jusqu'à 19 h 30. Après j'ai vu qu'il y avait aussi la maison médicale de garde et je me suis dit c'est bien pour le weekend end. Mais sinon de toute façon le weekend je ne réponds pas, les gens ils vont aux urgences à ******, c'est à dix minutes. Je savais que je n'étais pas non plus dans un endroit où il fallait 40 minutes pour aller à l'hôpital. Donc pour moi le weekend ce n'était pas un problème. Après je savais que le service des urgences était surchargé mais bon voilà. De partout.

Le coté maison de santé c'était ça. Il y a des contraintes mais je sais que mes patients le jour où je ne suis pas là. Il y a un jour par semaine où je ne vais pas travailler : je ne travaille pas le vendredi. Et c'est ça aussi que ça me permet de faire : le jour où je ne suis pas là mes patients ils sont quand même vus par quelqu'un. N'importe par qui. Mais il y a toujours quelqu'un, après on a les internes aussi. C'est rassurant. C'est bien.

Et je voulais rajouter qu'il y a un truc qui a beaucoup compté pour moi c'est tout ce système de secrétariat qu'on a. Et toute seule je n'aurai pas pu me payer ça, on a des secrétaires vraiment tout le temps. Et une secrétaire dans chaque antenne (pour deux médecins à la journée).

Q : Et M3 par rapport à la permanence de soin ?

M3 : Oui ça comptait ça comptait. Doublement : d'abord pour effectivement me dire ici je sais que y a la maison médicale et aussi comme ça je pouvais faire la maison de médicale. Je suis satisfait de savoir que je participe à ça et aussi le côté financier qui compte aussi. Et prendre des gardes surtout quand on débute, je reprends la patientèle de personne c'est pour un peu compléter le salaire.

Q : Et si on parle des caractéristiques de la population du coin, est ce que ça comptait ? Ça a joué ?

Toi tu l'as connu en stage M3, toi en remplaçant longtemps M2, toi ça a plus été une découverte M1.

M1 : Oui géographiquement je me suis dit ça doit être bien. *rires*. Juste ce n'est pas une grande ville et ce n'est pas non plus ultra paumé. Les gens ne sont pas si différents de ce que j'ai vu de l'Alsace de Saint-Etienne. On m'a raconté des légendes sur les gens du sud « tu vas voir ce n'est pas comme dans le nord ». Moi je n'ai aucun problème avec personne, je me suis

dit ça se passera bien et j'étais trois ou quatre mois à******, ce n'est pas loin mais ce n'est pas ici. Les gens étaient quand même un peu énervés.

Avant de m'installer j'ai fait deux mois ici avant de m'installer avec eux et ça allait très bien. Chaque jour que j'allais au travail, j'avais l'impression d'être en vacances, c'était juste rêver, j'avais tout ce que je voulais. Je ne sais pas je m'emballe peut-être un peu vite. Ça dépend du caractère de chacun quand j'aime un truc j'aime vraiment bien et là j'étais motivée. Et il n'y a pas une seule seconde où j'ai regretté. On verra dans dix ans. Ça correspond à la patientèle qui me va. Après dans le cabinet, on a tous des patients différents de toute façon.

M2 : La patientèle si elle est un critère important de l'installation ? Bah oui moi je ne me serais pas vue exercer dans une grande ville, mais avant tout pour la grande ville, pas pour les patients. Je m'en serais accommodée, c'est surtout que je déteste la grande ville. Faire des bouchons je pète un câble. C'était une option que je n'ai pas sur ce choix de patientèle. Je pense que tous les gens sont pareils partout. Ce n'est pas l'Espagne, ce n'est pas la Réunion. On les reconnaît les Français, ils râlent ils ne sont pas contents c'est jamais bien. Du nord au sud. C'est pareil.

M3 : J'avais dit qu'ici, j'aime bien les patients. La mentalité plus que sur Marseille.

Q : Dans vos installations vous faites des visites ?

approbation générale

Q : C'est une difficulté ? C'est un plus ? Ça fait partie du boulot ?

M2 : C'est une difficulté par rapport à l'emploi du temps. C'est bien mais c'est une difficulté par rapport à l'emploi du temps. C'est quand même à mettre en plus en place. Il faut s'organiser.

M1 : Oui c'est ça c'est l'organisation, pour l'instant à chaque fois, quand c'est prévu ça va. Et c'est rarement prévu. Pour l'instant j'ai plutôt des patients jeunes. Donc pas vraiment besoin de visite à domicile. C'est toujours une urgence quand un de mes collègues n'est pas là. Et j'y vais sans connaître le patient ni rien du tout. Il est toujours vu à domicile donc le dossier n'est pas rempli. A chaque fois ça me soule. Il faut que je me trouve un moment. Si je me mets un créneau pour les visites à domicile, est ce que ça va arranger la situation ? Car actuellement les visites qui me soulent aujourd'hui ce sont les visites en urgence et je ne sais pas comment gérer ça dans ma journée. Où je n'ai aucune pose et je dois le faire le soir à 20 h quand tu as envie de rentrer chez toi. Il faut faire ta visite et puis voilà. Pour l'instant c'est difficile.

Q : Tu parlais du dossier médical néant ? A domicile. Dans la MSP vous n'avez pas un logiciel ?

M1 : Oui mais il faut le remplir. On a tous reçu des tablettes pour remplir le dossier à domicile et accéder à internet. C'est pour ça qu'on a pris un logiciel à remplir par internet. C'est le même qu'au cabinet mais il faut le remplir. Mes collègues ont moins le réflexe de le remplir comme il ne le faisait pas avant ils ne le font toujours pas. Mais c'est vrai que quand c'est pour des urgences et des patients de mes collègues ça me pose souci. Mais ça me rend aussi service quand je ne suis pas là. Ce sont des contraintes que j'accepte.

M3 : J'en fais, j'aime bien ça moi. Préférentiellement sur ***** , ça me fait plaisir d'aller sur ***** *rires* en plus les gens sont contents, ils ont l'impression que plus personne ne fait de visite alors que tous les médecins autour de moi en font. Voilà pour l'instant je les fais entre midi et deux et je verrai si je ré organise quand il y en aura plus. Pour l'instant j'ai un peu du temps du coup je les fais. Ce n'est pas un frein pas du tout.

M1 : Au début ce qui m'a fait un peu douter de m'installer dans le coin, c'est quand j'étais à ***** mais c'est le même problème partout. Quand tu cherches l'adresse de quelqu'un sur internet ça ne marche jamais, les patients t'expliquent, c'est que des petites routes. Il faut avoir une voiture un peu surélevée. Au bout d'un moment ça le fait, mais ce n'est pas pareil qu'en Alsace. Toutes les adresses elles sont dans Google même dans la plus grosse campagne et c'est toutes des bonnes routes.

Q : On est pauvre ici. Est-ce que l'une ou l'un d'entre vous a envisagé de s'installer en secteur 2 ?

M1 : Jamais de la vie, j'ai de gros préjugés sur les médecins installés en secteur 2.

Q : Est-ce que vous avez une pratique spécifique ? Échographie ? Esthétique ? Gynéco ?

M3 : Je fais de l'échographie depuis dix jours.

Q : La question est-ce que cette activité spécifique elle était murie d'avant ? Si ça a pesé sur le choix de l'installation ou c'est une découverte d'après ?

M3 : Ça n'a pas du tout pesé sur le choix de l'installation, j'avais toujours pensé à avoir un échographe, je n'aimais pas l'incertitude sur les situations d'urgence et vu qu'aux urgences je l'avais utilisé plein de fois, je m'étais dit je le prendrai et au plutôt je l'ai au plus tôt j'en fais, je

me forme et je m'auto forme. Pour savoir faut l'avoir et j'apprends des choses tous les jours. Mais ça n'a pas de rapport avec l'installation. Je l'aurai eu partout.

Q : D'autres spécificités ?

M3 : Non médecine générale comme tout le monde. Un peu de pédiatrie.

M2 : Moi j'ai fait un DIU de gynécologie parce que j'adore ça. Qu'en plus je suis plus vieille qu'eux, j'ai passé l'internat Nord Sud et j'avais des places qui ne m'intéressaient pas et je voulais faire gynéco. Et j'avais une place et à l'époque je n'avais pas trop envie de bouger donc je ne l'avais pas prise et je me suis dit pas grave je ferai le DIU de gynéco. Je voulais le faire avant de m'installer pour ne pas surcharger mes journées. Je suis très contente de ce DIU de gynéco, j'en fais de plus en plus c'est très intéressant. Ça me plaît. Ce n'est pas un DIU de rentabilité, c'est chronophage. On était sans rendez-vous tout le temps et depuis l'épidémie de COVID on est passé tout sur rendez-vous et ça m'a permis de faire beaucoup plus et je prends toujours des créneaux d'une demi-heure pour les stérilets, les implants. Et c'est ce qui a permis d'intégrer plus facilement cette pratique je suis en train de me rendre compte, et du coup c'est très bien. Ça fonctionne sur des créneaux plus longs et organisés. Y a quand même une surveillance après la pose de stérilet. Ça a un côté technique pratique ça s'organise un petit peu.

Q : Et du coup de choisir une installation où tu pouvais mettre ça en place c'était important ?

M2 : Oui fatalement oui.

M1 : Je fais aussi de la gynéco sans avoir de DIU, j'ai fait six mois en gynéco donc je me sens à l'aise. Mais ça n'a pas conditionné mon choix d'installation, je savais que je le ferai peu importe. La seule chose que je me dis maintenant, vu qu'on est une maison de santé, c'est intéressant on pourrait avoir un échographe qui peut nous être payé par la maison de santé. Ça c'est bien car quand on pose des stérilets, la patiente doit aller faire un contrôle écho pas au même endroit. Si je peux faire moi c'est mieux. Après voilà avoir un appareil d'écho ça peut être bien de gérer les situations d'urgence. Ce qui me bloque c'est de faire la formation ça me soule, j'ai envie de pause. C'est deux ou trois ans la formation.

M3 : Tu n'en as pas besoin.

M1 : Oui mais si tu fais des diagnostics.

M3 : J'ai appris ça aux urgences.

M1 : Pour les échos gynéco je sais m'en servir, j'en faisais tous les jours. Mais si y a un souci, si tu dis que le stérilet est bien placé à l'écho mais qu'après y a un souci, si tu n'as pas la formation tu ne peux même pas justifier au niveau des assurances. Je suis contente d'être en maison de santé car on aura bientôt un échographe qui va nous être payé, mais qui va s'en servir ?

Je sais que je vais m'en servir pour la gynéco mais je ne pourrai pas le coter. Et puis même si y a un souci, je ne me sentirais pas à l'aise. La formation juste gynéco c'est beaucoup plus court mais j'aimerais bien m'en servir pour autre chose. On ne va pas avoir un méga appareil juste pour contrôler les stérilets pausés. Les maisons de santé l'avantage c'est d'avoir du matériel qui t'est payé.

Q : Est-ce que vous avez bénéficié d'aides à l'installation ? Contrats avec l'ARS ou avec la CPAM ?

M2 : Non rien.

Q : Est-ce que vous avez eu d'autres aides ? Un logement ?

M1 M2 M3 : Non.

Q : Et c'est quelque chose que vous aviez un peu en tête ?

M2 : Non.

M1 : Je me suis dit s'il y a, en plus c'est bien mais ce n'est pas ça qui va faire mon choix. Par contre ce qui a été pratique en venant ici. La médecin que j'ai remplacée à ****, je l'ai aussi remplacée parce qu'elle partait quatre mois en vacances, la chance. Il lui fallait vraiment un remplaçant et ce n'était pas possible même si elle était en association de partir quatre mois. Et elle m'a trouvé un logement et c'est comme ça qu'on est arrivés dans le coin et c'est comme ça qu'on a pu prospecter pour notre logement définitif. C'était un petit appartement de 30 m² mais c'est trop bien. Je pense qu'un médecin qui fait ça, ça peut amener des gens à s'installer. C'est sympa et elle s'est bien démenée pour ça. C'est très gentil.

Q : Il y a une question importante à poser, est ce que vous pensez qu'il y a un avenir à la liberté d'installation en médecine générale en médecine libérale ?

M1 : Moi j'aimerais bien qu'il y en ait un mais je ne suis pas certaine. S'il y a peut-être plus de médecins pourquoi pas. Mais il y a peu de médecins. Par la force des choses les gens ne vont pas s'installer au même endroit.

M2 : On est loin d'être tous au même endroit.

M1 : Je veux dire quand il y aura plus de médecin. Actuellement il y a une démographie assez faible dans certaines zones, d'ici dix ans il y aura plus de médecins il y a eu une augmentation du *numerus clausus*. Non ? Imaginons qu'il y ait plus de médecins, il n'y aura pas de souci. Là vu comme c'est pour l'instant c'est la galère pour certains et d'autres ça va. Tu es obligé de faire un choix entre ta vie et ton métier.

M2 : La Sécu impose des choses qui font que fatalement le libéral va disparaître. Il y aura un mode d'exercice complètement légiféré par la Sécu. Moi c'est comme ça que je le vois. Dans dix ans il y aura que des MSP ou que des regroupements, le libéral n'existera plus. Peut-être pas dans plus de dix ans. A long terme je ne vois pas comment. Il aura peut-être un mode de fonctionnement libéral mais hyper scellé par tout ce que la Sécu va tisser autour. Entre déjà les ROSP. Les conventions signées avec les médecins premier pacte avec la Sécu. Les ROSP deuxième pacte. Les MSP. Après il y aura plus trop de liberté finalement. Quand quelqu'un voudra s'installer tout seul dans son coin la Sécu dira vous faites ça. Ça va être compliqué. C'est quand même hyper. Je ne vois pas tellement où ils veulent en venir à part avoir la main mise sur chaque installation et chaque façon d'exercer. Uniformiser, centralisation. Fini ton petit truc dans ton coin avec ton échographe et ton DU. *rires*

Je le ressens un peu comme ça. Pressens.

M3 : Ça me concerne plus, je suis installé *rire*.

Q : Pour l'avenir de tes futurs confrères : est-ce que la coercition c'est la seule voie, comme l'a dit M2, est ce que ça serait bien d'ailleurs ?

M3 : Non, non je ne sais pas. Toutes ces questions-là je ne sais pas, ça me dépasse un peu. Que les gens se regroupent, pourquoi pas. On n'est pas obligé d'être à coté pour se connaître. Les infirmiers en pas longtemps j'en connais déjà. C'est sûr que c'est un peu dommage tous ces trucs imposés. On ne regroupe etc. je ne comprends pas trop.

Q : Ce n'est pas sur les modes d'installation, c'est sur le fait que les gens peuvent s'installer où ils en ont envie.

M3 : Mais moi je suis un peu du même avis. Là oui à ***** il y avait du monde mais il en manque quand même. Parce qu'il y a des gens qui sont contents d'en trouver un. Au bout d'un moment il y aura plus la place de s'installer là. Je ne pense que quelqu'un va essayer de se pointer alors que c'est plein. Je pense qu'on est capable de s'autoréguler.

Q : C'est comme ça que ça marchait.

M2 : Ça ne marche plus trop comme ça. Les gens s'installent sans venir te demander, on n'est pas trop dans le besoin. Mais ça, ça s'est perdu un peu.

Q : Et dans les zones sous dotées, des villages à proximité où il y a personne, vous pensez que les nouveaux outils qui sortent : la télémédecine, les infirmières de pratiques avancées ça peut être des solutions ? De mettre des super paramédicaux dans les zones et de les driver à distance ?

M2 : Je pense que ce n'est pas une solution mais on sera obligé de le faire. On va vers ça. Mais je pense, c'est peut-être, très prétentieux et j'espère ne froisser personne ici. Mais on n'a pas du tout la même formation. On est formé à prendre des décisions, qui sont parfois difficiles. Mais on nous forme à ça, à faire un diagnostic. Parfois on n'est pas bon. Une infirmière elle n'est pas habituée à ça et je ne vois pas comment en deux ans en plus elle va pouvoir le faire. Ça me dépasse et ça me fait flipper. Vraiment. Je ne veux pas être soignée par une IPA au milieu de l'Auvergne. Jamais de la vie, je déménage.

Q : Non mais tu vas rester ici.

M2 : Voilà c'est mon ressenti personnel et je pense que l'on va faire ça encore une fois. Je pense que ce n'est pas ce que je souhaite pour la population française à l'heure actuelle mais on va vers ça car il faut de la main d'œuvre, pas chère qui plus est. Qui cote pas trop.

M1 : Tout à fait d'accord. 100 % pareil. On a une IPA chez nous et en fait ça ne va pas. Le peu de ce que j'ai vu de ce qu'elle a fait en autonomie. Ce n'est pas quelque chose que je trouve viable. Et je n'aimerais pas que mes parents soient soignés par une IPA. J'aimerais bien qu'il y ait un médecin qui s'occupe de mes parents. Quand tu penses à tes parents, tu imagines la

situation et tu te dis si c'est bien ou pas. Et voilà. Pour moi ce n'est pas une solution pas du tout. Pour moi il faut mettre plus de médecins.

M3 : Pareil, je ne comprends pas ces trucs-là. Ma compagne est infirmière, elle ne comprend pas non plus. On n'a pas la même formation. On délègue aussi aux pharmaciens les choses, mais on n'a pas le même métier.

M2 : Mais les grandes sphères ils sont persuadés que pour le manque de médecins c'est la solution.

M3 : Et puis oui je ne me vois pas déléguer, qu'elle me rapporte ce qu'elle a fait, j'ai envie d'expliquer quelque chose au patient je l'explique moi. Je n'ai pas envie que l'infirmière vienne et me fasse un rapport.

M1 : Ça prend autant de temps que le faire directement. Ce qui est stressant, je trouve, c'est que tu fais un contrat avec l'infirmière et tu lui laisses des possibilités. Et si elle fait une erreur c'est ta faute.

M2 : Tu délègues la tâche avec ta responsabilité.

M1 : Mais en fait non, on n'a pas la même vision, ni la même expérience. Pour moi c'est stressant, je n'ai pas envie de partager des responsabilités avec quelqu'un. Si c'est ma faute c'est ma faute. C'est mon avis. J'aime bien contrôler ce que je fais. Je suis médecin.

Q : Dernière question, c'est tout simple, si vous deviez retenir un facteur déclenchant et un seul pour votre installation à cet endroit-là à ce moment-là dans votre vie, dans telle condition. Lequel choisiriez-vous ?

M2 : Plus de grossesse en vue, champ libre pour une activité intense. * rires*

M1 : La maison de santé avec ses associés.

M3 : Mon amour pour le village de *****. *rires*

Q : On dira l'implantation dans le territoire.

M1 : Oui j'ai réfléchi à vivre là-bas c'est tellement joli.

M2 : C'est lourd la gestion du cabinet. Mais vous vous êtes installés très rapidement après la thèse.

M1 : Oui mais je voulais avoir ma patientèle, pouvoir les suivre.

M2 : Mais les journées sont longues. Nous on n'a pas de secrétaire, mais ce n'est pas cela qui me prend le plus de temps. Notre MSP faudrait lire les statuts, lire des revues. Avec les gamins tu n'as plus envie.

M1 : Moi ça fait six mois j'ai encore un peu du temps.

Q : Ça pompe de l'énergie, en fin de journée on a plus envie de se remettre à la lecture de revue.

