

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 05 décembre 2017
par

Morgane Migoux

née le 06 octobre 1988, à Limoges

**Le devenir, en Limousin, des internes en médecine générale formés
à la faculté de médecine de Limoges**

Etude qualitative réalisée auprès des internes en médecine générale de
la faculté de médecine de Limoges

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Denis VALLEIX

Président

M. le Professeur Daniel BUCHON

Juge

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER

Juge

M. le Professeur Dominique MENARD

Juge

M. le Docteur Bruno COQUILLAUD

Membre invité





Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 05 décembre 2017
par

Morgane Migoux

née le 06 octobre 1988, à Limoges

**Le devenir, en Limousin, des internes en médecine générale formés
à la faculté de médecine de Limoges**

Etude qualitative réalisée auprès des internes en médecine générale de
la faculté de médecine de Limoges

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Denis VALLEIX

M. le Professeur Daniel BUCHON

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Dominique MENARD

M. le Docteur Bruno COQUILLAUD

Président

Juge

Juge

Juge

Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL

DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE



BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan



PAUTOU-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE

COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE

PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



A mon arrière-grand-père,
A mes grands-pères et ma grand-mère partis bien trop tôt,
Mes bonnes étoiles qui veillent sur moi au quotidien.



Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver
Pierre Dac

Remerciements

A **Monsieur le Professeur Denis VALLEIX**, vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie très sincèrement. Soyez assuré de mon profond respect. Merci de votre implication et de votre dévouement auprès des étudiants en médecine de la faculté de Limoges.

A **Monsieur le Professeur Daniel BUCHON**, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci de votre disponibilité durant le DES de médecine générale.

A **Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER**, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'avoir accepté de me guider lors du premier focus group. Merci de votre grande disponibilité et de votre écoute.

A **Monsieur le Professeur Dominique MENARD**, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre dévouement, vos conseils précieux et votre implication sans faille. Merci aussi de m'avoir accueillie en stage et de m'avoir transmis votre savoir.

A **Monsieur le Docteur Bruno COQUILLAUD**, merci de me faire le plaisir de siéger dans mon jury. Je vous remercie de m'avoir si bien accueillie pendant mon SASPAS, durant lequel les supervisions du soir se faisaient toujours dans la bonne humeur, ainsi que de votre disponibilité et de m'avoir accordé votre confiance.

Merci à **tous mes collègues internes** qui ont accepté de donner de leur temps pour mon étude et qui y ont participé avec enthousiasme.

Au **Dr Joël MALGOUYARD**, vous m'avez accueillie en stage praticien d'externe. Vous m'avez transmis le virus de la médecine générale, spécialité que je n'aurais, sans doute, jamais choisie sans vous. Je vous serai éternellement reconnaissante de m'avoir transmis votre passion pour cette si belle et enrichissante spécialité.

Aux **Drs Jean DUTEILLE et Vincent SAUGET**, avec le Pr MENARD, vous m'avez gentiment accueillie dans vos cabinets pendant 6 mois. Grâce à vous j'ai eu la confirmation que je ne m'étais pas trompée de spécialité.

Aux **Drs Isabelle BASTOS et Jean-Luc MOUILLE**, merci pour votre accueil, votre gentillesse. Merci de m'avoir prodigué vos précieux conseils durant mon SASPAS. Cela m'a permis de me lancer plus sereinement dans les remplacements. Je suis heureuse que nous continuions à travailler ensemble.

Au **service de polyclinique du Pr Anne-Laure FAUCHAIS** : ce stage a été très formateur et m'a donné un bon bagage pour la suite de ma vie professionnelle. J'y ai beaucoup appris dans la bonne humeur.

Au **service des urgences de Saint Junien du Dr Nathalie Cueille**, merci pour votre accueil dans votre service.

Au **service des urgences pédiatriques de l'HME du Dr Abdel TAHIR**, ce stage a été très formateur, il est primordial pour aborder sereinement la pédiatrie en médecine générale. La bonne humeur était de mise, je garde un excellent souvenir de ce stage.

Au **service de SSR de La Chênaie du Dr Remenieras**, je garderai un excellent souvenir de ce dernier stage hospitalier qui m'a beaucoup apporté tant sur le plan professionnel que sur le plan humain. Je vous remercie pour votre accueil et votre amitié.

A **tous les patients** qui ont accepté de bonne ou de mauvaise grâce que je les prenne en charge. Grâce à vous j'ai pu apprendre mon métier. Chaque sourire, chaque mot gentil, chaque moment gai ou triste partagé avec vous sont le moteur de mon travail. La relation médecin-malade, surtout en médecine générale, est ce qui fait qu'on est heureux d'aller travailler tous les matins.

A **mes co-internes** avec qui j'ai eu le plaisir de travailler, notamment la team pédiatrie : Paul, Sarah, Nadine. Nos fou-rires me manquent.

A **Coralie**, je ne te remercierai jamais assez pour toute l'aide que tu m'as apportée durant cette thèse. Merci d'avoir accepté de relire mon travail et pour tous les conseils que tu m'as prodigués. Merci à **Florian** de m'avoir aidée à dompter le logiciel NVivo.

A **Nathalie**, merci d'avoir accepté d'être relectrice de cette thèse. Merci pour ta disponibilité et ton dévouement.

A **Sultana**, merci d'avoir traduit mon résumé en anglais.

A **mes parents**, voilà, c'est l'aboutissement d'un long chemin sur lequel vous m'avez vaillamment accompagnée bravant mon (très) mauvais caractère dans les moments difficiles. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous avez toujours tout fait pour notre bonheur. Vous avez fondé une belle famille, soudée où on ne peut que s'épanouir. Savoir d'où l'on vient est important pour savoir où on va, avec tout ce que vous m'avez donné et toutes les valeurs que vous m'avez inculquées, je saurai m'orienter sur le chemin de la vie. Je vous aime.

A **ma sœur, Mathilde**, à notre complicité, à nos prises de bec, l'un ne va pas sans l'autre. Qui aime bien châtie bien, non ? Merci pour ton amour, ton soutien et ta joie de vivre.

A **Mamie Janine**, merci d'avoir toujours été à mes côtés et pour toutes les valeurs que tu m'as transmises. Pour tous les moments que nous avons passés ensemble et qu'il nous reste à passer.

A **mes oncles, mes tantes, mes cousins** : la famille c'est important, merci d'être présents à mes côtés.

A **Héloïse, Florence, Morgane, Lucie, Emilie, Esther** mes amies de (très) longue date. Merci de ne pas m'avoir tourné le dos malgré mes études et maintenant mon travail prenants et pour votre indéfectible soutien. J'espère que notre amitié durera encore très longtemps.

A **Elyse**, notre année de colocation à Saint Junien a été le socle d'une amitié solide et importante pour moi. A nos fous-rires, nos longues soirées à refaire le monde bref à tous nos bons moments passés ensemble et tous les bons moments à venir !

A **Marie**, mon binôme de médecine, on a fait les 400 coups dans de nombreux services et durant les longues nuits de garde... Dommage que nous n'ayons pas choisi la même voie car j'aurais volontiers continué à travailler avec toi.

A **Mathilde**, à notre amitié née dans le service de rhumatologie et qui maintenant n'est plus uniquement professionnelle. Merci pour ton soutien et tes conseils précieux. Ton p'tit mouss sera toujours présent !

A Elisabeth, Cécile, Matthieu, Alexandre, Christelle, Laurène, Jean-Jacques, Anne-Laure, Sophie, Hilal, Dalia, pour votre amitié.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Remerciements	14
Table des illustrations	21
Table des tableaux	22
Liste des abréviations	23
Introduction	25
I. Devenir médecin généraliste et s'installer en Limousin.....	27
I.1. Devenir médecin généraliste (exemple de la faculté de médecine de Limoges) ^[1]	27
I.1.1. La Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) et le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM)	27
I.1.1.1 La PACES.....	27
I.1.1.2 DFGSM première et deuxième années	27
I.1.2. Le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) ou externat	28
I.1.2.1 DFASM première, deuxième et troisième année	28
I.1.2.2 Les Epreuves Classantes Nationales	28
I.1.3. L'internat	30
I.1.4. L'inscription au conseil de l'ordre des médecins	31
I.2. La démographie des médecins généralistes en 2016	32
I.2.1. En France ^[4]	32
I.2.2. En Limousin ^[4]	35
I.3. Les aides à l'installation ^{[7], [8], [9]}	37
I.3.1. Les aides de l'état.....	37
I.3.1.1 Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) ^{[10], [11]}	37
I.3.1.2 Le Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) ^{[12], [13]}	38
I.3.1.3 Le Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA) ^[14]	38
I.3.1.4 Le praticien isolé à activité saisonnière ^[15]	39
I.3.1.5 Exonération sur le revenu et permanence des soins en ambulatoire (PDSA) ^[16]	40
I.3.1.6 Exonération d'impôt en zone de revitalisation rurale (ZRR) ^[17]	40
I.3.1.7 Exonération des cotisations patronales et de la taxe professionnelle	40
I.3.2. Les aides des collectivités territoriales.....	41
I.3.2.1 Aide à l'installation ou au maintien des professionnels ou centres de santé....	41
I.3.2.2 Aides aux étudiants en médecine : indemnités d'études et de projet professionnel	41
I.3.2.3 Aides aux étudiants en médecine : aide au logement et indemnités de déplacement	42
I.3.3. Les aides de l'assurance maladie ^[20]	42
I.3.3.1 Convention médicale : option démographie	42
I.3.3.2 Convention médicale : option santé solidarité territoriale.....	42
I.3.4. Les aides non financières ^[21]	43
I.3.4.1 Référent installation unique pour chaque région	43
I.3.4.2 Site web unique : la Plate-forme d'Appui aux professionnels de Santé (PAPS)	43
I.3.4.3 Le moratoire à l'installation ^[22]	44
I.3.4.4 Le cabinet secondaire	44

