

Année 2021

2021 TOU3 1097

2021 TOU3 1098

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Elise CROS et Laurène MARQUOT

Le 12 octobre 2021

DÉTERMINANTS ET MOTIVATIONS À L'INSTALLATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AMBULATOIRES EN AVEYRON

Directeur de thèse : Dr Denis PEREZ

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Docteur Marielle PUECH

Assesseur

Monsieur le Docteur Denis PEREZ

Assesseur

Année 2021

2021 TOU3 1097

2021 TOU3 1098

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Elise CROS et Laurène MARQUOT

Le 12 octobre 2021

DÉTERMINANTS ET MOTIVATIONS À L'INSTALLATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AMBULATOIRES EN AVEYRON

Directeur de thèse : Dr Denis PEREZ

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Madame le Docteur Marielle PUECH

Monsieur le Docteur Denis PEREZ

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FRIXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERALD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHSCLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTE Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Généraliste
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOSON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOLUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Jarick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Verina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Blatice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRILLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD Rosina	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROLIX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URD-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STELMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUOH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

M. APOIL Poi André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétiq
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CÜROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Justh	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annalise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTER Emila	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOLY Julia

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Annie
M. CHICOLAA Bruno
Mme PLECH Martine

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anna-Valérie	Biochimie
Mme CARFAONA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEQUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biochimie et informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOLLIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Lella

Remerciements

À notre Président de Jury, Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Nous tenions à exprimer notre reconnaissance pour votre dévotion et votre investissement dans la formation des internes dans le D.E.S. de médecine générale de Toulouse.

À notre Directeur de Thèse, Monsieur Le Docteur Denis PEREZ,

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse.

Nous ne te remercierons jamais assez d'avoir rendu ce travail possible en étant l'élément central et déterminant à l'origine de notre rencontre, à l'origine de notre intérêt commun pour l'Aveyron. Merci pour ta motivation, ton soutien et l'aide inestimable que tu nous as apportée.

À Madame le Professeur Motoko DELAHAYE,

Merci de nous faire l'honneur de juger notre travail.

Je tenais à te remercier pour ton implication en tant que directrice du DUMG mais également en tant que maître de stage universitaire. J'ai eu la chance de pouvoir travailler et apprendre auprès de toi et je te suis reconnaissante de m'avoir montré un exercice de la médecine générale qui me donne envie et m'inspire énormément.

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,

Merci de nous faire l'honneur de juger notre travail.

Nous te sommes profondément reconnaissantes pour nous avoir épaulées, guidées et encouragées sur ce sujet qui te tenait à cœur. Tu nous as accueillies en bon Aveyronnais dans ta MSP de rêve au pied des Pyrénées. Ton implication pour ton territoire et pour tes internes est gage d'une belle humanité.

À Madame le Docteur Marielle PUECH,

Merci de nous faire l'honneur de juger notre travail.

Tu as été la première personne que nous avons sollicitée sur ce sujet. Bien que nos échanges aient été brefs, ils ont été d'une importance capitale pour commencer ce travail mais aussi pour le terminer. Tu as su y trouver l'enchaînement logique qui lui aura apporté toute sa pertinence.

À Elise, ma co-thésarde, sans qui ce travail n'aurait pas été aussi complet. Nos points de vue n'ont pas toujours été faciles à concilier, mais ont apporté beaucoup de matière à cette thèse. Tu es une très belle personne.

À mes parents et mes sœurs, pour leurs soutiens appuyés et cadencés. Vous m'avez apporté la rigueur qui aurait pu me manquer, mais aussi et surtout l'amour d'une famille unie et forte de ses valeurs.

À Odon, mon parrain, qui m'a transmis son intérêt pour les questions de santé publique, et son savoir administratif. J'adresse une pensée particulière pour Catherine, son épouse.

À mon grand-père Louis, décédé au terme de la réalisation de ce travail. Papi, ton investissement auprès des autres et de ton territoire resteront une source inépuisable d'inspiration pour moi.

À tous les membres de ma famille et ma marraine, je ne vous vois jamais assez.

À la Jeune Chambre Economique Française, pour avoir révélé mon intérêt pour les territoires et m'avoir donné les outils d'une analyse poussée. Et particulièrement mes amis des Jeunes Chambres de Rodez et de Millau, qui ont insufflé l'idée de ce travail par leur authenticité et leur énergie.

À tous mes amis médecins pour leur solidarité dans cette ultime étape de nos vies étudiantes. À Sébastien, Marc-Antoine, Isabelle, Damien, Fanny et Franz, pour ces souvenirs et ces aventures depuis notre PACES. À Johanna, Jérémy, Aurore et Charlène, pour ces confidences échangées pendant l'internat et votre soutien inconditionnel. À Nolwenn qui a guidé mon choix pour Toulouse, pour ta gaité contagieuse et ta sagesse.

À mes amis d'ici et d'ailleurs, pour m'avoir ouvert au monde, à la différence, et à toutes les cultures. À Inès, Arnaud, Jérémy, Sophia, Anne-Hélène, Sophie, Quentin, Morgane, Faustine, Estelle, Stéphane, Axel, Virginie, Florian, Pierre, Marie, Alain, Chantal, Nicolas, Amandine, Camille, Baptiste, Florentin et tous les autres.

À tous les médecins et paramédicaux dont j'ai croisé la route, Aveyronnais, Lotois et Hauts-Garonnais, pour leur accueil et leur accompagnement sur ce long parcours de l'internat et en remplacement. À toute l'équipe de l'HAD et à mon chef de pôle, David.

À tous ceux qui ont montré de l'intérêt pour ce travail. À tous ceux qui sont entrés dans ma vie.

À mes parents, pour leur amour indéfectible et leur soutien inébranlable. Merci de m'avoir transmis l'envie de prendre soins des autres, merci de m'avoir aidé à trouver ma voie et de m'avoir encouragé lors des moments de doutes et de remise en question.

À mes sœurs, Gaëlle et Lauriane, vous avez été pour moi des modèles de courage, de détermination et de réussite tant professionnelle que personnelle, vous m'avez inspiré à faire de même et vous continuez de le faire au quotidien par votre présence optimiste, votre écoute bienveillante et votre humour requinesque.

À Christophe, je ne saurais jamais comment te remercier pour ton soutien, ta patience durant les moments difficiles de ces longues études, pour m'avoir rappelé que je restais maître de mon destin et de mes choix. Merci d'avoir été là, d'avoir su me donner ce dont j'ignorai avoir besoin parfois.

À mes co-internes de Cahors, merci pour ce premier semestre d'internat unique à l'EHPAD des Tilleuls que je ne pourrais jamais oublier.

À Mathilde, ma coloc' toulousaine, merci d'avoir été ma partenaire des soirées soupe-dessin animé Pixar, ma partenaire d'aquarelle et ma confidente.

À Kylynne, à Maud, à Céline, à Marion, à Isabelle et à Camille, pour nos sessions d'art-thérapie du dimanche autour d'un chocolat chaud, nos week-ends à sillonner les Pyrénées et nos soirées jeux de société interminable.

À Marie et Délia, de belles rencontres au cours de cet internat, entre Toulouse et l'Aveyron.

À Mathilde et Maëva, qui aurait cru que dix ans après une colonie de vacances en Angleterre, vous fassiez encore partie de ma vie, j'en suis la première surprise et reconnaissante pour cette chance.

À Pauline, Valentine et Evangéline, merci d'être encore là après toutes ces années.

À Ségolène, Marine, Alix et Marie pour cette merveilleuse colocation à St-Gaudens, merci de m'avoir soutenue et aidée dans cette dernière ligne droite.

À tous les internes, médecins que j'ai eu la chance de croiser durant ces neuf années d'étude qui ont su me transmettre leur passion, qui ont su créer en moi la vocation de la médecine.

À Arnaud Ferouelle, à Alexandre Druot, à Duc Minh Tran et tous les urgentistes de Cahors pour un premier stage idéal et formateur,

À Nadège Martin pour avoir éveillé en moi l'attrait de l'exercice hospitalier dans sa richesse de diversité et sa complexité. Merci de m'avoir enseigné la rigueur et le dépassement de soi.

À Clément Boisson, à Émilie Deuilhé et à Marc Lagente, merci pour ce premier stage de SASPAS, pour m'avoir permis de me poser les bonnes questions qu'elles soient

professionnelles ou non et pour m'avoir aidé à trouver les clés et outils pour y répondre.
À Hélène Rusques et à Perine Manzoni, pour ce deuxième SASPAS dans le Comminges.

Et surtout, à toi, Laurène Marquot pour avoir accepté de faire cette aventure unique qu'est la thèse avec moi.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	1
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	5
MATERIELS ET METHODE.....	8
I – UNE ETUDE QUALITATIVE	8
II – LA POPULATION ETUDIEE	8
1) CRITERES DE SELECTION	8
2) MODALITES DE RECRUTEMENT.....	9
3) ÉCHANTILLONNAGE	9
III – LE RECUEIL DES DONNEES	10
1) CONDITIONS DE RECUEIL.....	10
2) GUIDE D’ENTRETIEN ET EVOLUTIONS.....	10
3) RETRANSCRIPTION	11
IV – ANALYSE	11
V – CADRE LEGAL	12
1) PARTICIPATION A L’ETUDE.....	12
2) ÉTHIQUE.....	12
VI- REFLEXIVITE.....	12
RESULTATS	13
I – CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	13
II – DEROULEMENT DES ENTRETIENS	15
III – UN DEPARTEMENT COUP DE CŒUR	15
1) LE COUP DE Foudre	15
2) UN CADRE DE VIE IDEAL	16
3) LA BIENVEILLANCE DES AVEYRONNAIS	17
4) LA RECHERCHE D’UNE QUALITE DE VIE PERSONNELLE.....	18
IV – DES INFLUENCES HUMAINES.....	19
1) LA FAMILLE, LE FOYER	19
2) LES AMIS, LES ORIGINES	20
V – L’INFLUENCE DU PARCOURS UNIVERSITAIRE.....	21
1) UNE FORMATION DE QUALITE POUR LES INTERNES PORTEE PAR DES MSU IMPLIQUES.....	21
2) LA PROJECTION FACILE DANS LE FUTUR EXERCICE.....	22
VI- DES PROFESSIONNELS DE SANTE EPANOUIS	23
1) L’INTEGRATION DANS DES EQUIPES DYNAMIQUES.....	23
2) DES MEDECINS IMPLIQUES SUR LEUR TERRITOIRE DANS UN EXERCICE DIVERSIFIE	25
3) MEDECIN-POMPIER, UN EXEMPLE DU DYNAMISME AVEYRONNAIS	26
4) UN MAILLAGE HOSPITALIER ETUDIE.....	27
VII – LES AIDES ET L’ACCOMPAGNEMENT	28
1) LA CELLULE DEPARTEMENTALE D’AIDE AUX MEDECINS	28
2) UN INTERET FINANCIER RELATIF MAIS QUI NE PEUT ETRE IGNORE	30

DISCUSSION	32
I – FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE	32
1) LES FORCES	32
2) LES BIAIS ET LIMITES.....	32
II – LA CONVERGENCE DES CONTEXTES.....	34
1) LE CONTEXTE CULTUREL ET GEOGRAPHIQUE	35
2) LE CONTEXTE PERSONNEL	38
3) LE CONTEXTE UNIVERSITAIRE	41
4) LE CONTEXTE PROFESSIONNEL.....	44
5) LE CONTEXTE POLITIQUE	47
III – L’INTERDEPENDANCE DES DYNAMIQUES	51
IV- DES PISTES D’AMELIORATION	53
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES.....	65

Glossaire des abréviations

AOC : Appellation d'Origine Contrôlée
ARS : Agence Régionale de Santé
CCI : Chambre de Commerce et d'Industrie
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
D.E.S. : Diplôme d'Études Spécialisées
DDT : Direction Départementale des Territoires
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques
EPSP : Espace Partagé de Santé Publique
FMC : Formation Médicale Continue
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GPP : Groupe Pédagogique de Proximité
HAS : Haute Autorité de Santé
IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU : Maître de Stage Universitaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SDIS : Service Départemental Incendie et Secours
WAA : Week-end Adrénaline Aveyron

ZAC : Zones d'Action Complémentaire

ZAR : Zones d'Appui Régional

ZIP : Zones d'Intervention Prioritaire

ZRR : Zones de Revitalisation Rurale

Introduction

La démographie médicale en France, premier indicateur de l'accès aux soins de santé, demeure un enjeu majeur des politiques de santé publique à l'heure actuelle.

Mesurée par la densité médicale, sa courbe suit une décroissance progressive depuis l'année 2007, conséquence de la réévaluation tardive du *numerus clausus*. Cet effet est naturellement majoré par l'augmentation de la densité de population française (1).

Les besoins de santé doivent également tenir compte de l'évolution des modes de vie. Le vieillissement et les maladies chroniques ne font qu'augmenter la demande de soins, tandis que l'offre diminue au regard des aspirations de la nouvelle génération de médecins et de la féminisation de la profession (1).

Le médecin généraliste étant le point d'accès aux soins de premier recours, il constitue un élément clef de la démographie médicale. Cependant, 47% d'entre eux ont plus de cinquante-cinq ans aujourd'hui, ce qui renvoie à des projections épineuses à l'horizon 2030 (2).

Le milieu rural est le premier à pâtir de ce phénomène. L'abandon progressif des campagnes françaises au bénéfice de l'urbanisation a réduit considérablement la présence des services publics dans ces secteurs qui deviennent de moins en moins attractifs. En l'espace de dix ans la proportion de médecins généralistes en milieu rural est passée de 21% à 16% sur l'ensemble des généralistes en exercice sur le territoire français (3) (4).

La lutte contre les déserts médicaux rentre dans le débat public à partir des années 2000, lorsque l'on constate que l'offre de soins va se réduire à court terme et doit désormais être considérée à l'échelle des bassins de vie. En effet, l'accès aux soins ne relève plus seulement du nombre de médecins formés, mais pose la question de leur répartition sur le territoire (5).

Le *numerus clausus* qui était alors le premier moyen de régulation de la densité médicale ne peut plus constituer la seule réponse à ces difficultés et sera progressivement supprimé en 2021. En parallèle, la liberté d'installation est régulièrement remise en question mais reste farouchement défendue par le corps médical.

En 2009, le gouvernement français s'empare de cette problématique avec la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoires) par la création des Agences Régionales de Santé (ARS), et prévoit notamment l'organisation d'une permanence des soins, la coopération entre les différents professionnels de santé et l'adaptation de la formation des médecins selon les besoins des territoires (6). L'introduction progressive des stages ambulatoires dans le 3^{ème} puis dans le 2^{ème} cycle des études médicales, associé à l'augmentation du nombre de Maîtres de Stage

Universitaire (MSU) ambulatoires dès 2011, ouvrent la voie à la découverte de la médecine libérale et rurale (7).

Les mesures incitatives représentées par les aides financières à l'installation tels que le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), le Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) et autres contrats démographiques n'ont cependant pas fait leur preuve selon de nombreuses études (8).

L'État ne s'arrête pas là et propose aujourd'hui une nouvelle loi : Ma Santé 2022 (9). Il promeut la réorganisation des soins primaires en un meilleur maillage territorial, avec notamment la création des assistants médicaux, des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et de quatre cents postes salariés de médecins généralistes à temps partagé.

Mais pour de nombreuses communes, ces mesures se font attendre et il devient urgent de recruter. Les initiatives locales ne manquent pas, et certains départements rivalisent d'imagination pour attirer des médecins. Une campagne de publicité décalée, des annonces sur Leboncoin, une parodie d'avis de recherche, des vidéos humoristiques... rien n'est écarté pour les séduire.

Contre toute attente, l'Aveyron, un département rural d'Occitanie où les vaches se comptent par centaines de milliers, semble se distinguer par sa capacité à attirer de jeunes médecins.

Ce département est situé au carrefour de trois grandes métropoles, Montpellier, Toulouse et Clermont-Ferrand, mais ne bénéficie pas ou peu de leur influence compte tenu de son éloignement géographique (10). Son chef-lieu, Rodez, abrite le centre hospitalier de référence pour le département, mais n'accueille pas de clinique privée.

Néanmoins, il a su tirer profit d'autres atouts car il fait parler aujourd'hui de lui dans la presse et sur les antennes nationales, avec la réputation d'être « aux petits soins pour les médecins » (11) (12).

En effet, l'Aveyron observe sur les cinq dernières années un solde positif de médecins généralistes, avec en 2017, dix-neuf installations pour treize départs en retraite (13). Un autre argument de son attractivité est le nombre d'internes ayant réalisé un stage en Aveyron qui s'y installent, 9% contre 1% dans les autres départements ruraux d'Occitanie (13).

Ces constatations semblent résulter d'un travail qui a débuté avec le financement d'une dizaine de maisons de santé, lors du lancement de crédits européens en 2008.

Puis en 2011, le Conseil départemental se lance dans la création d'un guichet unique qui prendra initialement le nom de Cellule Aide Médecin puis d'Accueil Médecin Aveyron (10). Ce

dispositif est d'abord un soutien à l'installation, permettant de faciliter les démarches administratives en réunissant le médecin et les différentes instances locales et de répondre à certaines problématiques personnelles. Cette démarche s'appuie sur l'enquête des souhaits d'exercice des internes de médecine générale publiée par l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) en 2011 (14).

Sensibles à la problématique de la démographie médicale et témoins d'une expérience aveyronnaise unique, nous avons été interpellées par l'attractivité de ce département et avons souhaité objectiver et approfondir le sujet.

Nous avons décidé de répondre à la question de recherche suivante : quels sont les déterminants et les motivations qui amènent les médecins généralistes ambulatoires à s'installer en Aveyron ?

Matériels et méthode

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les déterminants et les motivations à l'installation des médecins généralistes en Aveyron. L'objectif secondaire est d'évaluer l'influence de la politique du Conseil départemental en matière d'attractivité.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons mené une étude qualitative auprès de médecins généralistes libéraux installés en Aveyron, en réalisant des entretiens semi-dirigés.

I – Une étude qualitative

La recherche qualitative est la méthode la plus adaptée pour ce travail car elle permet d'explorer le vécu, le ressenti et les sentiments des médecins. Elle permet d'étudier leurs expériences personnelles et leurs comportements afin de définir les raisons de leur choix d'installation en Aveyron.

II – La population étudiée

1) Critères de sélection

La population étudiée correspond à des médecins généralistes installés en secteur libéral depuis moins de cinq ans en Aveyron.

Les critères d'inclusion de la population cible sont les suivants :

- médecin généraliste ;
- installé en cabinet libéral ;
- dans le département de l'Aveyron ;
- depuis moins de cinq ans, c'est-à-dire avec une année d'installation entre 2015 et 2020 ;
- couple de médecins généralistes dont au moins l'un des deux est installé en Aveyron.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- médecin spécialiste ;
- remplaçant, collaborateur, ou non thésé ;
- en exercice hospitalier ;
- exerçant dans un autre département que celui de l'Aveyron ;

- installé depuis plus de cinq ans.

Le Conseil départemental a commencé à mettre en place la Cellule Aide Médecin avec un panel d'actions à partir de 2011. Nous avons choisi de recruter uniquement des médecins installés depuis 2015 afin de pouvoir évaluer l'influence éventuelle de ces actions mises en place par le département.