Entretien M4

En présentiel

Le 8 septembre 2020

Q : Je vous explique, du coup ma thèse c'est les facteurs positifs et les freins à l'installation dans le Var pour les jeunes médecins généralistes. Du coup j'ai interrogé déjà des gens du coin, j'aimerais comparer entre des gens qui s'installent dans la campagne varoise et des gens qui s'installent plutôt en zone côtière. Et je voulais vous interroger vous particulièrement car vous vous êtes installé tout seul. Et je n'avais pu interroger que des gens dans ce coin installé en groupe. Pour un peu comparer. C'est un petit entretien avec quelques questions.

M4 : Désolé les échanges ont été un peu succincts, parfois on est débordé au niveau de la charge administrative. Ça va être intéressant votre thèse. J'espère que franchement le jour, on nous encourage pas à faire de la bonne médecine, je ne sais pas ce que vous dit **** mais on nous encourage à faire beaucoup d'actes si on veut s'en sortir mais moi je suis obligé de restreindre à 15 minutes de consultation si je veux comment dire, avoir un bénéfice. Voir beaucoup de patients si je veux me sentir en accord entre mon travail et mon honoraire. Et c'est pour ça que je garde un œil sur ce qu'il se passe dans des situations où on est employé car actuellement.

Q : Du coup première question, quel a été votre parcours, depuis combien de temps vous êtes-vous installés ici, est ce que vous avez fait vos études ici ?

M4 : Mon parcours c'est première année de médecine à Besançon. Je suis né en Allemagne, donc y avait Besançon, Strasbourg. Je suis allé à Besançon. Ensuite externat à Paris Kremlin

Bicêtre. Et ensuite internat une année à Nice et deux années aux Antilles. Voilà, j'ai attrapé la bougeotte. Ensuite je suis allé deux ans aux Antilles. A Nice j'ai rencontré mon épouse donc elle m'a rejoint aux Antilles. Et elle, elle est du nord de la France donc elle voulait retourner dans son nord, donc on est retourné au nord. Donc j'ai fait 2 ans dans le Nord, où j'ai travaillé avec SOS médecin, j'ai fait beaucoup de rempla, j'ai fait aussi de l'intérim et j'ai été praticien à temps partiel aux urgences pédiatriques de *****. De là, j'ai pris goût à la médecine d'urgence et je me suis formé à la capacité de médecine d'urgence à Bichat. Et voilà. Au bout de deux ans, j'étais à mi-temps en hospitalier et à mi-temps avec les remplacements surtout sur une structure type SOS médecin ou des rempla comme des gardes dans des maisons médicales. Où je reprenais les gardes de médecins qui ne venaient pas faire leurs gardes, moi ça me convenait très bien. Et aussi de l'intérim.

Q : Tout ça à ***** ?

M4 : J'habitais ***** mais j'avais un poste à ***** à mi-temps (un zéro sept temps), sur le reste du temps je faisais des rempla à droite à gauche de différentes façons. J'ai aussi fait des rempla de médecine générale mais pas tant que ça. Et puis ensuite, avant de retourner dans le sud, car on a de la famille tous les deux dans le sud. J'aime les sports aquatiques donc je voulais me rapprocher de ça. On a fait un petit parcours aussi par la Polynésie, très sympa, où j'ai travaillé dans une protection materno-infantile (PMI). C'est vrai que pendant mes études à Nice, j'ai fait le DU d'urgence Pédiatrique. Avec***** , j'ai développé un peu mes compétences en pédiatrie et voilà j'ai trouvé ça très bénéfique. Encore aujourd'hui d'avoir une activité hospitalière, je trouve ça hyper bénéfique. On n'est pas tout seul, les données, y a des internes, les nouvelles connaissances. Puis nous on échange nos expériences, courtes expériences, je suis quand même assez jeune encore. J'ai passé ma thèse en 2014, internat complètement fini en 2015. Et capacité de médecine d'urgence finie en 2018. Installé en novembre 2018. Donc un an, il y a eu la Polynésie et un an aux urgences ensuite à ***. J'ai tenu un an. Et je suis venu m'installer novembre 2018 et au bout de quatre mois j'ai repris une activité hospitalière.

Q : Donc vous êtes à mi-temps ?

M4 : Je ne suis pas à mi-temps, je fais de l'intérim dans un service d'urgence à*****, donc j'y suis tous les mardis. J'ai la confiance du chef de service, il est d'accord de me recevoir et de temps en temps je dépanne, quand ils sont dans l'embarras. Je fais aussi de l'intérim dans

beaucoup beaucoup d'hôpitaux : en fonction des missions, je me déplace, mais de la médecine d'urgence toujours.

Q : Ok et qu'est ce qui a fait que vous avez connu ici ?

M4 : C'est une annonce sur le Web. C'est un peu complexe. Au bout d'un an à ***** j'ai commencé à saturer assez rapidement.

Q : Je comprends.

M4 : Les nuits on ne dort pas et c'est très mauvais pour la santé. Et donc j'étais tout le temps fatigué, mon épouse me le reprochait, on venait d'avoir notre deuxième enfant. Donc il fallait retrouver un rythme de vie physiologique. J'ai commencé à me renseigner sur où m'installer. Et comme je trouve qu'en médecine générale on est mal payé. Donc je voulais avoir des avantages et les zones où il y avait des avantages c'était *****.

Q : Oui c'est ce que j'allais vous demander, vu que c'est une zone d'action complémentaire, vous avez pu avoir des aides ?

M4 : De l'ARS zéro.

Q : Ah bon pourquoi ?

M4 : Parce que l'ARS il faut rentrer dans un moule, dans un contrat. On verra dans un second temps car il y a un centre médical qui s'est monté derrière la pharmacie de ***** , que je vais rejoindre. Dr ***** qui s'est installé aussi il y a pas longtemps, qui est juste à côté. Je vais rejoindre le centre là-bas et on va voir comment on s'installe. Donc moi quand je suis arrivé il y avait : une annonce sur le web. J'avais déjà pré-regardé où je m'installerai. J'avais vu que ****, quand j'étais à ****, c'était la ville la plus proche. Et au moment où j'ai pris la décision de pas poursuivre les urgences, je me suis vraiment rapproché et je suis tombé sur une annonce qu'un médecin partait à la retraite, c'est le pharmacien qui a posté cette annonce, parce qu'il montait son projet. Qui est un projet immobilier. Sauf que moi les conditions immobilières ne me convenaient pas, donc je savais qu'il y avait un médecin qui partait à la retraite, je savais que ***** avait des avantages. Et donc je me suis installé ici.

Q : Et du coup quels avantages vous avez eu ?

M4 : Uniquement la ZRR pour le moment.

Q : Uniquement la ZRR, pas d'aide pour les locaux de la mairie ?

M4 : De la mairie j'ai eu peut-être un loyer un peu réduit, un loyer je dois payer 300 ou 400 euros charges comprises. Le 70 m². Un local un peu vétuste. J'attends qu'une chose c'est d'aller là-bas.

Q : Derrière la pharmacie.

M4 : Oui. Ici c'est petit. Je voudrais avoir quelque chose de plus net mais on fait avec ce que l'on a. *rires francs*

Q : Si c'est temporaire ça va. Du coup quand vous disiez, c'est la ville à côté, c'était important pour vous d'être proche d'une ville grande ? Il y avait des commodités qui étaient indispensables ?

M4 : Non au contraire.

petite coupure pour répondre au téléphone pour une patiente

M4 : Complètement au contraire. J'aime bien la médecine générale vaste, j'aime bien faire beaucoup de choses. Parce que je l'ai appris grâce à l'année que j'ai passée aux urgences pédiatriques, grâce à la médecine d'urgence, grâce à mes remplaçants en service de soins de suite et de réadaptation entre autre. Grâce à toutes ces, comment dire, ça c'était vraiment très bénéfique, j'ai trouvé qu'il fallait être mobile et j'étais mobile. Et de travailler dans plein de différentes structures, où rapidement on a des grosses responsabilités. Par exemple quand je faisais de l'intérim en soins de suite et de réadaptation je me retrouvais à seul gérer un service avec 30 patients gériatriques. Et donc on apprend énormément. En gériatrie on apprend beaucoup. Sur les médicaments notamment, les sujets âgés sont beaucoup plus sensibles aux médicaments. Quand on parle des effets secondaires : parfois on se dit tient j'ai mis le médicament ça fait rien du tout, pourtant il est écrit dans les bouquins, plein d'effets secondaires, mais c'est surtout vrai chez les vieux. Voilà. Et donc je voulais une médecine large et je continue à souhaiter ça. Je veux continuer à faire plein de choses. J'essaye de faire des sutures, je fais un peu de gynécologie. De la pédiatrie, des nouveaux nés, des 8 jours des 15 jours ça me dérange pas de suivre des enfants à partir de cet âge-là s'il y a pas d'antécédents. Voilà. Donc moi, au contraire. Et je suis aussi médecin correspondant du SAMU. Dans un second temps. C'est une activité qui me plaît. Je fais beaucoup de chose, je fais de l'apnée du sommeil

aussi. Je suis en perpétuel changement, je continue la formation, un jour il va falloir que je m'en détache. Ça c'est sûr.

Q : Et c'était comment dire, toutes ces petites compétences que vous avez acquises, c'était important que vous puissiez le mettre en place dans votre installation ?

M4 : Oui tout à fait. Parce que faire que du renouvellement d'ordonnance. *soupirs prononcés*

Q : Donc c'est pour ça qu'une zone semi rurale, ça vous allait.

M4 : Exactement plus de diversité qu'en ville, avec le gynéco à côté, le chirurgien est à côté. Donc à la fin, je trouve que ce n'est pas très. Après ici y a des responsabilités assez rapidement. Les gens est ce qu'on les envoie ? Ils ne veulent pas faire des allers-retours pour rien à l'hôpital donc on ne peut pas les envoyer pour rien à l'hôpital donc il faut un bon réseau aussi. Mais ça, ça se construit en fait. Tout simplement.

Q : Donc la proximité de l'hôpital pour vous, c'était ?

M4 : Pas intéressant. Au contraire.

Q : Et le choix de vous installer tout seul c'était pour pouvoir faire une activité plus diversifiée ou c'était l'occasion qui n'a pas permis ?

M4 : Surtout au départ quand on s'installe, je voulais avoir une grande activité comme je vous ai dit. Car je pense il faut s'en sortir financièrement si on fait ça aussi. Donc je ne voulais pas avoir une petite activité. Donc en milieu rural j'étais sûr d'avoir une bonne activité. Faut dire les choses comme elles sont. Mais tout n'est pas basé là-dessus. Mais je me disais avec *hésitations dans les propos *je ne sais pas ce que vous dit ***** ou autre, mais je trouve que vraiment on ne voit pas les heures qu'on passe dans le cabinet. Le temps que ça prend, le stress que ça me pose. Je ne fais plus de sport. Je vous disais que j'aime les sports aquatiques. Je ne fais plus de sport. Plein de choses. Je couche à peine mes enfants le soir. Je commence à 8 h je finis à 21 h. Donc après ça, c'est, après, c'est une volonté mais pour rendre mon activité intéressante à mon sens. Sur différents points de vue. J'ai fait des remplaçants chez des praticiens qui voyaient 15 – 20 patients par jour. On voit tous le temps les mêmes patients. C'était *exaspération*. A la fin de ce remplaçant, je me suis dit « qu'est-ce que c'était nul j'ai perdu deux semaines ». Non mais sérieux c'était nul.

Q : C'était où ?

M4 : A *****, je remplaçais un médecin qui voyait 15 à 20. Il y a une journée j'ai vu sept patients. Je me suis dit 7x25 donc ça fait.

Q : Pas grand-chose* rire *

M4 : Pas grand-chose et la moitié pour l'Etat et vous avez passé la journée dans un cabinet. Voilà Génial. Il y a une chose aussi qui est sympa quand on est dans des zones où il y a une demande.

répond au téléphone, raccroche en disant ça m'intéresse pas

Voilà on n'arrête pas d'être harcelé par des trucs comme ça. De temps en temps on tire une épingle du jeu. Mais ça ne m'est jamais arrivé. Ça ne m'est jamais arrivé de trouver une formation publicitaire. Donc qu'est-ce qu'on disait ?

Q : Qu'il vous fallait un nombre important de patient pour qu'intellectuellement ça vous intéresse.

M4 : Qu'intellectuellement ça m'intéresse et financièrement ça m'intéresse.

Q : OK le nombre de patient, et est-ce que vous trouvez que là le type de patient est différent ? Est-ce que c'était important pour vous ?

M4 : Oui aussi. Complètement, ça n'a rien à voir. J'ai des patients vraiment adorables. Je suis très loin des patients SOS Médecin ***** où j'ai remplacé. Le contact est sympa. Ça pour rien au monde : je ne me vois pas être généraliste dans une ville. Peut-être que je me trompe. J'ai grandi plutôt en ville et mon épouse plutôt à la campagne. Et c'est elle qui m'a tiré vers la campagne. Et je ne retournerai pas en ville pour. C'est clair.

Q : Et son travail à elle, ce qu'elle fait dans sa vie ça a joué dans votre lieu d'installation ?

M4 : Oui. Parce qu'elle est pédopsychiatre.

Q : Elle, elle est installée ?

M4 : Elle est au centre hospitalier d'****. Elle dépend de ***** mais elle va la pédopsychiatrie au CH d'****. Elle est responsable de la pédopsychiatrie de liaison.

Q : Donc c'est plutôt elle qui a trouvé le poste là-bas et du coup vous qui après ?

M4 : Non au départ on est allés tous les deux à ****. On savait que la ville nous plaisait. Qu'on n'était pas loin de la famille. Quand on était dans le Nord on s'est dit bon on redescend dans le sud. Et donc y avait des postes d'urgentistes et de pédopsychiatrie à ***** et on s'est dit que c'était le bon compromis. On s'est dit c'est bien. On est proche de la montagne. Tout nous convenait. Tout allait dans le bon sens. Ils cherchaient à ce moment-là, en fait ils cherchent toujours. *rires*

Q : Ils chercheront tous le temps. C'était important d'être à proximité en même temps de la mer et de la montagne, pour les activités ?

M4 : Exactement. Voilà.

Q : C'est plutôt pour ça que vous êtes venu en région PACA.

M4 : On peut dire ça. Tout à fait. Et puis la proximité familiale. Moi je serai allé dans le sud-ouest, je serais clairement allé dans le sud-ouest. J'aime les vagues et y en a pas ici.

Q : C'est vrai il n'y a pas beaucoup de vagues.

M4 : Mais mon épouse voulait qu'on reste à moins d'une heure ou au moins une heure de sa famille. Comme j'ai mes beaux-parents à Mandelieu, ma sœur qui est anesthésiste à Fréjus. Et une flopée de cousins sur Toulon. Du coup ça contribue aussi. On n'allait pas aller dans une zone où on n'avait personne. Nous on s'est rencontrés à Nice avec mon épouse, donc ça nous rejoignait un peu. Fin c'était plus cohérent. A la base, on était trop dans son berceau familial

Q : Un peu plus loin c'est mieux *rires*.

M4 : Même si je les adore.

Q : Mais pas trop près.

M4 : Voilà exactement c'est ça. Et c'est surtout les sports aquatiques, c'est surtout ça qui m'a motivé à venir ici. Et le soleil faut avouez ce n'est pas pareil. Pour rien au monde.

Q : Pas pareil que dans le Nord c'est sûr. *rigole bêtement*

M4 : Puis je vais vous dire quelque chose, moi ça me fait toujours rire, on entend dire : les gens dans le Nord ils sont sympas, ils sont sympas

Q : Ah oui je voulais vous demander, est ce qu'il y a une différence ?

M4 : Non franchement je trouve que partout où on va les gens ils sont sympas. Peut-être sur la Côte d'Azur, la vraie Côte d'Azur, j'ai le sentiment que ce n'est pas pareil. Là je pense. J'ai fait des rempla aux urgences de Cannes et c'est clair que c'est particulier. Ce n'est pas la même mentalité que les urgences d'**** et encore moins les urgences de ***.

Q : C'est plus petit donc plus familial.

M4 : Plus petit, plus modeste. Pour 25 euros, il ne faut pas rentrer à la maison avec que des casseroles.

Q : Et dans la ville là où vous êtes installés, qu'est ce qui était important de trouver au niveau, club de sport, commerces, etc. ?

M4 : Là c'était vraiment, là je vis sur *****. On vient d'acheter une maison. Ce qui était important quand même l'école et aussi surtout la maison. Acheter une belle maison, pas trop loin du travail, à mi-chemin entre ***** et ici. Et une maison s'est présentée à ***. Et on est très content.

Q : Donc les aides, on en a parlé, vous avez rien de l'ARS, ça m'étonne un peu.

M4 : Rien niet zéro. Et je me suis renseigné.

Q : Vous connaissiez déjà à la base tous les dispositifs possibles ?

M4 : Exactement, il y a des dispositifs, mais il faut rentrer, créer des sociétés interprofessionnelles de santé. C'est ce qu'ils ont fait là-bas à*****. Et donc à partir de là ils ont des aides.

Q : Oui ils ont fait une MSP pour avoir des aides.

M4 : Oui s'ils ne faisaient pas la MSP ils n'avaient pas d'aide. Une fois que je serai installé là-bas, on pourra commencer à s'intéresser à la MSP mais du moment que je ne suis pas installé ce n'est pas le moment d'en discuter. Mais c'est complexe quand vous regardez ce que c'est qu'une SISA. C'est quand même complexe.

Q : A *** plus ou moins, qu'est ce qui était important de trouver comme autres professionnels de santé ?

M4 : Euh *hésitations* franchement.

Q : Les infirmiers, les kinés, la pharmacie ?

M4 : C'est évident. Ça c'est évident qu'il faut des infirmiers, des kinés, une pharmacie.

Q : Ça c'est obligatoire ?

M4 : Exactement.

Q : Il y a des endroits où il n'y en a pas *rires*.

M4 : Oui mais y a pas 4 500 habitants. Peut-être dans la Creuse ou le Massif Central, mais y a aussi moins d'habitants. Ici y a pas mal d'habitants en région PACA. On a une densité de population assez forte. Comparé au Massif Central. On dit qu'il y a pas assez de médecins dans le Massif Central mais y a pas la même densité de population. La diagonale du vide.

Q : Et les cabinets de radio, le labo est ce que c'était important ?

M4 : Oui ça c'est très important, mais je n'avais pas pris note de ça avant. Et puis y en a à proximité. Ce qui était surtout important non voilà. Comme j'ai dit, j'aime bien être autonome.

Appel de sa femme

Q : Est-ce que vous saviez, avant de vous installer comment s'organisait la permanence des soins dans cette zone ?

M4 : Oui je savais qu'il y avait la maison médicale. C'est le médecin qui est parti à la retraite que j'ai remplacé qui m'en a parlé.

Q : Et est-ce que ça, ça a joué ?