I.3.4.5 Le statut de collaborateur libéral ^[23]	45
I.4. Les maisons de santé pluridisciplinaires et les pôles de santé	45
I.4.1. Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ^[26]	45
I.4.2. Les pôles de santé ^[26]	46
I.4.3. Les Maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé en Limousin ^[27]	47
I.5. Etat des lieux de la région Limousin	49
I.5.1. La population ^[29]	49
I.5.2. Les services de proximité	50
I.5.2.1 La Poste	50
I.5.2.2 L'enseignement ^[35]	50
I.5.2.3 Les sièges des principales caisses de sécurité sociale	51
I.5.2.3.1. En Haute-Vienne	51
I.5.2.3.2. En Corrèze	52
I.5.2.3.3. En Creuse	52
I.5.2.4 Les cinémas	52
I.5.3. Les réseaux de communication	53
I.5.3.1 Les autoroutes et voies rapides	53
I.5.3.2 Le réseau ferroviaire	55
I.5.3.3 Les aéroports	58
I.5.4. Les Centres Hospitaliers (CH)	59
I.5.4.1 En Haute-Vienne ^[57]	59
I.5.4.2 En Corrèze ^[58]	59
I.5.4.3 En Creuse ^[59]	60
II. Matériel et Méthode	62
II.1. Type d'étude	62
II.2. Matériel	62
II.3. Méthode	63
II.3.1. Le guide d'entretien (annexe 6)	63
II.3.2. Focus groups	63
II.3.3. Recueil de données	65
II.3.4. Analyse des données	65
II.3.4.1 Analyse descriptive	65
II.3.4.2 Analyse axiale	66
II.3.4.3 Analyse matricielle	66
III. Résultats	67
III.1. Population	67
III.1.1. Premier focus group	67
III.1.2. Deuxième focus group	67
III.1.3. Troisième focus group	67
III.1.4. Total	67
III.2. Analyse descriptive	70
III.3. Analyse axiale	74
III.3.1. L'externat	74
III.3.1.1 L'organisation des journées	74
III.3.1.2 Le milieu hospitalier	74
III.3.1.3 Le stage en médecine générale libérale	75
III.3.1.4 Les épreuves classantes nationales	77

III.3.1.4.1. Le choix de la spécialité.....	77
III.3.1.4.2. Le choix de la ville d'internat.....	78
III.3.2. L'internat	79
III.3.3. Le devenir des internes en post-internat.....	80
III.3.4. L'installation.....	81
III.3.4.1 Les atouts de l'activité libérale.....	81
III.3.4.2 Les freins à l'installation en libéral.....	83
III.3.4.3 La convivialité dans l'exercice libéral par rapport au milieu hospitalier	85
III.3.4.4 Les facteurs psychologiques en lien avec une installation en libéral	85
III.3.4.5 Les exercices complémentaires à la médecine générale.....	86
III.3.4.6 Le choix du mode d'exercice.....	86
III.3.4.7 Le choix du mode d'installation	87
III.3.4.8 Le choix du lieu d'installation.....	88
III.3.5. Le conjoint.....	89
III.3.5.1 Son influence sur le choix de la ville d'internat	89
III.3.5.2 Son influence sur le choix du lieu d'installation.....	89
III.3.6. Le Limousin.....	91
III.3.6.1 Les points forts du Limousin.....	91
III.3.6.2 Les points faibles du Limousin	93
III.3.7. Favoriser l'installation en Limousin	96
III.4. Analyse matricielle	98
III.4.1. Analyse matricielle des nœuds.....	99
III.4.2. Analyse matricielle des ensembles.....	106
IV. Analyse et discussion.....	107
IV.1. Validité interne.....	107
IV.2. Validité externe.....	109
IV.2.1. Le cursus des futurs médecins généralistes.....	109
IV.2.2. Les ressentis des futurs médecins généralistes vis-à-vis du libéral	111
IV.2.3. Le devenir des internes en médecine générale	114
IV.2.3.1 Installation ou remplacement ?	114
IV.2.3.2 Quel mode d'exercice choisir ? S'installer seul ou en groupe ?.....	115
IV.2.3.3 Où s'installer ?.....	116
IV.2.3.4 Le conjoint et la vie de famille : pièces maîtresses du devenir professionnel	117
IV.2.4. Le Limousin vu par nos participants	119
IV.2.4.1 Les atouts du Limousin.....	119
IV.2.4.2 Les points faibles du Limousin.....	122
IV.2.5. Comment favoriser l'installation en Limousin.....	127
IV.2.5.1 Sur le plan professionnel	127
IV.2.5.2 Sur le plan extra-professionnel	128
Conclusion	131
Références bibliographiques	134
Annexes	141
Serment d'Hippocrate.....	154

Table des illustrations

Figure 1 : Nombre de postes, en France, depuis 2004 toutes spécialités confondues ^[2]	29
Figure 2 : Nombre de postes de médecine générale, en France, depuis 2004 + rang limite ^[2]	29
Figure 3 : Pyramide des âges des nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre en médecine générale en France ^[3]	31
Figure 4 : Démographie médecin généraliste en France en 2016 ^[4]	33
Figure 5 : Les variations des effectifs des spécialistes en médecine générale en activité régulière (tous types d'activités confondus) entre 2007 et 2016 ^[5]	34
Figure 6 : Pyramide des âges des médecins généralistes tous types d'exercices confondus, en France en 2016 ^[5]	34
Figure 7 : Répartition des médecins généralistes de plus de 60 ans en 2014 ^[6]	35
Figure 8 : Démographie médecin généraliste en Limousin en 2016 ^[4]	36
Figure 9 : Carte de répartition des Maisons de Santé Pluridisciplinaire et des Pôles de Santé en 01/2016 ^[28]	48
Figure 10 : Répartition de collèges, lycées, lycées professionnels en Limousin ^[36]	51
Figure 11 : Le réseau routier limousin ^[50]	54
Figure 12 : Le réseau routier français ^[51]	55
Figure 13 : Le réseau ferroviaire de la Haute-Vienne ^[55]	56
Figure 14 : Le réseau ferroviaire de la Corrèze ^[55]	57
Figure 15 : Le réseau ferroviaire de la Creuse ^[55]	57
Figure 16 : Le réseau ferroviaire français ^[56]	58
Figure 17 : Les codes extraits du verbatim, le nombre de sources dans lesquelles ils sont retrouvés et le nombre de références.....	74
Figure 18 : Analyse matricielle des nœuds.....	105
Figure 19 : Analyse matricielle des ensembles.....	106
Figure 20 : Prix moyen au mètre carré en octobre 2017 ^[68]	120
Figure 21 : Attractivité des départements (variation de la population en 5 ans) ^[72]	123
Figure 22 : Localisation des sièges des directions régionales et de le leurs unités et délégations départementales ^[73]	126

Table des tableaux

Tableau 1 : Nombre d'habitants par tranche d'âge par département, dans la région Limousin et en France	49
Tableau 2 : Données socio-démographiques des participants aux focus groups	69

Liste des abréviations

ECN : Epreuves Classantes Nationales
PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé
DFGSM : Diplômes de Formation Générale en Sciences Médicales
DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
SASPAS : Soins Primaires en Autonomie Supervisée
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
GEP : Groupe d'Echange de Pratique
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DU : Diplôme Universitaire
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
CNG : Centre National de Gestion
Loi HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire
ARS : Agence Régionale de Santé
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale
PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale
CFE : Cotisation Foncière des Entreprises
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
APC : Agence Postale Communale
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
MSAP : Maisons de Service Au Public
PIMMS : Points Informations Médiation Multi-Services
MSA : Mutualité Sociale Agricole
RSI : Régime Social des Indépendants
TER : Transport Express Régional
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins Longue Durée

HAD : Hospitalisation A Domicile

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocation Familiale

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

Introduction

L'une des premières préoccupations actuelles dans le domaine de santé est la désertification médicale. Elle s'est aggravée ces 10 dernières années, augmentant les inégalités entre les territoires. Ce phénomène a pris de l'ampleur ces dernières années du fait du départ en retraite de la génération des « baby-boomer ». Si on peut évoquer un défaut d'évaluation du numéris clausus au concours d'entrée à la faculté de médecine ainsi qu'un nombre insuffisant d'internes formés dans cette spécialité, on peut aussi constater que la répartition de la population médicale est inégale en fonction des différentes régions en France. Le Limousin n'est pas épargné par cela. Même si, pour l'instant, la région n'est pas dans une situation critique, le problème du renouvellement des médecins généralistes se pose.

