

Année 2024

2024 TOU3 1124

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Tom DEBON**

Le 15 Octobre 2024

**EVALUATION DE L'INFLUENCE DES INTERVENTIONS DEPARTEMENTALES  
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE MARKETING TERRITORIAL, SUR LES INTENTIONS  
D'INSTALLATION DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE D'OCCITANIE**

Directeur de thèse : Dr Denis PEREZ

### JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Monsieur le Docteur Denis PEREZ

Président

Assesseur

Assesseur

**FACULTÉ DE SANTÉ**
  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**
  
**Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS**

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**
  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SJAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claudé
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAULHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/05/2024

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovasculaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHE Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIE Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**  
Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

**Professeurs Associés**

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
Mme LATROUS Leila  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRACON Anne  
M. SIBAUD Vincent  
Mme WOISARD Virginie

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dev. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GUSEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHIES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

## **Remerciements au jury :**

*Au président du jury :*

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC.**

*Professeur des Universités, Médecin généraliste, Maître de stage universitaire.*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Merci pour vos engagements, pour vos efforts de tout temps. Merci de protéger notre discipline, de faire avancer la formation en médecine générale au service de la population. Vous êtes un exemple. Veuillez recevoir mon plus profond respect.

*Au membre du jury :*

**Madame le Professeur Motoko DELAHAYE.**

*Professeur Associée de Médecine Générale, Directrice du DUMG, Médecin généraliste, Maître de stage universitaire.*

C'est une fierté de te voir prendre part à ce jury. Merci d'accepter d'amener un œil critique sur ce travail. J'espère qu'il participera à tes réflexions sur les évolutions futures de la formation en médecine générale.

*Au membre du jury et directeur de thèse :*

**Monsieur le Docteur Denis PEREZ.**

*Maître de conférence associé, Médecin généraliste, Maître de stage universitaire.*

Merci pour ta dévotion, ta disponibilité, ton écoute, et ton aide de tout temps. J'ai un énorme respect pour le médecin, et l'homme que tu es. Merci pour ton sérieux, ta bienveillance, ta patience, tes conseils avisés et ton accueil.

## Remerciements personnels :

### A tous les patients rencontrés :

Ce sont eux qui font raisonner les valeurs qui me fondent, eux qui font vibrer la corde de la passion pour le plus beau métier du monde.

### À tous mes maîtres de stage :

Ce n'est pas sans effort que vous avez martelé pour façonner et améliorer le médecin que je suis. Sachez que je garde en moi chaque mot, chaque moment, chaque discussion, chaque rire. C'est gravé à jamais. J'ai en moi un bout de chacun de vous, que désormais je porte chaque jour avec fierté.

Aux Aveyronnais. **Motoko**, pour ta dévotion, ta patience, tes sacrifices exemplaires, ton exigence, tes valeurs. Tu es un modèle comme on n'en croise rarement dans une vie. Nous te devons tous tellement. Merci aussi au sens de la transmission d'**Alex, Véro, Michel, Pascale**.

Aux Toulousains, **Emile, Laetitia, Aurélie**. Vous êtes inspirants, et je suis fier de mon choix de terminer en apothéose ma formation initiale auprès de vous.

Aux Gersois. **Philippe, Emilie**, vous rayonnez d'amour, de passion, de dévotion. Votre accueil légendaire sera tatoué à jamais dans ma chair. Que de belles leçons apprises à vos côtés.

Aux Ariègeois, **François et sa fine équipe**. Vous formez un exemple, une exception, une lueur. Sacré boulot chef. Bravo et merci.

Aux Niçois et à **Adriaan**. Sans toi, je n'en serai probablement pas là. Ton honnêteté, ta spontanéité, ton amour du métier. J'espère finir un jour par un peu te ressembler.

### À tous ces autres professionnels rencontrés :

**Aux équipes soignantes, enseignants, tuteurs**, chaque rencontre a permis de construire le médecin que je suis aujourd'hui, d'enrichir mes connaissances, mes valeurs, mon exigence. Recevez tous mes remerciements et mon respect.

### À mes amis :

À **Octave**, pour ta patience, ton humour, ton amour, ton intelligence, ta profondeur. Tu es et resteras pour moi comme un frère, comme un phare, toujours. Exception faite de tes lacunes orthographiques. Mais je suis depuis longtemps résigné à ce que tu épelles correctement mon patronyme en toutes conditions.

Avec **Marion**, quelle paire merveilleuse vous faites. La distance entre nous est un vrai crève-cœur. Non, je ne parle pas du Cap-Vert, où on a frôlé le décès, nous avec Marion d'un cocasse naufrage, et toi de turista. Je parle plutôt de cet endroit si pluvieux et si merveilleux où vous vivez désormais et qui vous rend si heureux. Je vous aime.

À **Anthony et Mariasole**. Je n'ai vraiment pas hâte de vous voir partir de Toulouse... Vous avez toujours été inspirants. A ça pour vous suivre, je vous ai suivis ! Mêmes villes, mêmes campagnes, mêmes appartements... Dans nos péripéties partagées, on a beaucoup grandi (et fait quelques conneries). Dans la sobriété, ou dans son excès opposé. Bien sapés, ou dénudés. À la mer. À la neige... Sur une île, ou même dans les airs... J'ai des souvenirs gravés pour la vie (et ce copilote de parapente aussi). Mais sachez qu'où que vous soyez, je voudrai toujours partager ces moments de vie, et continuer de (ne pas trop) grandir à vos côtés. Anthony, mon gars tu vas sacrément me manquer. Mariasole tu portes tellement bien ton prénom. Continue de rayonner comme tu le fais. Je vous aime.

Au **Dr.C et Bérénice**. Complémentarité incarnée. En plus vous êtes intelligents, drôles, voyageurs, fêtards et investisseurs hors pair. Vous formez un sacré exemple à suivre. Vous avez déjà tué le game. Faudra peut-être penser à filer la recette hein.

À **Thomas**. Nos points communs vont bien au-delà de nos légendaires ponctualités aux cours du DUMG. J'ai une immense estime pour toi. Tu es un concentré d'humanité, d'humour, et de valeurs que j'admire. Je te souhaite le meilleur mon gars.

À **Léa**. Montagnarde à l'énergie infinie et dopée à la joie de vivre. Incandescente, pour te donner dans ce que te plaît, pour ceux que tu aimes, ou pour lutter contre l'injustice. Léa tu es une personne rare. Ne change rien.

Aux copains niçois, aux copains d'enfance, aux américains, et à toutes ces belles rencontres le long du chemin.

#### À ma famille :

**Aux "Tabert everywhere"**. A peine arrivé, vous m'avez accueilli, accepté, chouchouté, aimé. Pardon pour nombre de mes maladresses. Je vous aime, vous tous, dans cette famille qui respire. Certes mes études se terminent aujourd'hui, mais sachez que chaque moment passé avec vous est une leçon d'humanité, une leçon d'amour, et une leçon de vie. J'ai très hâte de continuer d'apprendre à vos côtés.

À **Josseline**. Mamie, encore récemment je t'exprimais ma gratitude. Cette fois je te l'écris. Tu représentes un totem d'amour inconditionnel et de bienveillance. Tel un aimant, tu es ce qui nous lie. Souvent réceptacle des maux individuels, ou des heureuses nouvelles, avec ton écoute attentive

et ton empathie, cela a toujours été toi le premier soignant de la famille. Je n'ai rien à t'apprendre. Je rêverais simplement d'être un jour un aussi merveilleux grand-parent que ce que tu l'es pour moi et toute notre famille. Je t'aime.

**À Bernard.** Il est souvent plus facile de mettre des mots pour qualifier autrui que de trouver ceux pour se qualifier soi-même. Si je bloque aujourd'hui, pour écrire ces lignes, je crois que c'est parce que tu fais profondément parti de moi. Dans ton histoire, il y avait ce rêve d'être un jour médecin, mais les événements de vie en ont décidé autrement. Puis sans se concerter, naissait chez l'enfant en moi, ce même rêve, sans savoir d'où il venait. Peut-être que c'était écrit. Désormais ce rêve je l'accomplie, et c'est avec toi aussi que je voulais célébrer aujourd'hui.

**À mes cousins, cousines, mes oncles et tantes.** A ceux présents aujourd'hui, ceux qui n'ont pas pu, et à ceux qui ont disparus. Par ces histoires partagées, par ces valeurs familiales prônées et protégées, par cet amour inconditionnel, vous m'avez tous un peu façonné. Aujourd'hui je vous en remercie. Merci pour votre amour, votre soutien, votre compréhension, votre patience, et pour votre présence, comme toujours. Vous êtes tellement précieux à mes yeux. Je suis extrêmement reconnaissant. Je vous aime.

**À mes parents.** Bravo à vous. Vous avez su chacun trouver un savant équilibre. En donnant l'exemple, sans tenter de m'influencer. En me donnant des clés, tout en me laissant la liberté de me tromper. Toujours prêt à tout me sacrifier, sans jamais me presser. Vos valeurs sont devenues miennes. Amour, respect de la différence, humilité, travail, résilience, audace. Oser risquer pour provoquer sa chance, oser pour avancer. Sans ça je n'en serai pas là. Vos valeurs tatouées en moi au fil des années, font aussi l'homme et le médecin que je deviens aujourd'hui. Maman, papa, vous résonnez en moi chaque jour qui passe, et pour l'éternité. Maman, tu es merveilleuse. Je t'aime. Papa tu es un père extraordinaire. Je t'aime.

**À Jules.** De petit frère à protéger, tu es devenu celui que j'idolâtre en secret. Capable de briller dans ce que tu entreprends et de transformer en or tout ce que touches. Tu me surpasses dans tout désormais, et c'est une immense fierté. A mon tour, j'ai très souvent envie de te ressembler. Je t'aime mon petit frère. Je suis et serai toujours à tes côtés.

**À Caïou.** A peine entrée dans ma vie, tu es devenue mon évidence. Tu me rends meilleur un peu plus chaque jour. Tout est plus beau à tes côtés. A nous. A nos projets. Et que nos éclats de rire résonnent pour tout l'avenir. Je t'aime mon amour.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.*

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

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.*

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

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

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

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

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

*Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”*

# Tables des matières

I.	INTRODUCTION	4
<hr/>		
II.	METHODE	7
<hr/>		
	A. Type d'étude.	7
	B. Population de l'étude.	7
	• Critères d'inclusion	
	• Critères d'exclusion	
	C. Élaboration du questionnaire.	9
	D. Déroulement de l'étude.	10
	• Déroulement général	
	• Diffusion du questionnaire	
	E. Recueil des données et analyses statistiques.	12
	F. Éthique.	12
III.	RESULTATS	13
<hr/>		
	A. Distribution et recueil des questionnaires.	13
	B. Description de la population.	14
	C. Critère principal.	15
	• Impact des interventions locales sur les intentions d'installation	
	• Impact selon le département	
	• Genèse d'un projet précis d'installation ambulatoire	
	D. Critères secondaires.	17
	• Attrait pour une installation selon le type de territoire	
	• Freins à l'installation	
	• Interventions locales favorisant les installations	
IV.	DISCUSSION	22
<hr/>		
	A. Forces et limites	23
	B. Critère principal	25
	• Impact des interventions locales sur les intentions d'installation	25

• Impact selon le département	27
• Genèse d'un projet précis d'installation ambulatoire	30
C. Critères secondaires et pistes exploratoires	31
• Attractivité intrinsèque de la région Occitanie et ses territoires.	33
• L'effet des stages ambulatoires de médecine générale en Occitanie : par leur qualité et leur répartition géographique stratégique	34
• Des interventions particulièrement efficaces de certains départements et collectivités locales	35
• Freins à l'installation ambulatoire selon les internes d'Occitanie	36
• Interventions locales favorisant les installations ambulatoires	38
• Pistes exploratoires dans la littérature francophone et internationale	40
V. CONCLUSION	43
<hr/>	
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
<hr/>	
VII. ANNEXES	49
<hr/>	

### **Tables des figures :**

- *Figure 1 : Processus de recrutement des agences départementales.*
- *Figure 2 : Taux d'individus passés en stage dans un département, et déclarant une « augmentation des chances d'installation ambulatoire » dans ce département*
- *Figure 3 : Propension à une installation en milieu URBAIN, avant / après plusieurs stages d'internat*
- *Figure 4 : Propension à une installation en milieu RURAL ou SEMI-RURAL, avant / après plusieurs stages d'internat*
- *Figure 5 : Principaux freins à l'installation ambulatoire des internes et jeunes médecins dans l'échantillon étudié.*
- *Figure 6 : Actions réalisables localement et « favorisant les installations » aux yeux des internes et jeunes médecins interrogés.*

### **Tables des tableaux :**

- *Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.*

- Tableau 2 : Détails des réponses concernant l'augmentation de chances d'installation par département.
- Tableau 3 : Projet précis d'installation ambulatoire (PPIA), avant / après plusieurs semestres d'internat.
- Tableau 4 : Nombre d'adresses e-mails utilisées par chaque département, pour la diffusion du questionnaire.

### **Tables des annexes :**

- Annexe 1 : Questionnaire de l'étude.
- Tableau 2 : Détails des réponses concernant l'augmentation de chances d'installation par département
- Tableau 4 : Nombre d'adresses e-mails utilisées par chaque département, pour la diffusion du questionnaire.

### **Listes des abréviations :**

- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
- L2 : Licence 2.
- DES : Diplôme d'études spécialisées.
- URL : Uniform Resource Locator, couramment appelée adresse web.
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- PPIA : Projet précis d'installation ambulatoire
- ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
- ARS : agence régionale de santé.
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- PO : Pyrénées-Orientales
- MSU : Maître de stage universitaire.
- SASPAS : stage en soins primaires en autonomie supervisée.

## I. INTRODUCTION

---

En France, depuis environ un demi-siècle, les effectifs des médecins s'amenuisent. La demande de soins s'accélère en lien avec l'accroissement de la population, et un abaissement prolongé du *numerus clausus* décidé par les pouvoirs publics, limitant le nombre de médecins formés.

Aujourd'hui, les déserts médicaux s'étendent à de très nombreux territoires non seulement ruraux, mais aussi péri-urbains voire urbains.

Selon les projections de la DREES de 2021 (1), les réformes politiques récentes vont tarder à porter leurs fruits, notamment le récent retrait du *numerus clausus* remplacé par un *numerus apertus* en 2021. Le nombre total de médecins sur le territoire va stagner jusqu'aux environs de 2030, du fait de nombreux départs à la retraite, insuffisamment compensés par les médecins récemment diplômés.

Dans le même temps, la population française va continuer de s'expandre (2). La baisse de la densité médicale en France (nombre de médecins pour 100 000 habitants), va ainsi s'aggraver durant plusieurs années.

Considérons un indicateur plus pertinent : la densité médicale standardisée. Elle tient compte du vieillissement de la population française, et de la hausse des besoins en soins qui l'accompagne. Elle aussi s'aggraverait, pour ne retrouver son niveau actuel qu'autour de 2035 (2).

Afin de solutionner ce problème durable de la démographie médicale, des idées fleurissent régulièrement dans le débat public. Pour les installations de médecin, les idées oscillent entre incitation et coercition.

Mais pour les territoires sous-dotés, comment pourrait-on attirer des jeunes médecins en nombre et rapidement ?

Dans ces déserts médicaux, où on subit pleinement les conséquences de l'échec des gouvernements successifs, les départements et collectivités territoriales ne semblent pas non plus avoir encore trouvé la solution au problème.

Pour autant, ils ont indubitablement un rôle à jouer. 53% des internes en médecine et 47% des médecins remplaçants déclaraient récemment souhaiter être accompagnés par les collectivités territoriales dans leur processus d'installation. (3)

Quelques départements l'ont compris, et innovent par des interventions ciblant les internes en médecine, ces étudiants en fin de cursus. Par des actions d'accompagnement et de marketing territorial, ces territoires parviennent à améliorer leur image, à déconstruire des préjugés notamment sur la vie en dehors des grandes métropoles, et ouvrent la voie à des installations futures de jeunes médecins ainsi séduits.