2) Modalités de recrutement

Nous avons nous-même établi la liste des médecins généralistes installés depuis moins de cinq ans en Aveyron. Nous avons travaillé sur la base d'informations recueillies auprès de notre directeur de thèse et de nos contacts parmi les médecins aveyronnais. Cela nous a permis d'avoir une première idée de la population médicale aveyronnaise concernée par notre étude. Nous avons ensuite affiné cette liste en appelant les différents cabinets et maisons de santé sur le territoire aveyronnais pour connaître les médecins répondant à nos critères d'inclusion.

Les médecins ainsi sélectionnés ont été contactés par téléphone en les informant de manière très succincte et évasive de notre sujet afin de ne pas biaiser le recueil des données.

Par la suite, ils ont été recontactés par mail afin de confirmer la date, l'heure et le lieu du rendez-vous avec en copie le formulaire d'information.

3) Échantillonnage

Pour l'échantillonnage, une méthode raisonnée (procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible) en recherche de variation maximale a été choisie.

La technique boule de neige a également été utilisée pour enrichir les profils, c'est-à-dire l'identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à cette enquête (15).

Afin d'obtenir une variation maximale de l'échantillon, nous avons sélectionné les médecins avec une liste de critères qui a été modifiée au fur et à mesure des entretiens et des déterminants qui en ressortaient.

La variation a été recherchée pour : le sexe, l'âge, l'origine ethnique, le cadre d'exercice (rural, semi-rural, urbain), le type d'exercice (cabinet de groupe, Maison de Santé Pluridisciplinaire MSP), la localisation géographique sur le département, le statut de MSU, le statut de médecin-

pompier, l'origine aveyronnaise du médecin ou de son conjoint, ou encore le fait d'être en seconde installation en Aveyron.

Ces caractéristiques ont été recueillies en début d'entretien pour mettre à l'aise les participants.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée à l'avance car elle dépendait de la saturation des données.

III – Le recueil des données

1) Conditions de recueil

Le choix du lieu de l'entretien a été laissé à la convenance des médecins interrogés.

Les entretiens se sont déroulés pour la majorité dans le cabinet du médecin généraliste, à l'exception d'un entretien qui s'est fait au domicile du médecin.

La plupart des entretiens ont été réalisés en présentiel. Certains entretiens ont été réalisés par visioconférence en raison de la pandémie de COVID-19.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone.

2) Guide d'entretien et évolutions

Un premier guide d'entretien a été rédigé et testé lors du premier entretien. Il a par la suite été enrichi et modifié au fur et à mesure des entretiens.

Le guide initial (Annexe 1) est composé de huit questions accompagnées d'éventuelles questions de relance à poser si besoin selon le déroulement de l'entretien. Il comporte quatre grandes parties, issues de notre documentation bibliographique des potentiels déterminants à l'installation et de nos objectifs :

- La première partie concerne le parcours universitaire et professionnel et son influence.
- La deuxième partie traite de l'attractivité du département dans un aspect plus personnel.
- La troisième partie vise à analyser l'influence du Conseil départemental et l'Accueil Médecin Aveyron.
- La dernière partie sert de conclusion à l'entretien et ouvre sur des pistes d'amélioration.

La grille initiale du guide d'entretien ainsi que les évolutions qui ont été apportées en cours d'étude sont présentées en Annexes 1 à 5.

3) Retranscription

La retranscription de tous les entretiens a été réalisée dans les jours suivants par les deux chercheuses.

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité avec les silences, ainsi que le non-verbal. La lettre X a été utilisée pour le lieu d'installation ou l'identité de personnes en lien direct avec le médecin interrogé (par exemple, le nom de son associé). Les lettres Y, Z et W ont été utilisées pour toute autre mention de lieux ou de personnes. Les parenthèses ont été utilisées pour décrire des émotions et le non-verbal (exemple : (rires)).

Les interventions des chercheuses ont été retranscrites en gras, et en non-gras le discours du/des médecin(s). Les interventions d'une tierce personne ou les interruptions ont été retranscrites en italique.

La saisie des entretiens a été faite par les chercheuses via Microsoft Word®.

L'ensemble des entretiens est compilé dans le livret joint à ce travail.

IV – Analyse

L'analyse a été double longitudinale et transversale (16).

L'analyse a été d'abord longitudinale, entretien par entretien. Elle a été réalisée rapidement après chaque entretien noté sur un carnet avec description du contexte de l'entretien, les éléments d'observation, le ressenti des chercheuses, ainsi que les idées déjà évoquées et les idées nouvelles.

L'analyse a été également transversale sur le mode d'analyse thématique. Les entretiens ont été découpés en unité de sens correspondant aux verbatims. Ce codage a été effectué par chaque chercheuse de manière indépendante. Ces codes étaient mis en commun dans un tableur Microsoft Excel®. Les codes ont ensuite été regroupés en catégories pour former des thèmes et des sous-parties. L'utilisation de couleurs était effectuée : bleu pour une des chercheuses et vert pour l'autre, le noir était ensuite utilisé lorsqu'un consensus était trouvé. Le rouge était utilisé quand nous n'étions pas d'accord. Notre directeur de thèse était alors sollicité pour une triangulation des données.

Lorsque les entretiens n'apportaient aucune nouvelle thématique, nous avons eu le sentiment subjectif d'arriver à saturation des données. Deux entretiens ont été nécessaires pour confirmer cela, en ciblant des profils de médecins non interrogés jusque-là afin de confirmer la saturation

des données.

La saturation des données a donc été atteinte au terme de dix entretiens.

Enfin nous avons pu mener un travail d'analyse inspiré de la théorisation ancrée.

V – Cadre légal

1) Participation à l'étude

La participation à l'étude n'était pas rémunérée et basée sur le volontariat. Après l'accord téléphonique, les participants recevaient une lettre d'information pour leur expliquer le principe d'une thèse qualitative et d'un entretien semi-dirigé (Annexe 6).

Avant de débiter l'entretien, il a été demandé de signer un formulaire de consentement qui garantissait l'anonymat des médecins interrogés. Il est détaillé en Annexe 7.

2) Éthique

Notre sujet d'étude est conforme au protocole MR004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les deux chercheuses affirment ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec le sujet traité.

VI- Réflexivité

Un travail réflexif a été initié par les chercheuses au début de l'étude et tout au long de leur travail de recherche. Une réflexion a été effectuée autour des raisons personnelles de cette recherche, des idées reçues et des résultats attendus. Un carnet de bord était tenu par chacune d'entre elles.

Résultats

I – Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants sont reprises dans le Tableau 1.

La moyenne d'âge est de 33 ans, la médiane est également de 33 ans. Le médecin le plus jeune a 28 ans et le plus âgé a 41 ans.

On constate que pour l'un des médecins (M7), il s'agit de sa deuxième installation.

Sur les six médecins interrogés qui sont en couple (nous n'avons pas pris en compte le couple M8), leurs conjoints exercent quasiment tous un métier dans la santé, à l'exception d'un seul (M10).

Par ailleurs, trois d'entre eux sont maîtres de stage universitaire au moment de l'entretien, un autre l'a été par le passé, et quatre sont en projet pour le devenir ou ont exprimé l'envie de l'être prochainement.

Médecin	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Sexe	homme	femme	homme	homme	femme	homme	homme	couple	femme	femme
Age	31	28	33	33	34	35	41	34 - 33	35	30
Localisation en Aveyron	Nord	Nord	Est	Nord	Ouest	Nord	Nord	Est	Nord	Est
Lieu d'exercice	rural	urbain	rural	rural	urbain	semi-rural	urbain	rural	rural	semi-rural
Mode d'exercice	MSP multisite	MSP multisite	MSP	MSP	MSP	MSP	MSP	cabinet de groupe	de mixte	cabinet de groupe
Implication professionnelle	non	association	non	non	association	MG France	syndicat MG	non	association FMC	non
Médecin-pompier	oui	non	oui	oui	non	oui	non	oui	oui	non
Maître de stage universitaire	non	non	oui (PN1)	oui (SASPAS)	non	oui (SASPAS)	non (l'a été)	non	non	non
Faculté d'internat	Clermont-Ferrand	Toulouse	Toulouse	Toulouse	Toulouse	Toulouse	Lille	Montpellier	Toulouse	Montpellier
Année de la thèse	2019	2019	2015	2015	2017	2013	2006	2016	2015	2017
Année d'installation	2019	2019	2016	2016	2018	2018	2010 - 2019	2017	2015	2018
Première installation ?	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui
Statut marital	concubinage	célibataire	marié	célibataire	célibataire	concubinage	marié	marié	marié	marié
Métier du conjoint	technicienne de labo	0	généraliste	0	0	aide-soignante	infirmière	généraliste	généraliste	professeur
Enfant(s)	0	0	1	0	0	0	5	1	3	1
Origine	Aveyron	Bretagne	Paris	Tarn	Aveyron	Cameroun	Nord-Pas-Calais	Lot-et-Garonne - Paris	Aveyron	Montpellier
Lieu d'habitation	rural	urbain	urbain	rural	rural	rural	urbain	rural	rural	rural
Distance du lieu d'habitation	10 min	5-10 min	35-40 min	20 min	15-20 min	10 min	< 5 min	15min et 25 min	30min-1h	15-30 min

Tableau 1 : Talon sociologique des médecins interrogés

II – Déroulement des entretiens

Nous avons effectué dix entretiens de février 2020 à mai 2021.

Les entretiens étaient pour la plupart individuels. À une seule reprise, nous avons réalisé un entretien avec deux médecins puisqu'il s'agissait d'un couple.

Les entretiens ont duré de 27 minutes à 1h16 avec une durée moyenne de 51 minutes.

Trois entretiens ont eu lieu en présentiel avec les deux chercheuses présentes, quatre entretiens se sont déroulés en visioconférence, et trois au cours desquels l'une des deux chercheuses était présente et l'autre était en visioconférence ou par téléphone. Et quand l'une des deux chercheuses était présente, c'était dans le respect des gestes barrières et donc avec le port du masque.

Nous n'avons jamais eu de refus verbalisé de la part d'un médecin pour participer à notre étude. Toutefois, certains médecins ont été compliqués à contacter, et malgré plusieurs relances, nous n'avons pu fixer de date pour l'entretien. Nous avons alors arrêté de les solliciter et de les contacter.

Au bout de huit entretiens nous sommes arrivées à saturation des données empiriques, aucun nouveau thème ou catégorie ne ressortait.

Au cours de ces dix entretiens, cinq grands thèmes ont été dégagés :

- La notion de coup de cœur, la qualité de vie en Aveyron ;
- Les différentes attaches et influences humaines (famille, conjoint, ami, origine) ;
- Le parcours universitaire ;
- Le domaine professionnel (remplacement, type d'exercice, MSP, patientèle) ;
- L'Accueil Médecin Aveyron du Conseil départemental.

III – Un département coup de cœur

1) Le coup de foudre

Qu'ils soient Aveyronnais ou non, il ressort presque unanimement que l'Aveyron est un coup de foudre professionnel et/ou personnel pour les médecins généralistes interrogés. Le rapport au département est souvent décrit dans des termes forts, rappelant le sentiment amoureux.

Beaucoup n'auraient pas envisagé de s'installer ailleurs. Quitter le département est même pour certains difficile à vivre.

Les arguments qui le justifient tablent sur une multitude d'atouts, et le sentiment que c'est un département qui se démarque des autres.

« c'est comme ça que j'ai découvert l'Aveyron et que j'ai un petit béguin » (E2, 1.11-1.12).

« C'était déjà un peu... j'étais déjà tombé amoureux de l'Aveyron. (rires) » (E6, 1.339).

« à chaque fois que je revenais dans le département, j'éprouvais une sensation de bien-être instantanée, et quand je quittais le panneau de l'Aveyron euh... j'avais pas la larmichette mais presque quoi » (E9, 1.283 à 285).

« c'était le côté, oui de se sentir désiré quoi, de se sentir que dans le Lot, j'ai jamais eu ça, en Haute-Garonne j'ai jamais eu ça » (E6, 1.324-325).

2) Un cadre de vie idéal

Beaucoup des médecins interrogés ont évoqué sans hésiter la beauté de l'Aveyron. Ils apprécient la variété de ses paysages, qui donne le sentiment d'être rapidement dépaycé.

« on a un des plus beaux départements de France, faut dire ce qui est aussi » (E1, 1.60).

« Alors je parle beaucoup de paysages, mais c'est vrai que le sud Aveyron est bien différent du Nord. Si vous voulez vous dépayser un week-end vous faites une heure de route et vous êtes ailleurs en étant dans le même département. » (E9, 1.388 à 1.390).

Bien que la gastronomie ait été peu citée, on retrouve la notion de convivialité très fortement évoquée, à travers les festivités, la vie locale et la chaleur des habitants.

Le patrimoine culturel est reconnu et apprécié, avec un tourisme préservé, loin du tourisme de masse.

« Y a quand même pas mal de choses traditionnelles, le musée Soulages, les châteaux.... Tout ça c'est un vrai patrimoine intéressant. En plus, il est bien entretenu, il est à peu près mis en valeur. [...] Je viens d'une région [...] où là le patrimoine il est super entretenu, il y a des cash machines, il fait des cars entiers de Chinois et de Russes » (E7, 1.349 à 1.353).

Les médecins interrogés ont trouvé de nombreux avantages pratiques à vivre en Aveyron. Les villes et les aires urbaines sont décrites comme des villes à taille humaine, avec des services nombreux et accessibles et la proximité de la campagne.

Les campagnes elles-mêmes s'avèrent relativement bien pourvues et certains médecins se réjouissent de pouvoir accéder à des activités de loisirs délocalisées et diversifiées : de la

planche à voile au ski, en passant par la randonnée.

« *Il y a un conservatoire, il y a un stade, il y a un ciné [...] Y a un réseau de transport qui est pas mal, y a un parc on va dire.... Les installations sportives sont accessibles.* » (E7, 1.74, 1.200-1.201 et 1.204-205).

« *à quelques kilomètres de chez moi, c'est rudement perdu, y a quand même le conservatoire qui vient donner des cours de musique* » (E9, 1.392-393).

L'offre des services publics semble aussi répondre aux contraintes imposées par la profession des médecins généralistes.

L'enclavement du département est rendu relatif par la présence de l'aéroport de Rodez offrant des vols quotidiens vers Paris. De plus, l'avantage d'être au carrefour de grandes métropoles permet d'accéder notamment à un large choix de formations.

« *Un choix qui m'a motivé à venir à Rodez c'est l'avion ! [...] Et il y a Rodez-Paris tous les jours.* » (E7, 1.333 à 1.335).

3) La bienveillance des Aveyronnais

Les Aveyronnais ont bonne presse auprès des médecins généralistes. Ils sont décrits comme des gens attachants, accessibles et simples. Ils sont aussi entreprenants, et perçus comme des séducteurs. Quant aux patients, ils ne tarissent pas d'attentions à l'égard des médecins.

« *les Aveyronnais sont assez... franchement on a toujours été bien accueilli* » (E8, 1.392-393).

« *ça voulait dire bienvenue en tant que jeunes médecins installés avant même que je sois installée. Donc oui, ils ont essayé de me soudoyer et ça a marché effectivement, ça a bien marché (rires)* » (E5, 1.243 à 1.245).

« *Euh c'est con mais, à l'époque les médecins avaient beaucoup de cadeaux de la part des patients, donc en Aveyron les gens ils amenaient des œufs, de la saucisse, du fromage, voilà des trucs comme ça. [...] C'est con, mais c'est des petites attentions* » (E10, 1.508 à 1.513).

En effet, ce sont des gens gentils et attentionnés envers les médecins avec lesquels on peut nouer une relation fondée sur la confiance et le respect. Ils ont pu ainsi trouver et se créer une patientèle agréable, familiale pour laquelle ils ont développé un attachement certain.

« *les patients sont super gentils, ils s'intéressent à vous, à votre vie, ils sont juste dans*

l'échange et très sympas. Encore très respectueux je trouve pour la plupart de... de notre fonction, de notre travail, de ce qu'on fait pour eux. » (E10, 1.19 à 1.21).

« c'est hyper agréable d'arriver à suivre des familles entières, on suit des grossesses, on suit des petits après derrière, enfin voilà au bout de trois ans c'est vrai qu'on a un bon rapport avec nos patients, et ouais c'est vachement plus agréable » (E8, 1.237 à 1.239).

4) La recherche d'une qualité de vie personnelle

Pour les médecins interrogés, la campagne offre un cadre de vie agréable, synonyme de tranquillité, de simplicité et de facilité. Ce choix est pour beaucoup une évidence.

« La simplicité. Voilà c'est simple en fait. On a une qualité de vie qui est quand même excellente » (E1, 1.59-60).

« quand je rentre chez moi, je suis tranquille, en face la nature » (E9, 1.68-69).

« à choisir entre la vie toulousaine et la vie à la campagne, moi en tout cas, c'est peut-être pas le cas pour tout le monde, mais pour moi c'était évident. » (E9, 1.17-18).

Ils ont la possibilité de répondre à un besoin de nature avec un jardin et de développer de bonnes relations de voisinage.

On note aussi les avantages du milieu rural par rapport au milieu urbain, à savoir un niveau de vie moins cher, notamment pour le prix de l'immobilier, et surtout l'absence d'embouteillage, synonyme d'un confort de vie.

« on voulait du rural, du jardin, pas avoir de voisins, pas avoir de vis-à-vis » (E8, 1.376-377).

« on va faire du potager, de la permaculture, on a des poules » (E9, 1.69-70).

« habiter à quinze minutes et venir travailler en quinze minutes, le seul embouteillage qu'on peut avoir c'est un tracteur devant nous, on le double et voilà ! » (E5, 1.315-316).

« pour le prix d'un appartement à Montpellier avec deux chambres, j'ai une maison de presque deux cents mètres carré je pense. Donc ça a des atouts, enfin voilà une qualité de vie qui n'est pas si coûteuse » (E10, 1.59 à 1.61).

Parfois, c'est le coup de cœur pour un achat immobilier qui influence le lieu d'installation

« on a même mis un peu la charrue avant les bœufs parce qu'on a acheté la maison avant que moi j'y travaille et avant que lui il travaille aussi. Donc... parce qu'on a eu un coup de cœur pour une maison. » (E10, 1.44 à 1.47).

La recherche d'un épanouissement personnel et professionnel nécessite de trouver un équilibre entre les deux. Cet équilibre passe notamment par un confort lié à la proximité entre le lieu d'habitation et le lieu de travail.

« se donner les moyens d'un exercice qui vous permet de marier la qualité de vie, la satisfaction professionnelle » (E7, 1.361-362).

IV – Des influences humaines

1) La famille, le foyer

L'importance du rapprochement familial pour ne pas passer à côté de moments en famille est un élément crucial pour certains des médecins interrogés. Ce choix est également le témoin du besoin de recentrer les choses sur l'essentiel.

« ouais c'est le côté familial qui a fait que je suis revenue ici » (E5, 1.213).

« moi j'étais à 70 heures/semaine, j'avais 2.300 patients, c'est... mon épouse elle bossait plus que moi, c'était devenu pas gérable. Et puis, les activités des enfants donc on a décidé de recentrer les choses » (E7, 1.31 à 1.33).