Au niveau national, le Limousin est une région peu connue, ayant une image peu attractive. Elle souffre d'une image péjorative de milieu rural enclavé. Les régions présentant une forte densité médicale sont souvent des régions réputées comme attractives, par exemple la région Provence Alpes Côte d'Azur.

Depuis 2004, la médecine générale est une spécialité à part entière. Cette même année les Epreuves Classantes Nationales (ECN) ont été créées. A l'issue de la 6^e année de médecine tous les étudiants en médecine passent cette épreuve qui déterminera, selon leur classement, leur spécialité ainsi que leur université d'internat. Chaque année, environ 3700 internes sont formés à la médecine générale. Avec l'instauration de ce concours, il existe un grand « brassage » des étudiants, qui sont amenés à changer de ville afin de faire leur internat.

La faculté de médecine de Limoges forme un nombre défini chaque année de médecins généralistes. Or il a été constaté que de nombreux internes formés à la faculté de médecine de Limoges quittent le Limousin à l'issue de leur internat. Cela ne favorise pas le renouvellement de la population médicale de la région.

Des travaux ont déjà exploré les souhaits d'avenir des médecins généralistes formés dans diverses universités. Ces thèses qualitatives ou quantitatives interrogeaient les internes sur leur choix de carrière, soit en milieu hospitalier soit en libéral.

L'objectif principal de cette thèse est d'identifier les raisons qui poussent les internes de médecine générale à quitter la région Limousin ou au contraire à s'y installer afin de déterminer comment les retenir. L'objectif secondaire est d'explorer comment ils envisagent leur carrière professionnelle en libéral. Depuis 2015 et la réforme des régions, le Limousin a fusionné avec les régions Poitou-Charentes et Aquitaine pour former la région Nouvelle Aquitaine. Néanmoins, nous avons décidé de nous intéresser uniquement aux trois départements de l'ancienne région Limousin (Haute-Vienne, Corrèze, Creuse) puisqu'ils sont en lien avec la faculté de médecine de Limoges. Ainsi par souci de commodité, nous regrouperons ceux-ci sous l'appellation de leur ancienne région.

Pour ce faire, dans un premier temps nous allons étudier le parcours universitaire d'un futur médecin généraliste, faire un état des lieux de la population médicale en France et en Limousin, explorer les différentes aides à l'installation existantes, faire un point sur les maisons de santé pluridisciplinaires et faire un état des lieux de la région Limousin. Dans un second temps, nous analyserons le ressenti exprimé par des internes de médecine générale de la faculté de Limoges afin de tenter de répondre aux questions suivantes : Pourquoi les internes formés à la faculté de Limoges quittent-ils le Limousin ? Comment les retenir ? Quels sont leurs projets professionnels ?



I. Devenir médecin généraliste et s'installer en Limousin

Afin de devenir docteur en médecine générale, l'étudiant devra suivre un cursus de 9 années (voire bientôt 10), braver 2 concours tant redoutés (un donnant le précieux sésame pour poursuivre ses études médicales, l'autre déterminant sa spécialité et son lieu d'internat) en alternant une formation théorique et une formation pratique.

I.1. Devenir médecin généraliste (exemple de la faculté de médecine de Limoges)^[1]

I.1.1. La Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) et le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM)

I.1.1.1 La PACES

Elle a été mise en place en 2009 : il s'agit d'une première année commune à plusieurs professions de santé (ex : à Limoges : médecine, pharmacie, maïeutique, odontologie, kinésithérapie). Chaque étudiant choisit à quel concours il souhaite se présenter lors du 2^e semestre. Chaque année un numérus clausus est déterminé au niveau national. Chaque faculté de médecine admet un nombre d'étudiants en médecine à l'issue d'un concours.

En 2016, le numérus clausus national pour les études médicales est de 7 633. A la faculté de Limoges il est de 141.

Entre le PACES et le DFGSM2, l'étudiant admis au concours réalise un stage infirmier en milieu hospitalier universitaire (premier stage d'immersion hospitalière et apprentissage des gestes infirmiers)

I.1.1.2 DFGSM première et deuxième années

Il a été mis en place en 2010 : les sciences fondamentales sont enseignées aux étudiants puis des enseignements plus spécifiques (sémiologie). De plus les étudiants réalisent un stage en milieu hospitalier universitaire : le stage de sémiologie, où il va se former à la réalisation d'un examen clinique complet, à un raisonnement clinique et à la démarche diagnostique.

I.1.2. Le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) ou externat

I.1.2.1 DFASM première, deuxième et troisième année

Il a été mis en place en 2011.

Durant « l'externat », les étudiants passent la moitié de leur temps en cours et l'autre moitié en stage. A Limoges, ceci se fait par période de 6 semaines : 6 semaines de cours-6 semaines de stage. Durant l'externat, ils doivent effectuer 25 gardes aux urgences. C'est lors de cette période que l'étudiant va devoir réaliser son premier stage en médecine générale. Il recevra aussi un enseignement sur la médecine générale.

Durant le DFASM 3, l'étudiant doit valider son Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) qui est une des conditions pour pouvoir se présenter à l'Examen Classant National (en plus d'avoir validé complètement son 2e cycle des études médicales).

I.1.2.2 Les Epreuves Classantes Nationales

Elles ont été instaurées en 2004.

Elles remplacent le concours de l'internat. Tous les étudiants en médecine de France doivent passer ces épreuves. Depuis 2004, la médecine générale est reconnue comme une spécialité à part entière. A l'issue de ces épreuves, un classement national est établi et chaque étudiant choisit sa spécialité et sa ville d'internat en fonction de son rang. Jusqu'en 2015 inclus, les ECN étaient des épreuves rédactionnelles. Ces épreuves se déroulaient sur 4 demi-journées, les étudiants devaient travailler sur 9 cas cliniques et une épreuve de lecture critique d'article. Les épreuves étaient ensuite corrigées de façon manuelle, selon une grille de mots-clés par des professeurs issus de toutes les facultés de France tirés au sort.

A partir de 2016 les ECN sont informatisées : ce sont les ECNi. Il s'agit soit de questions à choix multiples soit de questions à réponses ouvertes et courtes. Les étudiants vont composer sur des tablettes numériques.

En 2015, 8626 postes étaient proposés aux futurs internes toutes spécialités confondues. Il y avait 3894 places en médecine générale. Le rang limite pour avoir la spécialité médecine générale était de 8810. En 2014, 3645 postes sur 3752 ont été pourvus. En 2015, il y a eu 3876 affectations pour 3894 postes ouverts. Entre 2014 et 2015, il y a donc eu une hausse de 6.5% d'affectations mais aussi 3.8% de postes ouverts supplémentaires.

En 2016, 8783 postes toutes spécialités confondues sont proposés dont 4012 dédiés à la médecine générale [2].

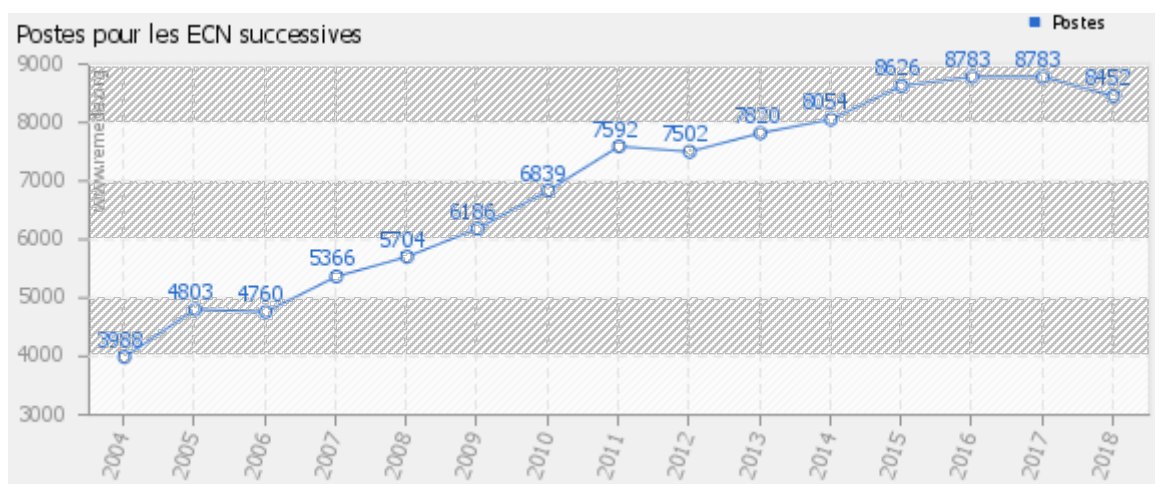


Figure 1 : Nombre de postes, en France, depuis 2004 toutes spécialités confondues [2]