En Occitanie, l'Aveyron fait office de pionnier et d'exemple à suivre. (4)

Là-bas, pour réussir à attirer des internes en médecine, il a été choisi d'appliquer une stratégie basée sur de l'accompagnement couplé à un marketing territorial expérientiel.

Le marketing territorial est une stratégie regroupant l'ensemble des techniques pour communiquer sur l'attractivité d'un territoire afin d'en favoriser le développement économique et social. Si on promeut un territoire en le faisant aussi expérimenter sur place par les personnes ciblées dont on souhaite l'installation, c'est le marketing territorial expérientiel. (5)

En Aveyron, on propose aux internes en médecine, de passage dans le département le temps d'un semestre de stage professionnel, d'expérimenter pleinement ce que le département a à offrir. Des sessions sportives, événementielles, culturelles, culinaires, avec pour point commun de faire expérimenter en vie réelle, le caractère et les typicités d'un territoire. (6)

Le tout est organisé sur mesure pour ces étudiants en médecine, en termes de coût, et de créneaux horaires adaptés à leurs horaires de travail.

Désormais, de nombreux départements d'Occitanie reprennent le modèle aveyronnais. Les offres d'activités proposées s'étoffent, séduisent, et sont pour certaines ouvertes désormais aux internes en médecine venant de toute la France, comme le « Week-end Adrénaline » qui a lieu en Aveyron, chaque année au mois de septembre.

Mais est-ce que ces interventions locales d'accompagnement et de marketing territorial peuvent vraiment améliorer la démographie médicale des territoires sous-dotés ?

En 2015, une étude sur le marketing territorial dans l'arrière-pays niçois trouvait que la qualité de vie locale y était le premier critère de choix à l'installation, et cela montrait par ailleurs que le marketing territorial expérientiel est une idée très bien accueillie par les internes de médecine générale, et les étudiants plus jeunes (L2). (5)

À ce jour en 2023, personne n'a quantifié l'influence des interventions de marketing territorial local sur la démographie médicale.

On sait néanmoins, grâce à un travail sur les déterminants et freins à l'installation en Aveyron, que les installations de médecins sont corrélées à un "coup de cœur" pour l'Aveyron ; et que ce coup de cœur est permis par l'expérimentation du territoire, par exemple le temps d'un semestre de stage, en lien avec la « qualité d'accueil », la « qualité de formation », et aux « qualités de vie personnelle et professionnelle. » (7)

Afin de quantifier l'impact des interventions locales sur les internes en médecine, j'ai décidé de mener un travail à l'échelle de l'Occitanie, dont tous les départements sont touchés par la désertification médicale, mais où les stratégies d'interventions locales visant les internes et jeunes médecins sont très disparates.

L'objectif principal de ma thèse est de répondre à la question suivante : en région Occitanie, quel est l'impact des interventions des départements et cellules locales sur les intentions d'installation des internes et jeunes médecins ?

## II. METHODE

---

### A. Type d'étude et objectifs de l'étude.

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale, multicentrique, réalisée en région Occitanie, basée sur l'adressage d'un questionnaire.

L'objectif principal de l'étude est de faire quantifier à des internes en médecine d'Occitanie l'impact des interventions locales des départements sur leurs intentions d'installation ambulatoire. Cet impact a été analysé à l'échelle de la région, puis département par département.

Les objectifs secondaires de l'étude sont de cerner les freins majeurs à l'installation aux yeux des internes en médecine interrogés, puis de pointer les interventions réalisables localement les plus efficaces selon eux pour augmenter les installations. Enfin, un dernier objectif secondaire a été de cerner l'impact des stages d'internat en Occitanie sur la propension à une installation, urbaine et rurale / semi-rurale.

### B. Population de l'étude.

- Critères d'inclusion

Le questionnaire était destiné aux étudiants en médecine, au statut d'interne, indépendamment de leur spécialité, ayant été exposés aux interventions locales d'accompagnement et de marketing territorial, d'au moins un département d'Occitanie.

La région Occitanie étant dotée en internes en médecine via 2 facultés en santé que sont celles de Montpellier et de Toulouse, ce sont donc les internes en médecine issus de ces 2 facultés qui ont été ciblés.

Le statut d'exposé aux interventions locales a été définie par l'apparition dans les mailing-lists des agences départementales. A l'arrivée en stage dans un département, les internes peuvent communiquer volontairement et librement leurs coordonnées afin d'être contactés

par l'agence départementale, pour des interventions locales d'accompagnement ou de marketing territorial.

Les adresses e-mail avaient été obtenues par les départements lors de soirées locales d'accueil de début de semestre, lors d'inscription à des aides, ou lors d'activités proposées par les agences départementales.

Pour être comptabilisée, l'exposition aux interventions des agences devait avoir eu lieu au cours des 3 années (6 semestres) précédant l'étude, afin d'avoir une exposition aux actions locales dans leurs versions les plus récentes, car ces interventions locales sont très régulièrement modifiées et étoffées par les agences départementales.

Notons que certains internes en médecine exposés aux interventions locales, se sont rapidement installés après la fin de leurs stages d'internat. Parfois ils s'étaient déjà installés au moment de la réalisation de notre étude. Ces derniers n'ont pas été exclus de l'étude.

La période d'intérêt choisie comprenait les 6 semestres d'internat suivants : été 2023 (mai 2023 à octobre 2023), hiver 2022-2023 (novembre 2022 à avril 2023), été 2022 (mai 2022 à octobre 2022), hiver 2021-2022 (novembre 2021 à avril 2022), été 2021 (mai 2021 à octobre 2020), hiver 2020-2021 (novembre 2020 à avril 2021).

- Critères de non-inclusion et d'exclusion

Le questionnaire a été conçu pour filtrer certains cas particuliers, en empêchant le remplissage complet et l'envoi du questionnaire. Ces exclus comprenaient les individus n'ayant effectué aucun semestre d'internat en Occitanie, les néo-arrivants dans le DES de novembre 2023 car sans l'expérience d'un semestre entier de stage et des interventions locales proposées. Nous avons aussi exclu ceux affectés à une autre faculté que Montpellier et Toulouse.

Aussi beaucoup d'internes et médecins n'ont pas été inclus car exposés à des versions trop anciennes d'interventions d'accompagnement ou de marketing territorial, et/ou n'apparaissaient pas dans les mailing-lists les plus récentes des agences départementales.

Enfin, aucune donnée n'est disponible pour : les internes et ex-internes n'ayant fourni leur adresse e-mail à aucune agence départementale, ni ceux exposés mais n'ayant pas accepté de répondre au questionnaire.

### **C. Élaboration du questionnaire.**

Conçu en deux parties, le questionnaire comprenait 20 questions au total. Pour faciliter la faisabilité, le questionnaire s'est voulu concis, ciblé, et réalisable en moins de 5 minutes. La première partie (questions 1 à 7) a permis d'exclure d'éventuels répondants ne respectant pas les critères de l'étude, tout en dessinant un court profil sociologique des internes et ex-internes répondant au questionnaire.

La seconde partie du questionnaire a ciblé l'évaluation des intentions d'installation ambulatoire selon les départements d'Occitanie expérimentés, les objectifs primaires et secondaires de cette thèse.

La formulation des questions a visé à réduire au mieux la subjectivité dans les réponses inhérente au sujet traité. Ainsi pour le critère de jugement principal, le choix a été fait d'une réponse fermée par oui ou non à la question de « l'augmentation de chances d'installation ambulatoire ». Ailleurs dans le questionnaire, le choix a été fait d'une échelle numérique de 1 à 9, pour quantifier la propension à une installation en milieu rural/semi-rurale ou urbain.

Un pré-test du questionnaire a été effectué auprès d'une dizaine d'anciens internes, de plusieurs spécialités, et de région d'affectation différente de l'Occitanie, afin de vérifier sa faisabilité, sa compréhension, avant la diffusion de la version finale du questionnaire.

Les modifications ont consisté à reformuler des questions pour en améliorer la compréhension ; réordonner l'ordre de 2 questions pour des raisons de progression logique, et 2 questions retirées par risque de redondance avec d'autres éléments du questionnaire. Aussi, 3 questions ont été retirées car dépassant le sujet et le cadre des objectifs primaires et secondaires de l'étude. La version finale du questionnaire utilisé pour l'étude est disponible en annexe 1.

## D. Déroulement de l'étude.

- Phase préparatoire

La phase préparatoire a eu lieu de janvier à mars 2023. Elle a consisté à repérer, au sein des départements d'Occitanie, la présence ou non d'une agence/cellule locale chargée de l'attractivité des territoires. Si elle existait, le contact s'établissait directement avec la branche dédiée à l'accueil de nouveaux internes ou médecins.

La région Occitanie compte les 13 départements : Ariège (09), Aude (11), Aveyron (12), Gard (30), Haute-Garonne (31), Gers (32), Hérault (34), Lot (46), Lozère (48), Hautes-Pyrénées (65), Pyrénées-Orientales (66), Tarn (81), et Tarn-et-Garonne (82).

Seuls 9 départements sur 13 avaient une cellule d'attractivité ciblant les internes en médecine, qui était bien identifiable sur internet, sur les réseaux sociaux, ou dans l'organigramme du conseil départemental / général.

En fin d'hiver 2023, 4 conseils départementaux d'Occitanie étaient sans cellule locale identifiable pour l'attractivité auprès des internes en médecine (Hérault, Gard, Pyrénées-Orientales, et Haute-Garonne). Ces 4 départements ont été contactés par mail, puis par téléphone à plusieurs reprises, pour vérifier l'existence ou non d'une cellule attractivité ou d'accueil des médecins ou internes dans leur territoire.

Les réponses des conseils départementaux ont soit confirmé l'absence totale de cellule ou agent ciblant les internes en médecine, soit ont reconnu leur méconnaissance totale au sujet d'une éventuelle cellule, ou agent responsable des questions d'attractivité pour les internes en médecine.

Secondairement, j'ai obtenu l'accord écrit de participation à l'étude de 8 des 9 départements restants, avec le refus de participation du Tarn, car « ne souhaitant diffuser aucun e-mail ». J'ai récupéré pour chacun des 8 départements participants, la liste la plus exhaustive possible des actions menées auprès des internes et médecins. Ce recueil a été obtenu par e-mail, ou sur leur site web, quand elle était disponible.

Enfin, il a été anticipé dès l'élaboration du questionnaire, d'interroger chaque individu sur tous les départements d'Occitanie expérimentés en stage d'internat. Ainsi nous avons récolté

des données sur la totalité des 13 départements d'Occitanie, sans avoir la participation active de chacun des 13 départements. Certains réponders, très mobiles en Occitanie au fil de leurs stages, pouvaient donner des réponses sur plusieurs départements, au maximum 6.

Le recueil de données sur les départements couverts par la faculté de Montpellier a été notamment obtenu grâce aux questionnaires envoyés par les agences de l'Aveyron, de la Lozère, et de l'Aude, tous trois dotés en internes montpelliérains.

- Diffusion du questionnaire

2 voies de diffusion du questionnaire ont été utilisées afin de viser une répartition des réponses la plus homogène possible sur la région Occitanie.

Le lien du questionnaire a été publié de manière synchrone sur les sites respectifs du syndicat d'internes AIMG pour Toulouse, et SILR pour Montpellier. L'autre voie de diffusion était l'envoi du questionnaire via e-mail par les agences départementales participantes à travers les mailing-lists constituées au fil des semestres étudiés.

L'entrée en contact et les échanges avec les agences départementales n'a pas été différentielle d'un département à un autre. Toutes les interactions avec les agences durant l'étude ont été standardisées et à contenu identique (e-mails explicatifs, e-mails de relance, appels téléphoniques). Il en a été de même pour les échanges avec les 2 syndicats d'internes de médecine générale, celui de Toulouse (AIMG) et celui de Montpellier (SILR) (échanges avec le délégué local via plateforme Messenger®).

Chronologiquement, un e-mail préparatoire a été envoyé aux différentes agences départementales participantes, expliquant les instructions à suivre, et les modalités de diffusion du questionnaire de thèse. Il s'agissait de transmettre un e-mail avec des explications succinctes, et un lien URL vers le questionnaire, créé sous format google-forms®. Les données recueillies étaient inaccessibles aux agents départementaux, avec un accès sécurisé par mot de passe, à la seule connaissance du chercheur, et double authentification téléphonique complémentaire.

Le premier e-mail de diffusion du questionnaire a circulé à partir du 15 octobre 2023, puis un email de relance du questionnaire a circulé à partir du 6 novembre 2023, à mailing-list inchangées entre les 2 envois.

La vérification de l'envoi des mails avec questionnaire a été vérifiée par mise en copie, et échange téléphonique avec les agences départementales.

## **E. Recueil des données et analyses statistiques.**

Le recueil des données s'est étendu du 15 Octobre 2023, et s'est terminé le 1 décembre 2023.

Ce choix de période, peu avant la fin d'un semestre d'été, visait à ce qu'un maximum de répondeurs ait réalisé au moins 2 semestres d'internat, pour lisser l'impact des saisons sur le vécu du semestre d'une part, et des interventions locales d'autre part. Aussi il s'agissait de laisser le temps à l'expérimentation d'au moins 2 stages et donc d'au moins 2 territoires potentiels. En effet, le vécu d'un département peut changer selon la saison, et les interventions d'un même département diffèrent souvent entre le semestre d'été et celui d'hiver, par exemple sur d'éventuelles activités culturelles, ou sorties sportives proposées.

Tous les questionnaires et données recueillis ont été transposés dans un tableur, via formulaire GoogleForm®.

Les statistiques descriptives ont été réalisées avec les fonctionnalités d'Excel® 2019, notamment les tableaux croisés dynamiques. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages. Les variables quantitatives ont été analysées via les moyennes et les écarts types. Le test du CHI 2 a pu être utilisé sur l'analyse de notre critère de jugement principal, à l'aide de l'outil en ligne Biostatv de l'INSERM.

## **F. Éthique.**

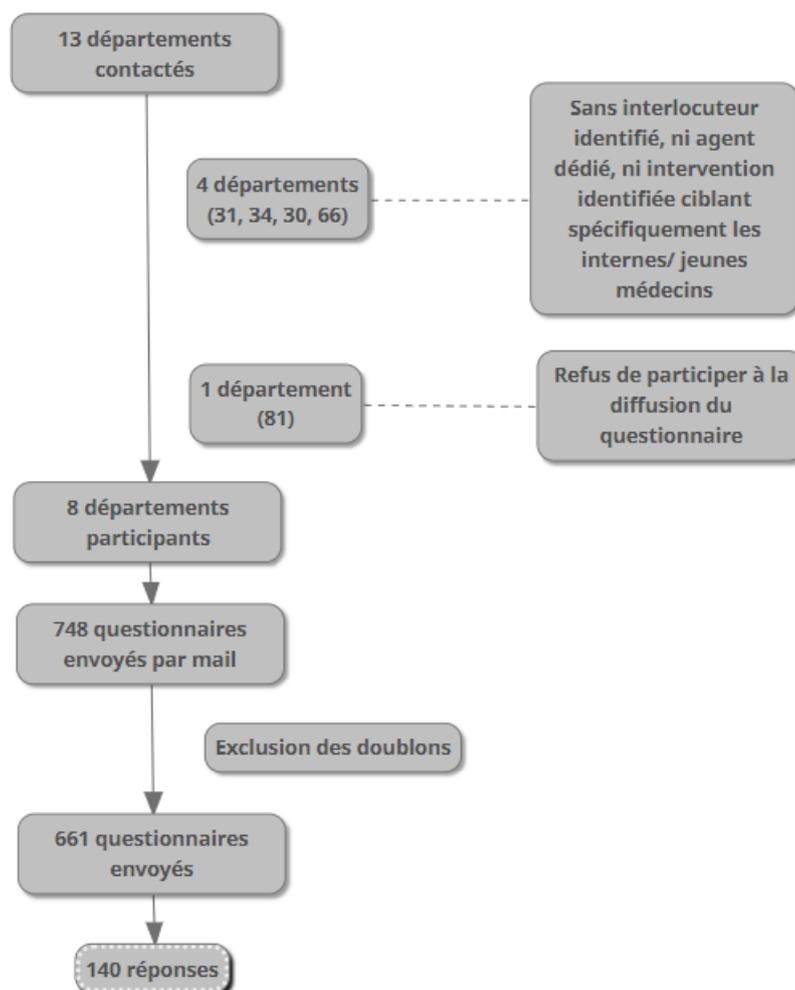
Ce travail a été réalisé dans le respect de la norme MR-004 de la CNIL concernant les données à caractère personnel collectées à des fins d'études, d'évaluation ou de recherche. Le chercheur principal ne déclare avoir aucun conflit d'intérêt.