Le conjoint joue parfois un rôle déterminant dans le choix du lieu d'installation, à cause de son travail ou de ses origines aveyronnaises. Son travail peut même être considéré comme un frein. À l'opposé, pour d'autres médecins, le travail du conjoint n'a aucune influence sur l'installation parce que ce dernier a fait le choix de s'adapter.

« quand j'ai réfléchi à m'installer, je lui ai dit quitte à être à une heure et demi de Montpellier, il vaudrait mieux qu'on soit en Aveyron parce que lui est originaire de X. Donc j'avais dit jamais un Aveyronnais et jamais l'Aveyron et je me retrouve avec un Aveyronnais en Aveyron (rires). » (E10, 1.7 à 1.10).

« c'est sûr que là, il aurait eu un poste à Airbus, ça aurait été plus compliqué » (E9, 1.73-74).

« Moi franchement ça m'aurait pas déplu, mais là pour le coup ma femme m'a dit non [...] Comme ça tout le monde est content. » (E3, 1.330 à 1.332).

« Moi, quand on s'est connu, j'étais déjà quasi-installé, enfin c'était clair dans ma tête, elle savait que je ne bougerai pas. » (E1, 1.100-101).

L'Aveyron évoque un endroit prospère et sécurisant, offrant un cadre et des traditions

pour fonder une famille. L'exemple d'un cadre idéal pour élever ses enfants a été cité afin d'illustrer la qualité de vie en Aveyron.

« L'Aveyron, y a des gens qui ont une architecture sociale et sociétale, familiale traditionnelle [...] Ça rassure et puis c'est un bon cadre pour élever des enfants aussi » (E7, 1.188 à 1.190).

2) Les amis, les origines

La nécessité d'avoir des attaches est un déterminant central à l'installation, quel qu'en soit le type. Cela passe par une impression d'appartenance à un groupe, par un sentiment d'intégration qui donne envie de rester.

Trois des médecins interrogés évoquent aussi l'importance d'un ancrage amical avec l'existence un réseau d'amis étoffé en Aveyron.

« je comprends qu'on ne veuille pas s'installer à un endroit où on n'a pas d'attache où on n'a rien, voilà. » (E5, 1.476-477).

« c'est tout ce tissu de relations de... qui m'a dit pourquoi pas, de rester. » (E6, 1.132).

« j'ai toujours gardé un pied dans l'Aveyron, j'avais mes amis en Aveyron, donc on y allait voilà parfois pour des week-ends, pour des retrouvailles » (E9, 1.80 à 1.82).

Sur les onze médecins interrogés, trois d'entre eux sont d'origine aveyronnaise. Leur attachement à leurs origines était clairement verbalisé et assumé. Ils ont souvent un enracinement familial profond en Aveyron remontant à plusieurs générations. L'influence du lieu de leur enfance, de l'environnement dans lequel ils ont grandi les empêche de considérer un autre mode de vie.

« et comme, tous les aveyronnais, on revient toujours à not' clocher » (E1, 1.47-48).

« mon papa était aussi aveyronnais, donc j'avais mes grands-parents en Aveyron, donc j'ai grandi en Aveyron, j'ai passé mes vacances en Aveyron, euh, en Aveyron parce que j'avais très envie d'y vivre » (E9, 1.3 à 1.5).

« ça fait tellement partie de ma culture que j'oublie de le dire, en fait, parce que j'ai toujours vécu comme ça » (E5, 1.325-326).

Parfois, c'est même un choix de s'adapter à un environnement complètement opposé à ses origines, un environnement parfois perçu comme hostile au départ.

« c'est aussi pour ça que je voulais venir en campagne pour montrer que c'était possible en fait. Et aussi pour modestement, pour aussi aider ceux qui sont victimes de racisme dans les campagnes en leur disant que c'est possible. » (E6, 1.239 à 1.242).

V – L'influence du parcours universitaire

1) Une formation de qualité pour les internes portée par des MSU impliqués

Les nombreux terrains de stage et leur bonne qualité sont un facteur d'attractivité en Aveyron dès l'internat des futurs médecins généralistes. Ces derniers donnent envie aux internes de revenir et d'effectuer plusieurs stages dans le même département.

Les stages sont l'occasion de découvrir les différents modes d'exercice possible, mais surtout de découvrir le département de l'Aveyron pour ensuite s'y projeter.

« Et l'Aveyron c'était pas mal parce qu'on pouvait choisir donc de bons stages » (E3, 1.13-14).

« de fil en aiguille, on les a tous fait quasiment en Aveyron » (E3, 1.9-10).

« c'est les stages qui ont fait que c'est comme ça que j'ai découvert l'Aveyron » (E2, 1.11).

Les médecins interrogés ont apprécié l'implication des maîtres de stage dans leur formation, leur accompagnement personnel au quotidien, qui sont à jour notamment des nouvelles recommandations médicales.

« ici c'était des vrais accompagnements des internes, c'était pas juste je prends des internes comme ça ils bossent à ma place et je me repose. » (E10, 1.295-296).

L'influence des maîtres de stage est multiple et essentielle. Elle permet de les guider en tant qu'interne à devenir le futur médecin qu'ils aspirent à être. Au cours des stages, certains MSU deviennent bien plus pour eux : ils deviennent des mentors et même des amis avec qui ils gardent contact. Presque la moitié des médecins interrogés se sont installés avec un ancien maître de stage.

« On va dire que j'avais des liens forts avec elle. [...] Je l'apprécie et l'admire beaucoup. Elle m'a un peu... C'était un peu mon mentor quoi. Elle m'a aidé dans la vie perso et professionnelle, énormément. » (E6, 1.56 à 1.58).

« Donc les liens que j'ai tissé c'est aussi les liens avec ma collègue de maintenant que j'ai rencontré pendant mes stages ». (E2, 1.74-75).

Ce compagnonnage entre MSU et interne renforce un sentiment d'intégration, ces derniers sont conviés à des Formations Médicales Continues (FMC) leur offrant la possibilité de tisser des liens avec d'autres médecins dès l'internat.

« après une fois qu'on t'amène à une FMC, qu'on t'amène à une sortie, qu'on te présente à d'autres médecins avec qui tu t'entends, avec qui tu discutes, avec qui on boit un verre c'est un peu plus facile. Tu vas jouer au foot avec eux tu... voilà. Y a d'autres liens qui se créent que professionnels » (E6, 1.74 à 1.77).

L'Aveyron se démarque également par une formation de médecin-pompier effectuée au Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) de Rodez proposée à tous les internes en stage ambulatoire dans le département.

Cette formation qui n'a fait que s'améliorer au cours des années permet de mettre à jour certaines connaissances sur la médecine d'urgence et de s'initier au milieu des pompiers.

« À la fois c'était intéressant parce que ça montre ce que vivent les pompiers pendant les interventions [...] ça nous remet à jour sur les pratiques d'urgence, voilà, et aussi des interventions qui sont hyper intéressantes par des professionnels de l'hôpital » (E2, 1.95 à 1.98).

2) La projection facile dans le futur exercice

Les jeunes médecins sont invités à prendre part à des projets sur le secteur de leurs stages ou leurs remplacements, ce qui facilite leur intégration au sein des équipes et les aide à se projeter.

La facilité des remplacements ainsi qu'un confort en termes de commodités pratiques a permis de développer des viviers de remplaçants en Aveyron.

Cette étape de remplacements les amène à se projeter dans une installation et implique aussi un temps de découverte du département.

Parmi les médecins interrogés, beaucoup ont fait de nombreux remplacements en Aveyron avant de s'y installer, parfois même exclusivement là-bas.

« C'était la facilité aussi. Du coup là j'avais des rempla' qui m'étaient donnés, je n'avais même pas à chercher, c'était à la carte et on me disait quand tu veux venir travailler tu nous dis on aura toujours un en vacances donc en fait c'est moi qui ai décidé de tous mes remplacements quasiment donc ça a été confortable » (E5, 1.219 à 1.222).

« Je n'ai pas fait d'autres remplacements ailleurs » (E4, 1.28-29).

« Donc la découverte de l'Aveyron c'était contemporain de ce remplacement » (E8, 1.24).

VI- Des professionnels de santé épanouis

1) L'intégration dans des équipes dynamiques

Dans les entretiens transparait l'idée d'un épanouissement professionnel en Aveyron. Cet épanouissement résulte de la possibilité de trouver en Aveyron un sentiment d'intégration professionnelle, de dynamisme et de pluri-professionnalité.

« Professionnel franchement rien, non y a rien que je regrette ou que j'aimerais que ce soit différent » (E3, 1.217-218).

En effet, certaines rencontres professionnelles sont déterminantes pour l'installation. Les médecins aveyronnais sont décrits comme des gens gentils, accueillants et humbles. Ils font notamment preuve d'un accueil de qualité qui donne le sentiment d'être rapidement intégré. Il s'agit de partager aussi bien des moments de convivialité que des difficultés professionnelles.

« Elle a influencé mon installation en Aveyron, elle a influencé ma thèse, elle a influencé... beaucoup de choses » (E6, 1.80-81).

« Du coup, j'ai pu tester et le rural de l'Hérault n'a rien à voir avec le rural de l'Aveyron, c'est-à-dire que les médecins là-bas étaient pas du tout sympas, alors qu'ici on est accueilli les bras ouverts comme si on avait toujours été là » (E10, 1.16 à 1.18).

« le côté animation au sein de la profession, ça a permis de réunir beaucoup d'entre nous, quand même. On est nombreux, on est sur deux sites et c'est vrai qu'on ne se voit pas tous les quatre matins donc c'est vrai que de faire des soirées... On fait la soirée de Noël tous les ans, c'est la tradition, on s'offre des cadeaux, on fait notre sapin. » (E5, 1.293 à 1.297).

« en fait les médecins sont juste gentils, ils se prennent pas pour Dieu le père en Aveyron, c'est juste des gens normaux et ça c'est reposant, c'est génial quoi ! Et ça c'est valable du Président du Conseil de l'Ordre jusqu'au petit médecin dans sa cambrousse paumée qui fait des kilomètres » (E10, 1.401 à 1.403).

Par ailleurs, les médecins généralistes interrogés ont souvent évoqué le dynamisme aveyronnais comme facteur d'attractivité.

« Je pense quand même qu'il y a une dynamique, mais pas que au niveau médical [...] c'est pas un département inerte quoi » (E9, 1.390 à 1.394).

« si on a des jeunes talents pleins d'idées, ici, ils vont s'éclater, c'est ça le message que je veux transmettre surtout » (E7, L147 à 1.149).

C'est un département que la plupart estiment attractif, prospère et qui leur semble désormais moins déficitaire en médecins. Et selon certains, il compterait même plus d'installations que dans le reste de l'Occitanie.

« Parce que c'est quand même déjà un département qui est très attractif. Parce qu'il y a déjà quand même... si on regarde les chiffres il y a quand même pas mal d'installations, plus d'installations a priori dans les dernières années je crois que de départs à la retraite ? Plus attractif que même dans les régions périphérie toulousaine, donc ça marche bien. » (E2, 1.282 à 1.286).

On observe également que les jeunes médecins aspirent à travailler en MSP, et ce pour de nombreuses raisons. Parmi celles-ci, on peut citer la sécurité du travail regroupé avec un refus de l'exercice seul. Les MSP permettent de répondre à un besoin d'échange et d'interaction entre professionnels de santé et de participer à un sentiment d'intégration dans une équipe.

« je me sens très épanouie, parce qu'on discute beaucoup entre nous, il y a vraiment un échange, on fait des RCP tous les mois, [...] où on peut discuter de cas, de patients. Après moi je mange ici le midi, on est un certain nombre à manger ici le midi, donc quand on a des interrogations on discute, ça nous permet d'échanger quand il y a un souci. » (E5, 1.347 à 1.352).

Les MSP sont aussi un facteur d'attractivité pour les remplaçants et pour les spécialistes.

« on a des sollicitations spontanées de remplaçants parce qu'est-ce qu'ils disent les remplaçants, ils disent la maison de santé avec assistants, salle d'urgence, kiné juste à côté, des infirmières... voilà c'est attractif » (E7, 1.170 à 1.172).

La proximité avec les autres professionnels de santé permet une amélioration de la prise en charge des patients. Par ailleurs, on constate une bonne entente entre eux facilitant la communication, l'échange et la formation pluri-professionnelle.

Le territoire aveyronnais est bien doté en termes de pharmacies. En milieu urbain ou semi-rural, les laboratoires sont facilement accessibles, aidant parfois dans la prise en charge des patients. Toutefois, en milieu rural, les médecins déplorent l'accès aux laboratoires, qui a été compensé par l'organisation des paramédicaux et notamment des infirmières.

« après pharmacie on est quand même très bien doté [...] chaque village a sa pharmacie ici » (E1, 1.135).

« après on a l'accès libre par téléphone, voilà, on communique vraiment avec tous les

pharmaciens [...] Et le labo, si on a besoin de quelque-chose en urgence, pof.» (E5, 1.370 à 1.377).

2) Des médecins impliqués sur leur territoire dans un exercice diversifié

L'un des avantages de la médecine générale en milieu rural mis en avant est la possibilité d'un exercice diversifié. En effet, l'exercice et le besoin de compétences sont différents selon la localisation et permet, par exemple, de répondre à une envie de pratiquer des gestes techniques.

« parce que exercice extrêmement diversifié allant de l'urgence à la bobologie la plus simple. Impression de faire vraiment... de pouvoir diversifier son activité au maximum, ne pas tomber dans une routine. » (E1, 1.34 à 1.36).

L'exercice en milieu rural représente un challenge professionnel d'où découle un sentiment de valorisation à faire de la médecine de qualité. Ils ont le sentiment d'être voulu, d'être utile comme médecin et la reconnaissance de leur valeur en tant que médecin participe à leur satisfaction professionnelle.

« c'est des patients qui appellent, en général, plus tard, pour des choses plus graves, qui sont poly-pathologiques, qui veulent pas aller à l'hôpital. Donc on est amené à faire beaucoup plus de choses, à aller beaucoup plus loin ». (E4, 1.127 à 1.129).

« On sait pourquoi on fait les choses, on sait pourquoi on se bat et puis voilà, à l'issue on a quand même un retour des patients et bon, ça c'est chouette quand on vous dit beh super grâce à vous » (E9, 1.235-236).

Ils ont un sentiment de responsabilité, de devoir en tant que médecin, ce qui les rend attachés à la continuité des soins. Ils s'impliquent dans la problématique de santé d'un territoire et adaptent leur exercice en fonction des besoins locaux.

« vous avez quand même un contrat moral, c'est quand même d'être là quand les gens sont malades. Donc on parle plutôt de continuité des soins. » (E7, 1.239-240).

« j'essaie de répondre quand j'ai une demande de... locale on va dire, avec des problèmes locaux, j'essaie d'apporter quelque chose à ce niveau-là » (E9, 1.217-218).

C'est pourquoi, parfois leur lieu d'installation est choisi en fonction des zones déficitaires ou d'un départ en retraite pour avoir une certaine légitimité.

« À l'heure actuelle il y a assez de gens pas soignés pour aller là où il y a besoin quoi. Avant

tout notre métier c'est d'aller là où les gens ont aussi besoin. » (E5, 1.516-517).

De surcroît, les médecins déjà installés ne manquent pas d'audace pour recruter.

« en fait, il est venu me chercher quand j'étais interne en médecine interne en stage à Montpellier, il est venu me chercher le praticien pour me proposer le remplacement et du coup j'ai dit oui » (E8, 1.8 à 1.10).

Les médecins font le choix de s'impliquer dans des projets de santé territoriaux. Ils ressentent le besoin de s'intégrer dans une démarche ou une équipe professionnelle dynamique. Certains participent à l'initiation d'un projet de MSP, de CPTS et d'autres s'impliquent dans des actions de prévention ou des associations médicales.

« Un projet ben qui était hyper intéressant, une maison de santé, avec plein d'autres professionnels dans lequel on pouvait faire des projets de santé, et ça c'est une dynamique que j'aimais bien. » (E2, 1.185 à 1.187).

« déjà j'aimerais bien intégrer la MSP dans une CPTS voilà, donc on est porteur de CPTS, donc on est en train de développer toute l'ingénierie, les consultations du territoire, les diagnostics du territoire » (E7, 1.140 à 1.142).

3) Médecin-pompier, un exemple du dynamisme aveyronnais

Sur les onze médecins interrogés, sept d'entre eux sont médecins-pompiers. Pour certains, c'était une certitude de vouloir l'être quand d'autres ont eu l'impression de se faire embrigader par des confrères. Cette activité est bien ancrée en Aveyron, elle semble même être culturelle. En effet, pour la plupart des médecins, leur entourage en fait aussi partie, que ce soit un confrère associé, une secrétaire ou même une amie. Le stage au SDIS a également une influence sur la future pratique des internes et développe des vocations de futurs médecins-pompiers.

« les trois jours de formation pour la formation de médecin pompier. Et je lui ai dit donc que je voulais faire euh... que ça m'intéressait de vouloir continuer la formation avec les pompiers et que si je m'installais ça m'intéressait » (E6, 1.119 à 1.121).

« Il était médecin-pompier, je suis médecin-pompier. Euh, bon c'est pas du tout quelque chose qu'à la base j'apprécie, mais bon je m'y suis mis. » (E4, 1.54 à 1.56).

« Oui c'est une secte là, c'est la mafia des pompiers » (E8, 1.452).

La profession de médecin-pompier est le compromis parfait entre exercice en médecine générale et attrait pour les urgences. Cela permet une ouverture vers d'autres pratiques de la

médecine générale et de rassurer quant à la gestion de l'urgence. La convivialité, le travail en équipe et la possibilité d'entretenir un savoir-faire en gestes techniques sont d'autres arguments avancés pour motiver ce choix.

« j'ai toujours eu une attirance pour la médecine d'urgence aussi, donc, je, voilà, ça m'a aussi fait comprendre que je pouvais avoir mon activité de généraliste et garder un pied un peu dans les urgences » (E9, 1.36 à 1.38).

« oui oui j'ai d'autres liens amicaux dans les pompiers, notamment au niveau de l'amicale, voilà ça fonctionne très bien, il y a des sorties, des voyages, les Noël pompiers... Tout ça, ça renforce les liens » (E9, 1.329 à 1.331).

Par ailleurs, cette discipline est intégrée totalement à l'activité quotidienne dans les secteurs les plus reculés, permettant de valoriser certaines innovations comme le système de dépose des patients pour les médecins-pompiers.

« En fait les pompiers prennent le patient, ils le déposent devant le cabinet, avec notre accord bien-sûr, et nous on va examiner le patient dans le cabinet et comme ça on leur dit juste que bon voilà... Soit on n'a pas besoin de l'hospitaliser, vous le déposez au cabinet, on le gère comme un patient classique. Ou est-ce que voilà, il faut qu'il parte à l'hôpital et qu'ils continuent le trajet. » (E8, 1.471 à 1.475).

4) Un maillage hospitalier étudié

La qualité du maillage territorial avec notamment une bonne organisation de l'accès aux soins est un des atouts du département.

« Quand même l'accès aux soins ici il est quand même relativement bien organisé, on a ce qu'il faut sur place. » (E5, 1.399).

Le lien ville-hôpital repose tout d'abord sur la bonne qualité de l'hôpital départemental de Rodez. De plus, l'hôpital de Rodez fonctionne en réseau avec les autres hôpitaux du département via la mise en place d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), offrant ainsi une amélioration du lien ville-hôpital.