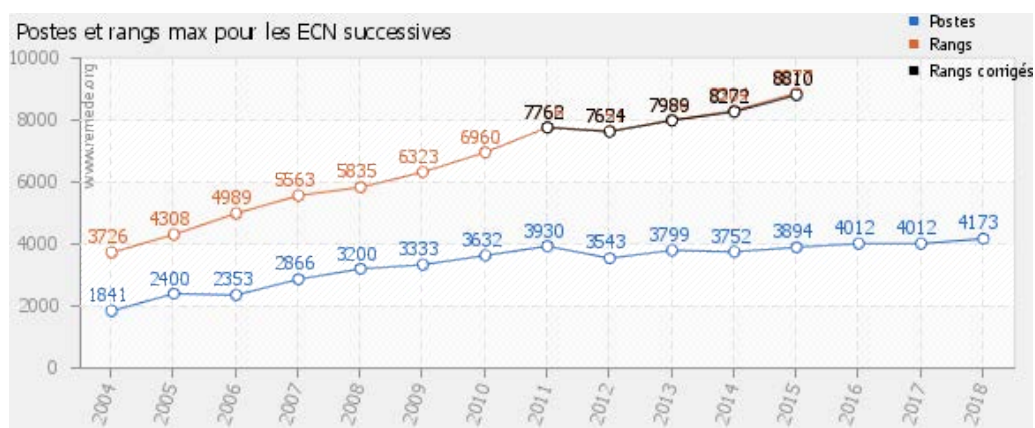


Figure 2 : Nombre de postes de médecine générale, en France, depuis 2004 + rang limite [2]

A la faculté de médecine de Limoges, en 2015, il y avait 58 postes + 2 réservés aux Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) dans la spécialité de médecine générale. Tous les postes ont été pourvus.

En 2016, 60 postes sont ouverts en médecine générale à la faculté de Limoges.

I.1.3. L'internat

L'internat de médecine générale comprend 6 semestres. Sur ces 6 semestres, 4 sont obligatoires :

- Médecine adulte
- Pédiatrie/Gynécologie
- Urgences adultes
- Stage chez le praticien.
- Les 2 autres semestres sont libres.

L'interne, en fin de cursus (5^e ou 6^e semestre) a la possibilité de réaliser un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). L'interne a un coordonnateur de SASPAS et deux maîtres de stage universitaires ayant suivi une formation particulière pour l'organisation d'un SASPAS. L'interne exerce seul dans le cabinet de son maître de stage. Le maître de stage doit être joignable à tout moment si l'interne a besoin et une supervision indirecte est effectuée tous les soirs ou au moins une fois dans la semaine.

Durant tout son internat, l'étudiant va bénéficier d'enseignements à la faculté, dispensés par des enseignants du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG), à raison de deux après-midi par mois pendant les deux premières années et cinq séances de deux heures de Groupes d'Echange de Pratique (GEP) en 3^e année.

L'interne va choisir un tuteur qui va le guider dans la réalisation de son portfolio et l'encadrera pour son mémoire. L'interne doit rencontrer son tuteur au moins 2 fois par an.

L'interne peut choisir de s'inscrire dans un DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (ex : DESC de gériatrie, DESC de médecine d'urgences), ce diplôme s'effectue en 2 ans avec une année durant l'internat et une en post internat.

Il peut aussi choisir de s'inscrire à un DU (Diplôme Universitaire) ou un DIU (Diplôme Inter-Universitaire) tel que le DU d'hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionnistes.

Pour valider son internat, l'interne doit :

- Valider les enseignements de la faculté (être présent à tous les enseignements)
- Rendre son portfolio comprenant 6 récits de situations complexes authentiques, 3 récits d'incident clinique, les comptes-rendus des groupes d'échange de pratique, les comptes-rendus des rencontres tuteur-tutoré, les comptes-rendus des formations médicales continues auxquelles il a participé, le compte rendu de son stage praticien, ses recherches personnelles etc...

- Soutenir et valider un mémoire en rapport avec la médecine générale

Enfin pour devenir Docteur en médecine, l'interne devra soutenir sa thèse et prêter serment (le serment d'Hippocrate).

I.1.4. L'inscription au conseil de l'ordre des médecins

Enfin le jeune Docteur en médecine générale, fraîchement diplômé devra s'inscrire au Conseil de l'Ordre des Médecins.

En France, en 2015, l'âge moyen de la première inscription au Conseil de l'Ordre des médecins des docteurs en médecine générale est de 32.6 ans : 34 ans pour les hommes, 32 ans pour les femmes. Les femmes représentent 58% des nouveaux médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre et pour les moins de 30 ans elles représentent même 66% [3] !

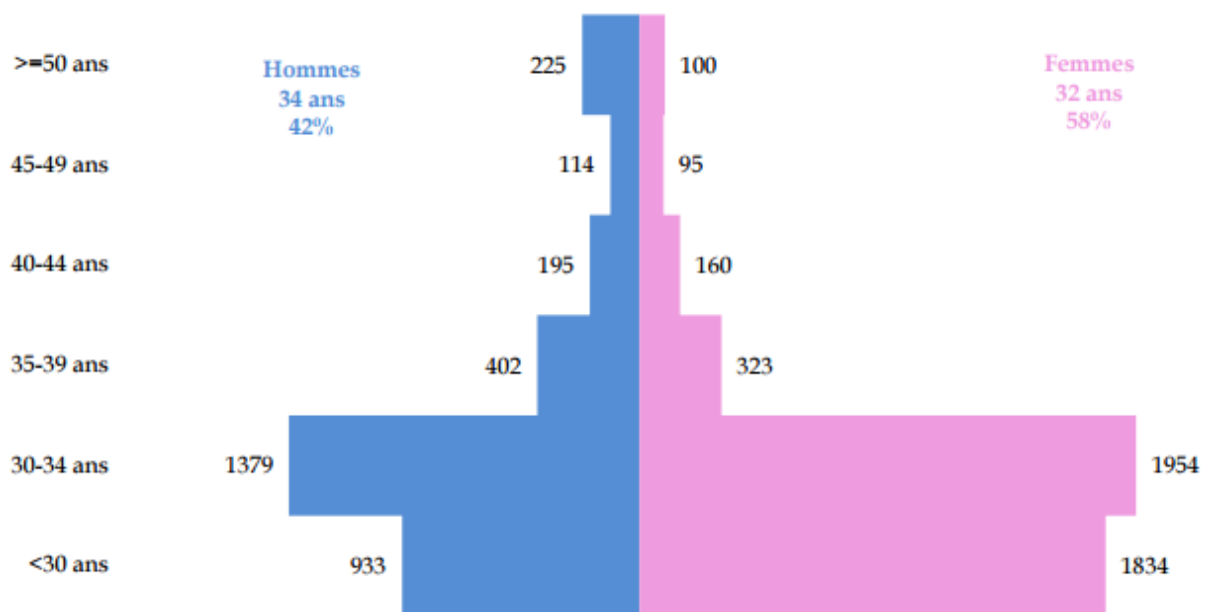


Figure 3 : Pyramide des âges des nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre en médecine générale en France [3]

En 2015, parmi ces médecins généralistes nouvellement inscrits :

- 40% décideront de faire des remplacements
- 35% deviendront salariés
- 23% s'installeront directement en médecine libérale
- 2% auront une activité mixte : libérale et salariée

I.2. La démographie des médecins généralistes en 2016

Très régulièrement, dans les médias, nous pouvons lire ou entendre parler de déserts médicaux qui affolent les élus locaux et la population. Dans cette partie nous allons pouvoir constater qu'il existe une répartition hétérogène des médecins généralistes libéraux. Par ailleurs, le nombre de médecins salariés n'a cessé de croître ces 10 dernières années.

En Limousin, le taux de médecins généralistes, toute activité confondue, a diminué et comme nous allons le voir, il risque de continuer de s'abaisser au vu du nombre de médecins généralistes âgés de plus de 60 ans si aucune solution n'est trouvée pour encourager les jeunes médecins généralistes à rester en Limousin.

I.2.1. En France ^[4]

La France compte 88 886 médecins généralistes tous types d'activités confondus. Entre 2007 et 2016 on note une baisse de 8,4% des médecins généralistes en activité.

D'après les calculs du Conseil National de l'Ordre des Médecins et le calcul du Taux de Croissance Annuel Moyen, la baisse de ce nombre risque de se poursuivre jusqu'en 2025 pour possiblement atteindre 81 455 médecins généralistes en activité régulière tous modes d'exercice confondus. On dénombre 48 099 hommes (54,1%) et 40 787 femmes (45,9%). Le pourcentage de femme a augmenté de 20.1% entre 2007 et 2016.

Parmi ces médecins généralistes,

- 56.9% exercent en libéral
- 6.5% ont une activité mixte
- 36,5% sont salariés
- 6,5% sont remplaçants non retraités

Le taux de médecins généralistes salariés a augmenté de 14,9% entre 2007 et 2016.