### III. Résultats

#### A. Distribution et recueil des questionnaires.

Ce sont 748 e-mails contenant le lien vers le questionnaire, qui ont été envoyés via les mailing-lists des agents des conseils départementaux (cf. figure 1).

*Figure 1 : Processus de recrutement des agences départementales.*



Parmi les internes et médecins ciblés par ces 748 e-mails, un certain nombre de répondants ont reçu un e-mail par plusieurs agences départementales, car ils apparaissent sur la mailing-list de plusieurs départements.

Le taux de participation approximatif a été estimé à 21,2 %, soit 661 individus contactés pour 140 questionnaires reçus, tous complets, et respectant les critères d'inclusion et d'exclusion.

## B. Description de la population.

Les caractéristiques de la population étudiée sont reprises dans le tableau 1.

*Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.*

Caractéristiques	Effectifs	Proportions en %
Participants	140	100,0%
Sexe		
- Femme	98	70,0%
- Homme	42	30,0%
Age		
- Moyenne	27.7	
- Ecart-type	+/- 2.3	
Spécialité médicale		
- Médecine générale	132	94,3%
- Hors médecine générale	8	5,7%
Statut professionnel		
- Interne en médecine	104	74,3%
- Remplaçant(e) à DES terminé	26	18,6%
- Installé(e) en libéral	9	6,4%
- Installé(e) en salariat	1	0,7%
<b>Statut marital</b>		
- Célibataire	38	27,1%
- En couple, ni marié ni pacsé	78	55,7%
- Marié ou pacsé	24	17,2%
<b>Territoire d'origine</b>		
- Rural	47	33,6%
- Semi-rural	51	36,4%
- Urbain	42	30,0%
<b>Région d'origine</b>		
- Occitanie	61	43,4%
- Hors Occitanie	79	56,4%
<b>Faculté de médecine de rattachement durant l'internat</b>		
- Toulouse	116	82,9%
- Montpellier	24	17,1%

## C. Critère principal.

- Impact des interventions locales et départementales sur les intentions d'installation ambulatoire en Occitanie

Parmi les 140 internes et ex-internes ayant répondu au questionnaire, 92 (65,7%) déclarent que les interventions des départements et collectivités locales ont "augmenté leur chance d'installation » sur le territoire.

3 départements s'illustrent par des interventions locales ciblant les internes particulièrement efficaces aux yeux des interrogés, il s'agit de l'Aveyron, du Gers et des Hautes-Pyrénées (cf. figure 2).

*Les actions locales du département "ont augmenté [mes] chances d'installation sur le territoire" : 74,3 % des internes l'ont affirmé parmi ceux ayant expérimenté un de ces trois départements leaders, alors qu'ils ne sont que 35.5% à répondre cela s'ils n'ont expérimenté que les autres départements d'Occitanie. ( $p \text{ value} < 0.001$ ).*

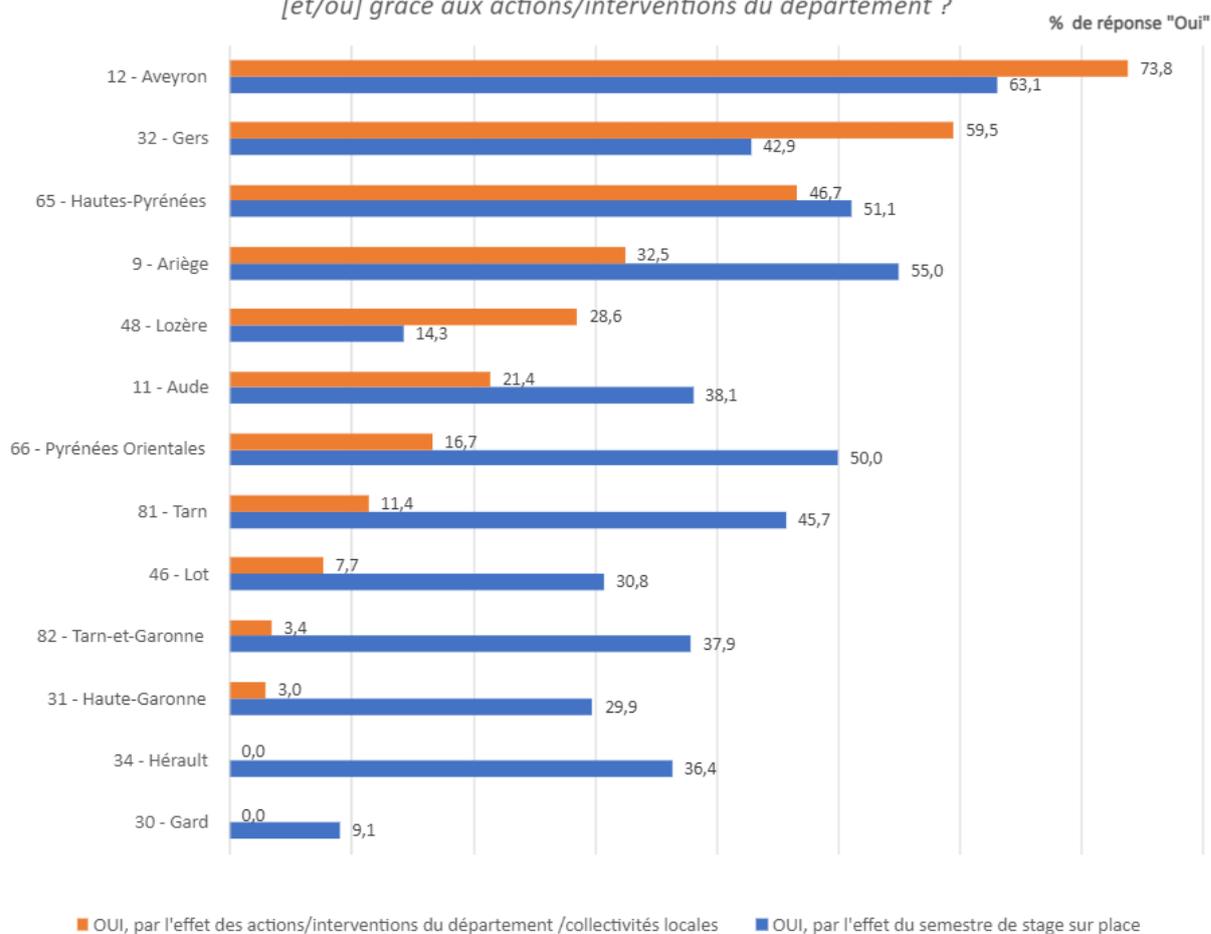
- Impact selon le département :

Pour chaque département expérimenté, les interrogés pouvaient répondre par oui ou non, à une éventuelle « augmentation de chances d'installation dans le département ». La question était posée à deux reprises dans le questionnaire. Une première fois, pour cibler l'augmentation de chance d'installation liée pour eux « à l'effet du semestre passé dans le département », puis une seconde question ciblant l'effet « des interventions locales du département et collectivités » sur leurs intentions d'installation.

Les résultats et le détail des données sont présentés dans la figure 2 et le tableau 2.

*Figure 2 : Taux d'individus passés en stage dans un département, et déclarant une « augmentation des chances d'installation » dans ce département*

Vos chances d'installation ont-elles augmentées avec votre semestre sur place  
[et/ou] grâce aux actions/interventions du département ?



- Genèse d'un projet précis d'installation en ambulatoire (PPIA)

Il était offert aux répondants la possibilité de préciser ou pas leur projet précis d'installation ambulatoire (PPIA).

Concernant les lieux d'installation projetés, la précision géographique du projet était abordée par une question ouverte et facultative dans le questionnaire, ainsi certains détails géographiques dans les projets d'installation ne sont pas connus.

Pour les données géographiques obtenues, en voici les résultats ci-dessous.

73 individus sur 140 (52,1 %) affirment avoir un PPIA, ou s'y sont déjà installé. C'est la région Occitanie qui concentre 58 des 73 PPIA (79,5 %).

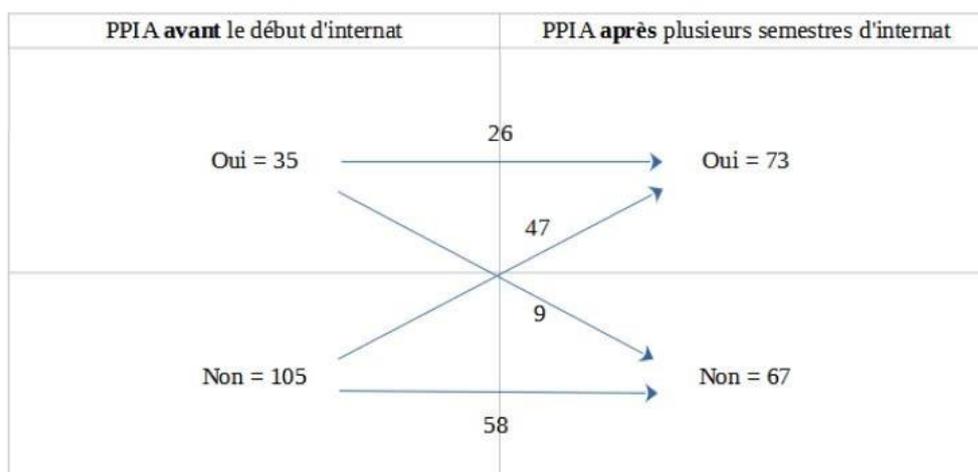
Seulement 8 sur 73 (11%) des PPIA concernaient des villes moyennes\*, villes grandes, ou des préfectures de département. (\*Ville moyenne : > 50 000 habitants, selon l'INSEE). Ceux-ci concernent notamment Toulouse, Montpellier, Narbonne, Béziers, Albi, ou Rodez.

D'autres résultats aiguillent sur l'évolution des projets d'installation selon les lieux de stages rencontrés et selon l'intervention ou non des départements et collectivités locales.

Parmi les 58 PPIA en Occitanie, 37 sur 58 (63,8 %) se concentrent dans les 6 départements d'Occitanie les plus marquants en termes d'intervention de marketing territorial (cf. figure 2, départements : Ariège (9), Aude (11), Aveyron (12), Gers (32), Lozère (48), Hautes-Pyrénées (65)).

Le tableau 3 détaille l'évolution des PPIA au fil des stages d'internat.

*Tableau 3 : Projet précis d'installation ambulatoire (PPIA), avant / après plusieurs semestres d'internat.*



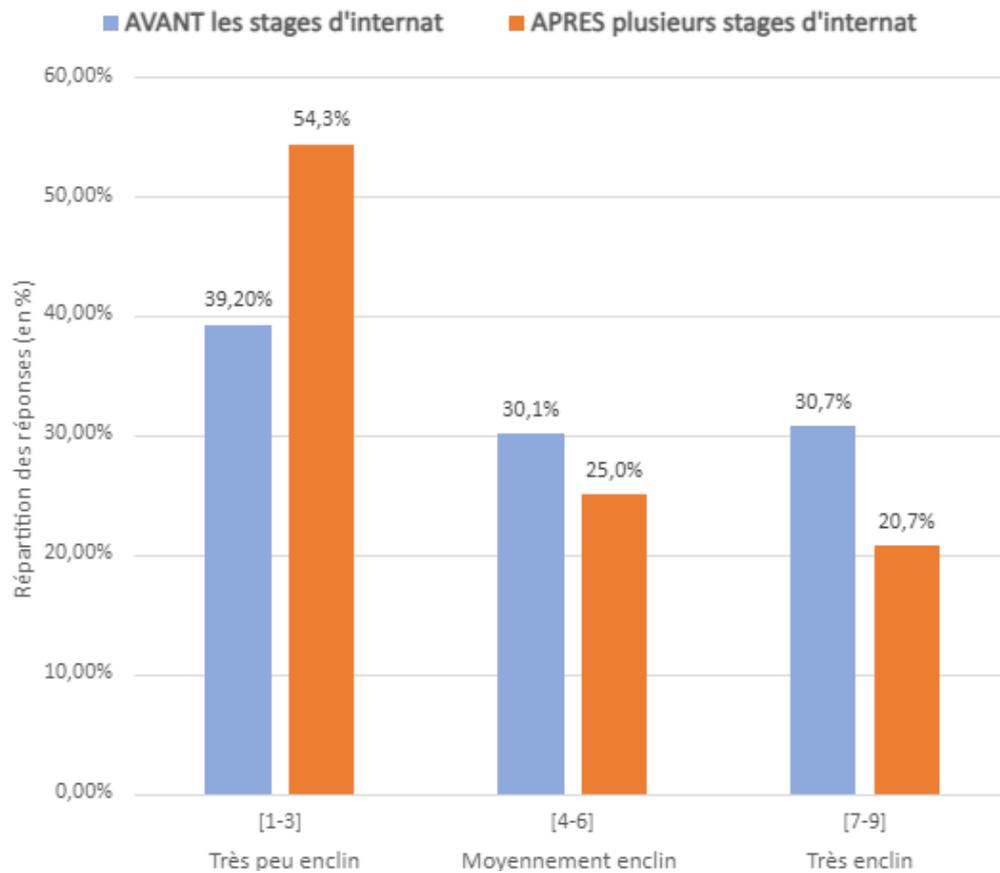
#### D. Critères secondaires.

- Attrait pour une installation selon le type de territoire

Les figures 3 et 4 illustrent l'attrait pour une installation ambulatoire entre avant l'internat et après plusieurs stages d'internat.