« L'hôpital il est super, dans son rôle d'hôpital départemental il est super » (E7, 1.273-274).

« y a une nette amélioration de l'hôpital grâce au GHT, au groupement hospitalier entre Villefranche, Rodez et Decazeville, où y a vraiment un suivi avec le spécialiste. » (E5, 1.390 à 1.392).

L'importance du lien ville-hôpital dépend aussi des spécialistes. Ces derniers contribuent à améliorer l'accès aux soins, se rendant disponibles et joignables, et permettant des délais d'accès plutôt corrects. Parmi ces efforts, on note en particulier le déplacement de certains spécialistes pour faire des consultations dans d'autres hôpitaux de proximité.

« On a nos entrées dans certains petits trucs. Ouais non c'est pas trop problématique, les délais sont pas catastrophiques. [...] Les spé' globalement sont assez dispo' par téléphone. Ça dépend des spécialités, mais ça peut arriver qu'on ait une petite question, voilà on les appelle juste pour un conseil... » (E8, 1.524 à 1.534).

« les déplacements c'est compliqué d'aller voir le spécialiste, rien qu'à Rodez. Donc là le fait qu'il y a des spécialistes qui viennent ben c'est très intéressant pour les patients. Nous ça nous facilite l'accès aux soins. » (E5, 1.396 à 1.399).

La proximité avec les hôpitaux locaux du département est appréciée et peut se révéler être un avantage non négligeable dans le choix du lieu d'installation. L'offre de soins en Aveyron est assez développée pour proposer un choix parmi les hôpitaux et les spécialistes. De plus, selon la localisation au sein du département, les hôpitaux d'autres départements peuvent venir compléter ce maillage.

« On a quand même la chance d'avoir de petits hôpitaux de proximité, parce que ça c'est quand même un des choix dans l'installation qu'il y ait un hôpital qui soit pas loin. » (E5, 1.307 à 1.309).

« Mais on a aussi beaucoup Albi nous. Qui est plus proche que Montpellier, plus proche que Rodez, mais bien plus proche. » (E10, 1.144-145).

VII – Les aides et l'accompagnement

1) La Cellule départementale d'aide aux médecins

Développée pour favoriser l'attractivité médicale dans le département, la Cellule Aide Médecin est un dispositif décrit comme innovant et qui se démarque des autres départements.

Elle est portée par une chargée de communication, omniprésente et polyvalente, dont le nom est connu de tous. Elle est visible très tôt auprès des internes et est un repère dans l'accueil des jeunes médecins et le soutien à l'installation.

« Moi je savais que, avant quand j'étais interne déjà, que C. était là pour... pour nous aider en cas de besoin et pour les installations ils sont assez disponibles, enfin ça on le savait

grosso modo. » (E3, 1.243 à 1.245).

Elle participe à la démarche d'attractivité voulue par le département en étant présente tout au long du parcours du jeunes médecins : lors des choix de stage des internes, lors des soirées d'accueil, dans la formation au SDIS et organise un événement annuel, le Week-End Adrénaline en Aveyron (WAA).

Elle s'intègre aussi aux projets de santé locaux et représente un interlocuteur de choix des médecins dans leurs relations avec les élus du département ou dans leurs démarches pour trouver des solutions à la demande de soins. Sa polyvalence et son dynamisme font d'elle une figure de référence pour les médecins généralistes.

« Elle fait pas mal de choses. Elle fait un peu de coordination, elle nous fait un peu de comptes-rendus de réunions, elle fait des réservations de salle, elle va rencontrer les gens, elle fait du lien social professionnel. Donc elle a une place très importante. » (E7, 1.299 à 1.302).

« elle a une vision d'ensemble sur le département, donc oui c'est quelqu'un euh... après j'ai pas d'idée précise en tête mais je sais que si j'ai un problème médical sur des questions techniques ou quoi, c'est une personne référente, ouais. » (E9, 1.263 à 1.265).

Tous les médecins interrogés ont déclaré avoir reçu un accueil de qualité à leur arrivée dans le département, aussi bien comme interne que comme remplaçant. Ces rencontres leur ont notamment permis de créer des liens amicaux et professionnels et de former leurs réseaux. Cette politique d'attractivité est reconnue comme étant plutôt efficace par certains médecins.

« Et puis le fait de se sentir désiré finalement. On t'envoie un mail pour te dire « venez s'il vous plaît au Week-end Adrénaline, venez s'il vous plaît à la soirée d'accueil ». On te donne à boire, tu rencontres d'autres médecins. J'étais pas difficile à l'époque (rires). Il me fallait boire et manger (rires). Et quelques petits bisous et c'est tout ! » (E6, 1.320 à 1.323).

« Non, non mais euh... le côté un peu... Euh « venez dans l'Aveyron, médecins, on vous aime bien » forcément on a plus envie d'y aller que... Voilà c'est quand même un contexte attractif on va dire. [...] Alors j'ai pas profité de choses concrètes mais j'ai bien senti qu'il y avait un contexte... une demande en médecins. Donc je pense qu'inconsciemment on a plus envie d'aller là où on a envie de vous ... » (E4, 1.362 à 1.370).

Ils en font un modèle d'exemplarité, notant que d'autres départements ont été influencés par sa politique d'attractivité.

« Maintenant le Lot commence à nous copier, ils nous copient (rires). Ça c'est sûr ! (rires). Donc ça veut dire quand même que ce qui est fait en Aveyron est un exemple pour les autres départements. Voilà je crois qu'on est au-dessus des autres, voilà. On est exemplaires. C'est une belle image que d'être exemplaire ! » (E5, 1.482 à 1.485).

La Cellule Aide Médecin représente également un service d'accompagnement à l'installation, aussi bien dans le domaine professionnel que privé. Deux des médecins interrogés l'ont sollicitée pour la recherche d'un travail pour le conjoint, avec succès.

« Mr Y quand il m'a accueilli il m'a dit « peut-être tu pourrais aller la voir parce que pour ton épouse ça pourrait faciliter ». Et c'est vrai qu'elle s'est coupée en quatre pour lui trouver un poste, salariée dans le privé » (E7, 1.293 à 1.295).

Peu d'entre eux ont eu besoin de la Cellule Aide Médecin pour les aider dans les démarches à l'installation mais ils reconnaissent qu'il est rassurant de savoir qu'un tel dispositif existe. Un seul médecin a reconnu qu'en l'absence de cette aide, il aurait pu décider de s'installer ailleurs.

« Je pense que quand on sait que ça existe même si on l'utilise pas, c'est rassurant. » (E7, 1.297).

« Oui probablement parce que si vraiment elle m'avait pas aidée, que j'avais pas réussi à trouver les informations assez facilement, et si ça avait été un peu plus, enfin si vraiment ça avait été compliqué, que je ne trouvais pas d'informations, j'aurais été voir ailleurs quoi. » (E2, 1.263 à 1.266).

2) Un intérêt financier relatif mais qui ne peut être ignoré

En Aveyron, plusieurs aides financières sont possibles notamment avec l'existence de nombreuses Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) et de zones éligibles au CESP. Parmi les médecins interrogés, deux étaient signataires d'un CESP. Ce dernier est influent dans le choix du lieu d'installation.

« en Aveyron on a aussi beaucoup de ZRR, cela veut dire aussi une autre aide potentielle. » (E1, 1.194).

« y a le CESP, donc je devais faire au moins cinq ans, dans une zone éligible et y aussi ça, le fait que X. y était comme éligible, comme zone éligible au CESP » (E6, 1.403 à 1.405).

Certains ont appuyé leurs arguments sur des aides financières ou des facilités spécifiques à l'Aveyron, dont peuvent bénéficier les internes en ce qui concerne les logements et les

déplacements.

« Après c'est vrai que quand j'étais interne en Aveyron y a eu le Conseil départemental qui était là, et c'est le seul département où y avait des aides financières » (E5, 1.233-234).

Les médecins interrogés expriment que les aides financières ne sont pas déterminantes pour le choix de l'installation. Si certains médecins affirment ne pas en avoir besoin, elles restent bienvenues et influentes. Et bien qu'ils ne courent pas après ces aides, les médecins ne cachent pas leur déception lorsqu'ils réalisent être passés à côté.

« dire je me suis installée parce qu'il y avait ces aides-là, non. » (E5, 1.236-237).

« Si ça influence. Faut pas connaître les toubibs hein. Quand tu t'installes t'as quand même un paquet d'avois financiers à avancer » (E1, 1.189-190).

« Non j'en avais pas besoin (rire). Non j'en aurais pas eu besoin mais si elle avait été là, je l'aurais prise. » (E3, 1.264-265).

« À cinq jours près on est passé à côté d'une aide de 50.000 euros chacun voilà. » (E8, 1.697).

I – Forces et limites de notre étude

1) Les forces

Une des forces de notre travail vient de son originalité.

Notre thèse s'inscrit dans une période où la démographie médicale est un enjeu majeur et préoccupant de santé publique ce qui la rend au cœur de l'actualité et renforce sa légitimité. En effet, la littérature est foisonnante de sujets portant sur ces thèmes-là. Toutefois, notre étude a le mérite de venir enrichir et compléter les travaux précédents par plusieurs particularités uniques.

En premier lieu, il s'agit de la première étude qualitative portant sur un département rural attractif pour les jeunes médecins.

Le travail de Pongerard V. étudie quant à lui, en 2017 la première région rurale de France qui subit une décroissance importante du nombre de médecins (17).

De même, il existe un travail qualitatif de Laurent P. portant sur « les déterminants de la décision d'installation de femmes en médecine générale libérale dans l'Aude » en 2016 (18).

Mais ce dernier s'intéresse uniquement aux femmes et le département de l'Aude enregistre une baisse de ces effectifs de médecins généralistes.

Donc, jamais la question des déterminants à l'installation n'avait été étudiée dans un département attractif avec un solde positif de médecins généralistes.

De plus, nous avons pu intégrer une structure d'aide territoriale comme la Cellule Aide Médecin du Conseil départemental de l'Aveyron ce qui nous permet de faire ressortir l'impact d'une politique d'attractivité locale mais aussi d'en percevoir les limites.

Enfin, une autre force de notre étude est de pouvoir avancer des propositions pour améliorer l'attractivité des départements en se basant sur les résultats de l'Aveyron qui peuvent parfois être extrapolables à d'autres départements en France.

2) Les biais et limites

Même si un de nos critères d'inclusion était une installation datant de moins de cinq ans, on a pu observer un biais de mémorisation, clairement exprimé lors des entretiens.

« enfin voilà les raisons pour lequel je me suis installé en 2015, euh... faut que je m'en rappelle aussi quoi. Je... Là aujourd'hui, on sait même plus pourquoi on s'est installé, ce qui a fait que. » (E3, 1.303 à 1.305).

« Je ne m'en souviens même pas. » (E4, 1.374).

On a également remarqué un biais de préparation, d'anticipation malgré nos efforts pour rester le plus évasive possible lors de la prise de contact avec les médecins.

« Parce que c'est vrai que j'ai réfléchi un peu avant et je me suis dit "je sais pas trop ce qu'elles vont... bon on se doute un petit peu..." » (E3, 1.290 à 1.292).

Par ailleurs, certains médecins ont fait le choix de ne pas s'étendre sur certains sujets.

« Pas grand-chose à dire sur l'externat finalement. » (E6, 1.26).

À noter qu'un des médecins interrogés a dû écourter l'entretien car il avait un impératif professionnel lui imposant une durée maximale de quarante minutes, ce qui a pu impacter la richesse de l'entretien et le recueil des données.

Un autre biais potentiel de notre travail a été le mode de recueil des entretiens. Initialement nous avons prévu de faire les entretiens en présentiel, toutefois avec la pandémie COVID-19, certains entretiens se sont déroulés en visioconférence via l'application Zoom®. On peut imaginer que cette interface a pu gêner le dialogue et l'échange. De plus, nous avons rencontré quelques difficultés techniques avec la visioconférence, comme des coupures de l'application Zoom® ou parfois des paroles difficilement audibles, obligeant les interlocuteurs à se répéter.

Le manque de disponibilité des médecins a été parfois une difficulté pour nous, cette impression étant exacerbée par la crise du COVID-19 qui a accaparé beaucoup de leur temps.

En outre, tous les entretiens ont été réalisés en présence des deux chercheuses face au médecin interrogé. Cette inégalité de rapport a potentiellement pu le mettre en porte-à-faux. Nous avons fait ce choix-là car nous trouvions une plus-value à notre présence conjointe dans la variété de nos relances et dans la complémentarité de nos questions.

On constate une grande disparité dans la durée des entretiens, l'entretien le plus court ayant duré 27 minutes et le plus long 1 heure 16 minutes. Cette différence peut s'expliquer par deux phénomènes. L'entretien le plus court a été le premier entretien réalisé, aussi nous pouvons supposer que par manque d'expérience et d'habitude nous avons moins relancé le

médecin au cours de la discussion. L'entretien le plus long était celui du couple donc probablement qu'interroger deux personnes à la fois a permis d'étoffer et de relancer davantage le discours. Par ailleurs, on constate une tendance à des entretiens plus courts avec les hommes qui sont souvent plus concis dans leur propos que les femmes.

Un seul des médecins interrogés sur les onze était connu par l'une des deux chercheuses. Néanmoins, la présence des deux chercheuses à l'entretien a permis de maintenir le cadre de recherche et de limiter le contexte potentiellement amical du discours tenu.

II – La convergence des contextes

Selon nous, un déterminant majeur dans l'installation des médecins généralistes en Aveyron semble inexplicable et même imprévisible. Il s'agit de ce rapport fort décrit avec la notion de « *coup de cœur* », de « *béguin* », de « *tomber amoureux* », pour reprendre les termes des médecins employés pour décrire leur sentiment envers le département de l'Aveyron.

Or, tout ce qui a trait au sentiment amoureux est compliqué à justifier et à expliciter. « *Le coup de foudre apparaît intimement lié à l'histoire individuelle : il semble d'emblée échapper à toute rationalisation ; il est complexe, mouvant, inexplicable, imprévisible...* » (19). Comme le dit Schurmans M-N., ce sentiment est intimement lié à l'histoire individuelle et donc à la personnalité propre des médecins.

Force est de constater que l'Aveyron a su réunir les ingrédients nécessaires à favoriser ce sentiment plus que dans d'autres départements. Pour déclencher une telle émotion, on peut supposer que l'Aveyron a dû leur apporter la réponse à certaines choses qu'ils recherchaient, certaines choses dont ils avaient besoin, peut-être consciemment ou non, volontairement ou non.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'élément expliquant ce sentiment positif qui amène un professionnel de santé à poser ses bagages dans un territoire donné. Il y a dans cette notion quelque chose de l'ordre de l'impalpable et de l'inexplicable. Les médecins interrogés avaient eux-mêmes bien du mal à expliciter ce qui les avait séduits en Aveyron.

Il ressort de nos résultats que pas moins de cinq axes différents semblent nécessaires à

conceptualiser cette alchimie.

1) Le contexte culturel et géographique

Comme évoqué en introduction, l'Aveyron est un département qui jouit déjà d'une très bonne réputation dans les médias et la presse en termes d'attractivité médicale.

L'attractivité d'un territoire est généralement assimilée à la capacité de ce territoire à attirer et à retenir les facteurs mobiles de production et/ou de population (20). Preuve en est pour l'Aveyron qui connaît un solde positif d'installation de médecins généralistes ces cinq dernières années, d'après les chiffres que nous a communiqués l'ARS.

Nous pouvons même aller plus loin en constatant que le département n'attire pas que les médecins, mais aussi d'autres actifs et des retraités, qui contribuent à une croissance démographique totale de 0.1% par an d'après les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (21). Il affiche même une évolution positive de la création d'entreprises sur les cinq dernières années en dépit des défaillances d'entreprises, selon la Chambre de Commerce et d'Industrie (CCI) (22).

Selon une étude de Ricbourg et Fernandez, les indicateurs de l'attractivité d'un territoire reposent sur trois catégories principales : le climat et l'environnement, le logement et l'urbanisme, et les infrastructures (23).

De nombreux médecins interrogés dans notre étude ont déclaré avoir été séduits par les paysages de l'Aveyron.

Avec une superficie de 8 735 km², l'Aveyron se classe au 6^{ème} rang des plus grands départements de France et réunit une grande variété de paysages (10).

Le label « *les Plus Beaux Villages de France* » classe des villages selon des critères d'évaluation comme un patrimoine protégé et des qualités patrimoniales et architecturales. On en dénombre cent cinquante-neuf en France dont dix en Aveyron (24).

La beauté du département est un facteur d'attractivité important comme le souligne Bloy G., « *une zone rurale touristique est plus attrayante qu'une zone urbaine déshéritée* » (25). L'influence de vivre dans un territoire préservé avec une nature omniprésente et une possibilité d'activités variée en pleine nature est aussi mentionnée dans le travail Pongerard V. (17).

L'association « *villes et villages de France où il fait bon vivre* » a publié un palmarès en 2021 des communes les plus agréables à vivre. La ville de Rodez a classé 16^{ème} sur un total de 34 837 communes. Et parmi les communes de 20.000 à 50.000 habitants, elle se place 1^{ère} au niveau national. (26). Les villes à taille humaine, comme Rodez, offrent une certaine proximité entre les habitants et les campagnes (17).

Le diagnostic territorial réalisé par la Direction Départementale des Territoires (DDT) en 2011 rend compte d'un maillage fin en termes de services de proximité, supérieur à d'autres départements ruraux de la région Occitanie, pouvant justifier d'une bonne qualité de vie en Aveyron (10) (27).

D'après une enquête de l'ISNAR-IMG de 2011, 72% des internes interrogés reconnaissent que la proximité d'une école, d'une poste et d'une épicerie sont des services de proximité indispensables. Cela indique une « requête de réinvestissement des territoires par des services dits de proximité » (14).

Dans une enquête plus récente du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2019, le caractère essentiel de la proximité des services publics est réaffirmé par les médecins installés (28). L'influence de la proximité des principaux services est également retrouvée dans le travail de Pongerard V. sur les facteurs incitant les médecins généralistes à l'installation en secteur libéral en Corse (17).

Le département de l'Aveyron semble donc être le bon compromis entre une diversité de beaux paysages, des valeurs territoriales fortes et des services de proximité relativement bien préservés.

Selon le même diagnostic territorial dressé par la DDT 12 en 2011, l'Aveyron se distingue également par un modèle économique propre performant, hérité de son positionnement géographique (10).

Bien que situé au carrefour de trois grandes métropoles, l'Aveyron ne semble pas pour autant bénéficier de leurs influences. Le Massif-Central impose déjà une barrière physique aux relations avec Clermont-Ferrand. Les interactions avec Toulouse, son pôle de référence, se limitent au domaine de l'aéronautique en raison d'un éloignement trop important de son aire d'influence. Quant à Montpellier, elle reste une destination majeure uniquement en termes de grands équipements. Il faut également noter que l'A75 représente la seule infrastructure autoroutière du territoire, et que le réseau ferroviaire est peu développé en raison des nombreux reliefs.

Le département échappe ainsi aux dynamiques métropolitaines, ce qui semble contribuer au renforcement de la polarisation des activités et des emplois.