La densité est de 132.1 pour 100 000 habitants tous modes d'exercices confondus. Pour ce qui est de la médecine libérale ou mixte on l'estime à 88,7 pour 100 000 habitants.

La région Ile-de-France est celle qui a enregistré la plus forte baisse de médecins généralistes entre 2007 et 2016 : - 18.7%. La région Pays de Loire a quant à elle connu une hausse de ses effectifs de 1.4%.

L'âge moyen des généralistes tous modes d'exercices confondus est de 52 ans. Il y a 27.3% de médecins âgés de plus de 60 ans et 16% âgés de moins de 40 ans et 7.4% de retraités actifs.

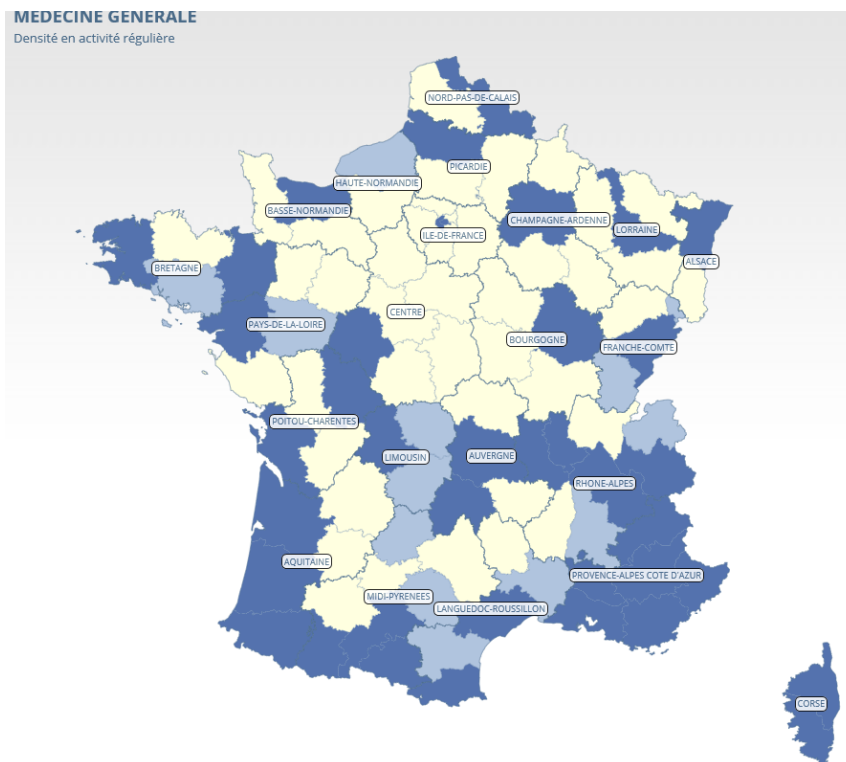


Figure 4 : Démographie médecin généraliste en France en 2016 [4]

(bleu foncé : densité pour 100 000 hab. : > 133, bleu clair : densité pour 100 000 hab. entre 124 et 132, beige : densité pour 100 000 habitants < 124)

Les variations des effectifs
des spécialistes en médecine générale
en activité régulière à l'échelle départementale

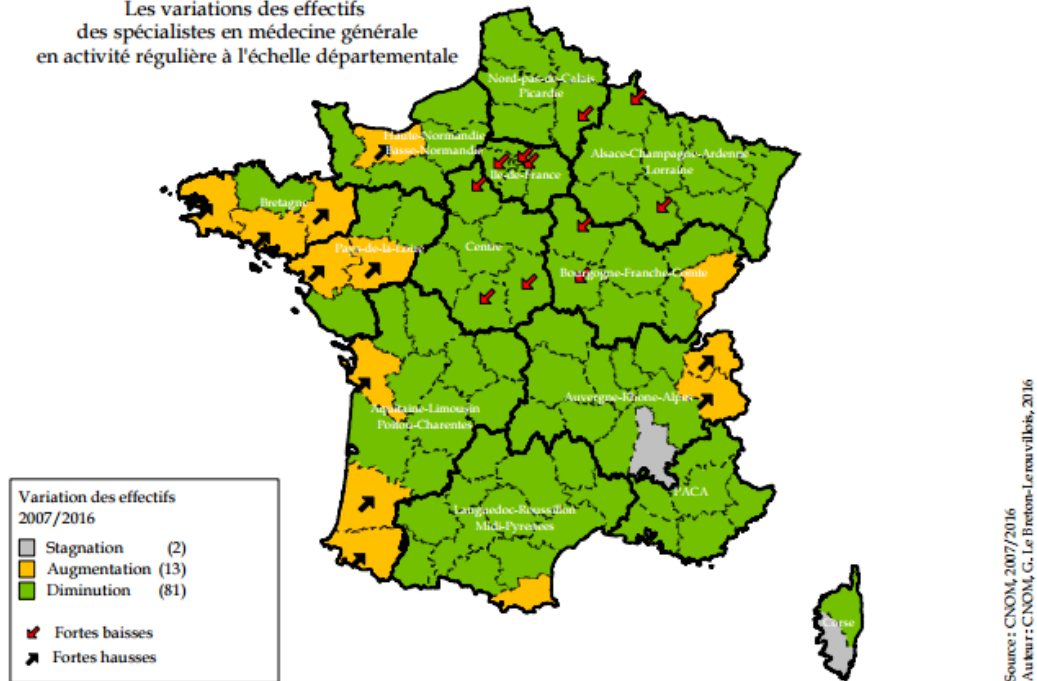


Figure 5 : Les variations des effectifs des spécialistes en médecine générale en activité régulière (tous types d'activités confondus) entre 2007 et 2016 [5]

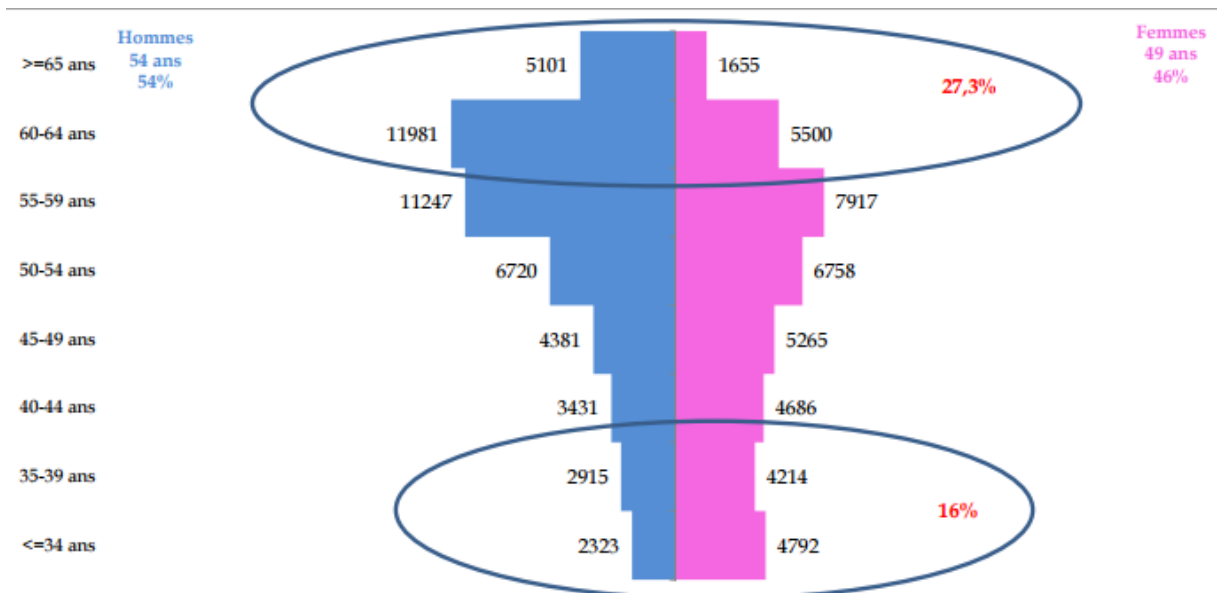


Figure 6 : Pyramide des âges des médecins généralistes tous types d'exercices confondus, en France en 2016 [5]