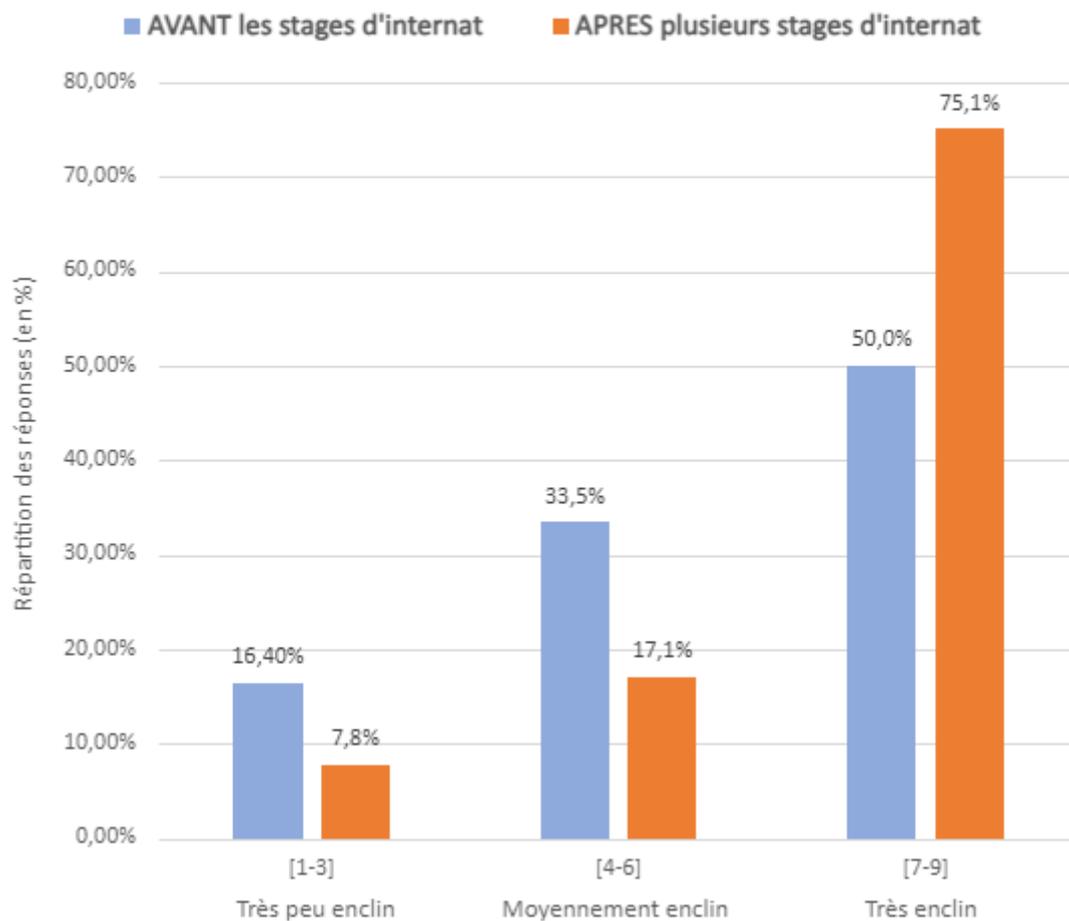
*Figure 3 : Propension à une installation en milieu URBAIN, avant / après plusieurs stages d'internat*

Sur une échelle croissante de 1 à 9, à combien êtes-vous enclin à une installation en milieu URBAIN ?



*Figure 4 : Propension à une installation en milieu RURAL ou SEMI-RURAL, avant / après plusieurs stages d'internat*

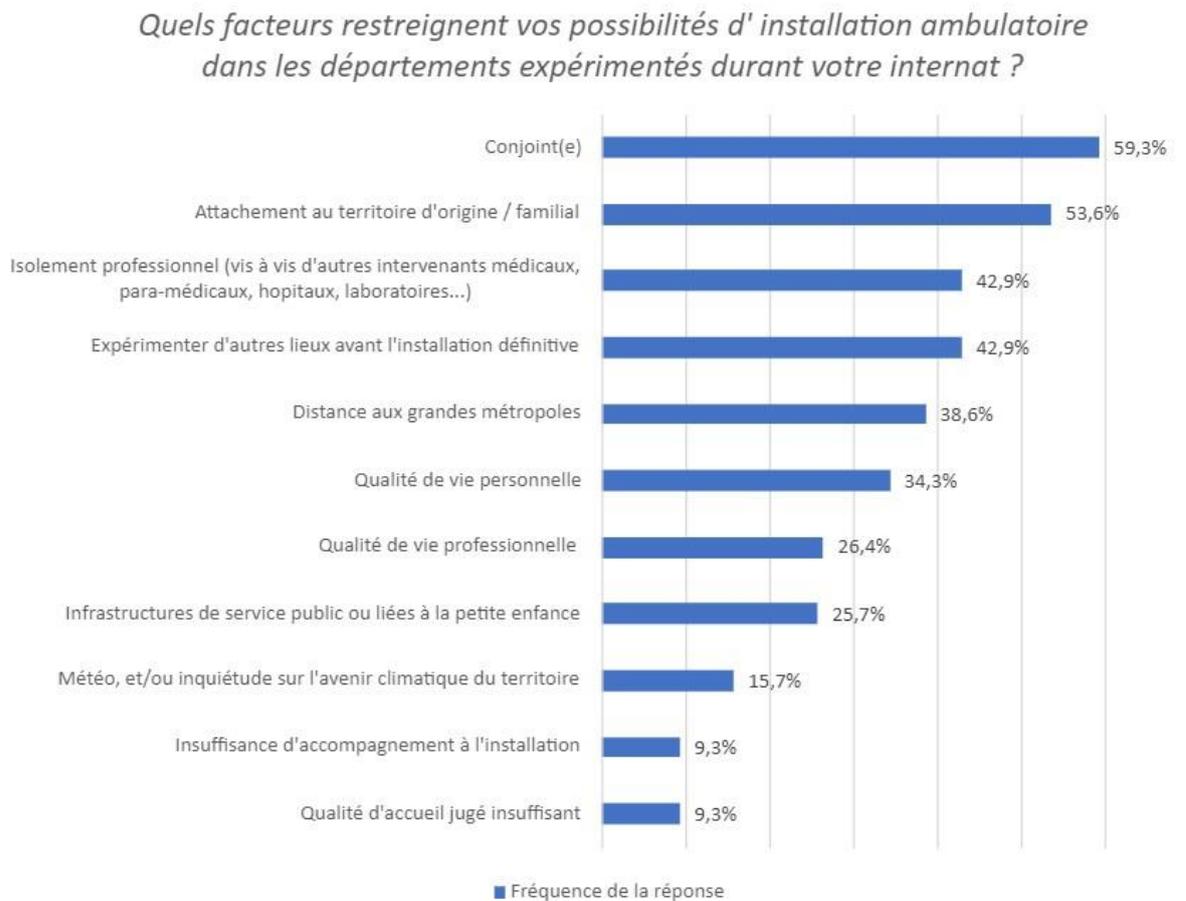
Sur une échelle croissante de 1 à 9, à combien êtes-vous enclin à une installation en milieu RURAL / SEMI-RURAL



- Freins à une installation ambulatoire dans les territoires expérimentés durant l'internat :

Parmi les freins à l'installation ambulatoire les plus reconnus dans la littérature, le questionnaire a permis ici de classer ces freins à l'installation, par ordre décroissant d'importance aux yeux des internes et médecins interrogés dans notre échantillon. La figure 5 illustre cette répartition.

*Figure 5 : Principaux freins à l'installation ambulatoire des internes et jeunes médecins dans l'échantillon étudié.*

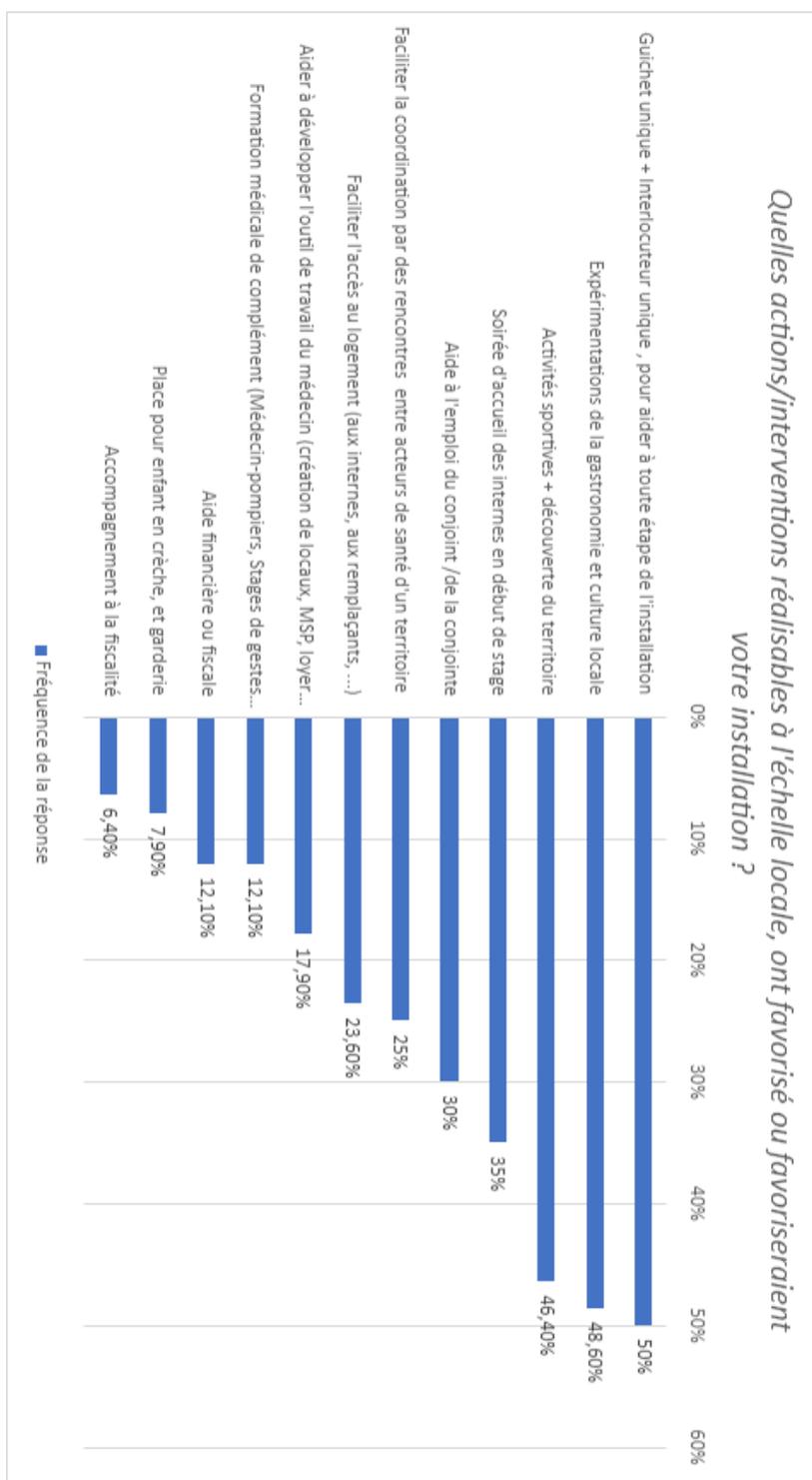


- Interventions locales favorisant les installations

Certaines actions réalisées ou réalisables localement sont plébiscitées, et étiquetées par les internes et jeunes médecins comme « favorisant les installations ».

La figure 6 classe de manière décroissante les interventions les plus souvent rapportées.

*Figure 6 : Actions réalisables localement et « favorisant les installations » aux yeux des internes et jeunes médecins interrogés.*



#### IV. DISCUSSION

---

Ce travail a montré que 65,7% des interrogés déclarent que les interventions des départements et collectivités locales « ont augmenté leur chance d'installation sur le territoire. »

3 départements s'illustrent par l'efficacité de leurs interventions locales selon les internes en médecine, il s'agit de l'Aveyron (12), du Gers (32) et des Hautes-Pyrénées (65).

Parmi ceux ayant expérimenté un de ces trois départements leaders, 74,3 % affirment que les actions locales du département «ont augmenté [leurs] chances d'installation sur le territoire». Alors qu'ils ne sont que 35.5% à répondre cela s'ils n'ont expérimenté que les autres départements d'Occitanie. (*p value < 0. 001*).

Au-delà d'intentions d'installation purement déclaratives, ce sont bien 73 projets précis d'installation ambulatoire voire d'installation effectives, qui sont rapportés dans notre échantillon, dont 47 projets (64.4 %) se sont dessinés durant la période d'internat.

58 des 73 projets d'installation ambulatoire (79.5 %) se concentrent en Occitanie.

Sur ces 58 projets occitans, 37 (63,8 %) se concentrent dans les 6 départements les plus actifs en termes d'interventions locales ciblant les internes en médecine.

Par ailleurs notre travail à travers ses objectifs secondaires a fait émerger d'autres résultats intéressants. La propension à une installation en milieu urbain semble drastiquement baisser au fil des stages d'internat en Occitanie, en opposition à la propension à une installation en semi-rural ou rural qui semble quant à elle s'amplifier au fil des stages d'internat en Occitanie.

Les principaux freins à l'installation ambulatoire émergeant des réponses des internes sont notamment le conjoint/la conjointe, qui y est l'élément influenceur principal sur tout projet d'installation, ou encore la peur de l'isolement professionnel en lien avec le souhait de travailler au sein d'une équipe.

Parmi les solutions et interventions réalisables à l'échelle locale avec un impact sur les installations aux yeux des internes en médecine, on peut rassembler ces actions en différents objectifs visés :

- Permettre l'arrivée d'étudiants en médecine sur le territoire (aide à la mobilité, aide à l'accès au logement). Puis, créer un coup de cœur pour le territoire et le terroir, en faisant goûter à la qualité de vie des lieux (visites, rencontres organisées, dégustations, activités extérieures et/ou sportives).
- Viser à ancrer non pas un individu, mais bien une (future) famille entière sur le territoire (aide à l'emploi du conjoint ou conjointe, places en crèche/garderie).
- Aider à concrétiser l'aspect professionnel du projet (interlocuteur unique pour simplifier le processus à l'installation, organisation de rencontres interprofessionnelles, créations en amont de locaux adaptés, loyer adaptés).

Désormais nous allons discuter plus en détails ces résultats.

### **A. Forces et limites**

Cette étude présente des forces non-négligeables. D'abord il s'agit d'une étude originale, dont aucun équivalent n'a été trouvé dans la littérature francophone disponible.

Il s'agit d'une étude complète et relativement exhaustive. Elle est régionale, multicentrique, avec des données disponibles pour chacun des 13 départements d'Occitanie, pour chacune des 2 facultés de santé couvrant la région, et pour chacun des territoires d'exercice existants (métropole, villages, villes petites et moyennes, territoire de montagne, territoire côtier, etc.).

La participation des internes et jeunes médecins a été libre, et basée sur le volontariat. Le recrutement n'a pas été réalisé par nos soins pour limiter un biais d'influence de la part du chercheur, via délégation en totalité aux agences départementales participantes.

La représentativité de notre échantillon de 140 individus est très correcte. Avec un âge moyen de 27,7 ans, et 70.0 % de femmes, cela correspond aux récentes études nationales sur les sujets de l'installation des internes comme celle de l'ISNAR-IMG de 2020 (73% de femmes, âge moyen 28 ans) (8) ou encore leur étude de 2011 sur les souhaits d'installation (72% de femmes, âge moyen 26.6). (9)

Enfin, en sachant que l'origine rurale d'un étudiant en médecine est un élément favorisant ses chances d'installation en milieu rural (10), on pourrait imaginer que cela ait pu biaiser nos résultats avec un échantillon d'internes plus enclins au rural que la moyenne nationale,

or l'origine des répondeurs était bien répartie en 3 tiers quasi égaux entre origine rurale, semi-rurale ou urbaine. Malheureusement aucune comparaison de ces proportions avec les statistiques nationales n'est réalisable sur cet élément sociologique, en absence de donnée disponible dans nos recherches dans la littérature francophone récente.

En parallèle, il existe également des limites certaines à ce travail. Dans la diffusion du questionnaire à travers l'Occitanie, plusieurs biais ont été rencontrés.

En premier lieu, celui lié à l'inégale répartition de la diffusion du questionnaire par les départements participants. En effet, 82.9% de l'échantillon d'étude se déclarait rattaché à la faculté de Toulouse pour 17.1% d'individus rattachés à Montpellier, alors que la répartition des internes de médecine générale sur l'Occitanie n'est plutôt qu'à 52% en faveur de Toulouse. (11)

Cette asymétrie de répartition s'explique en grande partie par une plus forte participation à notre étude des départements sous l'influence de la faculté de Toulouse. Parmi les 9 départements pourvus en internes toulousain, 7 sur 9 ont participé activement à la diffusion du questionnaire ; contre 3 départements participants sur 6 pourvus du côté montpellierain.