En effet, l'Aveyron possède un très bon maillage en termes de pôles d'emploi, représentés par une présence industrielle (agro-alimentaire, mécanique et construction) supérieure à la moyenne nationale, un attribut majeur pour le département. Ce tissu industriel a remplacé l'activité minière et a dépassé la filière agricole, pour développer des produits emblématiques et à forte valeur ajoutée qui rayonnent à l'international et créent un excédent commercial. On peut citer l'Appellation d'Origine Contrôlée (AOC) Roquefort, mais aussi l'Agneau de l'Aveyron, la viande d'Aubrac, les couteaux de Laguiole (10).

L'artisanat constitue également une part importante de ces entreprises (93%), et représente le double de la moyenne nationale.

Les activités de services restent de nos jours les plus représentées en termes d'emploi, et son maillage sur le territoire offre une relative autonomie des communes pour l'emploi.

L'aéroport Rodez-Marcillac, troisième aéroport de l'ancienne région Midi-Pyrénées, est notamment un point d'ancrage pour les entreprises implantées localement.

L'éloignement géographique de l'Aveyron semble donc tenir captive une main d'œuvre dotée de réels savoir-faire et à un coût maîtrisé, ayant permis l'essor d'un tissu industriel encore relativement bien implanté et représentatif d'un modèle économique performant, auquel les Aveyronnais sont réellement attachés.

Cette analyse renvoie à l'image que les médecins que nous avons interrogés se font de l'Aveyron : un département rural prospère et dynamique, et qui pour eux est un argument de son attractivité.

Mais l'Aveyron ne s'est pas développé sans les Aveyronnais.

En 2013, le Conseil départemental fait appel à une jeune start-up, Co-Managing, ayant pour vocation l'accompagnement marketing et touristique des territoires afin de déterminer un profil de l'identité aveyronnaise (29).

Outre les qualités de son patrimoine naturel et culturel déjà décrites plus haut, c'est aussi la personnalité des Aveyronnais qui est mise en valeur dans les résultats de l'enquête. Ils sont ainsi décrits comme des gens « ouverts », « simples », « généreux », « solidaires », « authentiques », « fiers », « passionnés », « adaptables », « enracinés ». Autant de traits de caractère évoqués par les médecins lors de nos entretiens.

Les conclusions rapportées par CoManaging s'accordent sur une identité forte et rare à

l'échelle d'un département, égale à celle que l'on reconnaît communément de certaines régions. Ce travail aura abouti au lancement en 2014 de la marque Aveyron Vivre Vrai.

Pour autant, cette identité ne semble pas liée au hasard, mais plutôt à un destin mouvementé. Depuis l'Antiquité, le territoire Aveyronnais conserve une certaine continuité territoriale, puisqu'avec ses causses et ses hauts-plateaux il est toujours resté en marge des grands ensembles régionaux (30). Ainsi éloigné des principales routes commerciales, l'Aveyron est donc resté longtemps un territoire autarcique.

Sous l'Ancien Régime, le monde paysan pratique une agriculture encore largement rudimentaire et est soumis à une très forte dépendance aux aléas climatiques. Ces mauvaises conditions poussent dès le XVII^{ème} siècle les Aveyronnais à une émigration saisonnière vers l'Espagne, pour travailler dans les scieries catalanes (31). Lorsque des épidémies surviennent en Espagne au XVIII^{ème}, ils se tournent alors vers Paris, l'Argentine ou la Californie. Puis l'avènement du Paris haussmannien les conduit à évoluer vers la vocation de cafetier.

Mal considérés et méprisés au départ, ils ont dû s'unir pour prospérer. Cette solidarité perdue de nos jours et ils forment à Paris une véritable diaspora active et influente, spécifique par la qualité de ses réseaux.

Les Aveyronnais ont ainsi évolué sur un territoire rural enclavé qui a dû lutter pour sa survie, et ont fait preuve d'une grande adaptabilité, au prix douloureux de l'exil. Cette histoire aurait donc fait d'eux les Aveyronnais que nous connaissons aujourd'hui et qui « ont des valeurs ».

Cette identité forte est remarquée par les jeunes médecins qui s'installent et répond par ses valeurs à une quête de sens, celui d'un retour à une simplicité, une solidarité et une authenticité.

2) Le contexte personnel

La recherche d'une qualité de vie ainsi que le souhait d'un équilibre entre la vie privée et professionnelle est une notion omniprésente dans notre étude. Le bien-être et le bien-vivre en Aveyron sont des notions qui ressortent de façon unanime dans le discours des médecins interrogés.

La recherche d'une qualité de vie personnelle est un élément clé largement retrouvé dans

la littérature, en ce qui concerne les jeunes médecins. (17) (18) (32).

Bloy G. rapporte que « *l'enjeu principal de l'installation n'est plus d'abord la garantie d'une activité mais la recherche individuelle de qualité de vie* » (25).

Le cadre de vie et l'environnement personnel sont jugés comme des critères importants ou très importants par 78% des médecins (33).

Une étude sur l'installation des jeunes médecins en zone rurale conclut qu'ils ont réussi à coordonner travail et famille comme ils le souhaitaient. Par ailleurs, le milieu rural leur permet de trouver une qualité de vie qui correspond à leurs attentes. En effet, ils recherchent « une tranquillité et un accès à un espace de vie plus grand que ne pourrait leur apporter une vie en ville » (34).

On voit donc par-là que l'Aveyron et son caractère rural a tout pour attirer de jeunes médecins qui à ce moment de leur existence aspirent à plus de calme et de nature.

Tous les médecins que nous avons interrogés avaient déjà eu un contact avec l'Aveyron avant de s'y installer. Qu'il s'agisse des stages, du bouche-à-oreille, d'un souvenir de vacances, ou de son enfance, ce contact implique presque toujours le lien humain.

Nos résultats sur l'importance des liens humains, famille, conjoint ou ami, dans l'installation concordent avec ceux de nombreux travaux de recherche (17) (32) (34). Mais toutes les régions ne sont pas aussi attractives et le rapprochement familial explique aussi une part de mobilité (25) (32). Le seul médecin que nous avons interrogé et qui n'était pas issu des universités à proximité de l'Aveyron est venu pour un rapprochement familial, ce qui confirme les résultats avancés par Bloy G.

D'après une revue systématique de la littérature sur les facteurs influençant l'installation, le conjoint est le facteur principal dans la décision d'installation, que ce soit par son travail ou par ses origines (17) (34) (35).

Par ailleurs, « *la décision d'installation est rarement individuelle, elle se construit au sein d'un couple qui cherche à combiner deux projets professionnels dans une même aire géographique* » (25). Pour les médecins installés en secteur rural, le critère de l'environnement du cadre de vie de même que le lieu d'activité du conjoint sont des facteurs importants dans le choix du lieu d'installation (33).

L'importance du conjoint dans l'installation n'est pas autant ressortie dans nos entretiens.

Cette différence peut s'expliquer notamment par le travail du conjoint. En effet, ce dernier est souvent considéré comme un déterminant crucial et même comme un frein en milieu rural. Or, dans notre échantillon, 83% des conjoints exercent un métier dans le domaine de la santé, et les autres sont dans l'enseignement. Ces domaines recrutent facilement dans tous types de secteur, y compris en milieu rural.

De plus, concernant les origines du conjoint, seulement deux sur six sont d'origine aveyronnaise et pour l'un d'entre eux la rencontre date d'après l'installation et donc ne peut pas être considéré comme un déterminant.

L'influence des origines se manifeste aussi par un attachement à un certain cadre de vie et au milieu rural (35).

Il est plus facile pour les internes d'exercer dans des lieux semblables à ceux qu'ils ont connu ou à ceux où ils ont vécu (36). Le « fait d'avoir vécu son enfance dans une région rurale est le facteur individuel le plus fortement lié à la probabilité d'exercer son activité » dans un tel secteur (35) (37).

L'étude sur l'installation des jeunes médecins en zone rurale confirme que pour certains « *le choix de vivre à la campagne était antérieur à leur décision de faire médecine* » (34).

L'influence des liens amicaux a été peu retrouvée dans la littérature. Toutefois, c'est un élément important qui est ressorti de nos entretiens. Ce lien semblait d'autant plus fort en particulier chez les médecins célibataires. De nos jours, le célibat définitif est rare et le contexte français reste marqué par un niveau de conjugalité élevé (38). Ainsi nous pouvons supposer que les liens amicaux sont d'autant plus importants car potentiellement vecteurs de nouvelles rencontres.

De surcroît, il est intéressant de noter que certains médecins interrogés se sont installés en Aveyron sans avoir réellement développé de lien humain a priori. Il s'agit notamment de médecins en couple, pour lesquels nous pouvons imaginer que le lien humain en dehors de leur sphère privée est secondaire, ce qui vient renforcer les idées précédentes.

Un médecin célibataire fait exception à cette règle. Il ne semble pas avoir de liens amicaux et émet des réticences à l'exercice regroupé, arguant qu'il n'est pas toujours facile de composer avec les égos de chacun. L'entretien a révélé un mal être qui n'a pas été explicitement rapporté à cet isolement social mais que nous pouvons supposer être en relation.

Danan M., dans ses travaux sur l'ennui et la solitude, décrit que la solitude peut être « *une liberté permettant d'échapper à l'entourage, aux contraintes, à certaines promiscuités, à la peur de l'humiliation* », mais qu'elle amène aussi « *un sentiment de vide, la communication étant impossible et l'existence inutile* ». Il conclut ainsi que « *le solitaire souffre de l'absence de relation, mais pas de n'importe laquelle, de celle qu'il attend* » (39).

En effet, il semble aussi y avoir chez ce médecin et également pour un autre médecin interrogé le souhait de retrouver une certaine solitude, à laquelle l'Aveyron peut répondre par sa situation géographique enclavée.

Les liens humains, quels qu'ils soient, représentent donc un facteur important dans la décision ou le maintien d'une installation. La convivialité, la valeur famille et la fierté des origines semblent être culturelles en Aveyron et viennent donc conforter cette idée.

3) Le contexte universitaire

On note tout d'abord que dans leur écrasante majorité, les jeunes médecins s'installent près de leur faculté d'origine (25).

Sur les onze médecins interrogés, dix d'entre eux ont fait leur internat dans une des trois facultés proches de l'Aveyron : Toulouse, Montpellier ou Clermont-Ferrand.

Dans notre étude, nous avons constaté une influence certaine et indéniable des stages effectués au cours de l'internat dans l'installation en Aveyron.

Il est important de rappeler qu'un interne sur cinq a un projet d'installation ou un poste avant la fin de l'internat. Et ce taux augmente avec la validation de stages en ambulatoire (14). En effet, les stages ambulatoires dont le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) ont une influence positive sur les souhaits d'installation des internes de médecine générale, sur le délai envisagé de cette installation ou encore le lieu et les conditions d'exercice souhaités (40) (41).

Or, en France, seulement 30% des internes ont accès au SASPAS en 2010 et 50% en 2018. Et il existe une grande disparité entre les régions (42). La maquette des stages à Toulouse permet à 100% de ses internes d'effectuer un stage de SASPAS.

Par ailleurs, nous avons remarqué que presque la moitié des médecins interrogés se sont installés avec leur ancien maître de stage et donc sur un de leur terrain de stage.

L'attractivité des stages ambulatoires a déjà été démontrée dans plusieurs études : 43% des

médecins interrogés déclarent que l'un de leur stage ambulatoire leur a donné envie de s'installer à proximité (43).

Cela concorde également avec les résultats de l'étude de Dubois L. qui conclut à l'influence du stage de SASPAS sur le lieu d'installation, et ce quelles que soient les caractéristiques géographiques (rural, semi-rural ou urbain) (40).

Toutefois, dans le travail de Lafon P. seul 5% des médecins interrogés se sont installés avec leurs maîtres de stage (43). Et dans celui de Fraizy D. sur les 21 médecins installés, un seul exerçait dans le cabinet de son SASPAS (44).

Ce taux très faible dans la littérature contraste avec celui que nous avons retrouvé et souligne l'exception aveyronnaise. En effet, ce chiffre corrobore celui avancé par le Conseil départemental, à savoir que 9% des internes ayant effectué un stage en Aveyron s'y installent, contre 1% dans d'autres départements d'Occitanie.

Plusieurs éléments permettent d'expliquer cette exception aveyronnaise. Des travaux de recherche mentionnent comme pistes d'amélioration pour favoriser les installations en médecine générale : la revalorisation du métier de médecin généraliste, l'augmentation du nombre de stages ambulatoires, la répartition et localisation des stages ambulatoires selon les besoins, une campagne de recrutement de maîtres de stage ainsi qu'une sensibilisation au problème de démographie médicale (35) (43) (45) (46).

Ce sont précisément ce type de mesures qui ont été mises en place au DUMG de Toulouse. Elles ont permis de revaloriser la profession de médecin généraliste et de favoriser le développement des stages ambulatoires. Soucieux d'une formation de qualité, le DUMG organise la maîtrise de stage sous la forme d'un diplôme universitaire rendu obligatoire pour accéder au statut de MSU.

L'évaluation des stages à la fin de chaque semestre est également très prise au sérieux et peut se solder par la fermeture s'il ne remplit pas toutes les attentes. Si tant de stages sont ainsi ouverts en Aveyron, c'est probablement en raison de leur qualité pédagogique, comme l'ont spécifié de nombreux médecins interrogés dans notre échantillon. Et ce, malgré le souhait d'une adéquation zéro, une mesure prise par le DUMG qui vise à arrêter le nombre de stages ouverts sur la région en fonction du nombre d'internes en poste. Cette mesure oblige également les internes à aller sur un territoire qu'ils n'avaient pas forcément envisagé et a certainement contribué à faire connaître l'Aveyron.

Le DUMG de Toulouse est aussi précurseur des stages ambulatoires en santé de la femme et santé de l'enfant, qui ont été testés dès 2009 dans plusieurs départements de Midi-

Pyénées, avant leur mise en application officielle par arrêté gouvernemental le 10 août 2010 (47).

En outre, le développement des stages ambulatoires a amené une certaine mobilité des internes pendant l'internat, notamment en Aveyron où ils sont nombreux, leur permettant de découvrir un territoire où ils n'auraient pas forcément envisagé s'installer initialement.

Selon la presse locale en 2016, le département comptait vingt-deux MSU pour une moyenne départementale de neuf en France (48).

Un indéniable travail de sensibilisation a été réalisé par les responsables locaux du DUMG via le Groupe Pédagogique de Proximité (GPP) de l'Aveyron auprès des médecins aveyronnais pour devenir maître de stage. Les associations locales de FMC constitue un temps de formation pour les médecins généralistes, lors desquels ils peuvent notamment échanger sur des sujets divers comme la maîtrise de stage. À cette occasion, le sujet est régulièrement évoqué en valorisant la notion de compagnonnage, et rassurant quant à leurs craintes de performance.

Une étude a été réalisée sur les freins à devenir maître de stage universitaire par Cousty M. en 2015 et évoque comme pistes pour les lever : le bouche-à-oreille, les réunions d'information, le partage d'expérience, des rencontres individuelles au cabinet, évoquer les difficultés de démographie, rassurer sur la performance attendue, etc (49).

Cette démarche a été efficace et a permis une augmentation importante du nombre de MSU en Aveyron : de onze MSU en 2006 à soixante-sept MSU en 2019 (13). Il n'y a actuellement plus de problématique de recrutement des MSU en Aveyron car les médecins se présentent spontanément pour le devenir.

Mais le MSU est aussi ce mentor qui, à un moment de sa vie où l'interne a encore des incertitudes sur son projet professionnel, vient le guider et l'inspirer. Et là où il peut avoir un impact non négligeable sur son installation, c'est en favorisant son intégration à des réseaux de professionnels via des formations conviviales, ou à des projets pour lesquels il s'est senti utile. Ces attentions, particulièrement rapportées dans nos entretiens, ont réussi à créer chez les jeunes médecins désormais installés en Aveyron le sentiment d'être apprécié à leur juste valeur.

Cet engagement universitaire se retrouve également autour de la fonction de médecin-pompier. L'Aveyron a été parmi les premiers départements en France à proposer une formation autour de l'activité de médecin-pompier aux internes de médecine générale de son

département.

Cette formation créée en 2013 a pour but de faire découvrir les pompiers, faire connaître leurs savoirs mais aussi leurs contraintes et les facettes du métier de médecin-pompier aux internes (50). Cette formation au sein du SDIS repose sur le volontariat des internes en médecine générale effectuant un stage ambulatoire en Aveyron. Il s'agit d'une formation de découverte de la fonction de Médecin Sapeur-Pompier sous un format d'initiation de quatre jours répartis dans le semestre et d'une journée en immersion (51).

Depuis son introduction au SDIS de l'Aveyron, de nombreux départements d'Occitanie proposent une formation équivalente aux internes en stage dans leur département. En effet, on compte le Gers depuis 2013, le Tarn, le Tarn-et-Garonne ainsi que l'Ariège (52) (53).

Le travail de Beitz A. a montré que ce stage au SDIS avait un impact positif sur une projection en Aveyron (au moyen d'un remplacement, d'une collaboration ou d'une installation) chez presque la moitié des médecins interrogés (52). Les chiffres communiqués sur le sujet confirment ce résultat. En effet, depuis 2013, près de deux cents internes ont effectué le stage au SDIS, vingt-huit sont devenus médecins sapeurs-pompiers et quarante se sont installés sur le département (50).

Le développement des stages ambulatoires, l'augmentation du nombre de MSU et la création d'un stage médecin-pompier a ainsi su apporter un contexte favorable pour une formation de qualité des internes en Aveyron.

4) Le contexte professionnel

L'importance de l'environnement professionnel et de sa qualité n'est plus à démontrer. L'étude de Coppolani E. de 2014, montre que ce dernier est plus important que l'environnement personnel. En effet, les médecins avouent indispensable l'accès facile à d'autres professionnels de santé, des laboratoires, pharmacies ou centre de radiologie, ce à quoi peuvent répondre les MSP (54).

Les facteurs liés à l'exercice de la médecine générale sont des critères importants ou très importants dans leur choix d'un lieu d'installation : des facteurs comme la proximité d'un plateau technique et la proximité avec d'autres professionnels de santé (33).

Mais l'Aveyron tire aussi son succès auprès des médecins généralistes d'une certaine distinction sur le plan professionnel. Beaucoup d'entre eux l'ont comparé à des départements dans lesquels ils avaient pu faire l'expérience de stages et de remplacements, mais où ils

n'avaient pas retrouvé la même convivialité et les mêmes facilités, telles que décrits dans nos résultats.

Le développement des MSP a permis d'insuffler un dynamisme incontestable dans les équipes de terrain. Ce « *sont des structures pluri-professionnelle dotées de la personnalité morale et constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné* » (55).

En Aveyron, le développement des MSP a commencé tôt, dès 2008, avant même la promulgation de la loi HPST en 2009 qui encourage le développement des maisons de santé par les pouvoirs publics (6). À ce moment-là, les élus locaux et le Conseil départemental ont été alerté par des médecins généralistes de terrain sur les problématiques de démographie médicale.

Le département a alors saisi l'opportunité de crédits européens permettant de financer une dizaine de maisons de santé pluridisciplinaires. En 2019, on dénombre vingt-huit maisons de santé et maisons médicales en fonctionnement financées par le département (pour une participation du département à hauteur de 3.500.000€) et quatorze projets de maisons de santé en cours de réalisation (13).