Les médecins spécialistes en
médecine générale
Répartition des plus de 60 ans

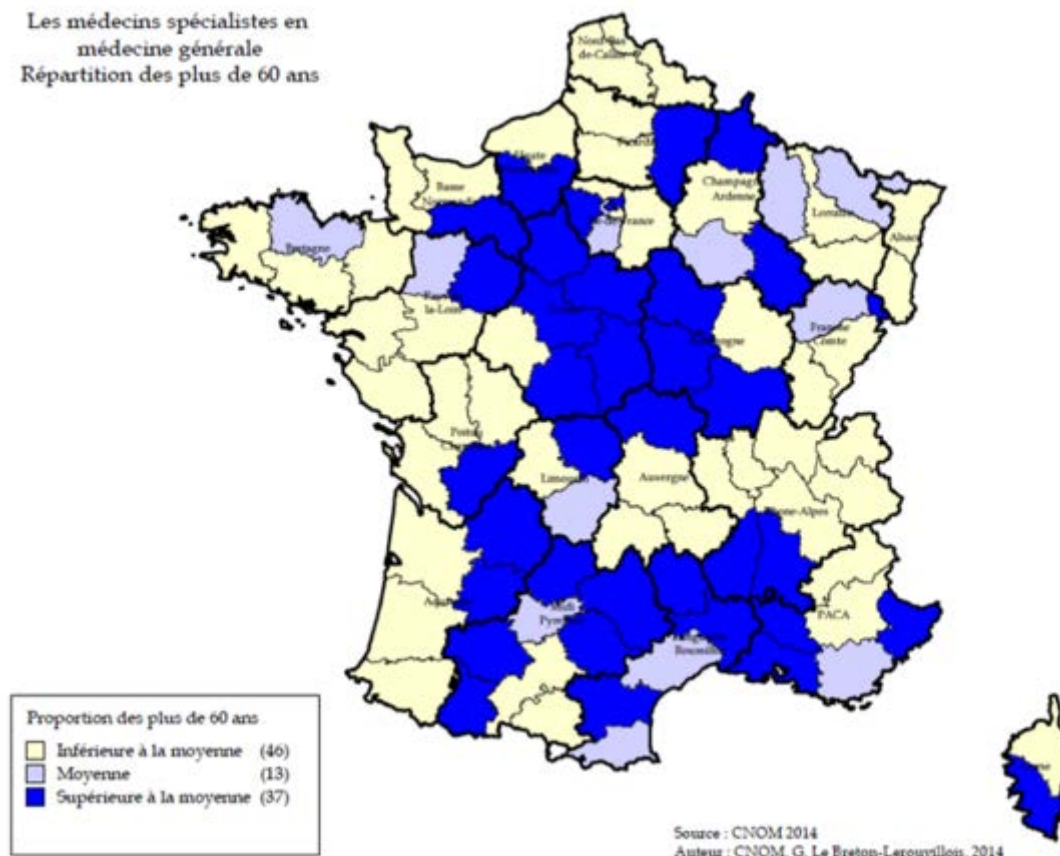


Figure 7 : Répartition des médecins généralistes de plus de 60 ans en 2014 [6]

I.2.2. En Limousin [4]

Le Limousin dénombre 1139 médecins généralistes tous types d'exercices confondus, en 2016 :

- 33.3% sont salariés
- 54.5% sont libéraux
- 12.1% ont une activité mixte
- Le taux de remplaçants non retraités est de 4.4%

On en compte 330 en Corrèze, 156 en Creuse et 653 en Haute-Vienne.

Le nombre de médecins généralistes a diminué de 7.3% entre 2007 et 2009 : - 7.8% en Corrèze, - 18.3% en Creuse, -4% en Haute-Vienne.

La densité est de 150 médecins généralistes toute activité confondue pour 100 000 habitants. En Corrèze elle est de 132.3, en Creuse de 124.1 et en Haute-Vienne de 169.9 pour 100 000 habitants.

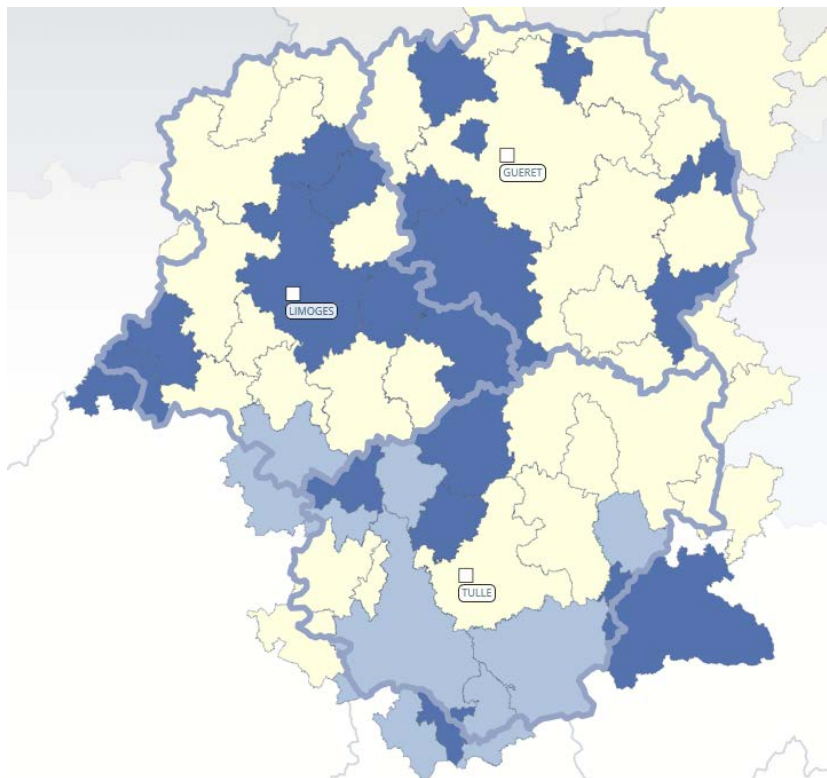


Figure 8 : Démographie médecin généraliste en Limousin en 2016 ^[4]

(bleu foncé : densité supérieure à la moyenne départementale, bleu clair : densité dans la moyenne départementale, beige : densité inférieure à la moyenne départementale)

En Limousin, on dénombre 599 hommes (52.6%) et 540 femmes (47,4%). Le taux de féminisation entre 2007 et 2016 a augmenté de 19.4%.

La moyenne d'âge des médecins généralistes en Limousin est de 52 ans. Elle est de 52 ans en Corrèze, 54 ans en Creuse et 51 ans en Haute-Vienne.

Le taux de médecins généralistes âgés de plus de 60 ans est de 27.1% : 27.9% en Corrèze, 34.6% en Creuse, 25% en Haute-Vienne. Le taux de médecin âgés de moins de 40 ans est de 16.9% : 13.3% en Corrèze, 12.2% en Creuse, 19.8% en Haute-Vienne. Enfin, la part de retraités actifs est de 6.6% : 6% en Corrèze, 9.8% en Creuse, 6% en Haute-Vienne.

I.3. Les aides à l'installation ^{[7], [8], [9]}

Afin de favoriser l'installation des jeunes médecins généralistes (et des autres spécialistes), des aides financières et non financières ont été mises en place par l'état, les collectivités locales et l'assurance maladie.

Nous allons explorer ces différentes aides, déjà nombreuses...

I.3.1. Les aides de l'état

I.3.1.1 Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) ^{[10], [11]}

Cette aide est mise en place pour tous les étudiants en médecine, admis en médecine, dès la 2^e année des études médicales. Il s'agit d'une allocation mensuelle de 1200 euros brut (versée par le Centre National de Gestion, CNG). Ceci a été créé par la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 et mis en place en 2011. En contrepartie, l'étudiant s'engage à s'installer dans des zones où le service médical est insuffisant, à compter de la fin de leurs études. La durée de l'engagement est égale à celle pendant laquelle ils ont reçu l'aide financière et cette durée ne peut être inférieure à 2 ans. Si le contrat est rompu, le médecin devra rembourser la somme globale qu'il a perçue ainsi qu'une pénalité de 20 000 euros.

Les zones sont proposées par les différentes Agences Régionales de Santé au CNG.

Chaque année le nombre de CESP est déterminé par arrêté ministériel. L'étudiant souhaitant souscrire au CESP doit constituer un dossier comprenant : une copie de sa pièce d'identité, une lettre de motivation décrivant son projet professionnel, une déclaration donnant son rang lors du concours d'accession aux études médicales lorsque l'étudiant est en 2^e cycle ou une déclaration donnant son rang aux épreuves nationales classantes si l'étudiant est en 3^e cycle, un formulaire type pour les dépôts de candidature qu'on trouve sur le site www.sante.gouv.fr rubrique CESP. Ce dossier doit être transmis à la faculté d'affiliation. Une commission de sélection au sein de chaque faculté va sélectionner les dossiers selon la lettre de motivation et les résultats universitaires. Cette commission est composée du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), du président du Conseil Régional de l'Ordre des médecins, d'un interne, d'un étudiant en médecine. Après la sélection de son dossier l'étudiant est reçu pour un entretien individuel. Puis si le dossier est accepté, l'étudiant doit adresser un contrat signé au directeur du CNG dans les 30 jours.

Les étudiants souscrivant au CESP bénéficient, en plus d'un accompagnement individualisé par l'ARS de leur région, de formations pour construire leur projet.

Le médecin peut à tout moment changer de lieu d'exercice durant sa période d'engagement, il doit en avertir le directeur de l'ARS dont il dépend. Le médecin n'est pas obligé de s'installer dans sa région de formation mais il doit respecter les zones recensées sur le site du CNG.