Un autre biais provient de la méthode de diffusion. Deux voies de diffusion ont été utilisées. La publication synchrone du questionnaire par les syndicats d'internes de Montpellier et de Toulouse sur leur page internet dédiées aux thèses de médecine, et l'envoi du questionnaire par mail usant les mailing-lists constituées par les départements eux-mêmes. Le tableau 4 disponible en annexe, retrace le nombre d'adresses e-mails utilisées par chaque département, pour la diffusion du questionnaire.

Le nombre d'internes passant en stage dans chaque département d'Occitanie est inégalement réparti. Il est décidé selon des critères démographiques et pédagogiques, par l'ARS et les entités locales en charge de la formation en médecine générale. Or le recrutement de notre étude a été dépendant en grande partie de la taille des mailing-lists des agences départementales. Plus un département reçoit d'internes en stage, plus il pouvait récolter de coordonnées d'internes pour secondairement leur envoyer le questionnaire, et ainsi influencé nos résultats. S'ajoute à cette influence, celle de mailing lists souvent tenues de manière très hétérogène selon les agents en charge, pas toujours le reflet du nombre d'internes passés en stage.

Le thème de l'étude a probablement suscité un attrait limité auprès de certains internes en médecine. Traiter un sujet pouvant être effrayant et anxiogène, car étape de vie synonyme

de lourdes décisions souvent difficiles à prendre, c'est se forcer à se projeter dans cette pesante thématique, expliquant probablement en partie le nombre limité de réponses d'internes.

Enfin, nous savions que beaucoup de changement dans les actions locales avaient été opérées. Ainsi en voulant évaluer les plus récentes moutures d'interventions locales nous avons freiné le recrutement de notre étude. Les internes et médecins exposés à des versions trop anciennes d'interventions de marketing territorial, et/ou n'apparaissant pas dans les mailing-lists les plus récentes des agences départementales n'apparaissent pas dans l'étude.

## **B. Critère principal**

- Impact des interventions locales et départementales sur les intentions d'installation ambulatoire en Occitanie

Les interventions locales des départements lors des semestres d'internat influencent très positivement les intentions d'installation ambulatoire d'internes et jeunes médecins.

Avant notre étude, nous savions déjà que les actions à l'échelle territoriale pour favoriser les installations de médecins étaient une solution majeure à utiliser pour affronter les défis de la démographie médicale. (12) Nous savions aussi qu'elles allaient probablement être très bien accueillies par les internes de médecine, qu'elles visent l'accompagnement à l'installation (13), ou le marketing territorial. (5)

Mais quid de l'efficacité réelle de ces interventions sur les installations de jeunes médecins ? Pour atteindre leur objectif à long terme en termes d'installation de soignants, cela pourrait dépendre des techniques choisies, des individus en charge de les piloter, et enfin de choix politiques locaux pour l'allocation de budget à ces méthodes novatrices, en acceptant des résultats incertains et éloignés dans le temps.

Des résultats encourageants sont à attribuer à de nombreux départements d'Occitanie, mais 3 départements sortent nettement du lot.

L'Aveyron, le Gers, et les Hautes-Pyrénées apparaissent comme les plus impactant sur les intentions d'installation aux yeux des internes dans notre étude. Quels sont leurs points communs, pouvant expliquer cette efficacité ?

Citons comme principal point commun, l'individu en charge. Dans chacun de ces 3 départements, une femme est aux commandes des interventions locales visant à favoriser les installations de médecins.

A chaque fois, il s'agit d'une personnalité forte et affirmée. Son poste consiste en effet à d'abord négocier rudement avec les personnalités politiques en poste localement obtenir leur aval et les budgets alloués aux interventions d'accompagnement ou de marketing territorial.

Du point de vue des jeunes médecins, elles rassemblent toutes trois une omnipotence, une bienveillance, et une très grande disponibilité, afin de débloquent tout type de situation individuelle problématique lors de la venue d'un(e) jeune médecin sur le territoire. Qu'il s'agisse d'une difficulté à se loger, d'un blocage administratif, ou pour aider à trouver un emploi au conjoint (70% des médecins interrogés sont des femmes).

Autre force commune du responsable de l'accueil des médecins : s'être intéressé et connaître précisément les particularités du statut de l'interne en médecine pour comprendre ses spécificités, et les difficultés rencontrées. Humainement, on comprend que lorsqu'on liste les nombreuses contraintes subies liées au statut d'interne en médecine, on devine qu'une aide est forcément bienvenue voire tombée du ciel. Pour rappel, les contraintes liées aux stages d'internat sont notamment : un changement de stage imposé tous les semestres, dans des territoires souvent inconnus par l'individu donc sans attache locale, et dans un stage qu'il/elle n'a pas forcément choisi.

Ainsi ce sont des déménagements tous les 6 mois à travers des zones immenses (9 départements couverts pour les internes de Toulouse), une distance à assumer humainement (isolement par rapport au couple, aux enfants, aux amis), et à assumer financièrement (second logement à visée professionnelle, frais de transport, temps de trajets). Pour ainsi dire, un stage d'internat ne ressemble pas sur le papier au terreau idéal pour un coup de cœur en vue d'une installation.

Le rôle de l'agent local pour l'accompagnement des internes sur le territoire, sera donc de tenter de transformer en 6 mois, un semestre de stage, parfois subi et source parfois de ressentiment et d'isolement, en un excellent souvenir au point d'y projeter une installation.

Les actions en communs des 3 départements occitans leaders dans l'accueil des internes en médecine sont regroupables en 3 familles d'interventions.

Celles qui permettent l'arrivée d'étudiants en médecine sur le territoire (aide à la mobilité, aide à l'accès au logement). Puis, celles qui vont créer un coup de cœur pour le territoire et le terroir, en faisant goûter à la spécificité des lieux, à sa qualité de vie en visant le bien-être le temps d'un pour ces futurs médecins (visites, rencontres organisées, dégustations, activités extérieures et/ou sportives).

Ensuite, d'autres actions visent à ancrer non pas un individu, mais bien une famille entière sur le territoire (aide à l'emploi du conjoint ou conjointe, places en crèche/garderie). Enfin, aider à concrétiser l'aspect professionnel du projet (interlocuteur unique pour simplifier le processus à l'installation, organisation de rencontres interprofessionnelles, créations en amont de locaux adaptés, à loyer adaptés). Nous reviendrons plus dans ce chapitre sur le détail de ces actions menées à l'échelle locale.

- Impact selon le département :

Il semble se dégager de grands écarts dans la capacité des départements d'Occitanie à influencer activement les installations des internes en médecine.

Cependant aucune étude n'est disponible dans la littérature scientifique francophone sur ce sujet précis. Ainsi pour réaliser notre comparatif et cerner ces différences, nous proposons un modèle basé sur deux notions à distinguer : l'attractivité d'un territoire que nous qualifierons d'intrinsèque (celle liée à son pouvoir attractif passif, hors interventions de marketing territorial) et l'attractivité extrinsèque (celle résultante des efforts de marketing territorial, qui tend à influencer cette image préconçue pour mettre en valeur, vanter, ou faire découvrir les atouts d'un territoire).

Un premier profil de département se dégage. Celui où l'attractivité extrinsèque, sous l'effet des actions menées localement, paraît très efficace car elle dépasse et améliore l'attractivité intrinsèque du territoire aux yeux des internes en médecine. Il s'agit particulièrement de l'Aveyron, du Gers, et dans une moindre mesure de la Lozère. Ces territoires parviennent à mettre en valeur leurs atouts géographiques et culturels, les faire

expérimenter aux internes en médecine de passage dans leur territoire. Il en découle un impact positif sur leurs intentions d'installations. Mention particulière au Gers. Bien que ce département rural bénéficie partiellement par sa façade Est de l'aura de la métropole Toulousaine, il ne possède pas les mêmes atouts géographiques que d'autres départements occitans, comme la diversité géologique des Hautes-Pyrénées, de l'Aveyron, de la Lozère, des Pyrénées-Orientales, ou de l'Ariège, tous hauts lieux du tourisme vert. Malgré ce plus faible potentiel attractif, le Gers se rattrape nettement par ces actions sur les internes et jeunes médecins dans nos résultats.

Un deuxième profil de département occitans semble se dessiner. Celui des départements avec une forte attractivité intrinsèque, mais une plus faible attractivité rattachable aux interventions sur les internes. Ces départements seraient qualifiables de départements à fort potentiel attractif en termes d'installations. Il s'agit notamment de l'Ariège, de l'Aude, des Pyrénées-Orientales, et dans une moindre mesure du Tarn, du Tarn-et-Garonne, du Lot etc... Les atouts intrinsèques de ces territoires ont un impact significatif sur les intentions d'installations des internes, cependant encore trop peu d'actions de marketing territorial viennent accentuer cette attractivité, d'où la notion de fort potentiel attractif.

Enfin, un dernier profil de départements se dégage de nos résultats. Celui des "mauvais élèves" en termes d'interventions auprès des internes en médecine. Il s'agit de la Haute-Garonne, de l'Hérault, ou encore du Gard. Au-delà de la quasi-absence d'intervention de marketing territorial ciblant les internes, ou même visant leur accompagnement, on y constate une relative faible attractivité intrinsèque.

Cela étonne car ils possèdent tous des atouts géographiques notables, comme la présence d'une grande diversité géologique, 3 des métropoles majeures d'Occitanie (Toulouse, Montpellier, Nîmes), voire un littoral côtier. L'absence d'agent départemental identifié dédié à l'attractivité et l'accompagnement des internes peut être interprétée comme si ces départements ne considéraient pas avoir besoin de faire autant d'effort dans l'accompagnement des internes que d'autres départements, pour permettre des installations ambulatoires.

Nous noterons plusieurs écueils à ces résultats. D'abord le faible nombre de réponses de départements comme la Lozère ou encore les Pyrénées-Orientales. Pour la Lozère ou les PO, nos résultats laissent imaginer un profil à fort potentiel surtout pour les PO ce qui collerait avec leurs atouts géographiques, cependant il y a trop peu de réponses au

questionnaire pour affirmer cela, et maintenir une comparaison avec les autres départements d'Occitanie. Pour les Pyrénées-Orientales, si aucun agent départemental à l'attractivité territoriale auprès des internes n'a pu être identifié, il ressort de notre étude un impact faible mais existant d'actions du département. En effet des publications récentes dans les médias laissent à penser que quelques actions sont mises en place depuis peu. (14)

Ensuite un autre biais provient de la sélection d'internes et médecins réponders, avec un recrutement opéré en partie par les départements eux même via les mailing-lists de leurs agences locales en marketing territorial, ce qui a souligné l'impact des départements ayant une agence départementale de marketing très active, et d'autant plus si beaucoup d'internes passent en stage sur ce territoire.

Mais à l'argument de l'influence dans nos résultats des agences départementales les plus actives, on y oppose facilement le nombre encore plus important de réponses pour la Haute-Garonne (67 réponders). Ce département n'a pas d'agence départementale identifiée en marketing ciblant les internes, et reste un des 2 départements d'Occitanie les plus dotés en internes en stage (avec l'Hérault). Néanmoins, tous deux semblent à la peine en termes d'attractivité intrinsèque (effet lié au semestre sur place, hors interventions locales).

A l'analyse de l'atlas de démographie médicale du CNOM (15) remarque la densité de médecin est plus importante dans les pôles urbains et sur les façades littorales notamment méditerranéenne. Selon ces données, on pourrait s'imaginer que des départements comme la Haute-Garonne, l'Hérault, le Gard, ou les départements côtiers d'Occitanie auraient dû être le siège de la plus forte attractivité auprès des internes. Ce n'est pas ce que nous mettons en évidence.

En effet, dans l'Atlas du CNOM, de meilleurs outils que la densité de médecins par département existent afin de cerner les récentes tendances d'installation. Parmi ces outils, on trouve la variation des effectifs de médecins de 2010 à 2023, et la variation d'âge moyen des médecins du département.

Nos résultats d'étude recourent plutôt les tendances évolutives de ces 2 variables démographiques. Dans leurs tendances, les experts du CNOM trouvent que les pôles attractifs sont désormais le littoral océanique certes mais surtout sur les zones de montagnes comme les Alpes ou les Pyrénées, et non plus les centres urbains et le littoral méditerranéen. Ce sont ces tendances-ci que nous remarquons dans notre travail, avec de meilleures attractivités pour les départements dotés de forts reliefs, plutôt que ceux dotés des grandes métropoles ou de littoral méditerranéen.

- Genèse d'un projet précis d'installation en ambulatoire (PPIA) :

Une critique à notre travail serait de pointer qu'une « augmentation de chances d'installation » dans un territoire n'est pas synonyme d'installation. C'est un fait déjà bien connu dans le domaine de démographie médicale. (13) C'était notre choix que de positionner notre curseur de recherche sur les internes, ces médecins encore en formation, avant qu'ils puissent s'installer. De fait, nous ne pouvions pas étudier un nombre net d'installation ; sur ce type d'étude, notre seule variable à analyser aller forcément être des intentions d'installation.

Néanmoins, pour tenter d'aller au-delà des « intentions d'installation », nous avons rajouté une question aux internes, s'ils avaient désormais « *un projet d'installation ambulatoire (libérale ou salariée) restreint à un secteur géographique précis ?* ». Nous avons appelé ça un PPIA pour projet précis d'installation en ambulatoire. Les données précisant la présence d'un PPIA, et ses détails géographiques, n'étaient pas obtenues par des réponses obligatoires dans notre questionnaire. Ainsi des statistiques descriptives ont pu être réalisées mais pas de tests statistiques car ce n'était pas notre objectif principal, et que quelques données manquantes (au nombre de 3, concernant la localisation du projet d'installation) modifient nos statistiques sur les PPIA.

D'abord rappelons que dans notre travail, 73 individus (52,1 %) affirment avoir un projet précis d'installation ambulatoire (PPIA), ou s'y sont déjà installés au moment de répondre au questionnaire, contre 35 PPIA avant le début de l'internat. (Aucune donnée manquante ici).

La naissance puis la maturation d'un projet d'installation est progressive. Elle s'opère au fil des études mais la période des stages d'internat semble être un moment clé. Les travaux de l'ISNI à l'échelle nationale, ou à une échelle plus locale, comme ceux de Dubois (16) ou de Tricart (17) ont rappelé l'impact du parcours dans le DES, voire l'impact du stage SASPAS sur les installations ambulatoires, et le délai raccourci à l'installation selon le nombre de stages ambulatoires réalisés. (8)

Dans une étude de 2019 par Clisson (18), les projets professionnels des jeunes médecins étaient principalement constitués lors du DES pour 67,7 % des cas et plus celui-ci avance, plus le projet se concrétisait ( $p = 0,033$ ).

Ainsi, du point de vue des territoires et du marketing territorial, l'internat et ses stages apparaissent bien comme la période-clé pour agir et influencer sur les souhaits d'installation d'un(e) jeune médecin.

Nos résultats étayent eux aussi cette hypothèse. Sur les 105 individus sans PPIA avant l'internat, 47 vont développer un PPIA pendant l'internat. Et parmi ceux ayant déjà un PPIA avant l'internat, 9 sur 37 (26 %) s'en éloigneront finalement sous l'effet des stages d'internats et/ou du marketing territorial. Même quand un projet d'installation semble fait, il peut donc se défaire sous des stages d'internat en Occitanie, voire du marketing territorial.

### **C. Critères secondaires et pistes exploratoires**

Un aspect intéressant de notre étude est la tendance des internes en médecine, au fil de leurs stages d'internat en région Occitanie, à se projeter fortement vers les zones semi-rurales et rurales et à s'éloigner du monde urbain. Cette évolution, qui semble contre-intuitive par rapport à la densité médicale plus importante en milieu urbain, mérite une attention particulière.

Selon l'Atlas de la démographie médicale de 2023 par le CNOM (14), les zones rurales continuent d'être les plus touchées par la désertification médicale, malgré les efforts pour rééquilibrer la répartition des médecins. Cependant, dans notre travail, l'immersion prolongée en milieu rural au cours des stages joue un rôle crucial dans la modification des préférences d'installation des jeunes médecins.