M4 : Non ça n'a pas joué. Et je savais. Je trouve que c'est superbe. Je suis un peu contrarié par ce que fait l'ARS actuellement, ce serait intéressant d'avoir l'avis de ***** aussi. Et il dit « on est le dernier bataillon de Gaulois ». Car il y a beaucoup de médecin qui se désinvestissent de la prise en charge globale du patient. Nous ça nous donne moins de poids dans nos revendications. Donc ils se disent pour être mieux financé je vais faire de la permanence de soin, car le prix de la consultation il triple. Et donc il y en a plein qui font ça : il y a des maisons médicales à Cadolive, à Peyrolles, à Salon. Donc j'ai travaillé dans des structures types SOS médecin, vraiment, c'est. Je dis pas qu'on ne fait pas de médecine là-bas mais on fait une médecine rapide, vite et puis désinvestie du patient. Dans le sens où le suivi n'est pas le même

qu'en médecine générale. On ne va pas se déplacer chez le patient quand il va vraiment mal, va prendre l'ambulance et *ciao ciao*. Nous en tant que généraliste, on est le médecin traitant on a un devoir quand même de suivi. Je trouve que c'est une dérive de la médecine générale, après je les comprends. On est mal payé, on est mal payé. C'est vrai que d'avoir cette MMG à*****, d'être un bataillon du coup. Même si je n'en prends pas beaucoup, que je ne pourrai pas en prendre beaucoup, ça fait plaisir. Néanmoins notre terrain on le préserve et puis nous aussi on tient à ce que de temps en temps on ait des petits avantages. Et donc on assume notre devoir de médecin généraliste avec prise en charge globale de la patiente : ce qui comprend soins de premier recours hein, on l'assume et on a cette maison médicale qui suffit suffisamment. Voilà maintenant allez savoir les motivations qui montent ces maisons de santé et qui a un moment nous font aussi un peu de la concurrence. Les patients ils sont toujours sûrs d'avoir un médecin donc ça répond un peu à une démarche matérialiste de la société, qui veut tout, tout de suite, maintenant. Pour le développement de l'Homme, je ne sais pas si c'est bien. C'est un peu de la médecine de consommation, de la consommation médicale. Si on ne peut pas attendre le lendemain une ordonnance. Nous on a la maison médicale de *****, ça suffit amplement. Hier j'y étais j'ai vu quatre patients on enveloppe quand même un gros terrain donc c'est dingue. Et ça je l'ai vu chez SOS médecin déjà et puis après à force de remplacer on voit un peu. SOS médecin place des régulateurs dans les centres de régulation ils s'auto envoient des patients. Tout ça c'est des non-dits mais ça existe. Nous on est loin de tout ça. Moi j'en reviens un peu à nos misérables 25 euros, 12 euros 50, parfois je passe 40 minutes avec un seul patient, j'ai une salle d'attente qui râle ensuite. C'est dur. Parfois c'est dur. Bon après j'aime ce que je fais. Je garde toujours une porte de sortie. Surtout on est en village. L'autre jour j'étais étonné, j'ai eu un avis négatif. J'ai des bons avis en général. Malheureusement on ne met jamais les avis positifs. Et quand y a conflit on aime bien mettre des avis négatifs. J'ai eu un avis négatif sur une enfant de trois ans qui s'est présentée qui n'était pas en pleurs etc. qui voulait être pris tout de suite alors que c'est sur rendez-vous. Elle n'est pas en état grave, elle attend je peux la voir après et ils sont partis en mode il ne veut pas nous recevoir. Ils ont écrit ça sur le web « il a pas voulu nous recevoir alors que ma fille était souffrante ». Alors qu'au premier abord elle n'était absolument pas souffrante, elle était sage, elle ne pleurait pas. Voilà très rapidement dans un village la notoriété d'un médecin peut être vite atteinte. Donc il faut se méfier de ça par contre. Faut faire un peu attention à ça, parce que

ça va très vite, les réseaux sociaux maintenant. C'est un effet boule de neige. Non franchement je pense que du coup toujours une porte de sortie.

Q : Et du coup votre porte de sortie c'est l'intérim à *****?

M4 : La médecine d'urgence et l'intérim d'une manière générale. L'intérim ce n'est pas toujours si intéressant. On est parfois obligé d'aller dans des zones parfois reculées donc on perd des sous, le trajet aller-retour. De temps en temps quand on part une semaine, à ***** je suis parti une semaine, j'avais mes parents pas loin. Ils habitent à la frontière franco-allemande. Je fais une semaine, je travaillais au taquet et là ça vaut la peine de le faire. C'est intéressant. On fait des choses différentes, on fait de l'hélico. *rires* Ça change un peu. Ça nous sort un peu. Je ne pourrais pas faire que de la médecine rurale pour le moment. Pour le moment je ne me vois vraiment pas faire que ça. La preuve je me suis inscrit au concours de PH. Et c'est possible que le jour où si j'ai plus la ZRR, c'est possible, que je parte. Je ne vous cache pas. Là je travaille tellement je me fais du mal à ma santé. Après le tableau il est. Après il a ses avantages aussi, c'est sûr qu'au niveau rémunération on est libre. L'avantage c'est qu'on est libre. Cette semaine je me suis mis du off, l'après-midi je ne vais pas travailler, bon il y en a qui râlent. Y a cette liberté, pas de chefferie, si ça ne va pas on se casse. Ça c'est génial. Mais après y a un gros contre poids administratif, on la paye quand même à son prix cette liberté.

Q : Je vois effectivement.

M4 : Alors je serais curieux de ce qu'ils ont dit les confrères.

Q : Pas pareil du tout. Mais grosses modo un peu pareil sur le côté semi rural qu'ils aimaient bien car ils faisaient plus de chose. Je voulais vous demander vous faites des visites à domicile ?

M4 : Peu, peu j'essaye d'éviter. A 35 euros faut. Voyez là médecin correspondant du SAMU, je donne encore un exemple. Ils demandent il nous faut un délégué représentant, bien sur personne ne se dévoue. R.C qui s'occupe de ça je l'aime bien, je lui dis écoute y a personne, donc il me prend. Il me dit réserve ton après-midi du 7 décembre on a une réunion faut descendre à Toulon. Toulon c'est 20 euros de péage, trois heures de route, des galères de stress. Ok est ce que cette activité est rémunérée comme toi cher confrère qui a une rémunération pour temps administratif, ce qui est normal. Comme les administratifs que j'aurai en face de moi. Il me dit je vais me renseigner. Une semaine plus tard « non c'est pas rémunéré ». Franchement qu'est-ce que c'est que ça, ça parle de nous. Je ne demande pas

grand-chose, les indemnités elles sont minimes, mais au moins une reconnaissance. Et en médecine y a beaucoup de ça et aussi au niveau des patients. Et heureusement que la téléconsultation a vu le jour et c'est grâce au syndicat. Et je passe beaucoup par la téléconsultation parce que le nombre de demande qu'on a, d'avis.

Q : Vous continuez toujours après le confinement ?

M4 : Oui, je leur dis vous voulez un avis, vous allez sur la téléconsultation. Je les éduque dans ce sens-là. Et ceux qui ne comprennent pas tant pis.

Q : Vous pensez du coup que l'avenir de la médecine libérale c'est quoi ?

M4 : Oh je pense que de toute manière, elle continuera. Je pense que l'avenir il continuera, ça continuera dans ce sens-là.

Q : Vous ne pensez pas qu'on va nous imposer de nous installer quelque part ?

M4 : Ah si je pense qu'on va nous l'imposer. Mais je pense que ce n'est pas pour tout de suite. Mais comme ça se fait en Allemagne déjà. Il manque des médecins il faut aller s'installer là et là. Y a tant et tant de médecins. Comme les infirmiers. Je pense que ça va nous arriver dessus.

Q : Mais pas tout de suite.

M4 : Je pense que le gouvernement il fait ce qu'il veut qu'on n'est absolument pas maître de nos destins.

Q : Oui c'est avis assez partagé avec les autres confrères.

M4 : Et eux ils pensent que c'est bien 25 euros ?

Q : Ils n'en ont pas trop parlé mais ***** il pense que ce n'est pas assez 25 euros. Voilà je crois qu'on a fait le tour.

M4 : Ce que j'ai oublié de dire et qui est très important, c'est qu'on a la confiance des patients. On a un statut au sein du village pour la mairie, pour les patients. A l'hôpital on est rien du tout. Ici on est une personne. Il y a une valorisation faite par les patients en milieu rural.

Focus Group

Zone 2

En visioconférence le 17 novembre 2020 18h30

Explications de la thèse Explications d'un focus group.

M5 : Pour ma thèse j'ai réalisé des *focus group* mais les médecins ne savaient pas le sujet de la thèse à l'avance.

Q : L'idée du focus c'est d'avoir une étude qualitative, comme si on pressait un citron pour faire ressortir les idées, qu'on arrive à rebondir sur les idées et qu'on finisse par arriver à saturation des données. Quand on arrive à ça, on a fait le tour de la question. C'est une méthode qualitative, valide et intéressante.

Et du coup vous êtes toutes au courant du sujet de la thèse ? L'idée c'est : Quels sont les facteurs qui peuvent déclencher une installation de jeune médecin sur le Var, en médecine générale en libéral ? Ce qui n'est pas tout le monde. Les questions préliminaires : depuis quand vous êtes installées les unes les autres ?

M5 : Moi je suis installée depuis janvier 2019.

Q : Est-ce que t'as déjà été installé avant ?

M5 : Non je ne faisais que des remplacements donc dans ma région initiale c'est dans l'Ain. Ensuite j'ai continué à remplacer dans le var, dans le pourtour hyérois on va dire. J'ai travaillé un petit peu en SSR aussi bien dans la région lyonnaise que dans le Var et je me suis installée définitivement en janvier 2019, à *****.

Q : Et tu es thésée en quelle année ?

M5 : En janvier 2013.

Q : Ça fait six ans de rempla.

M5 : Oui.

M6 : Moi je me suis installée en janvier 2017 et j'ai été thésée en novembre 2016, je me suis installée très vite.

Q : Et tu as fait ta fac où ? Dans le coin ici ?

M6 : Faculté à Marseille et je me suis installée rapidement car je me suis installée avec mon maître de stage. J'ai fait donc mon stage à **** et elle était associée à un médecin qui partait à la retraite pile juste au moment où je finissais ma thèse.

enthousiaste lorsqu'elle parle de sa maître de stage

Donc je me suis installée derrière, à la place de ce médecin qui partait en retraite.

Q : Avec qui ?

M6 : Dr *****

M7 : Moi je suis installée depuis pas longtemps, depuis le printemps, avril ou mai 2020. Et j'ai été thésée en novembre 2019.

Q : De la fac de Marseille ?

M7 : Oui de la fac de Marseille aussi.

M8 : Moi je me suis installée en janvier 2018 et j'ai passé ma thèse en avril 2017. Donc j'ai fait deux sessions de rempla, l'été 2016 j'ai fait quatre mois non-stop de rempla sur ma dispo et après j'ai fait une autre session de rempla après ma thèse jusqu'à m'installer en janvier. J'ai passé ma thèse à Marseille, mais j'ai eu un cursus un peu particulier, j'ai fait pas mal de fac car j'ai changé de fac entre le premier et le deuxième cycle, j'ai commencé à Clermont-Ferrand, après je suis allée à Toulouse et après j'ai passé ma thèse à Marseille.

Q : D'accord tu as beaucoup voyagé. Et en janvier 2018 tu t'es installée ici ou ailleurs ?

M8 : En janvier 2018*rires gênés*. J'ai beaucoup voyagé. Je me suis installée en collaboration avec M5 et j'ai changé de cabinet en aout 2020. Je suis allée avec M5 et M7. Je suis arrivée, elles étaient déjà deux.

Q : Déjà vous avez un peu toute répondu pas mal. On voit qu'il y a des périodes de remplacement ou de collaboration, sauf pour M6 où ça a été très rapide.

M6 : Je suis encore collaboratrice, même si on signe les papiers de l'installation, mais ça a trainé.

Q : Tu comptes rester ?

M6 : Oui on avait la flemme de passer devant le notaire.

Q : Oui c'est comme le maire. *blague* Est-ce que toutes vous avez des proches, de la famille dans le territoire où vous avez décidé de vous installer ?

M6 : Moi j'ai ma maman qui est à ***** donc dans le Var à 20 minutes et ma sœur qui est à Marseille.

M5 : Non moi j'ai aucune famille, seulement mon conjoint qui n'est pas du tout de la région non plus. Je viens de la région Lyonnaise, j'ai fait mes études à Lyon.

M7 : J'ai ma famille à côté de **** (la ville d'installation).

M8 : Moi je n'ai pas de famille, j'ai ma belle-famille.

Q : Qu'est ce qui était indispensable/important de trouver dans l'environnement du cabinet ? Qu'est-ce que vous cherchiez ?

M8 : Je réponds de façon très spontanée, ce dont j'avais besoin c'était de travailler à mon image, d'une certaine indépendance dans ma manière de travailler. Mais à la fois ce besoin de sécurité dans l'installation, parce quand on est remplaçant, on ne peut pas se projeter en terme de congés, d'organisation et aussi en terme pécuniaire parce qu'on ne prévoit pas à l'avance, si ça va être un gros remplacement, si on va faire 3 000 euros sur la semaine ou 1 500 euros. Donc en termes de projection de sécurité. Je ne sais pas si je réponds trop à la question. Pour moi c'était important si je me retrouvais avec un médecin en collaboration de pouvoir gérer mon emploi du temps de mon propre chef, ma façon d'exercer la médecine, mes horaires, mes congés. Vraiment il y avait quand même un besoin. On est son propre patron, j'ai besoin d'indépendance et de pouvoir fonctionner à son image en terme de travail et d'organisation de son travail. Car j'ai eu deux propositions en même temps et c'est ça qui a vraiment tranché entre les deux, le choix que j'ai fait à l'époque. C'est-à-dire il y en avait un j'avais l'impression d'être le bouche trou sur le planning.

Q : Tu avais l'impression que le médecin en place avait souffert toute une vie et qu'il voulait de l'aide ?

M8 : Quand on me propose une collaboration avec du travail le mercredi vendredi et samedi matin c'est compliqué de trouver une autre collaboration. On s'engage d'un côté mais on ne

peut pas s'engager ailleurs, ça coupe l'herbe sous le pied. *agacement* Pour trouver un emploi du temps complémentaire ça peut être difficile. Moi ça ne me convenait pas de travailler.

Q : Je reviens sur les aspects la ville, le quartier, les conditions un peu de vie ? En dehors de la médecine sur place ? Est-ce que ça a compté ?

M5 : Moi avant de venir travailler ici. J'avais beaucoup travaillé en milieu rural semi rural et j'ai adoré. Et d'ailleurs en fait je me suis installée en janvier 2019. Mais dans la région où je travaillais dans l'Ain, j'avais une proposition de collaboration, d'installation d'association et en fait j'étais à deux doigts de dire oui, mais j'ai rencontré l'homme de ma vie *rires gênés* Donc j'ai dû déménager, mes projets ont changés.

J'avais vraiment apprécié *voix enthousiaste* de travailler en milieu rural/semi rural. Et vis-à-vis du travail de mon conjoint c'était compliqué de travailler en rural, car il est moniteur de plongé il fallait quand même qu'on soit proche de la côte. C'est aussi pour ça que j'ai trouvé un bon compromis à*****, même si c'est une petite ville proche de***** , j'ai bien apprécié la population. Il y a beaucoup de viticulteurs, maraîcher. Avant de m'installer à ***** , j'ai fait pas mal de remplacement à ***** (*ville dans Zone 4*), où pareil il y avait beaucoup de viticulteurs etc. Du coup c'est une patientèle que j'ai retrouvée. C'est ce qui m'a plu, j'ai quitté mes agriculteurs de l'Ain avec pas mal de regret. J'ai retrouvé une patientèle, pas similaire, mais j'étais contente de la patientèle. Et c'était important pour moi d'avoir une patientèle pas complètement citadine avec laquelle je ne me retrouvais pas trop.

Après toujours pour répondre à la question ce qui était important : la patientèle. Et comme l'a dit M8, on a des contraintes en tant que médecin libéral femme, et du coup je voulais quand même pouvoir travailler à ma façon, j'ai commencé à remplacer en 2012 en fait. J'ai remplacé dans beaucoup de cabinets différents et j'ai vu ce que j'appréciais, ce qui ne me convenait pas. Et du coup, j'ai créé ma patientèle en plus. J'ai ouvert un cabinet, c'était difficile au début je ne voyais pas grand monde. Mais ce qui était vraiment sympa, j'ai pu faire le cabinet que je voulais. Travailler avec mon rythme, mon matériel, mes habitudes et ça c'était quelque chose qui me tenait à cœur, finalement. Car j'ai eu la possibilité de m'installer comme collaboratrice mais ça n'a pas fonctionné mais pas du tout du tout et du coup là je me suis rendue compte que travailler comme collaboratrice ça apportait une certaine sécurité. Ça allait m'apporter directement une patientèle et donc des revenus assez rapidement, une certaine sécurité

financière. Et ce n'était pas ce qui comptait, ce qui comptait c'était vraiment se sentir bien dans mon travail et travailler comme je le sentais, à ma façon. Mais ça a un coût.

M8 : Moi je reprends la parole, ce n'est pas toujours évident quand même, ça dépend de la personne avec qui on est installé, sur les périodes de congés si on est plusieurs il faut un minimum s'entendre et de là découle la bonne entente, communication. Et parfois on ne connaît pas bien ses personnes là *sur la réserve, embarrassée*, je ne suis pas fâchée avec mon ancien collaborateur, je suis quelqu'un qui a besoin de communiquer, c'est la base d'une relation de confiance. Je manquais de projection là où j'étais c'est pour ça que j'ai bougé. On ressent quand même le besoin sécuritaire d'être à plusieurs pour échanger.

M5 : C'est un peu ambigu d'un côté si on s'est installé en libéral c'est qu'on avait une certaine indépendance, liberté de choix. Et que d'un autre côté, M8 et M7 on se retrouve là-dedans : on se retrouve dans une activité de groupe pour la sécurité, le confort, ne pas se sentir complètement isolé, de pouvoir échanger sur les patients. C'est vraiment essentiel dans notre métier. Ma mère elle est pédiatre, elle a travaillé toute sa vie toute seule et je sais que ça a été une grande souffrance pour elle tout au long de sa carrière. Et c'est vrai personnellement j'ai cherché à m'installer dans un cabinet de groupe car pour moi c'était une évidence déjà quand on est interne on travaille en équipe ; J'ai toujours aimé les stages hospitaliers pour travailler en équipe. C'est pour ça que j'avais fait un peu de SSR car j'étais contente de bosser en équipe. Mais par contre c'est vrai qu'il faut bien s'entendre avec les gens avec qui on travaille, ça se réfléchit et comme l'a dit M8 communiquer c'est essentiel car ça peut être vite la source de couac.