I.3.1.2 Le Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) ^{[12], [13]}

Le PTMG est un dispositif mis en place par le Pacte Territoire Santé de 2012. Il a pour but de favoriser l'installation des jeunes médecins diplômés dans des zones fragiles déterminées par l'ARS (annexe 4).

Le jeune médecin signe un contrat avec l'ARS de la zone où il souhaite s'installer. Ce contrat est établi pour un an renouvelable 1 fois. Le médecin s'engage à exercer en secteur I. Le médecin adresse chaque mois, à l'ARS, une déclaration avec le nombre de consultations réalisées ainsi que les honoraires perçus sur la même période (puis tous les 3 mois après 6 mois de contrat). Enfin le contrat peut être rompu à tout moment mais avec un préavis de 2 mois.

Le jeune médecin bénéficie d'une rémunération et d'une couverture sociale améliorée :

- Un complément de rémunération est assuré si le praticien ne gagne pas 6 900 euros bruts par mois. Néanmoins, le médecin doit avoir assuré au moins 165 consultations par mois (ce qui représente une somme de 3 795 euros brut mensuelle)
- Le dispositif de protection sociale est mis en place après 3 mois d'installation et à condition que le médecin ait réalisé ses 165 actes : pour tout arrêt de travail supérieur à 7 jours, un complément de rémunération de 1552,50 euros bruts par mois, pendant 3 mois. En cas de congé de maternité : un complément de revenu de 3105 euros bruts est versé pendant toute la durée de celui-ci.

I.3.1.3 Le Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA) ^[14]

Cette mesure s'inscrit dans la continuité du PTMG. Elle a été mise en place par le Pacte Territoire Santé 2 de 2015. Elle cherche à favoriser et maintenir l'installation des médecins généralistes et spécialistes libéraux dans les zones fragiles.

Pour en bénéficier, il faut pratiquer des tarifs opposables (secteur I) puis adhérer au contrat d'accès aux soins, s'engager à exercer pendant une durée définie par le contrat dans une zone fragile définie par l'ARS, se faire remplacer durant toute l'interruption d'activité et ne pas être lié par le contrat PTMG. Par ailleurs le médecin doit avoir exercé pendant 3 mois avant l'interruption d'activité et avoir réalisé durant l'un de ces 3 derniers mois au moins 165 actes.

Le médecin signe un contrat avec le référent installation de l'ARS de son lieu d'exercice. Ce contrat est de 3 ans renouvelable une fois. Le médecin adresse chaque mois le nombre de consultations réalisées et les honoraires perçus (puis tous les 3 mois à partir de 6 mois d'installation). Le contrat peut être rompu à tout moment mais en respectant un préavis de 2 mois.

Les avantages sont :

- En cas de congés de maternité : dans la limite de 3 mois, un complément de revenu de 3105 euros brut par mois est versé
- En cas de congés paternité : le complément est de 1138 euros brut.

I.3.1.4 Le praticien isolé à activité saisonnière ^[15]

Cette aide a, elle aussi, été mise en place par le Pacte Territoire Santé II. Elle cherche à améliorer les conditions d'exercice de certains praticiens dans des territoires donnés tels que les zones touristiques (activité fluctuante en fonction du flux touristique) ou les zones isolées (où le praticien doit acquérir un plateau technique spécifique du fait de la distance importante avec l'hôpital).

Ces médecins ont une activité qui varie dans l'année avec souvent des patients qui ne les déclarent pas comme étant leur médecin traitant.

Les objectifs sont :

- De soutenir l'activité ambulatoire dans des zones isolées.
- D'améliorer les soins de premiers recours en territoires isolés, non programmés.

Pour bénéficier de cette aide il faut :

- Pratiquer des tarifs opposables (secteur I)
- Avoir pendant 6 mois de l'année une rémunération supérieure de 25% aux 6 mois restants de la même année (soit : honoraires max sur 6 mois / honoraires min sur 6 mois > 1.25)
- Etre installé dans une zone fragile
- Le montant d'honoraires annuel doit être inférieur au montant régional moyen d'honoraires annuel sans dépassement.

Cette aide peut être cumulée avec les autres aides proposées par l'Etat tout en respectant un plafond de 23 000 euros par an.

La durée de ce contrat passé entre l'ARS et le médecin est de 3 ans renouvelable une fois. L'aide est versée par l'ARS.

I.3.1.5 Exonération sur le revenu et permanence des soins en ambulatoire (PDSA) ^[16]

Le médecin ou son remplaçant participant à la PDSA doit exercer dans une zone fragile. Il s'agit d'une exonération d'impôt sur le revenu à hauteur d'un maximum de 60 jours de PDSA.

I.3.1.6 Exonération d'impôt en zone de revitalisation rurale (ZRR) ^[17]

Cette exonération intéresse entre autre les médecins à activité libérale qui exercent dans des zones de revitalisation rurale à condition que l'installation se fasse avant le 31/12/2020 et être soumis au régime réel d'imposition. Le médecin bénéficie d'une exonération dégressive et partielle pendant 3 ans : 75% qui suit l'année d'exonération totale, 50% d'exonération la 2e année qui suit l'année d'exonération totale, 25% la 3e année qui suit l'année d'exonération totale. (Annexes 1, 2 et 3)

I.3.1.7 Exonération des cotisations patronales et de la taxe professionnelle

La première intéresse les zones de redynamisation urbaine et les ZRR lors de l'embauche d'un salarié par un cabinet médical. Il s'agit d'une exonération d'une partie des cotisations patronales Sécurité Sociale pendant 12 mois pour l'embauche d'un salarié.

La deuxième intéresse les ZRR ou la reprise d'activité dans une commune de moins de 2000 habitants. Il s'agit d'une exonération de la cotisation financière des entreprises (CFE). Elle porte sur la part revenant à chaque commune ou établissement public de coopération intercommunale concerné. La durée de l'exonération est entre 2 et 5 ans.

Pour ces deux dispositifs, seuls les services fiscaux sont compétents pour l'éligibilité du demandeur.

I.3.2. Les aides des collectivités territoriales

I.3.2.1 Aide à l'installation ou au maintien des professionnels ou centres de santé

Cette mesure vise à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé ou des maisons de santé pluridisciplinaires et de favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones fragiles du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) (Annexe 4) ou les zones déficitaires (Annexe 5) définies par l'ARS.

En contrepartie de cette aide financière, le professionnel s'engage à exercer dans une zone déficitaire pendant au moins 3 ans. Les conditions dans lesquelles l'aide prend fin sont prévues dans une convention.

Exemple : Aide du Conseil général de la Corrèze : Le Conseil général de la Corrèze souhaitait favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires. Pour cela, il versait une aide de 10 000 euros à l'installation. En contrepartie, le médecin s'engageait à exercer pendant au moins 5 ans dans une zone déficitaire du département de la Corrèze. Cette aide n'existe plus.

I.3.2.2 Aides aux étudiants en médecine : indemnités d'études et de projet professionnel

Cette mesure vise à favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones fragiles du SROS.

Il s'agit d'une bourse d'étude attribuée par certaines collectivités territoriales. Tous les internes en médecine peuvent en bénéficier à partir de la 1^{ère} année d'internat s'ils s'engagent à exercer pendant au moins 5 ans dans l'une de ces zones.

Pour bénéficier de cette aide, l'étudiant signe un contrat avec la collectivité locale qui l'attribue. Les conditions générales d'attribution de l'indemnité, son montant maximal, la réévaluation et le cas échéant le remboursement (en cas de non-respect du contrat) de celle-ci sont déterminés par décret. Le montant annuel de cette bourse ne peut excéder le revenu annuel en 3^e année d'internat. Le montant total de celle-ci ne peut dépasser la somme des revenus annuels (revenus sur 3 années d'internat).

I.3.2.3 Aides aux étudiants en médecine : aide au logement et indemnités de déplacement

Ces aides s'ancrent dans les aides visant à favoriser l'installation dans les zones fragiles du SROS. Elles s'adressent aux internes de médecine générale.

L'aide au logement n'est pas cumulable avec la mise à disposition d'un logement.

Les indemnités de déplacement sont versées pour indemniser la distance réalisée par l'interne entre son domicile et son lieu de stage.

I.3.3. Les aides de l'assurance maladie ^[20]

I.3.3.1 Convention médicale : option démographie

Ceci vise à favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones fragiles du SROS. Tous les médecins libéraux exerçant en groupe ou dans le cadre d'un pôle de santé et pratiquant les tarifs du secteur I peuvent y souscrire. Mais les médecins du secteur II peuvent y souscrire, eux aussi, s'ils s'engagent à pratiquer des tarifs opposables.

Les médecins doivent s'engager à assurer les 2/3 de leur temps d'activité auprès des patients dans une zone sous dotée, installer leur cabinet dans une zone sous dotée ou dans un périmètre à proximité de cette zone (5 km en rural, 2 km en urbain), s'engager à assurer la permanence des soins. Ces engagements doivent être tenus pour une durée de 3 ans.