D'après l'enquête de l'ISNAR, presque 90% des internes ne seraient pas opposés à s'installer dans des zones déficitaires mais pas à n'importe quel prix. Parmi les types de mesures qui les inciteraient à s'installer, presque 70% mentionnent une aide logistique et financière à la création d'une MSP ou d'un cabinet de groupe (14).

De plus, le développement des MSP en France coïncide avec la volonté des jeunes générations à travailler en réseau de manière coordonnée (28). En effet, « *le choix d'un exercice en groupe est fait par près de 80% des jeunes médecins, d'une part par rejet de l'isolement intellectuel mais également par souci de partager les tâches administratives, jugées actuellement trop lourdes* » (32). « *Le travail de groupe est donc souvent perçu comme un moyen de réguler sa charge de travail, s'y ajoute la possibilité de rencontrer les confrères et de pouvoir échanger* » (25).

D'après d'autres études, 95% des médecins souhaitent s'installer avec d'autres médecins, 41% aimeraient travailler en MSP et 54% envisagent de s'installer en cabinet de groupe (41) (55).

Les conditions de travail en MSP sont incitatives grâce à l'amélioration de l'organisation du travail, l'apport des aides au fonctionnement, l'ajout de nouvelles rémunérations et la

facilitation de la permanence des soins. L'organisation du travail autour de l'exercice coordonné centré sur le patient, la possibilité de vacations des spécialistes et une volonté d'une prise en charge de qualité et en toute sécurité ont permis de changer le paradigme d'un exercice isolé (56).

Les MSP et cabinets de groupe sont des facteurs attractifs et favorisent l'installation des médecins généralistes libéraux (35). Il s'agit d'un facteur incitatif à l'installation jusque-là plus spécifique aux zones rurales mais qui tend à gagner de plus en plus les aires urbaines également (34).

L'intégration dans des équipes dynamiques, soucieuses de répondre aux problématiques de leurs territoires, est une des nombreuses aspirations retrouvées chez les médecins interrogés qui trouvent alors un sens à leur exercice.

De plus, le milieu rural a su redorer son image et est devenu attractif pour les internes et jeunes médecins puisque 20% envisagent de s'installer en zone rurale et 63% en semi-rural (41). Cette attractivité peut s'expliquer notamment par l'évolution dans le mode d'exercice avec la fin d'un métier perçu comme un « sacerdoce ». Exercer à la campagne est devenu plus compatible avec leurs attentes notamment grâce au regroupement professionnel (34).

Par ailleurs, l'exercice en milieu rural donne une image plutôt favorable avec une relation médecin-patient idéalisée, une autonomie complète et une pratique diversifiée (33) (35) (45).

Ce dynamisme professionnel se retrouve dans l'exercice de médecin-pompier. En décembre 2015, un programme « Médecins Sapeurs-Pompiers intervenant à la demande du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) » a été créé suite à la signature d'une convention entre l'ARS, le SDIS 12 et le Centre Hospitalier de Rodez. Le but de ce programme est de répondre aux contraintes du département puisqu'en Aveyron 30% des interventions du SAMU demandent des délais supérieurs à trente minutes du fait des distances. L'objectif est également d'apporter une réponse aux populations résidant dans les zones situées à plus de trente minutes du CH de Rodez.

Ce programme est ouvert à tous les médecins généralistes exerçant à plus de trente minutes d'un SAMU et prévoit une formation initiale et des formations annuelles obligatoires. Ce dispositif ayant pour objectif de former les médecins ruraux aux situations d'urgence peut permettre de lever certains freins à l'installation en milieu rural (50). En effet, certaines limites de l'exercice en milieu rural sont la solitude et l'insécurité sur le plan professionnel (17).

Par ailleurs, l'Aveyron se veut également innovant et précurseur en répondant à l'appel de la ministre de la Santé, Mme Agnès Buzyn autour du « Pacte de refondation des urgences ».

La réunion de plusieurs acteurs de santé territorial comme le SDIS, le SAMU, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et l'ARS a permis la mise en place pour la première fois en France d'un dispositif de dépose en maison de santé ou en cabinet libéral de proximité, visant à désengorger les services d'urgence des hôpitaux. Ce système consiste à instaurer un dialogue « *entre le médecin libéral volontaire et le médecin régulateur des urgences pour faire une évaluation clinique et collégiale de la personne* » et ainsi décider « *si le patient doit être admis aux urgences ou s'il peut être pris en charge au cabinet médical ou à la maison de santé.* » (57).

Ce dispositif est un nouvel exemple de collaboration multidisciplinaire entre plusieurs acteurs de santé territorial et les bénéfices et résultats apportés par ce travail en équipe.

5) Le contexte politique

D'après une enquête de l'ISNAR-IMG, 79% des internes interrogés souhaitent exercer dans leur région d'internat. « *Cela rend d'autant plus importantes les mesures entreprises en région auprès des internes et la nécessité d'en renforcer la promotion* » (14) (32).

En 2011, le Conseil départemental de l'Aveyron, investit dans un « programme départemental de soutien à la couverture médicale » en créant la Cellule Aide Médecin (58). Ce dispositif vise à développer l'attractivité du territoire et s'adresse en premier lieu aux internes, en identifiant que les stages constituent la première porte d'entrée en Aveyron. Il emploie une chargée de mission à temps plein sur la question de l'attractivité médicale.

Les principaux objectifs sont étudiés par des professionnels de la communication selon deux axes. Le premier consiste à instaurer des aides financières pour faciliter l'implantation de l'interne sur le territoire. Le second s'articule autour de la découverte du territoire, à travers un accueil convivial et gastronomique mettant en relation nouveaux arrivés et élus locaux (13).

Depuis 2011, le Conseil départemental propose pour les internes en stage en Aveyron un forfait d'aides financières avec un forfait logement et transport. Initialement, cette aide consistait à verser 600€ pour les six mois de stage aux internes. Actuellement, le montant de

l'aide est de 100€/mois pour les assistants à temps partagés et 300€/mois pour les internes en médecine en stage ambulatoire en Zone d'Appui Régional (51).

Plus de 272 internes ont bénéficié de cette aide depuis 2011. Il est important de noter que cette aide financière départementale existait bien avant l'indemnité forfaitaire d'hébergement mise en place au niveau national en 2018 pour les internes en médecine en stages ambulatoires dans des zones définies (59). Cette aide nationale fixée initialement à 200€ bruts par mois en 2018, puis à 300€ avec le Ségur de la santé en 2020, n'aide cependant pas les internes à trouver un logement (60).

En outre, la Cellule Aide Médecin vise à lever le frein des logements auprès des internes en stage dans leur département. Ils proposent une aide logistique à la recherche de logement en répertoriant sur une carte les logements disponibles et via un catalogue en ligne sur leur site internet, et en les mettant en contact avec leurs partenaires.

L'Aveyron a donc été précurseur dans le développement d'une aide locale avec des outils de recherche de logements ou des logements déjà à disposition.

Depuis, la Cellule Aide Médecin a considérablement étendu son champ d'action, notamment en mettant en place le guichet unique.

D'après une enquête du CNOM, les internes et remplaçants évoquent un besoin d'accompagnement humain dans le processus de concrétisation de l'installation. 53% des internes et 47% des remplaçants aimeraient être accompagnés par les collectivités territoriales (en 2^{ème} position après les consœurs/confrères et avant le Conseil de l'Ordre pour les internes et en 3^{ème} position pour les remplaçants) (28).

Les conclusions de cette enquête sont qu'un guichet unique semble nécessaire pour accélérer l'aboutissement du projet d'installation en facilitant les démarches administratives à réaliser. Selon le CNOM, les collectivités territoriales ont un « rôle à jouer dans l'accompagnement des professionnels, notamment à travers un soutien logistique et institutionnel. Elles ont également leur place dans la promotion des projets existants ou en cours de création sur le territoire ainsi que dans la promotion du territoire qu'elles représentent » (28).

Les missions de la Cellule Aide Médecin sont encore nombreuses. Elles consistent également à sensibiliser les médecins à devenir MSU afin de faire découvrir tout le territoire aux internes, et aussi à sensibiliser la population locale et les élus locaux aux problématiques de santé et à la démographie médicale. En œuvrant à faciliter les admissions en crèche ou la recherche d'un emploi pour le conjoint, elle donne également aux jeunes médecins les moyens de rester sur le territoire.

Ils essaient aussi de faciliter les démarches pour les remplaçants en proposant depuis 2014 sur leur site internet un catalogue de toutes les offres de remplacements disponibles en Aveyron. Ce dernier mentionne le lieu, les dates, le descriptif du cabinet et de l'organisation, les coordonnées du médecin à joindre et surtout la possibilité d'un hébergement. Par exemple, sur les dix-neuf offres de remplacements proposées en juin 2021, treize d'entre elles proposent une possibilité d'hébergement, ce qui peut constituer un facteur d'attractivité et de facilité pour venir remplacer en Aveyron (61).

En sachant que les remplacements sont un facteur déterminant à l'installation. Dans notre étude, trois médecins interrogés se sont installés sur un lieu connu par les remplacements. Ils favorisent l'installation car ils permettent aux médecins de découvrir un territoire, d'en apprécier les particularités et de se familiariser avec l'exercice médical à un endroit précis pour ensuite éventuellement s'y projeter (17) (28).

Dans la thèse de Poisson S., 43% des installations se faisaient dans un cabinet médical qu'ils connaissaient via des remplacements (62).

La Cellule Aide Médecin intervient aussi dans des groupes de travail liés à l'attractivité sur les secteurs en difficulté. Elle se porte comme interlocuteur entre élus et médecins. Par ailleurs, elle a également orienté son action en développant un plan marketing territorial, autour d'évènements conviviaux.

Les soirées d'accueil ont été mises en place dès 2012, permettant de mettre en relation les nouveaux arrivants, les maîtres de stage et les élus, et rencontre toujours un franc succès. Elles s'organisent autour d'un buffet de spécialités locales dans une belle salle de réception, animé par diverses présentations.

De plus, le WAA est un évènement national sportif destiné spécifiquement aux internes et jeunes médecins se déroulant sur un week-end au mois de septembre. Ce week-end fait partie d'un plan de marketing territorial qui a peut-être pu s'inspirer d'une des recommandations faites par l'Espace Partagé de Santé Publique (EPSP) initié par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice. Cela consistait à promouvoir le territoire par l'organisation des manifestations sportives et culturelles ciblant spécifiquement les étudiants en médecine dans une démarche de marketing territorial. Une thèse sur le sujet a montré que ce genre de projet pouvait rencontrer l'adhésion à la fois des élus locaux et des étudiants en

médecine avec pour but de « *de créer de la valeur ajoutée, rendant ainsi l'offre territoriale durablement supérieure à celles des concurrentes.* » (63).

Plus récemment, le Conseil départemental de l'Aveyron vient de créer un nouveau programme à l'attention des internes en stage sur son territoire. En effet, il propose un accès à un coaching sportif de groupe à hauteur d'une séance par semaine ou équivalent et encadré par des professionnels diplômés et spécialisés dans les sports de pleine nature. Cette démarche vise à faire « découvrir les paysages et le patrimoine aveyronnais tout en prenant soin de votre santé et votre bien-être ». Elle s'inscrit également dans un plan de marketing territorial.

Mais la Cellule Aide Médecin est aussi représentée par une chargée de communication dynamique, présente sur tous les événements et facilement accessible. À l'instar des égéries de marque, elle semble parfaitement illustrer l'image de l'Aveyron par sa personnalité chaleureuse et entraînante. Des qualités qui répondent au besoin des jeunes médecins interrogés de retrouver de l'humanité dans un quotidien fait de formalités.

En choisissant de cibler principalement son action sur la population des internes, la Cellule Aide Médecin touche de jeunes actifs dont les projets de vie sont encore incertains et les attaches suffisamment souples pour envisager s'enraciner dans un nouvel endroit. Elle réussit ainsi à les ancrer sur le territoire grâce à des événements conviviaux, un soutien logistique et un accompagnement personnalisé dans leur installation.

Au-delà des politiques locales, l'influence des aides financières nationales pour l'installation reste relative ou insuffisante. Cette donnée a été démontrée dans de nombreux travaux de recherche. Près de 70% des médecins installés déclarent les aides financières sans influence (28).

Toutefois, les aides en nature ont été peu évaluées. Ce sont des mesures visant notamment à « lutter contre l'isolement des professionnels de santé dans leur pratique quotidienne ou dans leur conditions et mode de vie » (64).

Une étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) a montré des résultats plus favorables « en ce qui concerne les politiques visant à réformer la formation initiale, et notamment celles conduisant à mieux cibler les étudiants les plus à même de s'installer ultérieurement dans des zones déficitaires ou à mieux adapter le contenu des formations au contexte particulier de la pratique dans ces zones. » (64).

Le CESP est une mesure incitative issue de la loi HPST, elle propose une indemnisation de 1200€ par mois aux étudiants qui doivent en échange s'installer la durée de l'indemnité perçue dans une zone sous-dotée (65). Aujourd'hui, les possibilités d'installation sont larges, et notamment en Aveyron où le nombre de Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) et Zones d'Action Complémentaire (ZAC) est important. Nous pouvons imaginer que ceci a pu avoir une influence pour le choix d'une installation en Aveyron, bien que cela ne soit pas ressorti clairement dans nos entretiens.

D'autres aides de ce type existent à l'échelle de départements. Néanmoins, d'après une analyse de l'IRDES, les mesures sous forme d'aides financières avec comme condition en contrepartie une installation dans des zones déficitaires pour une période donnée, ont un impact notable à court terme mais sont inefficaces au-delà (64).

Néanmoins, nos entretiens ont parfois rapporté un défaut de communication des aides nationales existantes de la part du guichet unique, telles que l'Avantage Supplémentaire Maternité ou encore l'Aide au Maintien à l'Installation en Zone Sous-Dotée (66) (67). Selon nous, ces aides ne sont pas négligeables compte tenu d'un défaut de protection sociale en médecine libérale et de frais importants engagés lors de l'installation, et méritent une meilleure communication.

III – L'interdépendance des dynamiques

Ce n'est pas uniquement la convergence de ces cinq contextes mais leurs interdépendances qui favorisent l'installation des médecins généralistes en Aveyron.

Historiquement, le développement d'une politique d'attractivité médicale en Aveyron fait suite au soulèvement des médecins généralistes lors de la grève des gardes en 2001, et coïncide avec le souhait de retrouver une croissance démographique globale qui ne peut s'envisager sans une offre de soins suffisante.

La création du Diplôme d'Études Spécialisées (D.E.S.) de médecine générale et du statut de MSU en 2004 représente une opportunité pour le DUMG de Toulouse de développer les terrains de stage ambulatoires, moyen indiscutable pour faire découvrir le territoire et y ancrer les jeunes actifs. Si cette démarche est commune à l'ensemble de l'ancienne région Midi-Pyrénées, elle s'étoffe particulièrement en Aveyron dans ce contexte où le recrutement devient primordial. Mais c'est sans compter sur le travail de sensibilisation auprès des

médecins pour devenir MSU, fruit d'un effort collectif entre les élus, et les responsables du DUMG, soutenus par un cortège de médecins dynamiques.

De plus, l'essor des MSP depuis la loi HPST contribue largement à ce recrutement de MSU, puisqu'une des missions de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) des MSP est notamment la « formation des jeunes professionnels » (68). Les MSP répondant également aux aspirations des jeunes médecins, leur déploiement sur le territoire aveyronnais à l'occasion de crédits européens en 2008 a alors pris tout son sens. Les politiques d'accueil favorisant l'intégration d'un jeune médecin sur le territoire, à travers la convivialité et l'accompagnement dans son projet professionnel, ont fini de remplir ces MSP et de recruter les MSU.

Au-delà de l'action des professionnels de santé de terrain, le rôle soutenant des politiques n'est donc pas négligeable. Alertés très tôt par les professionnels de santé, ils ont su chacun à leur niveau optimiser les soutiens pour obtenir différentes aides financières, afin de porter ces projets innovants. Les communautés des communes telles que Rodez Agglomération se sont également saisies de cette question de l'accès aux soins en soutenant les équipes de terrain via l'intégration des structures type MSP dans les contrats locaux de Santé. Là encore, on voit que les contextes universitaires, professionnels et politiques sont interdépendants pour expliquer le succès des structures pluriprofessionnelles, dynamisantes et point d'ancrage facilitant l'installation de jeunes médecins.

L'action du Conseil départemental est elle-même dépendante de ce travail de recrutement des MSU pour justifier des nombreuses actions qu'elle mène auprès des jeunes internes. Et surtout, elle a répondu au besoin d'accompagnement humain dans le processus de concrétisation de l'installation, en instaurant un guichet unique sous forme d'un comité Théodule. Ce dernier ayant pour but de mettre en contact le médecin concerné et tous les interlocuteurs impliqués dans son installation, en l'occurrence l'ARS, la CPAM, le CDOM de l'Aveyron. De part ce partenariat, ils offrent une vision globale pour les jeunes médecins cherchant à s'installer, en les réorientant et en les accompagnant dans leur projet professionnel.

Une autre belle illustration de cette interdépendance est la création du stage médecin-pompier, fruit d'une collaboration entre les MSU sur le terrain, les médecins-pompiers du SDIS 12 et la cellule du Conseil départemental. Sans le travail de l'Accueil Médecin

Aveyron pour en faire la publicité à travers l'opportunité d'une expérience unique et conviviale, le SDIS 12 ne connaîtrait pas un tel recrutement et le département une si bonne couverture médicale.

On voit donc bien par ces exemples qu'un seul contexte isolé ne suffit pas à expliquer l'attractivité de l'Aveyron. Ce dynamisme a été possible par la collaboration des différents acteurs territoriaux et de santé et par l'impact bénéfique et mutuel des actions portées par chacun de ces acteurs.

IV- Des pistes d'amélioration

Si beaucoup d'actions ont déjà été menées pour développer la notion d'attractivité de l'Aveyron, il nous semble que certaines pistes d'amélioration sont encore possibles. Elles dépendent toutes d'un travail collaboratif entre les différents intervenants.

La réforme récente du D.E.S. porte à quatre ans la durée de l'internat en Médecine. Afin d'uniformiser la durée de l'internat une 4^{ème} année de D.E.S. de médecine générale est donc en projet et devrait être instaurée à partir de 2022. La maquette de cette année serait un projet professionnalisant ambulatoire. Cette réforme est une des solutions imaginées pour répondre au contexte démographique actuel. En effet, « la qualité et la cohérence de la formation initiale constituent les fondations de l'attractivité et de l'efficacité de la discipline » (69). On peut imaginer qu'une réflexion commune entre les professionnels de terrain et les universitaires locaux permettrait de cibler les territoires dynamiques et pour certains en tension, afin de créer des lieux de stage au plus près des besoins locaux. Ceci pourrait être un des leviers pour stimuler l'installation de jeunes médecins en fin de parcours d'internat, dans un lieu déjà éprouvé, au sein d'équipes dynamiques.