Des études sociologiques mettent en lumière dans la genèse des projets professionnels le rôle prépondérant de l'expérience vécue. Plusieurs travaux sur la question, notamment celui de Cros et Marquot (7) trouvent que le fait d'être confronté aux conditions de travail réelles en zone rurale permet aux jeunes médecins de se défaire de certains préjugés sur ces zones, et de mieux réaliser les avantages de ces territoires, tels que la qualité de vie personnelle ou professionnelle qui peut y régner. Notre étude vient confirmer cela, en y rajoutant le rôle

démultiplicateur sur ce phénomène qu'ont à jouer les territoires et collectivités locales par leurs actions d'accompagnement, et de marketing territorial.

Dans notre travail, au fil des stages d'internat en Occitanie, le milieu urbain désintéresse de plus en plus les internes. Ceux fortement attirés par le milieu urbain, représentent 30.7% de notre échantillon avant l'internat, et baissent à 20.7% (- 33%) de l'échantillon après le début des stages. Ceux déjà faiblement attirés par l'urbain avant l'internat représentent 39.2% de l'échantillon, quand ils atteignent 54,3% de l'échantillon après le début de l'internat (+38.5%).

C'est l'inverse pour le milieu semi-rural et rural. Ils sont 75.1% à y être très enclins après le début des stages d'internat, contre 50.0% auparavant (+ 50 %) et ceux très peu enclin à ces zones ne sont plus que 7.8% après, contre 16.4% auparavant (- 52 %).

Nos résultats sont particulièrement intéressants dans un contexte national où la concentration des médecins dans les grandes agglomérations reste prédominante, comme le souligne l'Atlas de la démographie médicale 2023 du CNOM (14). Le phénomène que nous rapportons semble donc contre-intuitif, et mérite une analyse approfondie.

Dans notre travail, seuls 11% des projets d'installations ambulatoire sont en zone urbaine. Ces PPIA concernent notamment Toulouse, Montpellier, Narbonne, Béziers, Albi, ou Rodez. C'est à dire des villes grandes ou moyennes\*, ou des préfectures de département. (\*Ville moyenne : > 50 000 habitants, selon l'INSEE).

Ce phénomène était déjà mis en évidence, à moindre ampleur par Clisson en 2019 (18), puis par l'ISNAR-IMG en 2020 (8) dans une étude nationale sur les projets d'installation des internes en médecine générale, qui ne trouvait que 17% de projets d'installation en milieu urbain, 20% en rural, et 63% en semi-rural.

Ce désamour pour la pratique urbaine en faveur du semi rural et rural, et qui semblent encore plus marqué en région Occitanie, tiendraient à l'intrication de plusieurs facteurs, allant des dynamiques sociétales contemporaines aux spécificités régionales de l'Occitanie, en passant par son système de formation des internes en médecine, et de l'accueil qui leur est réservé en région.

- Attractivité intrinsèque de la région Occitanie et ses territoires.

La région Occitanie est attractive pour les internes en médecine. Notre travail trouve que 58 des 73 projets d'installation ambulatoire (79.5 %) se concentrent en Occitanie, soit discrètement mieux que la moyenne nationale de 78% d'internes s'installant dans la région de leur internat, selon l'enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. (9)

L'Occitanie bénéficie d'une part d'une qualité de vie appréciable avec ses paysages diversifiés et son climat tempéré, d'autre part elle jouit d'un dynamisme économique important. (19) Aussi, elle a mis en place précocement des dispositifs pour renforcer l'attractivité des zones rurales, tels que la création de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), lieu particulièrement plébiscité dans les souhaits d'installation des internes en médecine (9) et surtout, avec un effet significatif sur les primo-installations de médecins. (20)

La région est riche en espaces naturels variées, propose un cadre de vie qui peut particulièrement correspondre aux aspirations de jeunes médecins en quête d'un environnement pour exercer certes leur profession, mais aussi y installer une potentielle famille. Notre échantillon étudié possède par ses caractéristiques sociologiques, de potentielles aspirations d'ancrage familial à court ou moyen terme, avec individus sur la fin de leur cursus universitaire, de 27 ans de moyenne, dont plus de 80% sont déjà mariés ou au moins en couple, et certains déjà parents.

Rajoutons que depuis la pandémie de Covid-19, se confirme un mouvement d'exode urbain, favorisé par la recherche d'une meilleure qualité de vie et par l'attrait croissant pour les territoires ruraux et semi-ruraux. Ce phénomène s'accompagne d'une montée en popularité des destinations dites de « tourisme vert », souvent situées en zones rurales, et qui bénéficient d'atouts géographiques, culturels, et d'infrastructures publiques adéquates pour attirer de nouveaux résidents. (21-24) Ce phénomène s'applique probablement aussi aux professionnels de santé.

Dans notre travail, ce sont particulièrement des territoires à fort tourisme vert, avec des reliefs marqués voire des massifs montagneux, qui sont les plus attractifs aux yeux des interrogés. C'est le cas de chacun des départements rassemblant au moins 50 % d'attractivité intrinsèque (Hautes-Pyrénées, Ariège, Pyrénées-Orientales, Aveyron). Seule exception : la

Haute-Garonne, mais où les internes en stage semblent plus concentrés à Toulouse ou sa grande périphérie, plutôt qu'en stage dans les territoires montagneux du sud du département. (25)

- L'effet des stages ambulatoires de médecine générale en Occitanie : par leur qualité et leur répartition géographique stratégique

L'attraction vers le rural et semi-rural peut être expliquée par un autre facteur clé : la répartition des stages ambulatoires sur le territoire. Le déploiement des internes sur l'ensemble du territoire régional permet une immersion dans des environnements diversifiés, offrant ainsi une vision plus large des possibilités d'exercice en médecine générale. Nous savons que les stages ambulatoires de médecine générale sont un outil de régulation puissant de la démographie médicale. (26)

L'internat est bien la dernière opportunité pour ouvrir les médecins en cours de formation à l'exercice extra-urbain car rappelons qu'avant l'internat, dernière phase de formation d'un médecin, la quasi-totalité du cursus universitaire en médecine se concentre dans les grandes métropoles françaises, au sein des CHU.

Contrairement à d'autres régions où mêmes ces stages d'internat restent très nombreux dans les grands centres urbains, en Occitanie, une grande proportion des stages sont ambulatoires, et surtout, ils se déroulent dans des zones semi-rurales et rurales, loin des grandes villes comme Toulouse, Montpellier.

Pour illustrer cela, comparons la répartition des maîtres de stage universitaire (MSU) sur le territoire régional entre 2 régions phares du sud de la France que sont l'Occitanie et la région PACA. Le choix de cette comparaison tient à la disponibilité de données récentes pour ces 2 régions, au fait d'être toutes deux dotées de 2 facultés en santé, et aux attraits géographiques restant comparables (présence d'un littoral méditerranéen, de massifs montagneux, d'une zone frontalière, d'un climat tempéré).

L'Occitanie s'y distingue par une politique de plus grande décentralisation des stages ambulatoires, favorisant un accès plus large aux stages hors des métropoles. Dans les dernières données disponibles fournies par les ARS respectives, en Occitanie seulement 12% des MSU exercent à Toulouse ou Montpellier, contre près de 19% de MSU qui exercent à

Nice ou Marseille. Des 4 facultés étudiées, la moins bonne élève pour cette décentralisation des stages est Nice avec 23% environ de MSU concentrés dans la ville. (25, 27, 28)

La région Occitanie possède selon l'ARS, près de 1500 MSU agréés répartis sur le territoire occitan, avec environ 800 affiliés à Toulouse, et 700 à Montpellier. Pour continuer la comparaison, la région PACA n'en possède à peine plus de 800 pour toute la région, dont plus de 550 affiliés à Marseille. (25, 27, 28). On connaît notamment grâce à Munck S. le lien significatif entre le ratio enseignants/enseignés dans départements de médecine générale et l'existence d'un projet d'installation. (29)

Cela est le fruit d'une anticipation forte de la part des directions universitaires de médecine générale en Occitanie, en particulier à la vision du Professeur Stéphane Oustric de Toulouse. (30) En formant beaucoup de MSU, au point de former plus de MSU que de stagiaires internes disponibles, la conséquence directe, par le principe d'offre et de demande, a été la hausse de la qualité moyenne des stages ambulatoires en Occitanie. Les MSU récoltant de mauvais échos par une moins bonne formation prodiguée, ou de mauvaises conditions de travail de l'interne en stage, ces derniers ne se voyaient plus attribuer de stagiaires au profit de meilleurs MSU.

Le monde rural et semi rural, ainsi dotés en MSU nombreux et de qualité, a pu donc tirer les fruits de ces décisions en termes d'internes en stage mieux formés, et travaillant dans de meilleures conditions. Il devient plus facile de se projeter dans le métier ou dans une future installation localement.

- Des interventions particulièrement efficaces de certains départements et collectivités locales

Les territoires jouent un rôle de plus en plus actif dans l'attractivité des zones rurales pour les médecins. Notre travail vient appuyer cela en y rajoutant une particularité en Occitanie de certains départements, celle de cibler très efficacement les jeunes médecins dès l'internat, cette dernière phase dans leurs études de médecine. D'une part cette phase semble très propice car elle est le moment de la genèse du projet d'installation pour bon nombre d'entre eux. (18) D'autre part cette stratégie apparaît efficace.

Efficace, d'abord parce que les actions locales du département ont augmenté les chances d'installation sur le territoire" pour 74,3 % des interrogés quand un des trois départements leaders a été expérimentés, contre 35.5% seulement s'ils n'ont expérimenté que les autres départements d'Occitanie.

Efficace aussi parce que parmi les projets d'installations ambulatoire en Occitanie, 37 sur 58 (63,8 %) se concentrent dans les 6 départements d'Occitanie les plus marquants en termes d'intervention de marketing territorial (Ariège, Aude, Aveyron, Gers, Hautes-Pyrénées, Lozère). Pour ces données aucun test statistiques n'a été réalisable du fait d'une non-prévision du test à priori et de plusieurs données manquantes.

En Occitanie, ces actions locales auprès des internes en médecine, s'appuient sur les atouts dont dispose les territoires. Ces efforts concertés des autorités locales permettent de contrer l'effet d'attraction des grandes villes.

- Freins à l'installation ambulatoire selon les internes d'Occitanie

Le choix du lieu d'installation des jeunes médecins en cabinet ambulatoire est soumis à divers déterminant positifs ou négatifs qui l'influencent largement. Nos résultats recourent en très grande partie ceux des études d'ampleur menées sur le sujet comme celles du CNOM en 2019 (15), de Munck S. (29), ou de l'ISNAR IMG (9).

Parmi les facteurs déterminants pour le choix d'un lieu d'installation on retrouve particulièrement : le couple, la peur de l'isolement au niveau professionnel et de ses conséquences, la préservation de l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, la disponibilité aux alentours de services publiques et/ou ceux liés à la petite enfance.

Rappelons que certains déterminants importants sont largement accessibles à des interventions extérieures, quand d'autres y semblent plus imperméables, comme l'attachement au territoire d'origine, à la distance vis à vis des grandes métropoles.

Enfin, on notera dans notre travail, l'émergence d'éléments influents dans le choix d'un lieu d'installation moins connu de la littérature comme le désir d'expérimenter plusieurs lieux avant de s'installer, ou encore l'inquiétude sur l'avenir climatique dans certains territoires.

Certains déterminants et freins à l'installations méritent un éclairage supplémentaire.

D'abord explicitons l'importance du conjoint / de la conjointe voire de la famille. Le couple apparaît comme le déterminant numéro 1 du lieu d'installation dans notre travail et la littérature. (9, 15, 29) En effet, l'installation sur un territoire est synonyme de projet de vie. Avec dans l'échantillon, une moyenne d'âge de quasiment 28 ans, dont 70% de femmes, et plus de 80% de l'échantillon qui est en couple, on devine facilement qu'un projet d'installation est en réalité un projet de vie de famille, et donc une décision à prendre à plusieurs. Ainsi il devient complexe d'imaginer s'installer dans une zone où les opportunités d'emploi pour le conjoint ou la conjointe ne sont pas assurées, tout comme l'incertitude autour de l'accueil en journée des enfants.

Enfin, abordons plus en détails la peur de l'isolement professionnel. Elle est particulièrement appréhendée dans les zones où le maillage en soignants et infrastructures de soins est plus éparé. En effet, s'installer avec peu de médecins aux alentours voire aucun, place souvent le nouvel arrivant dans une très forte charge de travail immédiate. S'y combine le risque d'aggravation de cette charge au moindre départ à la retraite d'un des rares confrère ou consœur des alentours.

Quand on sait que l'épuisement professionnel touche déjà près de 50% des médecins généralistes en activité, on comprend alors mieux le rejet de l'exercice en solitaire (9) en faveur de l'exercice en groupe. En effet, l'exercice d'équipe, en cabinet à plusieurs médecins voire en MSP est un terreau à même de rassembler beaucoup d'éléments reconnus comme protecteurs du burn-out (31) comme la dilution de la charge de travail, les groupes de pairs, les mesures organisationnelles et administratives (secrétariat partagé, diminution des tâches administratives) etc...

Il est vrai que nous pouvons émettre une critique à nos résultats, en imaginant qu'il y existe un double décalage.

Le premier décalage s'opère entre les intentions d'installation déclaratives, et les installations réelles. Le CNOM en 2019 pointait déjà du doigt ce décalage, avec seulement 35% de primo-inscrits à l'ordre des médecins, réellement installées 5 ans plus tard. Outre ce retard à l'installation, le CNOM analysaient aussi dans son rapport les causes du décalage à l'installation. De cette analyse ressortait les mêmes déterminants et freins à l'installation que dans notre étude. Finalement, on peut imaginer qu'en travaillant à lever au mieux les freins à l'installation majeurs, ce délai à l'installation pourrait être amené à se raccourcir.

Le second décalage se situe entre le point de vue des internes et celui de médecins au statut de remplaçant thésé, ayant déjà accumulé plus d'expérience, sur le sujet des déterminants à l'installation. Or ce second décalage est en réalité très négligeable avec quasiment la même répartition de réponses qui ressort dans les déterminants à l'installations dans l'étude du CNOM en 2019 qui portaient sur les internes et les remplaçants (15), ou encore dans l'étude nationale de Munck en 2015 (29).

- Interventions locales favorisant les installations ambulatoires

Parmi les interventions locales favorisant les installations aux yeux des internes et jeunes médecins interrogés, un grand nombre vise directement à solutionner ou atténuer des freins importants à l'installation. (32) Soulignons aussi que les actions locales plébiscitées correspondent en grande partie celles réalisées par les agences des départements leaders comme l'Aveyron, le Gers, et les Hautes-Pyrénées.

Emerge de notre étude un plébiscite non pas pour des incitations purement financières, utiles mais insuffisantes dans la littérature (33) mais plutôt pour une combinaison d'interventions afin de mieux accompagner l'individu à chaque étape du processus de vie l'amenant à une installation.

Les internes souhaitent à priori être aidés et accompagnés pour l'installation, et notamment par les collectivités locales (13). D'ailleurs l'action la plus citée comme efficace selon notre étude semble être la présence de l'interlocuteur unique / guichet unique pour aider à chaque étape de l'installation.

Ensuite, beaucoup des actions locales citées comme efficaces par les interrogés visent à améliorer les qualités de vie personnelles et professionnelles, déterminant clé à l'installation.