M7 : Moi je suis en collaboration je n'avais pas précisé tout à l'heure. Moi je suis née à ****, j'ai grandi ici. J'ai toujours su que je m'installerais à ***** ou à proximité. Car je sais que je ne peux pas quitter la mer, c'est un endroit que j'adore et j'aime pas du tout la ville. C'était une évidence que je m'installerais à ***** ou alentours mais au départ j'étais quand même partie sur des remplaçants. Pendant quelques années, je m'étais dit. J'ai un conjoint qui est pilote de ligne, souvent en déplacement, on voyage beaucoup. Et j'étais vraiment partie sur l'idée de remplacer quelques années et m'installer ensuite dans les alentours de *****. Ce que je m'étais imaginée, ce que j'apprécie ici on a une patientèle « rurale » parce qu'on est des petits villages mais à la fois on est pas du tout sous doté en médecin, on sait que les patients

vont pas être dépendants de nous. On pourra se permettre d'avoir des congés, d'avoir des horaires, en tant que future maman, acceptables. Parce qu'on sait que nos patients ne vont pas être livrés à eux même. On a beau être dans un petit village, on a énormément de médecin je trouve aux alentours. C'est pour ça que ça me convenait très bien de me dire que je m'installerai à ***** ou à proximité en tout cas. Et je savais aussi que quand je m'installerai ce serait en cabinet de groupe car comme disait M5, pour moi c'est important de pouvoir échanger, c'est comme ça qu'on progresse. Je ne m'imaginais pas travailler toute seule pour moi, j'adore l'exercice en cabinet. Je ne me serai pas vue bosser à l'hôpital ; Mais j'adore l'échange qu'on peut avoir maintenant qu'on est toutes les trois. Y a pas un jour où on ne discute pas sur un dossier, on échange franchement. C'était indispensable le jour où je m'installerai. Et puis finalement j'ai rencontré M5, parce que je l'ai remplacée pendant son congé maternité, je me suis beaucoup plu dans son cabinet, j'ai beaucoup apprécié ses patients. Et on a eu toute les deux en même temps l'idée de la collaboration parce qu'on s'entendait bien et elle avait besoin d'un peu d'aide pour le cabinet. Et je me suis dit c'était l'idéal, toutes les conditions que je cherchais : à proximité de chez moi, on était deux, maintenant c'est encore mieux on est trois. Ce que j'ai apprécié aussi, j'ai grandi à ***** et comme c'est un petit village je connais absolument tout le monde et ça me gênait un peu d'avoir une relation. J'avais peur que ça ne soit pas confortable pour moi que tous mes patients soient des amis ou des connaissances. Le fait d'être à ***** (*ville d'installation*), je suis un peu incognito pour mes patients et je suis à dix minutes de mon domicile. Donc il y avait toutes les conditions réunies pour que j'aie envie de m'installer plus vite que prévu.

M6 : Moi comme je me suis installée rapidement c'est plutôt le coté sécuritaire qui m'a poussé à m'installer. Comme j'avais travaillé avec ma maître de stage je connaissais la patientèle, elle avait aussi une pratique qui me correspondait pour moi. Je voulais m'installer en groupe dans ma tête. Comme toutes les filles, je trouve ça plus sécuritaire dans le sens on peut échanger sur les patients, on n'est pas seul. Que ça soit avec des patients ou des soucis financiers, c'est quand même bien. Moi aussi le travail d'équipe qu'on a à l'hôpital mais je ne voulais plus du tout de patron. L'administration à l'hôpital où on nous impose de faire des choses, ce n'était pas possible. C'est pour ça que j'ai quitté l'hôpital et que je suis partie en libéral. Une patientèle que je connaissais bien, qui me correspondait. Une collaboratrice, ma maître de stage qui travaillait à peu près pareil que moi. Car je pense c'est important d'avoir une pratique

harmonieuse à peu près dans un cabinet *hochement de tête général*. Des pratiques trop différentes quand le patient saute quand on est absent ça crée des scissions entre les confrères. Car le patient va dire « ah votre confrère il m'a fait ça ». Donc je voulais avoir une pratique à peu près harmonieuse pour ça. Et la proximité de l'hôpital ça a été un choix pour moi. Dans le sens hôpital => Spécialiste. Je ne me sentais pas du tout de m'installer dans une zone rurale où je n'aurais pas de recours facile à un écho-doppler par exemple si j'ai un doute sur une phlébite. Et en tant que jeune car je me suis installée très vite après l'internat, j'avais vraiment besoin d'être entourée de spécialiste et d'imagerie. Maintenant je me sentirai plus sereine, mais en s'installant rapidement, c'était très important pour moi d'avoir un accès à l'hôpital et aux spécialistes facile.

M8 : Je voulais rebondir, je rejoins l'homogénéité des pratiques entre confrères. J'ai toujours été confraternelle mais ça m'a valu d'être mal à l'aise face à certains patients. Exemple d'un arrêt de travail pour une patiente où je me sentais prise la corde au cou. Je n'allais pas faire des choses inconcevables pour moi. Je n'étais pas droite dans mes bottes et mal à l'aise. Et ça a joué. Je suis très perfectionniste pour la tenue de mes dossiers. J'ai besoin que ça soit homogène. Pour l'installation à ******, moi je n'ai pas vraiment choisi c'est l'opportunité qui est venue à moi. *rires* Si j'avais pu choisir je n'aurais pas choisi cette patientèle-là.

Q : Est-ce qu'on choisit sa patientèle peut être pas, mais le lieu ?

M8 : Pour moi le lieu : ***** c'est une ville en fait. Je suis originaire de Lozère. Donc c'est une grande ville comme Mende la préfecture du département. On n'est pas en semi rural. Si j'avais eu peut-être plus le choix. J'ai fait le choix de la qualité de vie, je voulais avoir des temps de trajet court. J'ai été titillée par le fait d'exercer dans la même ville que celle où j'habite. Ça me gêne encore parfois, par rapport aux courses. J'esquive. C'est difficile pour moi.

Q : Le truc simple c'est de dire « bonjour » sans dire « Ça va ? ».

M8 : Avec du recul ******, y a une patientèle très âgée, c'est le seul petit bémol. Si j'avais eu plus à chercher et pas à saisir l'opportunité à l'instant T, mais je ne regrette pas du tout c'est la vie, on fait des choix. J'aurais peut-être été dans un milieu un peu moins citadin. Car l'été on a une région très touristique. J'aurais voulu un côté un peu plus authentique. « Je viens parce qu'il y a le golf, y a la vue sur la mer ». Ce n'est pas pour la patientèle que je me suis installée à *****.

Q : Le cadre de vie c'est important tu dis ?

M8 : Oui j'ai eu la chance d'avoir l'école primaire, le collège tout à pied en Lozère, c'était une qualité de vie même pour mes parents, quand il fallait nous emmener aux activités, pas une demi-heure de trajet, pas de bouchon. C'était inconcevable pour moi, dans les rempla que j'avais fait avant, de faire une demi-heure de bouchon sur l'autoroute. Et d'ailleurs j'avais eu une proposition du coté de Saint-Jean du Var et j'ai botté en touche pour cette raison, le temps il est trop précieux dans ce métier là pour le perdre dans la voiture. Et là j'aime aller au travail à pied. J'apprécie vraiment ce côté-là. Qualité de vie.

Q : Et les attraits « ce qui fait venir les touristes » ? La mer, l'ensoleillement, la plage ?

M8 : La mer je ne fais pas trop d'activité nautique, j'aime être en bord de mer.

M5 : Je pense que c'est la seule nana qui n'est pas du Var, qui est venue s'installer au bord de la mer et qui s'en fou de la mer. *rires*

M8 : Non je m'en fous pas, je préfère être dans la colline. J'adore la colline autour de chez nous. Aller à ***** , il y a des choses qui me plaisent dans la région. J'adore la région car on est entre mer et colline. Le sentier du littoral je ne m'en lassera jamais. Non j'aime le bord de mer, après je ne suis pas fan des activités nautiques. J'aime quand même la région.

Q : Et pour M5 la région ? Les attraits touristiques de la région ?

M5 : Moi je suis plongeuse, j'ai connu **** (ville d'installation) car je suis venue en 2008 pour la première fois faire de la plongée sous-marine ici. Et ma vie tournait autour de la plongée, dès que j'avais un week-end, je prenais ma voiture et je venais passer trois jours à **** pour plonger. Et du coup j'ai rencontré mon copain moniteur de plongée à **** qui travaillait dans le club où je plongeais. J'ai continué à travailler pas mal dans l'Ain et je faisais les allers-retours, à un moment donné, c'était une évidence qu'il n'allait pas faire de la plongée sous-marine à Bourg-en-Bresse ça me semblait un peu compliqué *rires* je suis venue m'installer ici et je l'ai fait avec beaucoup de bonheur car au-delà de la mer c'est une région très chouette. Et chaque jour j'apprécie de vivre ici. Et quand j'ai commencé à réfléchir à m'installer je me suis posée la question qu'on se pose toute est ce que je travaille dans le village où je vis. On n'avait pas envie de vivre à *****. On voulait vivre à ***** c'est la campagne, on n'est pas dans les bouchons, il y a des écoles, le paysage est magnifique c'est super comme qualité de vie. Donc la base c'était

on habite à *****, et la question d'après est ce que je m'installe à **** ou autour ? Si je m'installe à ****, niveau qualité de vie c'est super. Je peux rentrer chez moi entre midi et deux, le jour où j'aurai des enfants, ce sera plus pratique : la sortie, la nounou, l'école. Comme l'a dit M8 les temps de trajets si on peut les limiter dans notre métier c'est pas mal. J'ai fait des remplacements avec une heure et quart de route matin et soir. J'ai quand même regardé pour m'installer à***** (*ville limitrophe*), j'ai même failli m'y installer car dix minutes de route. Je n'ai pas trop accroché la patientèle d'*****. J'ai continué dans cette voie là car c'est quand même bien si je ne crois pas mes patients. Mais finalement ce sera **** parce que les gens il suffit de leur dire bonjour et ça passe très bien. J'habitais dans la ville où mes parents travaillaient et ça se passait très bien au supermarché. Et je ne le regrette pas du tout. J'en ai quand même beaucoup discuté avec mes confrères et le gros cabinet où je remplaçais dans l'Ain, il y en avait deux qui habitaient dans le village où ils travaillaient et ça se passait bien. Ma vision, j'ai toujours regardé avec des yeux critiques et ahuris les médecins qui tutoyaient leurs patients. Je n'ai pas envie de tendre vers ça. Je suis un peu hermite. J'ai quelques patients qui sont à la base des copains. Je n'avais pas particulièrement envie d'être leur médecin.

M6 : Pour moi c'était très important, je ne vis pas à ***** (*ville d'installation*) mais à **** et quand j'allais à ***** (*ville d'installation*) chez ma maître de stage et de voir tous ces palmiers *émerveillée* un plaisir d'aller au travail, une qualité de vie, d'être dans un endroit où on se sent bien. Je veux quand même garder une distance donc je ne veux pas être à ***** (*ville d'installation*) mais dans un village autour, je veux quand même une école, un lycée pas trop loin. Donc c'est pratique d'avoir un environnement moins citadin pour ce qui est école et lycée.

Q : Pourquoi tu n'as pas choisi un autre village pour le lieu de résidence ?

M6 : Ça aurait pu, je cherchais partout autour.

Q : Et M7 pourquoi t'es pas allée t'installer en Corrèze ?

M7 : J'ai besoin de la mer je l'ai déjà dit. Quasiment au quotidien, je vais nager tout le temps. J'adore la colline, je vais marcher. C'était impensable de m'éloigner de la mer. Et la qualité de vie ça faisait partie des critères. Pourquoi chercher mieux ailleurs quand on sait qu'on a le paradis ?

Q : Est ce qu'il y a d'autres facteurs environnementaux mais professionnels qui ont compté au moment de la décision d'installation ? La proximité des hôpitaux (Hyères, Sainte Musse ?) les infirmières, les paramédicaux ? Le système de garde si y en a un sur place ?

M5 : Je ne travaillais pas dans un endroit où il y avait SOS médecin. Quand je me suis installée j'étais toute seule à la base, et je me suis dit il y a SOS je ne travaillerai pas quoiqu'il arrive jusqu'à 20 h le soir comme j'ai pu le faire au cabinet rural où je bossais. Je ne ferai pas tous les samedi matin, je ferai un sur deux car je trouve que c'est assez confortable que le cabinet soit ouvert, ce n'est pas toujours super sympa de bouffer le week-end. Mais le fait qu'il y ait SOS, c'est le luxe. Quand je remplaçais je participais au tour de garde, ce n'était pas très contraignant quand on était de garde. Au début on était d'astreinte et le 15 nous appelait pour nous dire d'aller au cabinet et le patient nous rejoignait au cabinet. L'avantage c'est qu'on était à la maison mais on avait la trouille que le téléphone ne sonne pas et qu'on ne puisse pas assurer notre garde. Et c'était aussi très contraignant car parfois le téléphone sonnait à 23 h et on n'avait rien fait de la soirée et on arrivait au cabinet et la personne ne venait pas finalement au cabinet. C'était assez énervant, ça n'arrivait pas souvent. Et c'était des petits secteurs, donc on avait facilement une garde tous les dix jours. Ce n'était pas très sympa. Après ça s'est amélioré avec la création de la maison médicale de garde, on y allait pour un plus grand secteur donc moins souvent et on travaillait plus. Je veux dire on a tous bouffé des gardes en tant qu'interne. A la fin j'en ai eu beaucoup, quand j'ai su qu'il y avait SOS. Je ne compte pas sur eux pour m'occuper de ma patientèle mais c'est quand même bien pratique. C'est clair et net. La proximité, j'ai toujours pratiqué dans des régions où il y avait des hôpitaux pas très loin. Bourg-en-Bresse à 25 minutes avec un gros plateau technique. Lyon 1 h 15 pareil très bien. Mais par contre ce que j'apprécie vraiment ici c'est que les spécialistes sont tous hyper joignables et très confraternels. Et ça rentre en ligne de compte de pouvoir communiquer avec les spécialistes assez facilement. Ça pèse dans la balance ça s'est clair.

M6 : Grosso modo exactement la même chose. Communiquer avec les spécialistes. J'avais fait mon internat à l'hôpital de **** (*ville d'installation*) donc la proximité avec l'hôpital. Je connais tous les numéros, dès que je veux hospitaliser un patient, je les appelle, ils me le prennent. Moi c'est vraiment la proximité avec les spécialistes, de pas être isoler, c'était pratique d'avoir son réseau.

Q : Le fait que vous soyez en milieu semi rural ? Qu'il y ait un tissu d'infirmier kiné ça a pesé ?

M6 : Oui, moi ça me semblait normal, ça rejoint le travail d'équipe hospitalier. Les infirmières on s'appelle souvent car j'ai une grosse patientèle en visite à domicile. J'ai beaucoup de lien avec les IDE et les kinés. Pour moi c'était très très important ça.

M7 : Oui moi c'est pareil. A l'idée de travailler sans un hôpital à proximité, ça me terrorise, j'aurais été incapable de travailler sans un hôpital pas loin et tous les spécialistes qu'on a à proximité. J'ai fait aussi tous mes stages à **** et à **** et c'était déjà l'objectif quand j'étais interne. Il faut que je rencontre le maximum d'hospitaliers du coin car quand je serai installée je veux avoir le réseau, les numéros de téléphone de tous les services et de me sentir à l'aise de les appeler quand j'en aurai besoin. Je viens de m'installer et j'ai déjà beaucoup de contact et pour moi c'était indispensable. Peut-être parce qu'on est jeune et que ça nous rassure d'avoir tout ça à proximité. Mais voilà je ne me serais vraiment pas vue 'm'installer dans une zone où il n'y a pas d'hôpital et les spécialistes.

Pour les infirmières les kinés, moi je n'ai connu que cette pratique-là. Et on ne se rend pas compte du confort, on a énormément d'IDE de kiné, dès qu'on a besoin pour un patient à domicile on a une liste d'IDE à contacter. *hochement de tête général* On ne s'en rend pas compte car j'ai toujours connu ça et travailler dans ces conditions-là. Mais oui ça fait partie d'une qualité de travail qui me paraît indispensable.

Q : Le délai de prise en charge quand tu prescris un kiné ?

M7 : Dans la semaine

Q : Ici quatre semaines.

M5 : On pense que c'est rapide mais ils ont 15 jours - trois semaines d'attente.

M8 : Moi par rapport au réseau j'ai vraiment fait mon nid sur le tard, je connaissais quelques spécialistes car j'ai fait mon stage d'urgence à ****. Mais je n'ai aucune connaissance au CHU des spécialistes car je n'ai pas fait mon internat à Marseille. C'est le Pr Machin je ne sais pas qui c'est. Je sais plus qui a été membre du jury de ma thèse en cardio. Même mon maître de stage, le stage c'est bien passé mais je n'avais pas l'impression d'être. Je n'appelais pas directement le spécialiste sur le téléphone. C'est plus quand je me suis installée que j'ai fait mon nid. En allant à **** je suis allée me présenter mais spontanément, sans vraiment faire de liste. Je l'ai fait une ou deux fois. Et d'avoir fait ça, j'ai eu de très bons retours. C'est agréable d'entendre

ça et d'être considérée comme ça. Quand des cardiologues prennent plus de patients on joue sur ça.

Q : Est-ce que vous êtes toutes dans des structures type MSP ?

M5-6-7-8 : Non *général*.

Q : Et la CPTS ?

M6 : Alors moi j'étais présidente de la CPTS de ***** *rires gênés*.

M8 : Ça a l'air très théorique, ça ne m'attire pas trop. J'avais eu une réunion pour celle du Pays des Maures. Réunion d'informations, j'ai cherché à en savoir plus, je voulais des informations et pas m'inscrire. On ne m'a pas donné d'information pertinente. J'ai l'impression d'être pris au piège, que ça va me prendre du temps, rien m'apporter. Tant que ce n'est pas une obligation. Tant qu'on arrive à communiquer avec le réseau ville-hôpital, avec les IDE à domicile. Est-ce que je vais récolter ce que je sème ? La réponse elle est incertaine, donc je ne m'investis pas là-dedans.

M5 : Ça va nous ajouter des contraintes. *soupirs*

Q : On ne va pas rentrer dans ce débat-là ce soir, mais on va quand même donner la parole à M6 pour qu'elle t'explique.

M6 : Alors moi en l'ayant quitté je ne vais pas être très valorisante, j'étais enchantée par le projet de la CPTS car c'est un exercice cordonné de tous les professionnels de santé d'un territoire, ce que tu fais au quotidien. Donc le but c'est de revaloriser ce que tu fais au quotidien et de travailler en coordination, d'avoir un outil numérique commun, c'est ce sur quoi on travaillait. Pour ne pas communiquer par exemple par texto, ce n'est pas légal de parler de patient par texto. C'est tout un travail de coordination de ce dont tu fais au quotidien pour être plus ergonomique. Sauf qu'actuellement cette ergonomie c'est encore des groupes de travail pour y arriver. J'ai quitté car avec la crise COVID, ça a été trop long avec l'ARS, les rouages administratifs. Donc il y a des gros freins. L'idée de la CPTS elle est très belle mais c'est tellement comme tu dis un travail long et chronophage. Que j'en reviens un peu. Mais l'idée elle est très belle. Travailler en coordination de manière simplifiée.