Le territoire aveyronnais continue également d'innover avec un projet d'internat territorial en santé sur le Grand Rodez qui accueillerait non seulement les internes ambulatoires et hospitaliers mais également des étudiants des professions paramédicales (70). Ce dispositif, en plus d'apporter une aide conséquente en termes de logements accessibles à tous, pourrait permettre de favoriser les liens entre l'hôpital et la ville et les liens entre professionnels de santé dans le but d'une future collaboration. Cette structure, imaginée par les responsables universitaires locaux, soutenue par le CDOM et appuyée par

le Conseil départemental s'inscrit dans la continuité de la politique d'attractivité développée par l'Accueil Médecin Aveyron et permettrait de fidéliser certains internes en leur permettant de réaliser la grande majorité de leurs stages sans changer de logement. Il serait ainsi possible de semer quelques graines, qui fort d'un accompagnement attentif permettraient d'enraciner sur ce territoire de futurs professionnels de santé.

Par ailleurs, une CPTS a vu le jour en 2019 dans le Nord Aveyron et a déjà permis la mise en œuvre sur son territoire d'une téléconsultation de cardiologie, de réunions publiques de sensibilisation à des problématiques de santé, d'un dépistage organisé des troubles des apprentissages, etc (71). Proposée par la Loi de Modernisation de la Santé du 26 janvier 2016, la CPTS regroupe les professionnels de santé d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes, avec comme objectif principal le décloisonnement et la réorganisation des soins autour du patient (72). Les CPTS font partie des moyens qui doivent permettre de fluidifier les flux de patients, de réguler les demandes d'accès à un médecin traitant, mais surtout à créer du lien entre les professionnels de santé à tous les niveaux. L'accueil des nouveaux professionnels sur le territoire fait partie des missions de la CPTS. Ces structures pourraient ainsi être un nouveau facteur d'attractivité des territoires ainsi qu'une structure d'accueil des nouveaux venus. Une CPTS sur Rodez Agglomération est à l'heure actuelle en cours de réflexion.

Et bien que l'Accueil Médecin Aveyron semble largement contribuer au succès de l'attractivité par ses nombreuses actions, nos entretiens déplorent parfois un manque de visibilité, notamment auprès de médecins n'ayant pas effectué leur internat à Toulouse, mais également un manque d'information en ce qui concerne les aides financières. Il pourrait ainsi être intéressant de la rendre visible dès l'inscription à l'Ordre des Médecins en convoquant systématiquement le médecin, s'il le souhaite, à ce comité Théodule pour répondre à ses interrogations.

De nombreuses autres pistes pourraient être envisagées. Le CNOM a récemment créé un Observatoire des Initiatives Territoriales pour améliorer l'accès et la qualité des soins, où chacun peut trouver des sources d'inspiration (73).

Notre travail a permis de mettre en avant la nécessité de plusieurs facteurs stimulants qui en convergeant tous dans le même sens et en s'unifiant autour de plusieurs projets simultanés permettent d'expliquer les déterminants et les motivations à l'installation des médecins généralistes en Aveyron en 2021.

Nous avons proposé une synthèse de ces dynamiques et ces interconnexions dans la Figure 1.

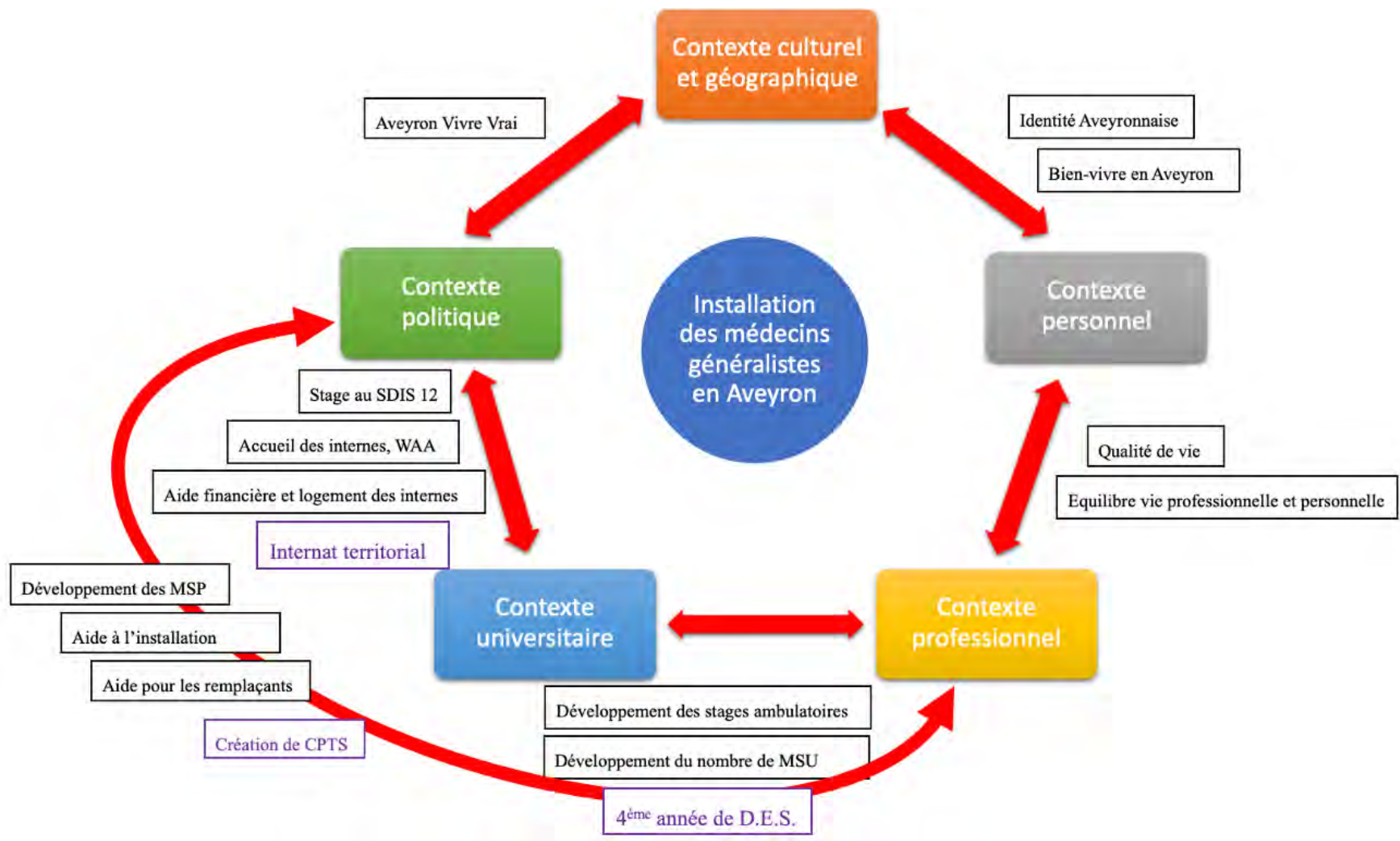


Figure 1 : Déterminants et motivations à l'installation des médecins généralistes ambulatoires en Aveyron.

Conclusion

Dans un contexte de problématique nationale de démographie médicale et de lutte contre les déserts médicaux, l'Aveyron, un département rural d'Occitanie, semble se distinguer par son attractivité en affichant un solde positif d'installations de médecins généralistes.

Nous avons voulu comprendre les déterminants et les motivations qui amènent les médecins généralistes à s'installer au moyen d'une étude qualitative. Nous avons réalisé dix entretiens semi-dirigés nous permettant ainsi d'interroger onze médecins généralistes installés en secteur libéral depuis moins de cinq ans en Aveyron.

Quasiment tous les médecins interrogés ont manifesté un coup de cœur pour le département. Un terme ressort unanimement des entretiens : la qualité. Qualité d'accueil, qualité de formation, et qualité de vie personnelle et professionnelle, sont les trois grandes notions. La Cellule Aide Médecin ne semble pas avoir été déterminante dans leur choix, mais a plutôt confirmé ce choix en représentant un repère rassurant, apportant une aide surtout humaine.

Ces résultats sont fondés sur la convergence de cinq contextes différents.

Le contexte géographique caractérisé par un positionnement complexe a forgé à la fois un modèle économique et une identité aveyronnaise notables. Il offre un patrimoine culturel riche et préservé, sur lequel a été développée la marque Aveyron Vivre Vrai, porteur des valeurs de qualité, simplicité et convivialité.

Le contexte personnel se résume par une recherche d'une qualité de vie symbolisée par l'attachement à un certain cadre de vie, souvent en milieu rural, et la synthèse de liens humains authentiques et forts. C'est le bien-être et le bien-vivre en Aveyron.

Le contexte universitaire a été permis par le développement des stages ambulatoires notamment par l'augmentation du nombre de MSU et donc du nombre de terrains de stage. De plus, la création du stage médecin-pompier, les relations privilégiées de compagnonnage entre internes et MSU offrent aux internes une formation de qualité en Aveyron.

Le contexte professionnel est représenté par un environnement professionnel de qualité incluant une bonne organisation du maillage territorial et un développement important des MSP, permettant un exercice diversifié et gratifiant, au sein d'équipes dynamiques et accueillantes.

Enfin, le contexte politique est symbolisé par la création en 2011 de l'Accueil Médecin

Aveyron dont les actions consistent en une aide au logement et aide financière aux internes, un accueil des médecins sur son territoire et également une aide humaine à l'installation.

Nous avons remarqué que l'interdépendance de ces dynamiques dont chaque maillon a été un élément central du rouage a permis à l'ensemble de s'engrener et de fonctionner pour arriver au résultat constaté.

Si certains de ces éléments semblent propres à l'Aveyron ou au milieu rural, nous pensons que cette synergie des dynamiques peut être applicable à l'échelle d'autres départements en France. Nous sommes convaincues que les collectivités territoriales ont un rôle à jouer et qu'un travail en équipe avec les médecins généralistes peut aider à améliorer l'attractivité d'un territoire.

Développer l'intégration des jeunes médecins ou des internes en leur donnant le sentiment d'être désiré et utile semble être l'un des piliers de ce succès. Cela se traduit en Aveyron par des mesures reproductibles à différentes échelles : des stages d'internat avec un compagnonnage entre MSU et internes, un accueil soigné et personnalisé par le département lors des stages et des remplacements, des événements conviviaux et des projets impliquant les politiques et les professionnels de santé d'un même territoire.

De nouvelles pistes peuvent contribuer à favoriser encore l'intégration des jeunes médecins sur un territoire, comme les solutions imaginées au niveau national par le stage professionnalisant de la 4^e année de D.E.S. et la création des CPTS. De plus, à l'échelle locale, les collectivités territoriales peuvent améliorer le guichet unique pour un accompagnement encore plus performant et personnalisé, mais aussi participer à la création d'un internat de proximité.

Bibliographie

1. Sénat. Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! 29 janvier 2020. [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282.html>
2. DREES. Démographie des professionnels de santé, dossier de presse [Internet] [cité le 9 août 2021]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf
3. DRESS, Etudes et Résultats. Rican S, Charraud S. Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines. [Internet] 1999;4. [cité 09 août 2021] Disponible sur : <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13344/1/er009.pdf>
4. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? Espace Popul Sociétés Space Popul Soc [Internet]. 20 mars 2016 [cité 9 août 2021];(2015/3-2016/1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/eps/6177#tocto2n4>
5. Véran O. Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. Trib Sante. 12 juill 2013;n° 39(2):77-85.
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. HPST : une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé [cité le 9 août 2021]. Plaquette grand public. [Internet] Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
7. Collège National des Généralistes Enseignants. Historique du CNGE [Internet]. 14 mai 2012 [cité le 9 août 2021]. Disponible : https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/
8. Hebert A. Influence des mesures incitatives à l'installation des médecins généralistes dans les landes : étude observationnelle auprès des médecins installés et collaborateurs depuis 5 ans. 19 déc 2019;65.
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022 : Grands axes de transformation [Internet] [cité le 9 août 2021]. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022.pdf
10. Direction Départementale des Territoires de l'Aveyron. Diagnostic prospectif du département de l'Aveyron à l'horizon 2030 [Internet]. Février 2011 [cité le 9 août 2021]. Disponible : http://www.aveyron.gouv.fr/IMG/pdf/DDT12-R06_NOTE_DETAILLEE_1.pdf
11. France Info. Déserts médicaux : la recette miracle de l'Aveyron. 2019 [Internet] [cité 9 août 2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/professions-medicales/deserts-medicaux-la-recette-miracle-de-l-aveyron_3455501.html
12. LCI. Contre la désertification médicale, l'Aveyron fait tout pour attirer de jeunes médecins [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lci.fr/sante/video-contre-la-desertification-medicale-l-aveyron-fait-tout-pour-attirer-de-jeunes-medecins-2184656.html>

13. Actions conduites dans le cadre du développement de la couverture médicale. Dossier de Presse, juin 2019. Conseil départemental de l'Aveyron.
14. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011 - Résultats; 2011 [cité le 9 août 2021]. Disponible : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
15. Office Fédéral de la Statistique (OFS). Échantillonnage boule de neige la méthode de sondage déterminé par les répondants. [Internet] 2014. [cité 09 août 2021]. Disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.349363.html>
16. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. BDB_JO_101578024. oct 2009;(88):106-12.
17. Pongerard V. Facteurs incitant les médecins généralistes à l'installation en secteur libéral en Corse : étude qualitative menée en Haute-Corse (2B) et Corse-du-Sud (2A) en 2017 [Thèse d'exercice]. [France] : Université Nice Sophia Antipolis; 2018.
18. Laurent P. Déterminants de la décision d'installation de femmes en médecine générale libérale dans l'Aude : étude qualitative départementale par entretiens semi-dirigés auprès de femmes internes ou médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Montpellier; 2016.
19. Schurmans M-N, Dominicé L. Le Coup de foudre amoureux [Internet]. Presses Universitaires de France; 1997 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-coup-de-foudre-amoureux--9782130488835.htm>
20. Poirot J, Gérardin H. L'attractivité des territoires : un concept multidimensionnel. Mondes en développement. 20 avr 2010;n° 149(1):27-41.
21. INSEE. Dossier complet - Département de l'Aveyron (12). 30 juin 2021 [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-12>
22. Observatoire Économique d'Occitanie. Panorama Économique Occitanie 2020. [Internet] [cité 9 août 2021]. Disponible sur : <https://www.obseco.fr/>
23. Ricbourg M, Fernandez J-C. Détermination des principaux indicateurs d'attractivité d'un territoire, un enjeu fort pour les collectivités. [Internet]. CESI - Centre d'Enseignement Supérieur Industriel; 2018 mars [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01741930>
24. Les plus beaux villages de France - Site officiel. Département de l'Aveyron. [Internet]. 2021 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.les-plus-beaux-villages-de-france.org/fr/nos-villages/>
25. Bloy G. Schweyer F-X. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. 2010.
26. Association villes et villages où il fait bon vivre - Le classement des communes - Palmarès 2021 [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur:

<https://www.villesetvillagesouilfaitbonvivre.com/le-palmares/classement/12202/12000/Rodez#city-ranking>

27. Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP). Repenser l'accessibilité des services au public en Aveyron [Internet]. 2016 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <http://www.aveyron.gouv.fr/repenser-l-accessibilite-des-services-au-public-en-a3032.html>
28. CNOM Commission Jeunes Médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés [Internet]. Jeudi 11 avril 2019. [cité 9 août 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf
29. CoManaging. Profil identitaire de l'Aveyron [Internet]. 2013 [cité 9 août 2021]. Disponible sur : <https://www.marque-aveyron.fr/fr/documents/profil-aveyron-pp-def-20130920.pdf>
30. Gruat P, Pailler J-M, Schaad D. Les Rutènes: du peuple à la cité, de l'indépendance à l'installation dans le cadre romain 150 a.C. - 100 p.C. Bordeaux, France: Aquitania; 2011. 699 p.
31. Daniel Crozes. Les bougnats de l'Aubrac. Éditions du Rouergue. 2018
32. ORS Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. [Internet] Décembre 2011. [cité 09 août 2021]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/33368411-Motivations-et-freins-a-l-installation-des-medecins-generalistes-liberaux-synthese-de-la-litterature.html>
33. Guais-Lerat F. Étude des facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes libéraux en Bourgogne [Internet]. 2015. [cité 09 août 2021] Disponible : http://www.bourgogne.paps.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/ARS/PAPS_V2/2015_MSAServicesBFC_-_Rapport_etude_installation_MG_Bourgogne_DEF__2_.pdf
34. Veauvy C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale [Thèse d'exercice]. [France] : Université François-Rabelais, Faculté de Médecine de Tours; 2014.
35. Rasse C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France: une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Poitiers; 2016.
36. Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon [Thèse d'exercice]. [France] : Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
37. Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France] : Université européenne de Bretagne; 2015.
38. Bergström M, Courtel F, Vivier G. La vie hors couple, une vie hors norme? Expériences du célibat dans la France contemporaine. *Revue Population*. Fr. juill 2019;74(1-2):103-30.

39. M. Danan. Entre ennui et solitude, du normal au pathologique. Académie des sciences et lettres de Montpellier. Communication novembre 2012 [consulté le 3 août 2021] Disponible sur : https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/academie_edition/fichiers_conf/DANAN-2012-2.pdf.
40. Dubois L. Influence du parcours de D.E.S. sur l'installation des jeunes médecins généralistes français [Thèse d'exercice]. [France] : Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019
41. Tricart C. Influence du parcours de D.E.S. sur les souhaits d'installation des internes de médecine générale français [Thèse d'exercice]. [France] : Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019.
42. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG). Communiqué de presse CNGE/SNEMG - Progression de l'offre des stages en médecine générale. 2018.
43. Lafon P. Influence géographique des stages ambulatoires réalisés en Poitou-Charentes lors du 3^{ème} cycle sur le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes : enquête auprès de 80 généralistes de premier recours issus de la faculté de Poitiers entre 2003 et 2007 [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Poitiers; 2013.
44. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS : étude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à octobre 2011 [Thèse d'exercice]. [France] : Faculté de Médecine de Dijon; 2012.
45. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [France] : Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble; 2013.
46. Dupont C. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale : étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie Jules Verne, Faculté de Médecine d'Amiens; 2017.
47. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. [Internet] [cité 09 août 2021] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022747156/>
48. Centre Presse Aveyron. Le Département aux petits soins des internes en médecine. Le 06 juin 2016. [Internet]. centrepresseaveyron.fr. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.centrepresseaveyron.fr/2016/06/03/le-departement-aux-petits-soins-des-internes-en-medecine,3953669.php>
49. Cousty M. Motivations et freins des jeunes généralistes charentais à devenir maître de stage : étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Poitiers; 2015.
50. Territoires Audacieux. Aveyron (12) : une collaboration entre le département et le SDIS pour lutter contre la désertification médicale [Internet]. 11 juin 2019. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://territoires-audacieux.fr/aveyron-collaboration-departement-sdis-lutter-desertification-medicale/>

51. Accueil Médecins Aveyron. Effectuer son internat [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://accueilmedecins.aveyron.fr/effectuer-son-internat/>
52. Beitz A. Formation Médecin Sapeur-Pompier en Aveyron : évaluation par les internes de Médecine générale et impact sur l'installation et le recrutement par le Service de Santé et de Secours Médical [Thèse d'exercice]. [France] : Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018.
53. Plan Tarn Santé. Politique départementale en faveur de l'attractivité médicale. 29 juin 2018 [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur : https://www.tarn.fr/fileadmin/imports/Plan_Tarn_Sante_.pdf
54. Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne [Thèse d'exercice]. [France] Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
55. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de santé [Internet]. 2021 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
56. Texier H. Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine [Thèse d'exercice]. [France] : Université Bordeaux 2; 2013.
57. Rodez. L'Aveyron sait répondre aux problématiques d'accès aux soins. Le 17 décembre 2019 [Internet]. ladepeche.fr. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/2019/12/17/laveyron-sait-repondre-aux-problematiques-dacces-aux-soins,8609734.php>
58. Le site du Conseil départemental de l'Aveyron. Couverture médicale : le Conseil général mise sur l'accueil des internes en médecine. 25 janvier 2013. [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://aveyron.fr/actualites/d%C3%A9mographie%20m%C3%A9dicale/couverture%20m%C3%A9dicale%20le%20conseil%20g%C3%A9n%C3%A9ral%20mise%20sur%20l%E2%80%99accueil%20des>
59. Arrêté du 3 juillet 2018 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire d'hébergement des étudiants du troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie. [Internet] [cité 09 août 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037152345/>
60. Ministère des Solidarités et de la Santé. Accords carrières, métiers et rémunérations. 20 juillet 2020 [Internet] [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/accords-carrieres-metiers-et-remunerations>
61. Accueil Médecins Aveyron. Remplacer [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://accueilmedecins.aveyron.fr/remplacer/>
62. Poisson Rubi S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Poitiers; 2006.