Au niveau qualité de vie personnelle, ce sont d'une part des actions facilitant la venue sur le territoire (aide à la mobilité, aide à y trouver un logement, internat ruraux, bourses etc), d'autre part des interventions pour faire apprécier la qualité de vie qui règne sur le territoire (soirées d'accueil, organisation de visites, d'activités culturelles, d'activités sportives), qui

au passage peuvent être un moyen de vanter les typicités du territoire, comme dans le modèle aveyronnais. (34)

Au niveau qualité de vie professionnelle, c'est l'organisation de rencontres interprofessionnels du territoire, pour faire naître une forme de mentorat. Aussi en facilitant la création des outils de travail rêvés de la nouvelle génération de médecin, c'est à dire rassemblant le travail d'équipe, la délégation de tâches administratives etc...

La place majeure donnée aux interventions dédiées à la qualité de vie personnelle et professionnelle est à mettre en miroir avec les difficultés allant avec le statut particulier des internes en médecine. Ces conditions sont connues pour écorner gravement leur qualité de vie professionnelle et personnelle, voire leur santé mentale. (35)

Or, sans une qualité de vie correcte, se projeter à long terme dans un territoire devient difficile, car c'est un élément clé indispensable pour entraîner une installation dans les récentes études sur ses déterminants.

En effet, la grande majorité des internes se retrouvent forcés à des déménagements semestriels pendant plusieurs années, afin d'accomplir les divers stages imposés, dans des territoires parfois très éloignés les uns des autres. En découlent des coûts importants liées la multiplicité des déménagements, des logements, des trajets, mais aussi un déracinement semestriel au niveau social, amical, familial.

Ainsi, l'arrivée sur un nouveau territoire de stage, imposé et souvent inconnu auparavant de l'interne, est empreint dès le début de semestre d'un fréquent ressentiment pouvant être négatif. Le territoire d'accueil a alors son rôle à jouer, en visant la facilitation de la venue et l'amélioration de qualité de vie des stagiaires, il peut transformer ce ressentiment initial en une belle expérience de vie, voire faire naître le coup de cœur, étape indispensable à l'installation sur le territoire. (7)

On peut rassembler en 3 groupes les interventions locales visant à favoriser les installations ambulatoires de jeunes médecins.

D'abord, ne pas viser uniquement des médecins expérimentés mais aussi et surtout permettre l'arrivée d'étudiants en médecine sur le territoire (aide à la mobilité, faciliter l'accès au logement). Ces derniers n'ont pas encore tous développé de projet d'installation quelque part,

et quand ils en ont il apparait encore modifiable, que les interventions se font durant l'internat.

Puis, pendant le stage d'internat ou le remplacement, il faut créer chez le soignant de passage voire son conjoint /conjointe (frein principal à son installation durable) un véritable coup de cœur pour le territoire et le terroir en faisant goûter à la qualité de vie des lieux. Il ne s'agit pas de simplement vanter ses attraits culinaires, géographiques ou touristiques comme le rappelle le rapport des délégués nationaux dans leur enquête (33), mais plutôt de les faire expérimenter réellement par visites guidées, dégustations, activités extérieures et/ou sportives.

Ensuite, rassurer la/le jeune médecin pour qu'elle/il ancre son projet d'installation à long terme et envisage de fonder une famille sur place (aide à l'emploi du conjoint ou conjointe, places en crèche/garderie).

Enfin pour transformer l'essai, il restera les aides concrétisant l'aspect professionnel du projet (interlocuteur unique pour simplifier le processus à l'installation, mise en réseau et organisation de rencontres interprofessionnelles avec des soignants locaux, créations en amont de locaux adaptés, à loyer adaptés etc).

- Pistes exploratoires tirées de la littérature francophone et internationale

L'installation des jeunes médecins dans les zones sous-dotées nécessite une approche globale. Les leçons tirées de la littérature internationale, et d'initiatives locales en France, offrent une variété de pistes réalisables en complément de celles évaluées dans notre travail. En conjuguant des actions sur la formation des étudiants en médecine, et sur leur accompagnement à l'échelle départementale ou locale, il est possible de créer un environnement plus attractif pour les jeunes médecins, tout en répondant aux besoins de santé des territoires moins dotés.

## 1. Leçons de la littérature internationale

Les études internationales et certains rapports nationaux soulignent l'importance d'adapter la formation médicale aux spécificités des territoires sous-dotés. Un exemple probant vient de l'Australie et du Japon, où des cursus dédiés à la médecine rurale ont été créés, comme les "Rural Clinical Schools". (12) En France, cette idée pourrait être déclinée en créant des formations spécifiques ou des stages prolongés dans les zones rurales. Une mesure concrète pourrait être le développement d'antennes universitaires dans ces régions, comme cela a été proposé pour les antennes des facultés d'odontologie.

Cela pourrait s'associer avec la construction d'internats ruraux pour les étudiants, offrant une proximité avec le terrain d'exercice, comme à Créhen dans les Côtes d'Armor (22) ou celui en projet à Rodez en Aveyron.

Les études internationales montrent également l'efficacité des stages en zone rurale pour inciter à une installation pérenne. En Australie, par exemple, des stages obligatoires en zones rurales sont en place depuis plus de trente ans, avec des résultats positifs sur l'installation des jeunes médecins. En France, il serait pertinent de soutenir financièrement les stages ambulatoires dès l'externat, rendant ces expériences accessibles à un plus grand nombre d'étudiants. Par ailleurs, des mesures comme la facilitation de la réalisation de stages inter-subdivisions et l'accessibilité à la maîtrise de stage pour des médecins déjà installés sur place devraient être envisagées pour permettre aux jeunes étudiants de se familiariser avec des environnements variés, que ceux rencontrés dans leur cursus actuel très centralisé sur les CHU.

Nous savons que les médecins ayant des origines rurales sont plus enclins à s'installer dans ces zones après leur formation. (12) Des pays comme le Canada, le Japon et les États-Unis ont mis en place des politiques de recrutement prioritaire pour les étudiants issus de zones rurales, parfois accompagnées de quotas de sélection, comme à l'Université de Tromsø en Norvège. En France, il serait possible de développer des programmes de soutien scolaire ciblant les jeunes des territoires fragiles, dès le secondaire, afin d'encourager leur accès aux études de médecine. Cette stratégie, appelée "rural pipeline", pourrait à long terme contribuer à une installation durable dans ces régions. (36)

## 2. Leçons d'initiatives locales françaises :

A l'échelle de la France, le rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins, amènent de nombreuses idées tirées de leur tour de France. (33) Parmi les innovations locales pour favoriser des installations non précédemment citées, on trouve : la création d'internat ruraux, du coaching d'aide à l'installation comme celui mis en œuvre par l'URPS Ile-de-France, le dispositif « La Passerelle » de Meurthe-et-Moselle, avec son interlocuteur et outils dédiés au sein même des murs de l'université ce qui le rend facilement accessible pour les étudiants quelle que soit la maturité de leur réflexion quant à leur projet professionnel.

Pour attirer et retenir les jeunes médecins, il est essentiel de garantir des conditions de travail et de vie épanouissantes, par exemple via des mesures de soutien professionnel et personnel.

D'après la DREES (37), cela pourrait inclure l'organisation et le financement de remplacements permettant aux médecins de s'absenter, ainsi que la facilitation de leur formation continue. Des mesures d'aménagement des conditions de travail, telles que la suppression des gardes pour les médecins seniors ou le soutien à la santé psychologique des médecins en milieu rural, peuvent aussi jouer un rôle clé. De telles initiatives ont été mises en place avec succès dans certains pays, bien qu'elles restent sous-évaluées.

Les incitations financières demeurent un levier important pour encourager l'installation des jeunes médecins, mais dont l'efficacité est faible quand elle est la seule mesure employée. En France, le rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins recommande de sécuriser certains aides parfois difficilement obtenables malgré l'éligibilité des demandes lors de l'installations. Par exemple, par la sécurisation des exonérations fiscales pour les médecins dans les zones de revitalisation rurale. Cela pourrait aussi inclure des exonérations fiscales pour les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les Centres de Santé (CDS). (33) Ces structures d'exercice collectif, largement promues en France, permettent d'améliorer l'attractivité des territoires en offrant des conditions de travail plus flexibles et collaboratives.

Enfin, il est crucial de préparer les jeunes médecins aux réalités de la gestion d'un cabinet médical. Le développement des compétences entrepreneuriales et gestionnaires des futurs médecins libéraux est une piste souvent négligée. En mettant en place des formations spécifiques sur la gestion d'un cabinet et sur les aspects fiscaux et administratifs, les collectivités locales pourraient aider à faciliter l'installation en libéral, souvent perçue comme complexe et risquée.

## V. CONCLUSION

---

A l'échelle de l'Occitanie, où tous les départements sont touchés par les problématiques de démographie médicale, des initiatives locales et départementales ont vu le jour ces dernières années pour tenter d'amplifier les installations de médecins sur leur territoire, en complément des mesures nationales.

L'objectif central de ma thèse a été d'explorer l'impact de ces interventions locales en région Occitanie sur les intentions d'installation des internes et jeunes médecins. L'étude, de nature quantitative, descriptive, transversale et multicentrique, reposait sur un questionnaire adressé aux participants. Parmi les 140 internes ou jeunes médecins interrogés, ayant tous réalisé au moins un semestre de stage en Occitanie, 65,7 % affirment que les actions locales ont accru leurs chances de s'installer localement. Trois départements se démarquent par l'efficacité de leurs interventions : l'Aveyron, le Gers et les Hautes-Pyrénées. En effet, 74,3 % des internes ayant expérimenté l'un de ces trois départements jugent que leurs interventions "augmentent leurs chances d'installation sur le territoire", contre seulement 35,5 % chez ceux n'ayant fréquenté que d'autres départements d'Occitanie (p-value < 0,001).

Au-delà des simples intentions, 73 projets précis d'installation ambulatoire, voire des installations effectives, ont été répertoriés dans l'échantillon, dont 47 projets (64,4 %) ont pris forme durant les stages. Sur ces 73 projets, 58 (79,5 %) visent une installation en Occitanie. Parmi ceux-ci, 37 projets (63,8 %) se concentrent dans les six départements les plus actifs en matière de soutien local aux internes.

L'étude révèle également que la préférence pour une installation en milieu urbain diminue au fil des stages, alors que l'attrait pour le milieu rural ou semi-rural augmente. Les principaux freins à l'installation ambulatoire signalés recoupent la littérature nationale sur le sujet, notamment sur le rôle du conjoint ou de la conjointe, du bon équilibre à maintenir entre qualité de vie personnelle et professionnelle ainsi que la crainte de l'exercice professionnel isolé et ses conséquences.

Enfin, notre étude identifie que les incitations financières sont trop peu efficaces quand utilisées seules. A l'inverse, plusieurs leviers locaux sont particulièrement efficaces si combinés, pour encourager les installations. Il s'organise en 3 groupes. D'abord, permettre l'arrivée d'étudiants en médecine sur le territoire (aide à la mobilité, aide à

l'accès au logement). Puis, créer un coup de cœur pour le territoire et le terroir, en faisant expérimenter les lieux, ses typicités, sa qualité de vie, en visant l'épanouissement du soignant le temps de leur stage ou remplacement sur le territoire (visites, rencontres organisées, dégustations, activités extérieures, activités sportives).

Ensuite, ancrer non pas un individu, mais bien une famille entière sur le territoire (aide à l'emploi du conjoint ou conjointe, places en crèche/garderie). Enfin, aider à ficeler l'installation (interlocuteur unique pour simplifier le processus à l'installation, organisation de rencontres interprofessionnelles, créations en amont de locaux adaptés au travail en équipe, loyers adaptés, etc).

L'efficacité apparente de ces méthodes sont aussi à mettre au crédit du travail préalable des départements universitaires de médecine générale de Toulouse et Montpellier. En formant beaucoup de médecins généralistes de tout territoire à accueillir des stagiaires internes en médecine, ces directions ont ouvert la voie à la venue première de futurs médecins dans tous les territoires d'Occitanie. D'autres idées d'interventions locales pour la démographie médicale fleurissent ailleurs en France et à l'étranger sans être toujours superposables à tous nos territoires.

Néanmoins, ce travail constate déjà les excellents résultats de la combinaison d'une décentralisation des lieux de formations vers nos territoires moins dotés, à des mesures locales d'accompagnement et marketing territorial visant à lever les préjugés et freins à l'installation de jeunes médecins en formation. Il devient alors raisonnable d'imaginer qu'appliquer ces méthodes à d'autres spécialités que la médecine générale voire à d'autres métiers en tension (dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, ...) pourrait aussi s'avérer efficace.

Doyen de la Faculté

Toulouse le 01/10/2024

Vu et permis d'imprimer  
La Présidente de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation.  
Le Doyen-Directeur  
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical  
Professeur Thomas GÉRAERTS



Le 01/10/2024

Président du Jury  
Pr Stéphane OUSTRIC

S. oustric.

## VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021 [Internet] Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf) [cité 2 juin 2023]
2. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. [Internet] J Pédiatrie Puériculture. juill 2009 Disponible sur < <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-demographie-medicale-lhorizon-2030-de-nouvelles-projections> > [cité 2 juin 2023]
3. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés Dossier de presse - Jeudi 11 avril 2019 - CNOM - Commission Jeunes médecins. [Internet] Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAte-d%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf> [cité 2 juin 2023];
4. TF1 INFO 2021 - Contre la désertification médicale, l'Aveyron fait tout pour attirer de jeunes médecins. [Internet] Disponible sur: <https://www.tf1info.fr/sante/video-contre-la-desertification-medicale-l-aveyron-fait-tout-pour-attirer-de-jeunes-medecins-2184656.html> [cité 29 déc 2022].
5. Arnaud, Jérémie, Jacques LECOQ. Un nouveau concept dans la lutte contre les déserts médicaux, le marketing territorial appliqué à la vallée de la Vésubie ou « La grande séduction » [Internet]. FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01431098> [cité 7 juin 2023].
6. Accueil Médecins Aveyron 2023 [Internet]. Effectuer son internat. Disponible sur: <https://accueilmedecins.aveyron.fr/effectuer-son-internat/> [cité 7 juin 2023].
7. Cros E, Marquot L. Déterminants et motivations à l'installation des médecins généralistes ambulatoires en Aveyron [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2021 Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3684/> [cité 29 déc 2022].
8. Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes - ISNAR - 2020 [Internet]. 2023 Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-linstallation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf> [cité 2 juin 2023].
9. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale - ISNAR IMG - 2011 [Internet]. 2023 Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf> [cité 2 juin 2023].

10. Arnaud et Thiron - Médecine générale en milieu rural freins à l'installation [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065/document> [cité 1 sept 2024].
11. Arrêté du 13 octobre 2022 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études de médecine organisées au titre de l'année universitaire 2022-2023 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046432620> [cité 13 sept 2024].
12. rapport\_augros\_2019.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_augros\\_2019.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf) [cité 1 sept 2024].
13. Un week-end dans les Pyrénées-Orientales pour attirer les médecins - Le Parisien [Internet]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/pyrenees-orientales-66/un-week-end-dans-les-pyrenees-orientales-pour-attirer-les-medecins-27-10-2023-OEO67QBC4JBULL7BRUVGPJGDYQ.php> [cité 13 sept 2024].
14. Arnault - ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE 2023 [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf) [cité 12 mai 2023]
15. Dossier de presse – Enquête déterminants installation-CNOM-CJM [Internet]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAted%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf> [cité 1 sept 2024].
16. Dubois L. INFLUENCE DU PARCOURS DE D.E.S SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MEDECINS GENERALISTES FRANÇAIS. THESE MEDECINE GENERALE - Université Toulouse III - Paul Sabatier 2019.
17. Tricart Camille C. INFLUENCE DU PARCOURS DE D.E.S. SUR LES SOUHAITS D'INSTALLATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE FRANÇAIS. THESE MEDECINE GENERALE Université Toulouse III - Paul Sabatier 2019.
18. Clisson R, Angoulvant C, Ramond-Roquin A, Guelff J. Du projet professionnel d'internes de médecine générale angevins à leur exercice réel : 2012 à 2019. CAIRN - Santé Publique. 2020;32(5):507-18. [Internet] Disponible sur : <<https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-page-507?lang=fr>> [Cité 12 sept 2024]
19. Bilan économique 2023 - Occitanie - Insee Conjoncture Occitanie - 42 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7936516> [cité 14 sept 2024].

20. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches | Cairn.info [Internet]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-espace-geographique-2018-4-page-362?lang=fr> [cité 14 sept 2024].
21. Architecture PUC. Plan Urbanisme Construction Architecture. 2022 [Internet]. Exode urbain : un mythe, des réalités. Disponible sur: <https://www.urbanisme-puca.gouv.fr/exode-urbain-un-mythe-des-realites-a2730.html> [cité 14 sept 2024]
22. Le courrier des maires. Le tourisme vert et apaisé, levier de développement pour les ruralités. 19 juill 2022 [Internet] ; Disponible sur: <https://www.courrierdesmaires.fr/article/le-tourisme-vert-et-apaise-levier-de-developpement-pour-les-ruralites.49857> [cité 14 sept 2024]
23. INSEE - Breuillé ML, Le Gallo J, Verhac A. Residential Migration and the COVID-19 Crisis: Towards an Urban Exodus in France? Econ Stat Econ Stat. 30 déc 2022;(536-37):57-73. [Internet] Disponible sur : <<https://www.insee.fr/en/statistiques/6667537?sommaire=6667557>> [cité 12 sept 2024]
24. Crise sanitaire et développement du télétravail : davantage de départs des pôles des grandes métropoles et de l'aire parisienne - Insee Analyses - 81 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6966059> [cité 12 sept 2024].
25. Terrains de stage agréés | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Occitanie [Internet] Disponible sur : <https://www.occitanie.paps.sante.fr/terrains-de-stage-agrees-2> [cité 14 sept 2024]
26. Silhol J. La répartition géographique des internes en médecine générale : un outil de régulation des lieux d'installation ? / Geographical Distribution of Interns in General Practice: A Tool for Regulating Place of Settlement? 2024 ; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/estat\\_0336-1454\\_2024\\_num\\_542\\_1\\_11096](https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2024_num_542_1_11096) [cité 1 sept 2024]
27. Les stages et l'internat | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet] Disponible sur: <https://www.paca.paps.sante.fr/les-stages-et-linternat-24> [Consulté le 14 sept 2024]
28. Liste MSU 2022 Nice - Medecine [Internet]. . Disponible sur: <https://medecine.univ-cotedazur.fr/medecine-generale/liste-msu-2022> [Consulté le 14 sept 2024]
29. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. CAIRN - Santé Publique. 2015; [internet] Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-49.htm?ref=doi> > [Consulté le 02/09/2024]

30. Université Toulouse III - Paul Sabatier. DU Formation pédagogique à la maîtrise de stage. [Internet] Disponible sur : <https://www.univ-tlse3.fr/decouvrir-nos-diplomes/du-formation-pedagogique-a-la-maitrise-de-stage> [Consulté le 14 sept 2024]
31. Bezons A - Déterminants et facteurs protecteurs du syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes en France : une revue narrative de la littérature. [Internet] Disponible sur : < <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04272648> > (Consulté le 17/09/2024)
32. Académie de Médecine - 2023 - Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France Etats des lieux et propositions concrètes - [Internet] Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/04/Rapport-Deserts-medicaux-2023-04-21.pdf> (Consulté le 17/09/2024)
33. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins. [internet] Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-des-delegues-nationaux-a-l-acces-aux-soins> [cité 18 sept 2024].
34. Accueil Médecins Aveyron [Internet]. En Aveyron, on prend soin des médecins. Disponible sur: <https://accueilmedecins.enaveyron.fr/> [cité 18 sept 2024].
35. Fondation Jean-Jaurès [Internet]. La santé mentale des étudiants en médecine. Disponible sur: <https://www.jean-jaures.org/publication/la-sante-mentale-des-etudiants-en-medecine/> [cité 18 sept 2024].
36. Jacquet PM, Wallerich C. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes : une revue systématique de la littérature anglophone. 2020 [internet] Disponible sur : < <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971660> > [Cité le 17 sept 2024]
37. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2024 [Internet] Disponible sur : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>> [Cité le 1 sept 2024]

## VII. Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour l'étude

#### Questionnaire Thèse Tom DEBON

\* Indique une question obligatoire

---

1. Quel est votre âge ?

*Une seule réponse possible.*

- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36 ou plus

2. Vous vous identifiez comme ?

*Une seule réponse possible.*

- Homme
- Femme
- Non-binaire
- Autre

3. Quelle est votre spécialité médicale ? \*

Une seule réponse possible.

- Médecine Générale
- Autre spécialité

4. Actuellement vous êtes : \*

Une seule réponse possible.

- Interne (DES non-terminé)
- Remplaçant(e) (DES terminé)
- Installé(e) en libéral (dont collaborateur, associé(e), etc...)
- Installé(e) en salariat
- Installé(e) en activité mixte (libéral + salariat)

5. Etes-vous actuellement ?

Une seule réponse possible.

- Célibataire
- Marié(e) ou pacsé(e)
- En couple, non-marié/non-pacsé

6. Vous vous considérez originaire d'une zone plutôt :

Une seule réponse possible.

- à dominante RURALE (ex : < 5000 Habitants)
- à dominante SEMI-RURALE (Ville petite (ex : < 50 000 habitants) et/ou sa périphérie)
- à dominante URBAINE ( ex: Métropole)

7. Dans quel département avez-vous grandi pour la plus grande partie de votre enfance ?

Une seule réponse possible.

- 01
- 02
- 2A -
- 2B -
- 03 -
- 04 -
- 05 -
- 06 -
- 07 -
- 08 -
- 09 -
- 10 -
- 11 -
- 12 -
- 13 -
- 14 -
- 15 -
- 16 -
- 17 -
- 18 -
- 19 -
- 21 -
- 22 -
- 23 -
- 24 -
- 25 -
- 26 -
- 27 -
- 28 -
- 29 -
- 30 -

- 31 -
- 32 -
- 33 -
- 34 -
- 35 -
- 36 -
- 37 -
- 38 -
- 39 -
- 40 -
- 41 -
- 42 -
- 43 -
- 44 -
- 45 -
- 46 -
- 47 -
- 48 -
- 49 -
- 50 -
- 51 -
- 52 -
- 53 -
- 54 -
- 55 -
- 56 -
- 57 -
- 58 -
- 59 -
- 60 -
- 61 -
- 62 -
- 63 -
- 64 -
- 65 -

- 66 -
- 67 -
- 68 -
- 69 -
- 70 -
- 71 -
- 72 -
- 73 -
- 74 -
- 75 -
- 76 -
- 77 -
- 78 -
- 79 -
- 80 -
- 81 -
- 82 -
- 83 -
- 84 -
- 85 -
- 86 -
- 87 -
- 88 -
- 89 -
- 90 -
- 91 -
- 92 -
- 93 -
- 94
- 95 -
- 971
- 972
- 973
- 974
- 975

11. Cochez tous les départements où vous êtes passés en stage d'internat : \*

Plusieurs réponses possibles.

- Ariège - 09
- Aude - 11
- Aveyron - 12
- Gard - 30
- Haute-Garonne - 31
- Gers - 32
- Hérault - 34
- Lot - 46
- Lozère - 48
- Hautes-Pyrénées - 65
- Pyrénées-Orientales - 66
- Tarn - 81
- Tarn-et-Garonne - 82
- Hors Occitanie

12. AUJOURD'HUI,

à quel point êtes-vous enclin à une installation en milieu urbain ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas            Totalemment enclin

13. AUJOURD'HUI,

à quel point êtes-vous enclin à une installation en milieu rural ou semi-rural ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas            Totalemment enclin

- 976
- A l'étranger

8. AVANT l'internat,

aviez-vous déjà un projet d'installation ambulatoire (libérale ou salariée) dans un secteur géographique précis ?

(par exemple, dans un département en particulier, une ville en particulier, aux alentours d'une certaine ville, ou encore plus précis)

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

9. AVANT l'internat,

à quel point étiez-vous enclin à une installation en milieu urbain ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas            Totalemment enclin

10. AVANT l'internat,

à quel point étiez-vous enclin à une installation en milieu rural ou semi-rural ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas            Totalemment enclin



17. Selon vous, \*
- les actions\* des **départements/collectivités locales** visant les internes et jeunes médecins, ont-elles participé à **majorer vos chances d'installations dans ce(s) département(s) ?**

\* ex : *accueil des internes, activités sportives organisées et gratuites, interlocuteur(trice) unique pour l'aide logistique, week-end à thème, dégustations, aides logistiques et financières, activités de découverte du territoire et de sa culture, stage pompier, etc...*

Plusieurs réponses possibles.

- Oui pour Ariège - 09
- Oui pour Aude - 11
- Oui pour Aveyron - 12
- Oui pour Gard - 30
- Oui pour Haute-Garonne - 31
- Oui pour Gers - 32
- Oui pour Hérault - 34
- Oui pour Lot - 46
- Oui pour Lozère - 48
- Oui pour Hautes-Pyrénées - 65
- Oui pour Pyrénées-Orientales - 66
- Oui pour Tarn - 81
- Oui pour Tarn-et-Garonne - 82
- Oui, hors-Occitanie
- NON, aucun département n'a mené d'action ayant influencé positivement mes intentions d'installation

18. Pour vous, \*
- quels sont les **facteurs qui restreignent** vos possibilités d'installation ambulatoire dans les départements vus durant vos semestres ?

Plusieurs réponses possibles.

- Conjoint(e)
- Proximité familiale à maintenir et/ou attachement trop important au territoire d'origine
- Difficultés d'accès aux infrastructures du service publique / ou liées à l'enfance (crèche, garderie, maternelle, école)
- Eloignement par rapport aux grandes métropoles
- Qualité de vie personnelle, jugée insuffisante
- Qualité de l'accueil, jugée insuffisante
- Qualité d'exercice / Conditions de travail, jugé(s) insuffisant(s)
- Isolement par rapport aux autres acteurs de la santé (médicaux, para-médicaux, laboratoires, hôpitaux, etc...)
- Insuffisance d'accompagnement à l'installation (au niveau administratif, logistique, fiscal, financier etc...)
- Météo et/ou inquiétude sur l'évolution climatique à venir
- Désir d'expérimenter au préalable d'autres régions avant de s'installer définitivement

19. Selon vous, \*
- Quelles sont les actions **marquantes déjà menées localement** (département / collectivités locales) qui vous ont paru avoir un **impact** sur vos possibilités d'installation future ?
- (citer 3 actions maximum)

20. Avez-vous des propositions d'actions réalisables par les départements /collectivités locales qui pourraient avoir un **impact** sur vos possibilités d'installation ?
- (Citez 3 actions max)

---

---

*Tableau 2 : Détails des réponses concernant l'augmentation de chances d'installation par département*

Département	Effectif passé en stage d'internat	Effectif déclarant : "une augmentation de chances d'installation dans le département "			
		Lié au semestre		Lié aux interventions du département/collectivités locales	
		effectif	%	effectif	%
11 - Aude	42	16	38,1	9	21,4
12 - Aveyron	65	41	63,1	48	73,8
30 - Gard	11	1	9,1	0	0,0
31 - Haute-Garonne	67	20	29,9	2	3,0
32 - Gers	42	18	42,9	25	59,5
34 - Hérault	11	4	36,4	0	0,0
46 - Lot	13	4	30,8	1	7,7
48 - Lozère	7	1	14,3	2	28,6
65 - Hautes-Pyrénées	45	23	51,1	21	46,7
66 - Pyrénées Orientales	6	3	50,0	1	16,7
81 - Tarn	35	16	45,7	4	11,4
82 - Tarn-et-Garonne	29	11	37,9	1	3,4
9 - Ariège	40	22	55,0	13	32,5

*Tableau 4 : Nombre d'adresses e-mails utilisées par chaque département, pour la diffusion du questionnaire.*

N° département	9	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82
Nombre d'adresses e-mails utilisées	76	82	138	0	0	156	0	20	38	98	0	0	140

AUTEUR : **DEBON Tom**

TITRE : : **Evaluation de l'influence des interventions départementales d'accompagnement et de marketing territorial, sur les intentions d'installation des internes en médecine générale d'Occitanie**

DIRECTEUR DE THÈSE : **Dr. PEREZ Denis**

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, 15 octobre 2024

---

**Introduction** : Devant un manque de médecins dans certains territoires, des départements d'Occitanie innovent et tentent d'agir localement auprès d'internes en médecine, en stage sur leur territoire, afin de favoriser leur installation à long terme.

**Objectif** : Évaluer si les interventions locales réalisées auprès des internes en médecine, augmentent les chances d'installation sur le territoire.

**Matériel et méthode** : étude quantitative descriptive multicentrique réalisée en région Occitanie. Un questionnaire a été adressé aux internes en médecine d'Occitanie exposés à des interventions locales d'accompagnement et de marketing territorial de novembre 2020 à octobre 2023.

**Résultats** : 140 questionnaires inclus. Pour 65,7 % des répondants, les actions locales ont accru leurs chances de s'installer sur le territoire. 3 départements se démarquent : l'Aveyron, le Gers et les Hautes-Pyrénées. Parmi ceux ayant expérimenté un de ces trois départements, 74,3 % affirment que les actions locales du département "ont augmenté [leurs] chances d'installation sur le territoire" versus 35.5% s'ils n'ont expérimenté que les interventions d'autres départements d'Occitanie. (p value < 0. 001). A la clé, ce sont 73 installations ou projet précis d'installation précis, dont 58 (79.5 %) en Occitanie.

**Conclusion** : Certaines combinaisons d'actions locales semblent particulièrement favoriser les installations de médecins généralistes en Occitanie. L'efficacité est plus probante quand ces interventions locales sont réalisées dès les stages d'internat, avec un guichet unique ou un interlocuteur dédié, qu'elles regroupent de l'accompagnement et du marketing territorial, et qu'elles s'attellent à cibler les déterminants connus à l'installation notamment la situation du conjoint / conjointe ; la qualité de vie personnelle, et la crainte de l'exercice professionnel isolé et ses conséquences.

---

**Title** : Evaluation of the influence of locally-conducted actions combining support and territorial marketing on general practice residents' settlement intentions in Occitanie, France.

**Introduction** : In response to a shortage of physicians in certain areas, departments in Occitanie are innovating, attempting to act locally with medical residents to encourage long-term settlement in the region.

**Objective** : To assess whether local interventions targeting medical residents increase their likelihood of settling in the region.

**Methods** : A multicentric descriptive quantitative study conducted in the Occitanie region. A questionnaire was distributed to medical residents in Occitanie exposed to local support and territorial marketing interventions from November 2020 to October 2023.

**Results**: A total of 140 questionnaires were included. 65.7% of respondents indicated that local interventions increased their chances of settling in the region. Three departments stood out : Aveyron, Gers, and Hautes-Pyrénées. Among those who experienced one of these three departments, 74.3% claimed that the local actions of the department "increased [their] chances of settling in the region." versus 35.5% when they had only experienced interventions from other departments in Occitanie (p value < 0.001). Finally, 73 individuals reported effective settlement or a settlement project, with 58 (79.5%) in Occitanie.

**Conclusion** : Some combinations of locally conducted actions appear to particularly promote the settlement of general practitioners in Occitanie. Effectiveness is enhanced when local interventions occur early during residency, with a local and individualized help-desk, incorporating both support and territorial marketing, and addressing determining factors of settlement, including the spouse's situation, personal quality of life, and concerns about professional isolation and its consequences.

---

**Mots-Clés / Keywords**: accompagnement, marketing territorial, déterminants, installation, médecine générale. / support, territorial marketing, place branding, determinants, settlement, general practice, residents

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---