M5 : Je m'étais renseignée car il y avait un local à **** (*ville d'installation*), et ce local faisait 200 m², avec M8 et un autre médecin dont je tairais le nom *embarras*, on avait commencé à rêver d'une maison médicale avec un ou deux autres médecins. Car à **** les médecins sont vieillissants et il y a deux ou trois départs à la retraite prochainement. Et donc il va falloir anticiper et l'avenir est dans les cabinets de groupe. On est allés assez loin avec ce local, on avait négocié pas mal de chose, on avait un projet d'archi. Le problème c'était toujours le même : les sous. Le nerf de la guerre. J'avais contacté l'ARS, le conseil de l'Ordre, la mairie. J'avais cherché comment on pouvait obtenir des financements. Et il devait y avoir un espace pour un ou une kiné, podologue et pour un cabinet infirmier. Il y a un cabinet de kiné et d'infirmier juste en face. L'exercice coordonné qui pouvait se mettre en place. L'ARS quand elle a bien voulu me répondre c'était pour m'envoyer des documents sur la MSP et la CPTS et moi personnellement, ce que j'en ai retenu c'est qu'on nous proposait des contraintes mais aucun avantage. On peut vous donner des sous, pas pour vous aider à monter votre maison médicale (on avait besoin pour les travaux), mais en fait on ne vous donnera pas de rond. Mais si vous vous mettez en CPTS on vous donnera peut-être une petite subvention annuelle pour pondre un, comment ça s'appelle, un assistant médical. Le but c'est d'avoir un accès au soin pour la population locale. Donc dans le cahier des charges il y avait ouverture du cabinet de 8 h à 20 h tous les jours et le samedi de 8 h à 12 h et déjà rien que ça : merci mais non merci. Mais concrètement il faut être réaliste : la médecine la plupart du temps c'est des femmes, elles ont leur boulot, leur mari, leur gosse et leur maison. Et elles n'ont pas que ça à faire de rester jusqu'à 20 h au cabinet ce n'est pas possible. Et pour ça il y a un truc formidable qui s'appelle la maison médicale de garde, auquel les médecins qui le souhaitent peuvent y participer et être rémunérés suffisamment ou pas. C'est un autre débat. Pour une subvention misérable. Et quand il y a eu une réunion pour la CPTS, je n'y suis pas allée et j'ai eu un compte rendu assez précis d'une consœur et c'est une grosse blague il faut arrêter de vouloir attirer les mouches avec du vinaigre *vindicative*. Je suis assez indépendante dans ma façon de vivre, néanmoins je tiens au travail de groupe. On a aucun avantage du travail hospitalier, on est libéraux on a aucun avantage social : on est malade on va bosser sinon on a des jours de carence. Le congé maternité, c'est mieux maintenant mais ça reste empirique. Et par contre on a les contraintes de se taper 8 h 20 h. Moi je trouve que c'est vraiment scandaleux. La CPTS ce sera sans moi sauf s'ils reviennent la donne. On en a rediscuté. Dans l'idée beau projet, mais c'est comme ça que je le perçois.

Q : Il faut être conscient que l'Etat ne donnera que des sous dans ce sens-là, le GS va très peu augmenter. C'est une manière d'alléger les charges de l'exercice en commun coordonné par exemple le système informatique. C'est ça le principe à la base.

M5 : Ça veut dire un logiciel médical unique ? On n'aura même pas le choix de l'outil de travail ?

Q : Après on a le choix de ne pas faire partie d'une CPTS ou d'une MSP. Je sors un peu de mon rôle d'animateur du focus. *rires*

M5 : Finalement ça reste dans le sujet, c'est pourquoi s'installer ici. Et en fait on a toutes l'objectif de travailler en groupe mais jusqu'à un certain point.

Q : En groupe on entend. Mais les structures telles qu'elles sont vendues c'est plutôt un facteur repousoir que positif.

M5 : Oui. On fait partie du groupe d'échange CPTS, vu ce qu'il s'y dit, c'est une grosse blague. Discussion de commère. * rires jaunes* Tout ce qui m'intéresse ce sont les chiffres du COVID de la semaine. Voilà. * pas de mot*

Q : On voulait savoir si vous avez bénéficié d'aide matérielle ou financière publique pour l'installation ? Sur les locaux ? Contrats via l'ARS ? Si la mairie vous a filé un local ?

M6 : Moi non rien du tout.

M5 : Nada, zéro ce n'est pas faute d'avoir demandé aux maires plusieurs fois.

M8 : J'ai appris depuis peu que les médecins en Lozère ne payaient pas d'impôt au début de leur exercice. J'ai failli pleurer *rire*.

M6 : Mais même à ***** c'est une zone franche.

M5 : ***** aussi *rire général*.

M8 : Le seul truc qui me ferait changer, c'est ne pas payer d'impôt honnêtement parce que là. *Soupirs francs*

Q : Tu échangerais le sentier côtier contre pas d'impôt ?

M8 : Oui oui, honnêtement oui.

M5 : Tu dis ça car tu t'es fait rattraper *rires*.

M8 : On se fait pomper ! *énervée* Faire des gros horaires pour gagner plus mais on ne va pas avoir le temps et donner quasiment la moitié à l'Etat. Si jamais on est trop aléatoire dans notre pratique on se met à payer des charges astronomiques. Il faut faire gaffe. On brasse des sommes énormes. Y a beaucoup qui sort et qui rentre.

Q : Dernière question, avec une réponse unique pour chacune si c'est possible, si vous deviez choisir un facteur déclenchant de votre installation ce serait quoi dans tous ce que vous avez dit ce soir ? Qu'est-ce qui vous a fait vous installez à ce moment-là, à cet endroit-là ?

M6 : Moi c'est facile c'est d'avoir bien connue mon associée qui était mon maître de stage. C'est la connaissance de la pratique et de la personne qu'elle était pour m'associer en confiance.

M8 : C'est le fait d'avoir besoin de projection pour l'avenir. Je venais de rencontrer mon chéri mais je savais que c'était le bon et je voulais faire ma vie avec lui *rire*. J'avais un projet immobilier et je voulais être crédible auprès des banques et pour ça il fallait des années de recul sur l'exercice. On m'avait dit qu'il fallait trois ans, le compte à rebours était lancé. Moi c'était la projection au niveau financier, il fallait que je me pose et avoir des chiffres stables. Financier pérenne pour bâtir ma vie et mes projets.

M6 : C'était d'avoir trouvé un cabinet de groupe avec d'autres médecins qui travaillaient exactement de la même manière que moi. Parce que je ne m'y attendais pas du tout. Je pensais que s'installer ici en groupe ça allait être très compliqué car à ***** ils sont tous seuls et personne ne veut s'installer en groupe. Et quand j'ai eu cette opportunité d'être avec une puis deux médecins. On est jeune, on a la même manière de travailler, la même vision des choses. Et la même vision de comment faire tourner un cabinet. Ça a été vraiment le fait de se retrouver toutes les trois.

M5 : *soupirs* Moi ce n'est pas évident. Je dirai que c'était le moment, je crois que c'est le seul truc. Ça a été le moment dans l'Ain car j'avais une belle opportunité mais bouleversement car j'ai rencontré mon conjoint donc c'était plus le moment. Donc on a beaucoup voyagé, j'avais la bougeotte, comme lui était saisonnier et entre mes rempla, qui étaient conséquents, on partait deux ou trois mois l'hiver. C'était chouette on avait une belle vie. Et tout d'un coup, un jour j'en ai eu marre, il fallait que je m'installe, que je me pose, c'était le moment. J'étais mure pour.

Pourquoi ce moment ? Je ne sais pas. Mais c'était le moment. Peut-être que j'aurais pu continuer. Mais j'en ai eu marre de ne pas être chez moi.

Focus Group

Zone 3 En Visioconférence

20 novembre 2020 12 h

M10 : Discussion sur le secrétariat en présentiel. C'est bien, ça fait un effet tampon. Surtout là où on est à Saint Jean faut l'équiper d'un gilet pare-balle.

*M9 : Y avait *** au Pont du las un médecin que j'avais remplacé. Il n'en reste pas beaucoup au Pont du las. Ils sont tous partis. Petit aparté sur le déroulement des thèses maintenant.*

Présentation de la thèse.

Q : On va commencer un peu par les questions préliminaires que je vais vous poser : alors depuis quand vous vous êtes installés là où vous êtes actuellement ? Est-ce que vous étiez installés avant dans un autre endroit et le temps entre la thèse et l'installation ?

M9 : Moi c'est la première installation. Ça fait un an et quelques, je pense que c'était le 22 octobre 2019. Et ma thèse c'était en octobre 2018.

Q : Donc rapidement.

M9 : Un an.

M10 : Moi c'est ma première installation aussi et je me suis installé le 19 mars 2017, j'ai un doute. Je vais regarder. Je me suis installé 2017 ou 2018 *regarde son planning, hésitations* donc du coup * cherche* je vais te donner la date de ma thèse et en ayant la date de la thèse, donc ma thèse c'était en octobre 2017 et je me suis installé en 2018 et je suis certain que c'était en mars 2018.

Q : Donc cinq mois.

M10 : J'ai remplacé un petit peu avant, j'ai remplacé pendant deux mois un médecin à *****, j'ai fait des journées de remplacement chez mon futur associé. La personne qui allait devenir mon associé en mars le Dr **** qui avait été mon maître de stage.

Q : Donc tous les deux vous aviez connu le cabinet par Dr *****, votre maître de stage ?

M9-10 : Oui.

M9 : Moi j'avais remplacé Dr ***** et sa femme *** à **. J'ai fait beaucoup à **, un peu dans un autre cabinet chez Dr **, un peu à ** chez Dr **. Et en fait je devais faire tout chez ***sa femme, et m'installer avec mon maître de stage. Mais il est tombé malade *tristesse dans la voix*, j'ai basculé sur son cabinet et sa femme a trouvé quelqu'un d'autre pour remplacer. Elle s'est débrouillée.

Q : Tous les deux c'est donc par le fait de la maîtrise de stage pendant l'internat.

M9 : Hé oui, parce que t'as pas fait de SASPAS M10 ?

M10 : Non il n'y avait pas de place pour les SASPAS et maintenant ça a été mis au choix et c'est vraiment bien. Il fallait s'y prendre longtemps à l'avance. Pour avoir des choix de SASPAS d'être dans la région, il fallait s'y prendre un an et demi à l'avance. Du coup quand j'avais fait ma maîtrise de stage, c'est **** qui m'en avait parlé. Mais quand j'ai choisi il ne restait quasiment rien ou des SASPAS très loin. Donc je n'en ai pas fait.

Q : Est-ce que vous avez des proches dans la zone d'installation ? Dans la région ?

M10 : Moi oui j'ai toute ma famille. J'ai mes parents. Et quand je me suis installée j'avais mes parents ma sœur. Là j'ai mes parents. Ils habitent dans le quartier, pas très loin du cabinet. Je dirais à un kilomètre du cabinet *rires*.

Q : Donc tu as fait toutes tes études ici ?

M10 : J'ai fait beaucoup de mon internat ici, la fac à Marseille. J'ai fait mes études mon externat à Marseille, j'ai fait tous les stages de l'internat à Toulon quasiment, je suis resté dans le coin. Sauf un, c'était le choix de CHU obligatoire qui n'existe plus apparemment.

M9 : Moi je n'ai personne ici en famille, j'ai mon copain. En fait j'ai fait la P1 à Corte, le reste à Marseille. J'ai fait principalement l'internat à Toulon sauf le CHU. *prise de conscience* J'étais obligée.

M10 : T'as fait comme moi.

M9 : Et j'ai rencontré mon copain le deuxième semestre. Et lui il était à l'hôpital sur Toulon, donc je suis restée sur Toulon.

Q : Et lui il a un poste à l'hôpital ?

M9 : Oui il est psychiatre à ***.

Q : Le but c'était de rester dans le coin pour son travail ?

M9 : Ajaccio j'ai toute ma famille là-bas, une qualité de vie exceptionnelle je pense. Après pour bouger d'un point de vue culturel il y a moins de chose que sur le continent. Et Marseille c'était trop grand pour moi. Et comme j'ai fait tout l'internat à Toulon, au final les contacts tu les as à Toulon. Donc, je vois l'intérêt.

Q : Et là du coup qualité de vie, cadre de vie à Toulon ? Y avait des choses importantes à trouver dans la ville en elle-même ? Le climat ?

M9 : Dans Toulon même, le climat, je dirais oui on est dans le sud. La ville en elle-même a été refaite, je ne sais pas si tu connais beaucoup Toulon.

Q : Oui j'y suis née.

M9 : Oui ils ont refait toute la rue des arts.

Arrivée de M11 et M12, ré explications de la thèse et de la méthodologie des focus group : le but de ma thèse c'est de chercher les facteurs qui font qu'on s'installe à un moment donné à cet endroit donné, comprendre ce qui déclenche le facteur installation.

Q : Les premières questions qu'on va reprendre c'est pour savoir depuis quand vous êtes installées, si vous avez été installées ailleurs avant et le temps entre l'installation et votre passage de la thèse ?

M11 : Donc je suis ici à Toulon depuis octobre 2019, installée *hésitations sur date installation*, avant ça j'avais été installée à Clamart en région parisienne. Il faut que je te dise l'année ?

Q : A peu près oui.

M11 : Du coup * doute* ça devait être de 2014 à 2015. Après je suis venue sur Toulon, j'ai remplacé d'abord et après je me suis installée. Et ma thèse je l'ai passée en 2014. Et j'ai fini mon internat en 2011, j'ai mis trois ans à passer ma thèse *rires*

Q : Ça arrive. Ok.

M12 : Moi c'est un peu compliqué, j'ai passé ma thèse en 2015 à La Réunion, ensuite du coup *hésitations* entre la fin de mes études et ma thèse il y a eu deux ans et j'ai pas mal remplacé pendant ce moment-là. Après on est arrivé sur Toulon en 2016, je faisais encore des rempla. Je me suis installée une première fois à **** (ville proche).

Q : Oui j'ai vu que tu étais installée à **** sur le site de l'Ordre en fait quand j'ai fait le listing.

M12 : Initialement dans un gros cabinet, ils m'ont fait un coup foireux. Mais donc un mois après l'installation en collaboration, ils m'ont annoncé que le cabinet allait fermer fin 2019.

Q : Parce qu'ils sont partis à *****?

M12 : Oui sauf qu'ils m'ont pas prévenue lorsque j'ai signé le contrat. Donc ce n'était pas très correct de leur part. Donc voilà, ça tombait plutôt bien car après je suis tombée enceinte de la deuxième et du coup je suis installée là depuis janvier 2020 la fin de mon congé maternité.

Q : Et du coup qu'est-ce qui vous a fait bouger dans la région toulonnaise ? Est-ce que vous aviez de la famille dans la zone ? Est-ce que c'était pour le boulot de votre compagnon ? Qu'est-ce qui vous a fait venir vers Toulon ?

M11 : Moi pourquoi je suis partie de la région parisienne vers Toulon ? Du coup on avait juste envie de partir de Paris et on a tracé une ligne Bordeaux-Lyon et on s'est dit en dessous. Et mon mari il n'est pas du tout médecin donc il a changé un boulot sur Toulon. Au final on a de la famille en plus donc ça tombait bien mais c'est juste qu'on voulait partir de Paris.

M12 : Et nous, je suis tombée enceinte de la première à la Réunion et je ne me voyais pas du tout rester aussi loin de ma famille. Et quand on a décidé de venir ici on ne s'est pas du tout rapproché *rires*.

M11 : Vous venez d'où ?

M12 : Ma famille est à Bordeaux et celle de mon mari est en Lorraine. En fait voilà.

Q : Donc rien à voir.

M12 : Ah non c'est à équidistance, je t'assure ça fait sept heures *rires* sept heures.

M11 : Et Paris ce n'était pas à équidistance ?

M12 : Ah non c'est beaucoup plus proche de la Lorraine que de Bordeaux. Mon mari qui du coup est psychiatre, il a trouvé du boulot sans problème.

Q : Il bosse en libéral ?

M12 : Oui.

Q : Donc là du coup on va repartir sur l'idée du cadre de vie, là on peut discuter tous les quatre, qu'est ce qui était important de trouver dans la ville de Toulon ? Aux alentours de Toulon ? Au niveau de l'attractivité de la ville du territoire ? Vous cherchiez quelque chose ?

M11 : Professionnel tu veux dire ?

Q : Non environnement non professionnel. La mer, le soleil, la taille de la ville.

M11 : Je me lance, ben nous c'est vrai qu'on voulait je pense un peu plus de soleil quand même que Paris *rires* et une ville un peu moins grosse tout en ayant quand même. En étant pas à la campagne, du fait du boulot de mon mari qui a un boulot qui nécessite tout de même d'être en ville et donc voilà. Toulon c'est un bon compromis, il y avait notre famille. La mer. Le soleil, une ville de taille raisonnable, agréable. Un peu tout. Mais ça aurait pu être Bordeaux, je ne sais pas Aix en Provence. Ça aurait pu être Lyon.

M12 : Moi du coup en revenant de la Réunion, on s'est dit ça va pas être le Nord *rires*. Parce qu'on ne se voyait pas du tout, voilà. Pareil ça ne pouvait pas être au-dessus. Et effectivement moi j'ai toujours voulu vivre en bord de mer. Et l'histoire de la famille fallait qu'il n'y ait pas de jaloux donc on a choisi équidistance. Du coup on est loin de tout le monde, mais bon.

Q : Petite question pour M11 et M12, vous avez fait vos études où ?

M11 : Moi Paris.

M12 : Moi Bordeaux.

Q : Puis la Réunion ?

M12 : Oui c'est rattaché à Bordeaux, la Réunion.

Q : Et toi M10, pourquoi le cadre de vie de Toulon ?

M10 : Moi j'avais toute ma famille du coté de Toulon. J'avais grandi ici donc je connaissais bien la ville. Et j'avais envie de rester dans une ville qui soit à taille humaine. Qui ne soit pas immense comme Marseille où j'ai fait mes études. J'avais l'impression qu'on ne respirait pas trop et je préférais une ville un peu plus à échelle humaine. Où l'on n'a pas besoin de faire trop de route pour être au milieu des arbres ou à la mer. Et en même temps qui bouge un petit qui soit assez dynamique. Mais je dirai que le facteur principal c'est de rester à proximité de ma famille. Je n'avais pas envie de m'éloigner. En plus ayant vécu quand j'étais enfant, des situations, où un tel était dans telle ville, puis machin à l'autre bout de la France etc. *exaspéré* je ne voulais pas revivre ça. Du coup je voulais rester à proximité de ma famille. En pensant un peu à l'avenir, pour mes enfants au moins on sera à proximité.

Q : Question pour M11-12 car pour M9-10 je sais, comment vous avez connu le cabinet où vous vous êtes installées ? Vous avez créé le cabinet ?

M11 : Oui on l'a créé, on est parti de zéro. C'est moi qui ai commencé. Je dirai ça a mis deux ans et demi. J'ai cherché pendant presque deux ans et demi. J'avais contacté M12 avant, car elle avait mis une petite annonce, qu'elle s'installe à ***** et elle m'avait dit ça tombe mal j'ai ce projet là-bas. Du coup j'avais gardé ses coordonnées. En attendant, je regardais avec une autre famille médecin généraliste et une copine orthophoniste, finalement elles ont trouvé d'autres voies, elles sont allées vers le salariat. Et puis finalement elle m'a recontacté en disant tu cherches toujours, je lui ai dit oui. Nous ne sommes pas les propriétaires du local, c'est une copine orthophoniste. On est encore copines *rires*. On se connaissait avant mais on est parties de zéro.

Q : Du coup, là niveau cadre professionnel qu'est ce qui était important ? Exercer en groupe ? Le fait d'être entourées par d'autres professionnels ? La proximité de l'hôpital ? La permanence des soins et son organisation ? Le type de patient ? Tout ça.

M9 : Moi je dirai en groupe obligé. Je me sens pas de travailler seule, en plus on se connaissait tous à la base. Moi, *****, ***** , on avait ce projet-là. Proximité avec l'hôpital, oui on est à cinq minutes en voiture. Et comme j'ai fait l'internat ici, on avait tous nos contacts ici je trouvais ça bien de continuer comme ça. Après niveau patient *hésitations* ici on a de tout.

M11 : Vous êtes où ?