63. Lecoq A. Un nouveau concept dans la lutte contre les déserts médicaux, le marketing territorial appliqué à la vallée de la Vésubie ou « La grande séduction ». [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nice Sophia Antipolis; 2015.
64. Bourgueil Y. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature. 2006;6.
65. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le principe du CESP. février 2021 [Internet] [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
66. Ameli. Aide financière pour maternité, paternité, adoption [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-financiere-maternite-paternite-adoption>
67. Ameli. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
68. Ameli. Les structures de santé pluriprofessionnelles. [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
69. ISNAR-IMG. Une quatrième année professionnalisante [Internet]. Avril 2011 [cité 9 août 2021]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/2016/01/quatrieme-annee-professionnalisante.pdf>
70. Rodez Agglomération. Le contrat local de santé [Internet]. Novembre 2019 [cité 9 août 2021]. Disponible sur : <https://www.rodezagglo.fr/sante-solidarite/sante/contrat-local-de-sante/>
71. CPTS Nord Aveyron. Les projets de la CPTS [Internet]. [cité 9 août 2021] Disponible sur : <https://cpts-nord-aveyron.fr/les-projets-de-la-cpts/>
72. ARS Santé. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Internet] 11 mars 2021. [cité 9 août 2021]. Disponible sur : <https://ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
73. CNOM. Initiatives territoriales [Internet].[cité 9 août 2021] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/initiatives-territoriales>

Annexe 1 : Guide d'entretien initial

I – Parcours universitaire et professionnel et son influence

1/ Pouvez-vous nous raconter votre parcours de formation (universitaire) et professionnel depuis l'externat ?

Relance : *Où avez-vous fait votre externat/internat ? Et vos remplacements ?*

2/ En quoi ce parcours a-t-il pu influencer le choix du lieu d'installation ?

Relance :

- *Où avez-vous fait vos stages ?*
- *Quels types de stages (ambulatoire/hospitalier) et localisations (urbain/rural) ?*
- *remplacements (lieu)*
- *rencontres professionnelles (maîtres de stage, internes, stage au SDIS...)*

II – Attractivité du département (aspect personnel)

3/ En quoi le département de l'Aveyron vous-a-t-il attiré ?

Relance :

- *le territoire et la géographie du département*
- *les liens familiaux, amicaux, autres*
- *origine et le cadre de vie dans l'enfance*

4/ Comment avez-vous choisi votre lieu d'installation ?

Relance :

- *Cadre professionnel (mode d'exercice, proximité d'autres professionnels de santé, laboratoires, pharmacies, hôpitaux et qualité de vie professionnelle)*
- *Cadre de vie et environnement (services de proximité, écoles, commerces) ?*
- *Influence du travail du conjoint ?*
- *Qualité de vie (géographie, nature, gastronomie, culture) ?*

III – Influence du conseil départemental (cellule Aide Médecin)

5/ Est-ce que vous connaissez la cellule Aide Médecin du conseil départemental ?

6/ Si oui : En quoi le conseil départemental avec la cellule Aide Médecin a-t-il pu influencer votre décision d'installation en Aveyron ?

Relance : *travail pour le conjoint ?*

6bis/ Si non, explications sur la cellule Aide médecin : Qu'est-ce que vous en pensez ?

6ter/ Si oui, si vous n'en avez pas bénéficié pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?

IV – Conclusion et pistes d’amélioration

7/ Avez-vous des pistes d’amélioration si un confrère souhaitait s’installer en Aveyron ?

8/ Avez-vous quelque chose à rajouter à cet entretien ?

I- Parcours universitaire et professionnel et son influence

1/ Pouvez-vous nous raconter votre parcours de formation (universitaire) et professionnel depuis l'externat ?

Relance : Où avez-vous fait votre externat/internat ? Et vos remplacements ?

2/ En quoi ce parcours a-t-il pu influencer le choix du lieu d'installation ?

Relance :

- Où avez-vous fait vos stages ?
- Quels types de stages (ambulatoire/hospitalier) et localisation (urbain/rural)
- remplacements (lieu) ?
- rencontres professionnelles (maîtres de stage, internes, stage au SDIS...)

II – Attractivité du département (aspect personnel)

3/ En quoi le département de l'Aveyron vous a donné envie de rester ?

Relance :

- le territoire et la géographie du département
- les liens familiaux, amicaux, autres
- origine et le cadre de vie dans l'enfance

4/ Comment avez-vous choisi votre lieu d'installation ?

Relance :

- Cadre professionnel (mode d'exercice, proximité d'autres professionnels de santé, laboratoires, pharmacies, hôpitaux et qualité de vie professionnelle)
- Cadre de vie et environnement (services de proximité, écoles, commerces) ?
- Influence du travail du conjoint ?
- Qualité de vie (géographie, nature, gastronomie, culture) ?

III – Influence du conseil départemental (cellule Aide Médecin)

5/ Est-ce que vous connaissez la cellule Aide Médecin du conseil départemental ?

6/ Si oui : En quoi le conseil départemental avec la cellule Aide Médecin a-t-il pu influencer votre décision d'installation en Aveyron ?

Relance : travail pour le conjoint ?

6bis/ Si non, explication sur la cellule Aide médecin : Qu'est-ce que vous en pensez ?

6ter/ Si oui, si vous n'en avez pas bénéficié pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?

IV – Conclusion et pistes d'amélioration

7/ Avez-vous des pistes d'amélioration si un confrère souhaitait s'installer en Aveyron ?

8/ Avez-vous quelque chose à rajouter à cet entretien ?

Annexe 3 : Guide d'entretien modifié après discussion avec notre directeur de thèse (version 3)

1/ Pourquoi vous vous êtes installé en Aveyron ?

Relances :

Et le conjoint là-dedans... ?

Et vos parents... ?

Et vos enfants... ?

2/ Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui vous ont attiré et donné envie de rester en Aveyron ?

Relances :

Et votre parcours universitaire et professionnel... ?

Et l'accès à un plateau technique... ?

Et le département de l'Aveyron ?

3/ Si vous pouviez changer quelque chose, qu'est-ce que ça serait ?

4/ Est-ce que vous connaissez la cellule Aide Médecin du conseil départemental ?

Si oui : En quoi le conseil départemental avec la cellule Aide Médecin a-t-il pu influencer votre décision d'installation en Aveyron ?

Si non, explication sur la cellule Aide médecin : Qu'est-ce que vous en pensez ?

Si oui, si vous n'en avez pas bénéficié pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?

6/ Avez-vous quelque chose à rajouter à cet entretien ?

1/ Pouvez-vous nous raconter votre parcours de formation et professionnel depuis l'externat ?

Relance :

- lieu d'externat et internat / lieu des remplacements
- types de stages (ambulatoire/hospitalier) et localisations (urbain/rural)
- remplacements (lieu)
- rencontres professionnelles (maîtres de stage, internes, stage au SDIS...)

2/ Pourquoi vous vous êtes installé en Aveyron ?

Relance : En quoi le département de l'Aveyron vous a-t-il attiré, donné envie de rester ?

- le territoire et la géographie du département
- la population
- les liens familiaux, amicaux, autre
- origine et le cadre de vie dans l'enfance

Relance : Comment avez-vous choisi votre lieu d'installation ?

- Cadre professionnel (mode d'exercice, proximité d'autres professionnels de santé, laboratoires, pharmacies, hôpitaux et qualité de vie professionnelle)
- Cadre de vie et environnement (services de proximité, écoles, commerces) ?
- Influence du travail du conjoint ?
- Qualité de vie (géographie, nature, gastronomie, culture) ?

3/ Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui vous ont attiré et donné envie de rester en Aveyron ?

4/ Avez-vous des regrets ? Si vous pouviez changer quelque chose, qu'est-ce que ça serait ?

5/ Est-ce que vous connaissez la cellule Aide Médecin du conseil départemental ?

Si oui : En quoi le conseil départemental avec la cellule Aide Médecin a-t-il pu influencer votre décision d'installation en Aveyron ?

Si non, explication sur la cellule Aide médecin : Qu'est-ce que vous en pensez ?

Si oui, si vous n'en avez pas bénéficié pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?

6/ Avez-vous quelque chose à rajouter à cet entretien ?

1/ Comment avez-vous découvert l'Aveyron ?

2/ Pouvez-vous nous raconter (brièvement) votre parcours depuis l'externat ?

Relance :

- lieu d'externat et d'internat / lieu des remplacements
- types de stages (ambulatoire/hospitalier) et localisations (urbain/rural)
- remplacements (lieu)
- rencontres professionnelles (maîtres de stage, interne, stage au SDIS...)

3/ Pourquoi vous vous êtes installé en Aveyron ?

Relances : En quoi le département de l'Aveyron vous a-t-il attiré, donné envie de rester ?

- le territoire et la géographie du département
- la population
- les liens familiaux, amicaux, autre
- origine et le cadre de vie dans l'enfance

Relances : Comment avez-vous choisi votre lieu d'installation ?

- Cadre professionnel (mode d'exercice, proximité d'autres professionnels de santé, laboratoires, pharmacies, hôpitaux et qualité de vie professionnelle)
- Cadre de vie et environnement (services de proximité, écoles, commerces) ?
- Influence du travail du conjoint ?
- Qualité de vie (géographie, nature, gastronomie, culture) ?

4/ Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui vous ont attiré et donné envie de rester en Aveyron ?

5/ Avez-vous des regrets ? Si vous pouviez changer quelque chose, qu'est-ce que ça serait ?

6/ Est-ce que vous connaissez la cellule Aide Médecin du conseil départemental ?

Si oui : En quoi le conseil départemental avec la cellule Aide Médecin a-t-il pu influencer votre décision d'installation en Aveyron ?

Si non, explication sur la cellule Aide médecin : Qu'est-ce que vous en pensez ?

Si oui, si vous n'en avez pas bénéficié pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?

7/ Avez-vous quelque chose à rajouter à cet entretien ?

LETTRE D'INFORMATION

A destination des médecins généralistes ayant répondu à notre invitation à un entretien semi-dirigé en vue de la réalisation d'une thèse qualitative.

Cher confrère, chère consœur,

Suite à notre appel téléphonique, vous avez accepté de participer à un **entretien semi-dirigé** dans l'objectif de répondre à une thèse qualitative.

La recherche qualitative est une méthode utilisée en sciences humaines et sociales basée sur l'observation de facteurs subjectifs difficilement mesurables et dont les applications sont très concrètes, notamment lorsque cela concerne les aspects relationnels tels que peut impliquer la question de l'installation sur un territoire.

Elle s'élabore autour d'entretiens semi-dirigés, parfois de groupes de travail, orientés sur un échantillon de population choisi selon des critères d'inclusion précis et variant jusqu'à saturation des données.

Les entretiens semi-dirigés sont introduits avec des questions fermées afin de situer l'interlocuteur dans l'échantillon. Le sujet est ensuite abordé avec des questions ouvertes laissant à l'interlocuteur la liberté de sa réponse.

A l'issue de ces entretiens s'ensuit un long travail d'analyse visant à catégoriser les données recueillies pour les rendre objectives et ainsi argumenter des réponses à la question de recherche.

Cet entretien pourra durer **entre 30 min et 1h** en moyenne, selon ce que le participant choisira de développer. Il sera conduit par l'un ou les deux médecins ayant choisi de traiter ce sujet. La date, l'heure et le lieu ont été défini préalablement lors de notre appel téléphonique et vous sont rappelés en bas de page. Merci de nous signaler tout changement par retour de mail ou par téléphone.

Les échanges seront enregistrés au moyen d'un **dictaphone** et vos données personnelles seront systématiquement rendues **anonymes** par application d'une codification spécifique. Nous vous demanderons avant le début de l'entretien de signer une **attestation** sur deux exemplaires nous autorisant à vous enregistrer, dont l'un vous sera remis. Veuillez noter que notre sujet de recherche est conforme au **protocole MR004 du CNIL** au regard des critères définis par l'article L 1123-7 du Code de la Santé Publique.

Nous ne manquerons pas de vous communiquer les résultats de l'ensemble de notre travail de recherche si cela vous intéresse.

Nous vous remercions pour le temps que vous avez accepté de consacrer à ce travail.

N'hésitez pas à nous retourner par e-mail ou téléphone toute interrogation ou objection particulière.

Bien confraternellement,

Elise CROS

E-mail : elise.cros@hotmail.fr

Téléphone : 06.68.17.26.58

Laurène MARQUOT

laurene.marquot@gmail.com

06.89.69.27.10

Annexe 7 : Formulation d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Merci de porter de l'intérêt et d'accepter de participer à notre travail de recherche concernant les médecins généralistes en Aveyron.

Ce recueil d'informations est anonyme : nous n'utiliserons pas vos noms ni vos informations personnelles pour cette étude. Votre identité ne sera divulguée à personne. Les réponses que vous donnerez seront utilisées sans mentionner les informations qui pourraient vous identifier.

Votre participation est volontaire, vous êtes libre d'accepter ou de refuser, sans conséquence pour vous et votre famille. Si vous acceptez de participer, vous pouvez décider de quitter la discussion à tout moment, sans conséquence négative pour vous et votre entourage.

Déroulement : nous vous poserons des questions et écouterons vos réponses et vos expériences. Nous ne jugerons pas vos paroles. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Cette séance de discussion dure entre 15 et 60 minutes suivant ce que vous allez nous dire. Si vous ne comprenez pas bien ce que nous vous demandons, n'hésitez pas à nous le dire. Si vous avez des questions sur le sujet, n'hésitez pas à les poser. Nous essaierons d'y répondre, si possible à la fin de l'entretien, pour vous laisser entièrement la parole avant.

Les personnes présentes seront : Elise Cros et Laurène Marquot, internes en médecine générale.

La séance sera enregistrée, nous ne ferons pas écouter ces enregistrements à des personnes extérieures à l'étude. Les enregistrements seront analysés et une partie de vos réponses pourra être publiée sans que votre identité ne soit dévoilée. Vous pouvez refuser l'enregistrement si vous le souhaitez.

Avantages de l'enquête :

- cette étude se réalise autour de questions que l'on vous pose sur vos ressentis afin de mieux comprendre les besoins des médecins généralistes pour l'exercice de leur fonction
- nous pourrons après cette enquête, développer des actions pour améliorer l'attractivité des territoires auprès des médecins généralistes.

Risques liés à l'enquête :

- Nous ne raconterons à personne les confidences que vous nous ferez.
- L'enregistrement ne sera divulgué à aucune personne extérieure à l'enquête.
- Votre participation est volontaire et vous avez le droit de quitter la discussion à tout moment sans vous justifier.

Si vous êtes d'accord pour participer, pouvez-vous nous dire que vous avez compris le déroulement et les avantages de l'enquête ?

Pouvez-vous nous dire oralement que vous acceptez de participer à cette enquête ?

La personne qui réalise l'enquête va signer pour garantir l'anonymat de votre identité et confirmer votre accord de participation.

Date, lieu, heure :

Nom et Prénom de l'interne :

Signature :

J'accepte de participer à l'étude sur l'installation des médecins généralistes en Aveyron.

Mention "lu et approuvé" :

Date :

Signature :

Déclaration des conflits d'intérêts :

Les internes Elise Cros et Laurène Marquot déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

Résumé

AUTEURS : Elise Cros et Laurène Marquot

TITRE : Déterminants et motivations à l'installation des médecins généralistes ambulatoires en Aveyron.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Denis Perez

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine Rangueil à Toulouse – le 12 octobre 2021

Introduction : L'Aveyron, un département rural et enclavé d'Occitanie, semble se distinguer par son attractivité en affichant un solde positif d'installations de médecins généralistes. Depuis 2011, le département a développé pour ces professionnels une politique d'attractivité, portée par la Cellule Aide Médecin.

Objectifs : L'objectif principal est d'identifier les déterminants et motivations qui amènent les médecins généralistes à s'installer en Aveyron. L'objectif secondaire est d'évaluer l'influence de la politique du Conseil départemental en matière d'attractivité.

Matériels et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés, avec des médecins généralistes installés en secteur libéral depuis moins de cinq ans en Aveyron. Nous avons interrogé onze médecins de février 2020 à mai 2021.

Résultats : Quasiment tous les médecins ont manifesté un coup de cœur pour le département. Un terme ressort unanimement des entretiens : la qualité. Qualité d'accueil, qualité de formation, et qualité de vie personnelle et professionnelle, sont les trois grandes notions que l'on retient.

Discussion : Ces résultats sont fondés sur la convergence de cinq contextes, culturel, personnel, universitaire, professionnel et politique, qui interagissent les uns avec les autres. Leur but est d'intégrer les jeunes médecins à travers des événements conviviaux, des projets territoriaux et un accompagnement personnalisé.

Conclusion : Cette étude confirme que les collectivités territoriales ont un rôle important à jouer, et qu'un travail en équipe avec les médecins généralistes peut aider à améliorer l'attractivité d'un territoire.

TITLE : Determining and motivating factors to set up about general practitioners in Aveyron.

Introduction : Aveyron, a rural and landlocked department of Occitanie, seems to be particularly attractive showing a positive balance of general practitioners installation. Since 2011, the department has developed a policy of attractiveness for general practitioners led by Cellule Aide Medecin.

Objectives : The main goal is to identify determining and motivating factors of setup for general practitioners in Aveyron. The secondary one is to evaluate the influence of attractiveness policy.

Methods : We conducted a qualitative study, using semi-structured interviews for practitioners settled in Aveyron for less than five years. We interviewed eleven doctors from february 2020 to may 2021.

Results : Almost every doctor have expressed a crush for the department. The main idea reported is quality : quality of personal and professional life, quality of welcoming and quality of training.

Discussion : This results are based on a convergence of five situations, cultural, personal, academic, professional and political. Each one of them interact with each others to fit young practitioners in the department, through friendly events, territorial projects and a personalized support.

Conclusion : This study confirms that local communities have an important role to play and teamwork with general practitioners may increase attractiveness of a countryside.

Mots-Clés : installation – médecin généraliste – attractivité – Aveyron – milieu rural – démographie médicale

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France