M9 : ***** On a de tout *rire un peu gêné*. Après les avantages professionnels : on a tout à proximité y a la clinique, y a l'hôpital.

M11 : On n'est pas obligé de faire de garde, c'est quand même pas mal aussi.

M10 : Oui ce n'est pas un exercice de campagne où on peut être appelé n'importe quand.

acquiescement général du groupe, oui oui. Je n'ai jamais été médecin de campagne mais on m'a toujours raconté qu'il fallait être beaucoup plus polyvalent, savoir faire beaucoup de choses différentes. Là c'est vrai qu'on a quand même le confort de pouvoir déléguer en tout cas d'adresser plus facilement à la campagne.

Q : Ça c'était important d'avoir de côté-là, les spécialistes à proximité ?

M10 : De pas se sentir seul c'est surtout ça. De pas être seul au milieu avec des choses plus ou moins grave où, il n'y a pas le choix, il faut se remonter les manches et agir.

M11 : Mais je pense que nous, moi, c'était un peu pareil. C'est pour ça que ça a mis deux ans et demi je voulais absolument être dans un cabinet de groupe où on était au moins deux médecins. Et d'autres professions paramédicales, car il y a au final des orthophonistes et des infirmiers. On est quand même un petit centre médical. J'avais vraiment envie de ça pour pouvoir partager, même entre midi et deux. Ne pas être toute seule toute la journée avec ses galères. Et puis après Toulon, c'était ça, je me voyais pas, pareil que vous à la campagne toute seule, avec mon ECG, mon plâtre et mon truc. Mon petit bloc opératoire mais ça pas du tout. Puis les gardes de week-end tout ça, avec les enfants, ce n'est pas possible. C'est exactement pour ça.

Q : C'était important que la permanence de soin soit organisée ? *silence* Que le soir vous puissiez quitter le cabinet tranquillement par exemple ?

approbation générale

M10 : Fermer la porte du cabinet sinon autrement on devient fou. A penser tout le temps tout le temps au cabinet. Et même plus, je dirai je suis d'accord pour le cabinet de groupe on ne voit pas que des patients à longueur de journée ça fait du bien aussi de pouvoir discuter avec des

gens qui ne sont pas des patients. De pouvoir échanger même si ce n'est pas que médical. Ou des problèmes.

M11 : Ou d'autres choses.

M10 : Tout à fait

M11 : Après t'as posé la question pour le type de patient, j'avoue que ça, pour avoir beaucoup remplacé au *** (quartier de la ville), j'avais beaucoup hésité à m'installer là-bas, mais c'est vrai que la patientèle, il y avait beaucoup de positif, ce n'est pas que du négatif. Mais c'est vrai que c'était énormément *insiste sur le mot* de social. De consultations un peu compliquées. Même des domiciles très compliqués avec des situations sociales catastrophiques. J'avoue que ce côté-là m'a fait beaucoup hésiter car ce n'est pas simple à gérer au quotidien. Je pense que tenir dans la longueur sur des années comme ça, j'aurais eu un peu de mal.

M12 : Et moi je suis quand même contente d'être installée à **** (quartier d'installation), car j'avais fait un remplacement dans le centre de Toulon à côté du port et en fait je ne bossais que les après-midis là-bas et franchement je t'assure que je ne faisais pas la maligne *inquiétude dans la voix*. Je n'étais vraiment pas tranquille en plus je bossais toute seule. La nana avec qui je bossais elle bossait le matin et moi je bossais l'après-midi.

approbation des autres, oui oui

M12 : Et quand je passais devant les bars et les cafés j'étais comme ça. *inquiète* Quand je faisais les visites c'était pareil. Et donc tu réfléchis tu dis « je n'irai pas m'installer n'importe où quand même ». En tant que nénette en tout cas.

M9 : Là faut trouver un juste milieu aussi. Là à ***** (quartier d'installation) il y a de tout. On a des toxicos, on a des gens très bien. On a vraiment de tout. Pour avoir remplacé au pont du las je l'ai fait, ce n'est pas possible je pense de tenir longtemps.

M12 : Ah **** (quartier difficile de la ville) c'est très dur. Quand je me faisais le bilan de la journée c'est quand même.

M9 : On a l'impression qu'on rame qu'on rame et qu'on n'avance pas. Et après. A contrario j'ai remplacé à ***** (ville proche) où c'est le monde des Bisounours toute la journée en fait *rires*. J'ai l'impression qu'il y a que des familles, que des enfants qui ont le nez qui coule. C'est

un peu moins intéressant. Pour moi il faut un truc entre les deux. Après chacun aime sa patientèle et forme sa patientèle. Mais c'est vrai que voilà. Il faut être un peu polyvalent.

M11 : Voilà c'est sûr.

M10 : Mais être seul c'est exactement ça le problème, c'est des coups à se faire des frayeurs à son cabinet quand on est tout seul. Je vois quand un patient difficile arrive au cabinet. On est tranquille de savoir qu'il y a d'autres personnes dans la salle d'attente et qu'il y a surtout le collègue à côté.

approbation générale

Et pour l'histoire des campagnes c'est la route entre les villages.

Q : Les temps de trajet ?

M10 : Oui et de se dire que tous les jours il va peut-être falloir avaler 70 km de trajet pour aller voir un tel qui habite à 10 km dans le petit hameau, ensuite revenir à 20 km au sud voir Machin. C'est un peu compliqué.

M11 : Et quel que soit les revenus. Moi on me donnerait une voiture, une maison, je ne le ferais pas.

M10 : Je suis d'accord.

M12 : Et puis il y a les enfants aussi.

M10 : C'est ce que je trouve un peu dommage. Il faut que je le dise avec délicatesse, mais j'ai l'impression qu'en fait y a une mauvaise compréhension, un désaccord sur ce que l'on considère comme étant de la qualité de vie. Donc on offre la maison aux médecins généralistes, puis en plus ils auront la voiture, puis en plus, c'est surtout une histoire... Ce qu'on ne veut pas nous c'est surtout les trajets énormes, la fatigue à la fin de la journée, on a l'impression que le gouvernement ne comprend pas trop ça.

Accord général

Q : Et M12 est ce que tu avais remarqué une différence entre les patients de ***** et ceux de Toulon ? Est-ce que ça a joué dans le changement ou pas du tout ?

M12 : Non. La seule raison, ce qui a fait que je me suis rapprochée c'est que c'était plus simple « organisationnellement ». C'est tout con. Après la patientèle je n'ai pas vu de grosse différence. Ici la patientèle est beaucoup plus jeune et beaucoup plus féminine.

M11 : Parce qu'on a Doctolib et qu'on fait beaucoup de gynéco.

M12 : Et beaucoup d'enfants. Y a des jours où j'ai l'impression de ne pas voir d'hommes *rires*. Ce n'est pas ça qui m'a poussé à bouger, c'est vraiment le fait de me rapprocher de se simplifier les choses.

Q : Donc vous avez plutôt une pratique gynéco/pédiatrie et est-ce que ça a joué pour vous installer là ?

M11 : Non.

Q : Tout ce qui est professionnels paramédicaux : kiné, infirmiers, pharmacie, cabinet de radio tout ça ? Est-ce qu'il fallait être à proximité ? Est-ce qu'il faut avoir des rapports avec eux ?

M11-12 : Oui quand même Labo et pharmacie c'est quand même la base.

hochement de tête de M9-10

M11 : Moi j'ai vraiment regardé ça quand même mais que labo pharmacie. Le reste moins.

M10 : Les infirmiers pour la population dans le quartier c'est quand même assez utile. Après c'est vrai qu'ils sont installés.

M11 : Il y en a beaucoup quoi.

M9 : Il n'en manque pas, y en a partout.

Q : Petite question vraiment cadre professionnel au niveau du type de structure dans laquelle vous êtes installées, c'est une MSP, ou c'est autre chose ?

M10 : Non c'est juste un cabinet d'associé. Cabinet de groupe.

M9 : Nous deux on est associés. Et avec nous il y a un troisième médecin mais qui était là juste après **** mais qui n'est pas associé avec nous, qui n'a pas les mêmes patients ni le même logiciel. Qui n'a pas le même secrétariat. Après les patients vont voir l'un ou l'autre on s'en fout mais c'est vrai que ce n'est pas pratique.

M11 : Nous on a fait très simple, on n'est pas associés ni rien du tout.

M12 : On a que le logiciel en commun et éventuellement la patientèle.

M11 : On a chacune nos factures. On sépare tout. On n'a pas fait de structure particulière.

M9 : Nous aussi chacun paye son truc on est locataire chacun paye son loyer.

M11 : Nous aussi on est locataire. On paye chacune notre secrétariat même si on l'a en commun. On paye chacune notre logiciel. On a trouvé ça plus simple que les histoires d'association de collaboration. Les enjeux financiers sont un peu compliqués. Finalement ça se passe très bien comme ça. On a chacune notre matériel. On n'a pas de secrétariat physique donc on n'avait pas cette obligation d'avoir une SCM ou un truc.

Q : Est-ce que vous avez bénéficié d'aides ? Matérielles, financières, de qui que ce soit ? La mairie, une collectivité ?

non général

Q : Je n'ai trouvé personne encore qui avait bénéficié d'aide encore. *rires*

M11 : J'y avais pensé initialement.

M12 : C'est vrai que tu y avais pensé.

M11 : Mais c'est vrai que vu qu'on s'est installées à Toulon à ***** (Quartier), c'est vrai que quand on projetait de s'installer au **** (ville limitrophe) j'y avais pensé.

Q : Parce que vous aviez comme projet de vous installer sur *** ?

M11-12 : Oui on hésitait entre les deux.

Q : Et qu'est-ce qui vous a fait choisir Toulon ?

M11 : Parce qu'il y avait déjà beaucoup beaucoup de médecins sur *** (ville limitrophe).

M12 : Ils étaient une bonne dizaine quand on a décidé de s'installer donc on s'est dit, non ça ne va pas le faire là.

M11 : Et c'est vrai que le local était vraiment très sympa. Même le prix était plus attractif qu'ici. Le local est très sympa, il est rénové sur la *** (rue principale de la ville) le centre médical. C'était vraiment sympa mais il n'y a pas que les locaux qui comptent aussi. Si c'est pour qu'on ait trois patients par jour. Trop de monde sur la place déjà.

M10 : Oui il y a un gros cabinet

M11 : Ils sont six avec des horaires imbattables, du matériel imbattable.

M12 : On n'aurait pas pu concurrencer.

M11 : D'ailleurs il n'y a toujours pas de médecin généraliste qui s'est installé là. J'ai regardé, il y a des médecins.

M12 : Il y a un psychiatre et des dentistes.

M11 : Après ça m'étonne pas il fallait être un peu courageux pour le faire.

Q : Là je vais vous poser la dernière question, mais qui est la plus importante en fait. Si vous deviez choisir un seul facteur qui a fait que vous vous êtes installé ici à ce moment donné ? Ce serait lequel ?

M12 : Les enfants *rires*.

Q : Tu peux développer ?

M12 : En fait moi sinon je continuerais à faire des rempla. Je me suis installée à cet endroit-là car c'était plus simple au niveau de la distance pour pouvoir les déposer. Et au niveau organisationnel avoir tout sur place c'est plus simple, financièrement au moins parce qu'on a des revenus réguliers. Voilà c'est les enfants.

Q : Pour la sécurité ?

M12 : Voilà c'est ça.

Q : Et Toulon en règle générale c'était l'occasion ?

M12 : C'est l'occasion qui a fait le larron. Mais sinon effectivement d'être à Toulon c'est plus pratique.

Q : Et toi M11 ?

M11 : Waouh, je ne sais pas si je peux trouver un seul facteur. Pourquoi à Toulon dans ce cabinet ?

Q : Pourquoi ce cabinet à cet instant donné ?

M11 : Euh *hésitations*. Un seul facteur ?

Q : Le plus important, après tu peux développer en me disant un peu les autres.

M11 : Franchement c'est chaud *rires et hésitations*. Le plus important je pense, c'est quand même le fait d'être dans un cabinet de groupe. Je trouvais ça hyper important de ne pas être toute seule c'était presque le truc numéro 1. Et après Toulon Est parce que c'est pas mal parce que j'ai trois enfants et que j'essaye de me simplifier la vie au maximum. Et voilà et Toulon parce que pas la campagne.

M9 : *hésitation* Moi je te dirais le cabinet et la pratique du cabinet en lui-même. Parce qu'en fait si tu veux à la base je devais être à l'hôpital. Et puis le stage avec **** ça m'a fait changer d'avis : je ne veux pas du tout être à l'hôpital, je veux être en médecine gé, en cabinet. J'ai remplacé **** énormément, après c'est moi qui suis allée le voir car je savais qu'il cherchait quelqu'un. Il y avait déjà M10. On était amis à côté, donc je lui ai dit si tu veux on bosse ensemble. Bon après il est tombé malade il y a eu tout ça. Mais le facteur déclenchant c'était quand même le cabinet et la pratique du cabinet. Même si après tout ce qu'il s'est passé on est en train de changer la pratique pour survivre *rires gênés*. On essaye. Après niveau famille tout le monde est en Corse. Mon compagnon il est à l'hôpital mais je sais qu'il peut très bien bouger et qu'on aurait pu s'installer ailleurs. Et la ville j'ai été entre guillemets adoptée par la ville. Mais le cabinet et cette façon de travailler avec **** ça m'a plu dès le début. Et je me suis dit l'hôpital jamais. Et j'ai aucun regret, s'il fallait recommencer je referais tout pareil *émue*.

M10 : Et moi c'est une espèce de combo entre la famille, le quartier que je connaissais bien et après oui mon maître de stage qui m'a donné l'opportunité de m'installer à ce moment-là. Et comme je savais que moi que je voulais m'installer, que je connaissais le quartier et qu'il y avait ma famille à côté. C'était le combo parfait.

Q : Est-ce que vous voulez rajouter des choses ?

M11 : Je pense l'avoir déjà dit, je ne suis pas sûre que l'Etat doive jouer sur des incitations financières pour faire bouger les médecins vers le rural. Je pense qu'il faut, je ne sais pas, qu'ils développent des maisons de groupe, des micros centres de santé.

M10 approuve

Q : Donc vous pensez que maison de santé pluri-professionnelle, CPTS, c'est cela qui va un peu relancer ou pas du tout ?

M11 : Je pense que les jeunes forcément ils veulent un travail de groupe. Que seul dans son coin au milieu de la campagne, même avec toutes les incitations financières je pense que ça ne marchera jamais.

approbation générale

M10 : Je suis d'accord avec ce que dit M11 et aussi le problème aujourd'hui c'est que les campagnes ne sont plus attractives.

M11 : Oui pour les familles.

M10 : Pour avoir vu, mes grands-parents habitent dans un petit hameau en Bourgogne, et encore, ce n'est pas un petit hameau c'est une petite ville. En l'espace de 15 ans, c'est devenu complètement mort. Il ne s'y passe plus rien, il n'y a plus personne. On pourrait faire un séminaire, une retraite. C'est terrible. Et dire à des gens, on va les envoyer là-bas, puis en plus ils vont devoir tant de temps, ce qu'on leur a payé, c'est assez agressif je trouve.

M11 : Oui puisqu'après il y a la vie avec la famille qu'il faut aménager en pleine campagne ce n'est pas évident.

Q : Je vous remercie pour le temps accordé.

Focus Zone 4

Visioconférence

Le 11 décembre 2020

Q : *Explications rapides à nouveau de la thèse.* Pour vous M13 vous êtes installé depuis quand ?

M13 : Septembre 2019.

Q : Est-ce que c'est votre première installation ?

M13 : Non.

Q : Vous étiez installés où avant ?

M13 : Dans la Somme, près d'Amiens.

Q : Et le temps d'installation entre votre thèse et votre première installation ?

M13 : En fait après ma thèse, j'ai travaillé pas mal aux urgences, pendant un bon moment. Huit ans. Plus que ça. En première installation médecine générale ?

Q : Oui.

M13 : Donc j'étais thésé 2003 et je me suis installée en médecine générale en *hésitations* 2013.

Q : Donc dix ans d'une pratique aux urgences

M13 : Oui. Je faisais un peu de rempla au début, puis j'ai repris, puis avant de quitter les urgences.

Q : Qu'est-ce qui vous a fait bouger entre la Somme et ici ?

M13 : *hésitations* C'est le climat clairement *rires*. Très très très clairement. Et puis j'ai eu une opportunité d'installation là où je suis installé actuellement et puis voilà.

Q : Bonjour M14, on avait commencé par les questions préliminaires. Vous êtes installés ?

M14 : Installé à *****.

Q : Depuis combien de temps ?

M14 : En 2018, ça fait bientôt trois ans du coup.

Q : C'est votre première installation ?

M14 : Oui.

Q : Et combien y-at-il eu de temps entre votre thèse et votre installation ?

M14 : Trois mois en gros.

Q : Vous avez fait vos études où ?

M14 : Marseille.

Q Tout ?

M14 : Oui tout. De la PCEM à la thèse du coup.

M13 : Amiens ! *fier*

Q : Tout ?

M13 : Oui, ah j'ai fait six mois à Cannes mais ça ne compte pas.

Q : Vous aviez fait un inter CHU à Cannes

M13 : Oui six mois.

Petit interlude en attendant les autres médecins, discussions sur le COVID, si c'est calme ou non.

Je suis contente d'interroger des hommes car j'ai interrogé beaucoup de femmes pour la thèse.

M14 : du coup la thèse c'est du qualitatif ?

*Q : Oui c'est du qualitatif en focus. Là je pense que ça sera le dernier, le quatrième. Là j'ai fait une zone *hésitations* semi-rurale.*

M13 : Tu as fait le Haut Var ?

Q : Pas le Haut Var est, j'ai fait à l'ouest.

M14 : Je comprends que ça soit un peu la misère pour récolter les données. Donc tant qu'à faire si on peut aider c'est bien.

Q : Du coup pour toi M14 ? Comment ça se fait que ça soit arrivé aussi vite ? T'avais déjà réalisé un stage ?

M14 : Mon stage chez le praticien je l'ai fait chez le Dr ***** et il n'allait pas tarder à partir à la retraite et il m'a proposé la collaboration et j'ai dit oui. Et là je fais racheter les parts pour être associé. C'est un cabinet de groupes on est six en fait. Du coup ça s'est fait comme ça. Vu que ça c'était bien passé, j'ai dit « bon allez » *enthousiasmé* allons y.

Q : Donc vous êtes six t'es en tant que collaborateur après tu vas passer associé.

M14 : Associé avec les cinq autres.

Q : Est-ce que c'est une MSP ?

M14 : Non non c'est une SCI/SCM. Ça c'est plus immobilier, mais y a pas de structure. Non.

Q : Et toi M13, t'es installé seul ou en groupe ?

M13 : Moi je collabore avec un médecin qui s'appelle ***** qui va partir en retraite. Et qui m'a proposé la collaboration pour que lui puisse partir en retraite progressivement. On ne travaille jamais en même temps. Grosso modo il travaille le mercredi et le samedi et moi je fais les autres jours.

Q : Le but c'est que tu travailles tous les jours à terme ?

M13 : Le but c'est déjà que le cabinet soit ouvert. Que lui puisse partir en douceur, il a une grosse activité et que moi je puisse me faire à la patientèle. Et à moi. En douceur. C'est plutôt pas mal comme système d'installation.

approbations M14

Q : Tu as des aides ?

M13 : Non je n'ai rien demandé.

Q : Tu t'étais renseigné ou pas ?

M13 : Pas du tout.

Q : Je te demande ça car **** (ville d'installation de M13) c'est une ZAC, et il y a possibilité d'aide. Mais je n'ai pas interrogé des gens qui avaient bénéficié d'aide.

M14 : Moi non plus, rien.

Q : Pas d'aides matérielles ?

M13 : Non et quand je suis arrivé, j'avais rencontré une déléguée à l'Assurance Maladie, qui ne m'en a pas parlé d'ailleurs. J'ai pas plus creusé plus que ça, je t'avouerais.

Q : Tu as voulu déménager dans la région et après comment tu as connu le cabinet ? Dr **** ?

M13 : De deux façons : par des annonces quand je prospectais pour venir m'installer dans le coin. Par des annonces. Et il y avait une médecin sur **** qui cherchait un successeur et qui avait déjà trouvé et qui m'a dit « va voir ce médecin-là ».

Q : C'est Dr ****?

M13 : Oui, qui m'a dit « Va le voir, franchement ça devrait coller ». J'avais contacté Dr **** en direct et puis Dr **** m'en avait parlé. Et j'ai un oncle qui est médecin sur Cannes qui avait un

réseau un peu local et qui m'avait confirmé que ça devrait coller. Par le biais des délégués médicaux d'ailleurs. Et donc quand on a commencé à discuter, vraiment on s'est bien entendus. *soulagement* Ça a été vraiment l'élément déclencheur.

Q : L'entente avec ton associé.

M13 : Clairement.

M14 : Qu'est-ce qu'il devait être content le Dr ***, car j'en entendais parler comme quoi il cherchait un associé à tout prix ou quelqu'un pour reprendre car il avait énormément de taff à ***.

M13 : *Approuve* Puis on s'est vite entendus. Pour moi le travail ne me fait pas peur. Lui c'est un type assez rigoureux et de ce que j'avais compris, il avait eu plusieurs candidats qui n'avaient pas tenu le coup ou fait l'affaire et puis voilà. Ça s'est fait comme ça et c'est bien. Donc je suis content. *soulagement*

M14 : Bah oui j'imagine *rires*.

Q : Pourquoi au final l'installation ?

M13 : Bah pourquoi pas ? *rires* C'est quand même le seul de moyen de travailler en médecine générale. Les remplacements, c'est bien mais voilà.

M14 : Oui moi je suis d'accord, les remplacements on voit ce qui marche ou ce qui ne marche pas. Les gens ont les suit du début à la fin du rempla, mais ce n'est pas suffisant.

M15 : Bonsoir, moi je suis installée à ***.

Q : Depuis quand ?

M15 : Depuis septembre 2016.

Q : C'est ta première installation là-bas ?

M15 : Oui.

Q : Tu as passé ta thèse quand ?

M15 : J'ai dû la passer en mars 2014 je crois.

Q : Tu as fait tes études où ?

M15 : A Paris.

Q : L'externat ?

M15 : Non j'ai fait l'externat à Amiens. Et après mon internat à Paris.

rires collectifs Je suis une expatriée.

Q : Qu'est ce qui t'a fait bouger dans le sud ?

M15 : Moi je suis de Toulon à la base, c'est juste que mes parents ont beaucoup déménagé donc je me suis retrouvée à passer mon bac à Amiens. Du coup j'ai fait l'internat à Paris. Et après je suis redescendue chez moi quoi.

Q : Du coup t'as de la famille dans le coin ?

M15 : Oui ma famille est ici, moi.

Q : Comment tu as connu le cabinet où tu t'es installée finalement ?

M15 : Ah bah par hasard, après les attentats du 11 novembre, c'est tombé le 13 novembre juste après mon anniversaire, on avait rendez-vous avec les copains au quartier Ferraillon et une copine était de garde en neuro donc au lieu de faire ça le vendredi, on s'est donnés rendez-vous le samedi. Et le vendredi tout a pété *émotions*. J'étais en train de chercher une raison de redescendre dans le sud ou pas et bah voilà. J'ai commencé à avoir peur de vivre à Paris *rires émus*. Donc j'ai regardé les annonces dans le Var et je suis tombée sur l'annonce de cette nana à**** (ville d'installation). Son mari était muté pour raisons professionnelles ailleurs et donc elle cédait sa patientèle et beh du coup. On s'est téléphonées, je suis allée la remplacer. J'ai vu que ça me plaisait bien. Et donc j'ai dit « Banco » quoi. *enthousiasme*. Un peu le hasard finalement mais je suis assez contente.

Q : Et là du coup ? C'est un cabinet de groupe ?

M15 : On est cinq médecins généralistes. On a la pharma, les kinés, une sage-femme. Des infirmiers et un ostéo avec nous. On est pas mal installés.

Q : Du coup on va commencer un peu par ça, au niveau du cadre professionnel qu'est qui était important de trouver de votre lieu d'installation ? Au niveau des autres professionnels ? Des spécialistes ? Des hôpitaux ?

M15 : Moi ce que je cherchais c'était ne pas m'installer toute seule. J'avais remplacé quatre ans je sortais de l'internat. Je voulais absolument ne pas m'installer toute seule et je ne voulais pas vivre trop près de mon lieu d'installation. Donc **** (ville installation) - **** (ville résidence) pour moi c'était parfait. Donc c'est un petit peu tout ça qui a motivé : le réseau pro, un petit peu l'éloignement géographique du domicile. Parce qu'à Paris on est assez anonyme et ça me plaisait bien. Et je ne voulais pas retrouver la mentalité dans le sud en mode « village ». A **** je suis le Dr **** et chez moi je suis juste *** (prénom). C'est un peu ça qui m'intéressait.

M14 : Pour moi pour moi c'était aussi le fait de travailler en groupe. Et d'être à **** (ville d'installation) où il y a un SOS médecin qui peut intervenir, pour ne pas avoir à faire des gardes à 4 h du mat, ça aussi. Le réseau et les hôpitaux pas très très loin au cas où. C'est ça qui m'a motivé pour ma part.

M15 : Tu es installé où ?

M14 : **** dans un cabinet de groupe, on est huit en tout, parce qu'il y a deux collaborateurs.

M13 : Moi je suis le petit vilain canard, parce que j'avais connu une association avant de m'installer dans le Var, qui ne s'est pas très très bien terminée, qui ne s'est pas bien passée. Et donc je ne cherchais pas forcément à être associé avec quelqu'un. Juste parce que j'avais été un petit peu échaudé par une association on va dire. Et par contre avant de m'installer j'avais pris soin de connaître un petit peu le réseau local : infirmier et pharmacie surtout. Pour voir un petit peu leur ressenti sur justement, les besoins, comment ça se passait dans le coin etc. Et c'était à peu près la seule chose à laquelle j'ai fait attention. Après je connaissais la situation géographique, les hôpitaux proches, le système de garde etc. Mais je n'ai pas souhaité être obligatoirement installé dans une MSP ou un cabinet de groupe etc.

Q : Mais infirmière pharmacie c'était important pour toi qu'il y en ait ?

M13 : * Approbations* Oui c'est important. Je ne me serais pas vu dans un village ou un lieu où il n'y a pas un réseau de soins adapté on va dire. Donc c'était le cas.

Q : Et tout ce qui est kiné labo, est ce que ça a compté pour vous ?

M13 : Pour moi ? Franchement je ne me suis pas posé la question avant. Car c'était impossible qu'il en manque pour moi. Du moins, des labos. Je me suis vite aperçu que les kinés ça faisait un petit peu défaut dans le coin. Franchement préalablement je n'y aurais jamais pensé.

M14 : Moi pareil, la même chose. Je ne pensais pas qu'on manque, je n'imaginais même pas. Même par rapport aux pharmacies, infirmiers je ne m'étais pas posé la question. Après j'avais fait des remplacements dans le cabinet où j'étais. Et du coup je savais comment ça se passait et ça me convenait bien comme ça et je n'ai même pas posé la question. Ça me convenait bien et du coup j'ai dit oui.

M15 : Moi c'est un peu différent comme j'arrivais de Paris où j'avais remplacé pendant quatre ans. Je me suis vachement renseignée sur ce qu'il y avait autour, j'avais surtout peur que ***** (ville d'installation), ça soit très rural alors que ça ne l'est pas du tout. Alors je me suis plus renseignée par rapport à ***** et la région telle qu'elle était. J'avais le souvenir quand j'étais petite que mes cousines qui habitaient ***** (ville proche) elles étaient au bout du monde. Donc du coup c'était surtout par rapport à ça que j'avais regardé. Mais dans le coin on ne manque pas particulièrement de grand-chose, donc ce n'était pas particulièrement un obstacle, on avait tous les hôpitaux pas loin, le service d'SOS médecin. C'est vrai qu'on a un réseau qui est sympa.

M14 : C'est vrai.

Q : Et toi M15 j'ai oublié de te demander : est-ce que tu as bénéficié d'aides financières ? De toute collectivité ? Ou des aides matérielles ? De par le médecin que t'as remplacé ?

M15 : Non rien du tout, pas d'aides financières. Je lui ai racheté le matériel qu'il y avait dans son cabinet, la table d'examen le bureau et l'ordinateur est en leasing avec la SCM. Ce qui m'a permis de ne pas chercher quoique ce soit. Parce qu'elle elle déménageait donc je n'ai pas vraiment eu d'aide particulière. Elle venait d'acheter donc c'était assez neuf ses trucs, c'est une table d'examen électrique donc je me suis dit allez banco. Je la garde quoi.

Q : Au niveau de la pratique ? Qu'est-ce qu'il était important de pouvoir mettre en place dans votre pratique qui a fait l'installation ? Est-ce que vous avez un type de pratique particulière ? Au niveau de la patientèle ?

M13 : C'est difficile à dire ça. Parce que je pense quand tu arrives t'as une patientèle qui ressemble à ton prédécesseur, tu te formes un peu à elle, elle se forme un peu à toi. Puis les gens, ça se fait ou ça ne se fait pas. *approbations générales des autres*

Chacun fait la pratique qu'il a l'habitude de faire. Moi je n'attendais rien en tout cas. Je savais à peu près les horaires que j'allais faire ou à peu près faire. Et les jours et les gardes souvent ça revient. Mais préalablement je ne suis pas arrivé avec une idée pré conçue « ça va être comme ça ». Il y a forcément une petite continuité en tout cas en ce qui me concerne.

Q : Quand tu as commencé, tu t'es dit cette pratique, cette patientèle ça me va ?

M13 Ah oui. *enthousiasme* Oui oui. Préalablement j'avais un petit peu regardé sa répartition de patients, si c'était uniquement des personnes âgées, que des actifs, voilà. Ça ressemblait grossièrement à la patientèle que j'avais déjà dans le nord moi. A Amiens.

M15 : Ah tu viens d'Amiens *rires*

M13 : Le monde est minuscule.

Q : Et vous trouvez que les patients du nord et du sud ils sont comment ? Il y a une différence ?

M13 : Moi personnellement je pense que ce sont à peu près les mêmes. Ils sont ici, ils font moins facilement confiance. En revanche une fois que c'est parti, c'est.... C'est latin quoi. Mais après au niveau des prises en charge, je ne trouve pas qu'il y ait une différence. Je m'attendais avec l'épisode du COVID au-delà de l'épidémie quand ça a commencé à monter, je me disais « mon dieu avec les Varois ça va être terrible ». J'ai une sœur qui est médecin généraliste dans le Nord, elle a vécu exactement la même chose que nous ici, avec les mêmes genres de réflexions, le même genre de patients, les mêmes sortes d'inquiétudes. Donc je ne pense pas qu'il y ait une énorme différence, voilà. Les patients après se font à nous, ils nous ressemblent un peu. Ils sont habitués et je pense que c'est comme ça.

M15 : Moi j'ai été agréablement surprise. Il s'est passé plutôt l'inverse. J'ai beaucoup travaillé sur Paris XVe – XVIe, Boulogne, Saint-Cloud donc que des bourgeois. Et la patientèle là-bas on est un produit de service le médecin. C'est « Docteur je veux ça il me manque ça. Appelez Machin pour mon rendez-vous. » Les gens ils ne te respectent pas comme médecin. C'est le prestataire de service comme-ci ils appelaient Orange. *rires jaunes*. Alors que sur ***** , la nana à qui j'ai succédé, elle était maître de stage à la fac donc déjà elle était tout à fait dans l'optique de

la médecine que je venais d'apprendre. Et hyper valorisée en tant que médecin. Moi j'ai appris le rôle de médecin traitant ici, à Paris on n'est pas vraiment des médecins traitants. On est des prestataires d'ordonnances à Paris. Alors qu'ici on est un médecin de famille un médecin traitant. Moi j'ai découvert ça ici.

Q : Est-ce que tu penses que c'est la mentalité du sud, ou parce que **** c'est plus une petite ville ?

M15 : Je pense que c'est la province tout bêtement. Parce qu'à Paris... J'y ai habité huit ans, j'ai le droit de les critiquer un peu *rires globaux*. Les Parisiens ils sont quand même assez à part. Surtout au niveau de la consommation médicale, ils ont tellement tout à portée de main que c'est facile pour eux. Si ça ne leur convient pas ils vont voir le voisin. Il n'y a pas de relation de confiance ou de relation médecin-patient qui se crée. Ils viennent te voir parce que t'es médecin, enrhumés ils viennent à côté du boulot, le lendemain ils ont le lumbago ils vont en bas de chez eux. Alors qu'ici c'est plus le côté province, un peu parce que c'est régional et que c'est méditerranéen, ça je ne sais pas trop. Mais c'est plus le côté attachement au médecin de famille qu'ils voient dans toutes les circonstances de leur vie quoi. Et pas quand ça les arrange à ce moment-là.

Q : Et ça, ça t'a plu ?

M15 : Ah ben ça c'est sympa, j'aime bien.

Q : Et toi ? M14 ?

M14 : La question à la base ?

Q : Le mode d'exercice, le type de patient.

M14 : Moi le mode d'exercice ce qui m'a bien convenu c'était à mi-temps. C'est-à-dire qu'on n'a qu'une seule salle de consult pour deux avec mon collaborateur. Donc quand il est là le matin, je suis là l'après-midi et vice et versa. J'aime bien aussi, j'ai une autre activité : je suis médecin à la prison à ***** aussi. J'aime bien ne pas faire que du cabinet et bouger un petit peu. Ça, ça me convenait bien aussi. Je fais pas mal de visites à domicile, ça me laisse le temps pour les faire aussi. J'ai un bon rythme de travail mais je trouve que c'est bien de couper aussi. Parce que pour ma part, de rester enfermé dans le cabinet pendant huit heures, dix heures, quinze heures. Au final il n'y a pas forcément d'échange. Tandis qu'à la maison c'est plus une

équipe de soins, puis les patients sont un peu différents aussi. Ce n'est pas du tout le même type de patients qu'on voit. Mais c'est intéressant le côté un peu à mi-temps qui me plaisait.

Q : Tu ne voulais pas faire que du cabinet.

M14 : Oui, avant ça j'étais médecin coordinateur en EHPAD aussi dans le reste de mon mi-temps. De varier un petit peu aussi. J'adore la médecine générale mais de là à ne faire que ça tout le temps, tout le temps, tout le temps. Je préfère aussi avoir plusieurs activités. Moi ça m'enrichit plus on va dire.

M16 : Bonsoir.

Q : Tu vas avoir le droit de te présenter devant tout le monde *rires*.

M14 : Ça fait un peu alcoolique anonyme *rires*.

Q : Donc je vais te demander depuis quand t'es installée ?

M16 : Ça ne fait pas si longtemps que ça, deux ans et demi.

Q : C'est ta première installation ?

M16 : Oui parce que je suis médecin militaire moi en fait.

Q : Tu travaillais où avant ?

M16 : On est muté, je suis partie un peu partout en France. La dernière affectation c'était au régiment d'artillerie à ****. Et j'ai posé ma retraite, je suis partie et je me suis installée.

Q : Donc t'as passé ta thèse quand ?

M16 : Oula *rires* je ne sais pas si j'ai droit de le dire. En 2000.

Q : Comment t'as connu le cabinet où tu t'es installée ?

M16 : En fait quand je suis partie. Je ne voulais pas forcément m'installer. J'ai commencé à faire des remplacements, j'habite à **** (ville différente de celle d'installation) donc j'ai commencé à remplacer à côté de chez moi et j'ai failli m'installer d'ailleurs, mais c'était une SCM et une SCI. En fait, j'ai quitté l'armée parce que j'en avais marre d'avoir des chefs et de travailler en collaboration. En fait c'était pratique, il y avait des secrétaires et tout, mais c'est tombé à l'eau car c'était trop compliqué, on n'est pas arrivés à tomber d'accord. Donc j'ai fait un autre

remplacement ailleurs. Donc à ***** (ville d'installation) et le médecin il avait des soucis personnels qui faisaient qu'il devait partir à la retraite donc il m'a un peu poussée il m'a dit faut t'installer. Et c'est vrai que c'était un peu chiant d'être remplaçant, on ne peut pas suivre les patients. C'est bien pour certains côtés, mais on ne peut pas suivre les patients. Intellectuellement, c'est un peu chiant au bout d'un moment. Donc je me dis « bon allez » faut que j'essaye, donc j'ai fait le temps qu'il parte à la retraite, puis j'ai pris la suite. Il est parti il y a deux ans et demi. Voilà comment ça s'est fait.

Q : Et du coup t'es installée avec qui ? Toute seule ?

M16 : Je suis toute seule. Fin c'est une maison médicale où il y a deux dentistes on partage la location. Mais on n'est pas associés. Et il y a un autre médecin, on partage la salle d'attente, mais on est indépendants.

Q : C'est une MSP ou pas du tout ?

M16 : MSP ? Ça veut dire quoi je n'ai pas l'habitude de tous les termes.

Q : Maison de santé pluri-professionnelle. Est-ce que vous avez des sous de l'ARS ?

M16 : Non non non. Justement on est en train de discuter avec les gens des villes autour pour CPTS et tout ça mais je ne suis pas super chaude. Je n'ai pas quitté une organisation lourde comme l'armée *rires* pour me retrouver dans un truc pareil *soupirs*. Ça m'inquiète un petit peu ces CPTS. J'ai l'impression que ça va rajouter des choses et faire perdre la liberté. Après c'est mon avis. Moi j'ai quitté l'armée pour ça, pour être indépendante et pour pouvoir être libre. Et j'ai l'impression qu'on va me remettre un truc dessus donc ça me fait un peu peur. Et ça pourrait me pousser à me désinstaller même.

Q : Est-ce que vous partagez un peu l'avis de M16 sur les CPTS ?

M14 : Oui complètement.

M13 : Alors moi j'ai eu la Sécu au téléphone hier à ce sujet. Qui m'a laissé entendre que ça ne serait bientôt pas une option mais une obligation. Ce à quoi je n'ai pas manqué de répondre « qui vivra verra ». Non moi c'est rédhibitoire, c'est absolument rédhibitoire de me retrouver obligé. Les choses se font par fusion par intérêt commun, parce que voilà on a envie de les faire. Et pas par obligation ou quoi. S'IL y a des regroupements qui doivent se faire, c'est parce que

les humains s'entendent et veulent se regrouper et pas parce qu'ils ont un intérêt purement financier. Moi j'avais une région à Amiens, que tu connais M15, où il y a beaucoup de maisons médicales, de santé, qui sont vides de médecins, avec des bureaux vides. Des médecins qui ont bénéficiés de subventions de tout ce que l'on veut. Et l'entente des humains ne se faisant plus.
approbations du groupes C'est ça la base.

M16 : Tu es où ?

M13 : ****Je suis Dr ****

M16 : Ah oui c'est toi, il faut qu'on se rencontre en vidéo.

M13 : Eh oui il faut vraiment qu'il y ait le COVID. *rires*

M16 : Et les deux autres ?

M14 : *****.

M15 : Moi c'est *****, je suis ta copine Instagram, on faisait nos formations ensemble. La CPTS nous harcèle aussi pour les rejoindre. Et ils nous ont dit que c'était obligatoire à partir de 2022.

M16 : Obligatoire, je ne comprends pas ce que ça veut dire ?

M15 : Ce sera comme les ROSP, on sera sanctionné, on n'aura pas de prime financière, je pense. De ce que j'ai compris ce serait plutôt comme ça.

M14 : Mais ils peuvent nous obliger à voir un patient que l'on ne veut pas ?

Q : Ça va être obligé de créer un réseau de soin, qui est sans doute déjà le cas.

M14 : Oui le réseau de soin on le crée au fur et à mesure.

M15 : Ben en fait *hésitations* nous sur ***** on dépend de la CPTS des Maures, qui comprend*****. C'est une agglomération commune qui ne correspond pas du tout à notre mode d'exercice. Et en fait c'est des décisions politiques pour rassembler les territoires. Et ils essayent de faire une maison de santé pour avoir un système de garde et nous par exemple ils le pondraient sur *****. Mais il n'y a pas de médecin donc je ne vois pas l'intérêt de faire déplacer tous les médecins à *****. Ils nous disent qu'il n'y a pas d'obligation et que l'on fait ce que l'on veut mais en pratique la permanence de soins qui se déclinent c'est 8 h – 20 h, il faut être joignable, il faut avoir absolument un planning sans rendez-vous pour pouvoir en

théorie recevoir n'importe qui à n'importe quel moment, qu'il y ait un médecin. Et être présent du lundi au samedi de 8 h à 20 h quoi. C'est un peu contraignant quand même.

M14 : *Approbation* Oui oui, c'est très contraignant quand même.

M16 : CPTS ils veulent qu'on fasse des protocoles pour alléger pour donner des missions aux infirmières. Dans l'armée on faisait ça aussi. On fait des « réunionites », il faut se réunir pour parler de choses, pour faire des protocoles. Mais je ne vois pas quand on va avoir le temps pour faire ça. Moi personnellement je préfère faire du soin. Que nous faire faire des réunions pour caller des choses.

Approbations globales

M14 : La « protocolite » aigue. Un problème, un protocole.

M16 : Il y aura beaucoup d'administratif, j'ai l'impression. C'est ce que je disais à mes collègues. Ok mais quand est ce qu'on va le faire ? Qui va s'en charger ? *soupir exaspéré* C'est quelque chose de lourd. Ça va nous rajouter des tâches administratives comme dans l'armée, au bout d'un moment on va devenir des administratifs.

M15 : Moi de ce que j'ai compris, car je suis allée à deux réunions pour voir un peu ce qu'il se disait il y a beaucoup beaucoup de paramédicaux qui sont à fond dans les CPTS. Parce qu'ils se sentent vraiment démunis et tous seuls. Alors que c'est vrai que nous d'un point de vue médical, on a toujours les spécialistes même quand on arrive dans une région qu'on ne connaît pas, on arrive à se faire un réseau à gauche et à droite. On téléphone à l'hôpital. Entre guillemets on ne reste jamais sans réponse. Sans personne. Alors que j'ai l'impression que les paramédicaux ils se sont sentis complètement isolés. Et c'est vrai qu'à la limite sur une sortie hospitalière du samedi après-midi c'est peut-être les infirmiers qui sont aux premières loges de gérer les retours à domicile. Et du coup ça part un peu de là pour rassembler la ville et l'hôpital. Et sur « notre » CPTS, car je n'adhère pas au truc, ils se sont engouffrés dans la brèche de dire on va enfin travailler en groupe. Mais ils n'ont pas compris derrière les implications de la Sécu, qui nous met des tas d'obligations. Mais eux ils s'en fichent des obligations parce que clairement ils ont déjà ces horaires de travail alors que nous pas vraiment. Ils nous ont sorti les chiffres sur la PACA, en pratique ils ne manquent pas de kiné ni d'infirmier mais par contre on est en sacré déficit de médecins. Il y a 46 % de médecins qui partent à la retraite dans cinq à six ans.

M16 : Dans cinq ans.

M13 : On est bien d'accord de dire que ce n'est pas un élément motivant. C'est plutôt rédhibitoire pour revenir à ton sujet de thèse. Savoir qu'il y a une CPTS, dès que je suis arrivée on m'a mis le grappin dessus. La CPTS des Maures. Déjà je trouvais le nom pas très adroit. *rire général*.

Mais au-delà de ça, quand j'ai regardé le découpage : ça allait, je crois si je ne dis pas de bêtise, de la Londe à Puget, puis ça allait à l'ouest vers Cuers Solliès. L'argument de dire oui ça va permettre une offre de soin. Je ne connais pas un patient quand il cherche un médecin ou un professionnel de santé qui sait ce à quoi correspond une CPTS. C'est une coquille. Un délire de plus pour moi. C'est plutôt rédhibitoire qu'autre chose.

M16 : Juste je finis, j'en ai un le Dr ***, qui est complètement pour. Il paraît que c'est très attractif pour les jeunes, que les jeunes veulent s'installer en groupe. Et il y en a un qui me dit « c'est pour attirer des jeunes ». Mais moi je ne suis pas sûre. Après je suis moins jeune maintenant mais je ne suis pas sûre que les jeunes aient envie, il paraît que c'est rassurant pour eux de se dire qu'ils sont en groupe.

M15 : En groupe peut-être dans un cabinet de groupe. Mais dans une CPTS, c'est complètement des trucs différents. Ça n'a aucun intérêt, je ne vois pas l'intérêt pour les jeunes.

*M14 approbation *

M15 : Je pense que c'est très politique la CPTS, ils ont décidé de mettre un médecin pour tous et que le médecin soit accessible un peu n'importe quand, pour vider les urgences qui sont débordées. C'est comme ça que je l'ai compris. Et c'est comme ça que les présidents de la CPTS des Maures, c'est vrai que je n'avais pas fait gaffe au terme *rires*, c'est comme ça qu'ils nous ont présenté la chose. Eux ils sont à fond dedans, c'est super on va travailler en groupe. Mais la co-présidente, je ne la connais pas, je n'ai pas du tout d'avis, mais elle est quand même maire adjoint de *****, malgré tout. La première réunion elle nous avait raconté qu'elle avait rencontré Macron cet été à Brégançon, qu'il était tout fier de la CPTS. Bon ben je trouve que ça fait très politique que médical.

approbation M13

L'idée de travailler ensemble pour le patient, je trouve ça merveilleux. Mais que ça soit obligatoire et que l'on ne puisse pas choisir avec qui on travaille c'est voué à l'échec je pense.

M14 : Je suis d'accord aussi, imposer des trucs au bout d'un moment, ça ne marchera pas. Si on est obligé de le faire... On va voir comment ça va se dérouler mais ça me semble compliqué quand même.

COUPURE ZOOM

Q : Je vous renvoie un nouveau lien. On reprendra sur le cadre professionnel pour que M16 nous donne son avis, je vous repartage le lien.

M16 : Le cadre professionnel, je n'y ai pas réfléchi du tout.

Q : Et la patientèle oui ?

M16 : Oui le fait que je suis bien intégrée, que les gens m'acceptent bien, qu'ils soient gentils. Que ça soit un peu rural, car parfois les gens m'apportent des œufs, je suis partie avec un potiron. En ville ça n'arrive pas. Ça doit être plus impersonnel en ville. C'est ce que je me dis, je n'en sais rien. J'ai trouvé ça sympa. Ça, ça marche.

Q : Et les autres professionnels ? Pas besoin pour toi d'autres médecins, kiné, infirmier ?

M16 : Non. *spontanément* C'est vrai que ça n'a pas joué.

Q : On va repartir sur une question un peu plus personnelle : est-ce que vous avez de la famille autour du lieu d'installation ? M15 oui tu m'as dit.

M16 : Dans le coin ça veut dire quoi ? Jusqu'à *****?

Q : Oui.

M16 : Moi j'ai été mutée ici car mon mari est tombé malade donc mes parents sont ici, on a été rapprochés géographiquement quand il est tombé malade et que j'étais militaire. Mes parents sont ici. Et je voulais revenir dans ma région natale parce que j'étais partie très loin. Oui j'ai de la famille moi.

M13 : Moi pas du tout, absolument pas, ma plus proche famille, c'est Cannes. Ce n'est pas trop loin non plus.

M14 : Moi mes parents sont sur *****, c'est proche, je suis originaire de *** (ville proche). Après j'ai fait mes études à Marseille. Mais je suis un peu attachée à cette région. Donc je voulais m'installer pas loin de là où je suis parce que j'aime ma vie ici tout simplement.

M16 : Moi c'est plutôt la région que la famille qui m'a fait revenir ici.

Q : Quand vous dites la région, que ce soit pour ceux qui sont d'ici et ceux qui sont immigrés d'Amiens, qu'est-ce qui vous a plu dans le cadre de vie de cette région ?

M16 : Soleil *rires*.

M14 : Soleil, climat, puis j'ai pas mal d'amis ici. Garder un peu tous les contacts que j'ai. Le rythme de vie, les paysages, voilà.

M13 : Pareil exactement pareil. C'est une région qui reste accessible aussi, on ne fait pas. On a des métiers qui sont assez prenants, donc on veut un minimum de confort. Ça reste accessible à côté d'autres coins.

M15 : Moi c'est pareil c'est plus la région qui m'a fait revenir que vraiment la famille. Après la famille elle reste ici parce que la région est bien *rires*. Après j'étais super bien à Paris mais quand t'as 30 balais et que tu te rends compte que tu ne peux pas héberger tes parents pour Noël parce que tu vis dans un appartement minuscule et que t'es quand même médecin. Tu te dis quand même y a un problème. Donc la qualité de vie ici elle est inestimable quand même.

approbations générales

Q : La mer pas trop ? *rires*

M16 : Ah la mer oui.

M15 : Ça fait partie de tout ça.

M16 : On n'a pas besoin de partir, le peu de temps qu'on a de libre on peut en profiter.

M14 : On a l'impression d'être en vacances.

M13 : Voilà.

M15 : On vit en vacances oui c'est ça.

M16 : On a cette chance-là.

M13 : La douceur de vie. Le weekend c'est les vacances, les demi-journées où je ne travaille pas. On apprécie d'autant plus quand on vient de loin, je trouve. Je pense.

Q : Plutôt au niveau vie pratique qu'est-ce qu'il était important qu'il y ait dans la ville où vous vous êtes installés ? Vie pratique, vie quotidienne ? Pour vous les enfants le conjoint ? Est-ce que ça a joué et qu'est-ce qui a joué ?

M13 : Moi quand je suis arrivé, on habite *****, la condition *sine qua non* c'était de trouver une bonne école. J'ai quatre enfants. C'était de trouver vraiment un point de chute pour mes enfants, pour l'école et leurs loisirs. C'était absolument primordial. Avant même le travail de mon épouse qui est infirmière. Et même mon installation pour moi c'est-à-dire aller travailler même à 25 minutes de là où j'habite ce n'était pas un souci. C'était vraiment le fait, qu'eux soit bien. Après le reste pour moi c'était du détail : je parle de la durée de route, le confort. C'était du détail.

M16 : Moi je suis arrivée à ******, avant j'habitais à*****. Mon mari il est gendarme, donc on était logé. Et quand il est tombé malade, il a perdu son logement et il a fallu trouver une maison. Quand on a cherché sur ***** c'était trop cher donc plus ça va plus on s'éloignait. Donc on est arrivé à **** et c'était le bon compromis. Mes enfants sont grands ils ont 20 et 22. Ils allaient à Hyères et comme j'étais encore militaire c'était pratique d'habiter à *****. Donc je ne sais pas si j'ai regardé le côté pratique, j'ai pris ce que je pouvais acheter et après je suis partie m'installer dans l'autre sens. Je ne comprends pas toujours ta question. L'endroit où on habite ou l'endroit où on s'installe ?

Q : Où vous vous installez. Après là j'ai compris que vous ne viviez pas dans la même ville où vous exercez.

approbations générale

M14 : Oui pareil.

M15 : Moi j'habite à **** et je travaille à****. C'était volontaire en fait. Maintenant ça me choquerait moins. Parce que j'ai un peu d'exercice et j'ai pris des rodages. Mais au tout début je n'avais vraiment pas envie de travailler et de vivre au même endroit. Il était clair au début que je n'habiterais jamais de ma vie à *** * (ville d'installation). C'était parfait : en sens inverse des bouchons, *approbation des autres* pas trop loin de chez moi malgré tout avec l'autoroute. Facile d'accès au niveau des hôpitaux et tout ça. Par rapport au médical c'était le bon compromis. Après peut-être que je ne vivrais plus à ***** dans cinq ans, je ne sais pas. Je ne pense pas vivre à *** (ville d'installation), je pense que je garderai ce côté « docteur » au

travail. Après ça m'arrive de croiser des patients à la plage ou au centre commercial mais c'est quand même plus rare. A **** (ville d'installation) quand je vais m'acheter à manger, ils me connaissent tous ou presque. Là-bas je suis le docteur et ici je suis juste moi. Il y a quatre ans quand je me suis installée c'était une vraie envie de séparer le côté pro et le côté perso.

M16 : Moi aussi, moi j'ai hésité en arrivant à **** (ville d'installation), car c'est un peu loin et il y a des moments où ce n'est pas pratique quand même. J'ai un patient qui est en fin de vie, ça fait quand même 25 minutes de route. Ce n'est pas toujours pratique d'habiter loin. Quand t'as juste un truc à gérer. Mais c'est vrai que c'est important, dans un petit village. Je vois comme on me saute dessus quand je sors pour me raconter la dernière diarrhée *rires* ou la toux. Donc c'est vrai je me suis dit c'est peut-être l'occasion, 20 minutes ce n'est pas grand-chose. Quand on habite en région parisienne c'est beaucoup plus. C'était peut-être bien d'être loin. Le médecin d'avant, ils venaient taper à sa porte de la maison quoi.

approbation M15

M14 : Moi c'est pareil le côté pratique, là où je travaille je voulais un côté semi rural, je voulais un peu de la ville, un peu de la campagne. Je ne voulais pas que de la ville parce que là c'est pour la circulation, qu'il n'y ait pas trop de trafic. Et voir un peu des gens, à **** (ville d'installation) y a quand même un peu de campagne, donc les gens ça fait un peu des mentalités différentes entre campagne et ville. Là y a un peu les deux combinés, donc c'est ça c'est la diversité qui m'a plu on va dire. Et puis habiter à côté de là où je travaille, non, c'est pour avoir une vie intime un peu plus préservée. On va dire aussi.

Q : Le travail du conjoint, ça n'a pas spécialement influé pour vous ?

M13-14 : Non.

M16 : Moi il ne travaille pas il est en maladie, il ne travaille pas. Mais ça a influencé sur le fait, par rapport justement sur les CPTS, que je puisse gérer mon emploi du temps, s'il tombe malade ou quoi. Je puisse être libre de me dire « tiens aujourd'hui je ne travaille pas ». Donc son absence de travail a pu influencer.

Q : Il faut que tu aies une liberté dans tes horaires au cas où, pour que tu puisses t'en occuper.

M15 : Moi je n'avais pas de conjoint fixe quand je me suis installée, donc j'ai pris la décision moi, c'était très bien. *rires* Et puis finalement il s'adapte très bien à mon mode d'exercice.

On n'est pas une région, pas une énorme région pour aller travailler, on peut faire 20 min de route. Lui il bosse sur ***** donc pour le moment c'est pratique. Mais s'il faut qu'on déménage un peu, je ferai dix minutes de route, il en fera dix. Ça ne me paraît pas compliqué.

Q : Bon on a fait le tour j'ai l'impression. Je vais vous poser une dernière question, mais qui est pour moi la plus importante, si entre tous ces facteurs, ces petits trucs, quel est le plus important ? Qu'est ce qui a déclenché votre installation à cet endroit donné à ce moment donné ?

M13 : Le facteur clé à cet endroit-là.

Q : Le facteur clé de ce moment donné à cet endroit donné.

M13 : Moi c'est l'entente avec mon prédécesseur, vraiment. Ça a été, je ne vais pas dire un coup de foudre parce que ça serait trop, *ému* *rires* mais c'est un type avec qui je me suis bien entendu, au départ il était sur la réserve et moi aussi. Parce qu'on ne se connaissait pas du tout et au fur à mesure de nos entretiens et tout ça. Je veux dire maintenant c'est quelqu'un qui vient chez moi, on fait de la planche ensemble. On se voit. Vraiment c'était déterminant.

plaisir dans la voix

M14 : Pour ma part, je rejoins aussi. La confiance, l'habitude. Savoir que là où je bosse ça se passe bien. Avec mon collaborateur maintenant, mon prédécesseur avec ceux avec qui je bosse. C'est aussi la relation humaine avec mes collaborateurs, mes futurs associés, qui est importante. Ne pas rester seul, pouvoir demander de l'aide. Je veux dire, on fait les samedis, aussi, il y a un roulement. Ne pas me retrouver tout seul. Vraiment le côté agréable du cabinet, la confiance qu'il y a avec les autres. Surtout c'est ça qui m'a motivé. C'est ça le facteur clé.

M15 : Moi aussi c'est un peu ça, c'est le côté groupe et pas isolé qui m'avait vraiment séduit. Et le côté malgré tout dans le groupe, chacun respecte les libertés et les envies de l'autre car on est tous des libéraux en fait. C'était ça qui m'a vraiment plu. De ne pas être seul et en même temps de pouvoir gérer ton planning un peu comme tu l'entends. Oui c'est ça. Moi ce que je ne supporte pas ce sont les barrières, le côté militaire effectivement. Ça aurait été une SCM où on m'aurait donné des tas de règles, bosse comme-ci comme-ça. Ça ne m'aurait pas plu. Après ils existaient déjà, ils fonctionnaient déjà ensemble. Et j'ai vu qu'il y avait une bonne discussion, que les gens savaient s'arranger entre eux, ils savaient travailler ensemble, donc je me suis dit « parfait quoi ».

M16 : Moi non, moi en fait, ça s'est bien passé avec mon prédécesseur mais pas jusqu'à la fin, parce qu'on ne se parle plus. *embarras* Ça a été un peu petit compliqué, il est parti comme un voleur, il ne m'a pas laissé de dossier donc ça a été compliqué. Mais c'est vrai qu'au début j'ai bien accroché et moi c'est plus la liberté, le fait d'être seule. J'ai failli me mettre en SCM mais vu comme ça s'est passé, ils se sont fâchés *ton plus sévère*. C'est la liberté d'être toute seule et puis le fait que je me sentais utile dans ce village-là, il n'y a plus de médecin, les gens ils en ont besoin. De me dire je ne peux pas les laisser, mon collègue est obligé de partir, je ne peux pas les laisser. Je serai utile. Surtout la patientèle.

Q : Plutôt la patientèle.

Merci à tous.