2 types d'aides sont perçus :

- Aide à l'investissement : elle est de 5000 euros par an pour un médecin exerçant en groupe et de 2500 euros pour un médecin exerçant dans un pôle de santé.
- Aide à l'activité : le médecin touche 10% de son activité globale (C+V) avec un plafond de 20 000 euros par an s'il exerce en groupe ou 5% de son activité globale (C+V) avec un plafond de 10 000 euros s'il exerce dans un pôle de santé.

Ces aides sont perçues sur 3 ans.

I.3.3.2 Convention médicale : option santé solidarité territoriale

Cette convention médicale de 2011 s'adresse aux médecins libéraux exerçant à proximité d'une zone sous dotée afin qu'ils aident leurs confrères exerçant dans cette zone en y pratiquant une partie de leur activité professionnelle.

Les médecins doivent s'engager pour une durée de 3 ans et exercer au moins 28 jours par an dans une zone sous dotée.

Le médecin bénéficie d'une rémunération annuelle supplémentaire égale à 10% de son activité totale par an dans cette zone déficitaire (plafond : 20 000 euros) ainsi que d'une prise en charge de ses frais de déplacement.

I.3.4. Les aides non financières ^[21]

I.3.4.1 Référent installation unique pour chaque région

Dans de nombreuses enquêtes, il a été montré que les internes méconnaissent les mesures d'aides à l'installation. Par ailleurs, ils rencontrent des difficultés dans les démarches à accomplir lors de leur installation et à identifier le bon interlocuteur.

Ainsi, depuis 2013 et le Pacte Territoire Santé, chaque ARS a dû désigner un interlocuteur bien identifié qui doit aider dans les démarches à l'installation, aider au choix du lieu d'installation, et aller à la rencontre des étudiants en médecine pour les informer des aides à l'installation, des démarches à accomplir...

I.3.4.2 Site web unique : la Plate-forme d'Appui aux professionnels de Santé (PAPS)

Chaque région a sa PAPS.

Elle a pour objectif de proposer des informations et des services à tous les professionnels de santé souhaitant s'installer ou déjà installés dans la région.

Elle s'adresse à tous les statuts, de l'étudiant au professionnel diplômé, et les accompagne tout au long de leur parcours :

- Présentations des formations initiales.
- Guide dans le choix de son mode d'exercice.
- Accompagnement dans les projets d'exercice, accompagnement dans les démarches pour s'installer et recensement des aides à l'installation.
- Suivi dans le développement des projets professionnels.

I.3.4.3 Le moratoire à l'installation ^[22]

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, une majoration médecin traitant est appliquée à tous les patients de plus de 16 ans consultant un médecin généraliste autre que leur médecin traitant ou n'ayant pas déclaré de médecin traitant.

Cette majoration médecin traitant n'est pas applicable aux médecins généralistes qui s'installent pour la première fois en libéral ou installés dans des zones déficitaires.

Ainsi ce moratoire médecin traitant permet de consulter un médecin généraliste autre que son médecin traitant si celui-ci est installé depuis moins de 5 ans sans payer la majoration médecin traitant. Il permet aussi de consulter un médecin spécialiste sur prescription d'un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans sans être pénalisé à condition que le patient ait déclaré un médecin traitant auparavant.

I.3.4.4 Le cabinet secondaire

Selon l'article R4127-85 du Code de Santé Publique : « Le lieu habituel d'exercice d'un médecin est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du Conseil Départemental »

Mais le médecin peut exercer dans un ou plusieurs sites autres que sa résidence professionnelle s'il existe dans le secteur géographique une offre de soins insuffisante pouvant porter préjudice à la population et à la permanence des soins ou si les soins nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'un équipement particulier, la mise en œuvre de technique spécifique, la coordination entre plusieurs professionnels.

La création d'un cabinet secondaire requiert l'accord du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins. Le critère principal est le besoin de la population :

- Eloignement d'un cabinet médical de la même spécialité.
- La densité de la population (éventuellement saisonnière dans les zones touristiques).
- Les transports, la facilité d'accès aux soins.
- La distance séparant le cabinet principal et le cabinet secondaire.

L'autorisation est valable 3 ans, renouvelable uniquement sur demande. Celle-ci est révoquée notamment si un professionnel de la même spécialité, capable de répondre aux besoins de la population, vient à s'installer dans la zone du cabinet secondaire.

I.3.4.5 Le statut de collaborateur libéral ^[23]

Ce statut est un compromis entre l'installation et le remplacement.

Le collaborateur libéral est un médecin thésé inscrit au Conseil de l'Ordre et qui signe un contrat de collaboration avec le médecin titulaire, propriétaire du cabinet. Il exerce son activité en toute indépendance. Il utilise ses feuilles de soin et ses ordonnances à son nom. Il peut se constituer une patientèle personnelle. Il perçoit ses honoraires et verse une redevance au titulaire du cabinet (fixée dans le contrat). Ceci permet donc au médecin titulaire de ne pas être seul à gérer sa patientèle et de partager les frais de gestion du cabinet.

Le contrat de collaborateur libéral doit contenir : la durée de la collaboration (indéterminée ou déterminée auquel cas les conditions de renouvellement devront être précisées), les modalités de ruptures éventuelles avec indication d'un délai de préavis, les conditions de rémunérations du médecin titulaire.

I.4. Les maisons de santé pluridisciplinaires et les pôles de santé

L'exercice dans des maisons de santé pluridisciplinaires est un exercice en plein essor.

Au 07/03/2016, la France compte 778 maisons de santé selon la direction générale de l'offre des soins. A cette même date, il existe 382 projets répondant au cahier des charges soumis par les différentes ARS. On comptera donc bientôt 1160 maisons de santé pluridisciplinaire en France.

I.4.1. Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ^[26]

La première évocation des maisons de santé pluridisciplinaires remonte à la loi de financement de la sécurité sociale du 19/12/2007 pour une insertion dans le code de santé public : article L 6323-3. Elle a été modifiée par l'article 39 de la loi HPST de 2009 puis par l'article 2 de la loi du 10/08/2011.

La définition d'une maison de santé pluridisciplinaire donnée par l'article L.6323-3 du code de santé publique est :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (comme stipulé dans l'article L. 1411-11 du code de santé publique) et, le cas échéant, de second recours (comme écrit dans l'article L. 1411-12 du code de santé publique) et peuvent participer à des actions de santé publiques, de prévention, d'éducation

pour la santé, et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Comme il n'y a pas de « labellisation », n'importe quelle structure peut se dénommer maison de santé pluridisciplinaire néanmoins, du moment où cette structure reçoit des financements publics, elle doit répondre à un cahier des charges précis défini par le Comité de Gestion des Œuvres Sociales à savoir au moins 2 médecins et un professionnel paramédical (infirmière, kinésithérapeute...). Ces professionnels ont en commun un projet professionnel pour la population qu'ils suivent.

Cela favorise la coordination des soins et l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.

Depuis la modification apportée par la loi du 10/08/2011 (loi Fourcade) et son article 2 (modifiant certaines dispositions de la loi HPST), l'article L 1110-4 du code de Santé Publique spécifie que :

« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison de santé peuvent être communiquées par ce professionnel de santé aux autres professionnels de santé de la structure qui prennent en charge ce patient, sous réserve :

« 1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes. »

« 2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3. »

Le patient peut refuser que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé, à tout moment »

I.4.2. Les pôles de santé ^[26]

Le pôle de santé est un ensemble de professionnels de santé, éventuellement de maisons de santé pluridisciplinaires, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, de services médico-sociaux, etc... Il assure des activités de soins de premiers recours (Article L1411-11), éventuellement de second recours (article L1411-12), et peut participer à des actions de prévention, de promotion de la santé, de sécurité sanitaire...

Cette définition apparaît dans l'article 40 de la loi HPST du 21 juillet 2009 pour déboucher sur l'article L6323-4 du Code de Santé Publique.

I.4.3. Les Maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé en Limousin ^[27]

Le Limousin est confronté à deux problématiques : le vieillissement de la population et l'aménagement sanitaire du territoire lié à la démographie des professionnels de santé. Initialement la Mission Régionale de Santé (composée de l'Agence régionale de Santé et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) dont l'un des objectifs était de définir les zones déficitaires en offre de soins et de suivre leur évolution et le Conseil Régional du Limousin ayant compétence en matière d'aménagement du territoire ont établi un partenariat afin de promouvoir le développement des MSP. Les Conseils Généraux des 3 départements ont aussi été associés à ce projet. Les projets de MSP ont été inscrits dans les contrats de cohésion territoriale 2008-2010 et 2011-2013. Ces contrats ont été signés avec tous les Pays et les Parcs de la région Limousin. La Mission Régionale de Santé est remplacée par L'ARS. Le Fond d'investissement Régional finance une partie des études de faisabilité des projets de MSP.



LES STRUCTURES D'EXERCICE COLLECTIF (Maisons, Pôles de Santé et autres structures) LIMOUSIN

Réalizations et projets – Janvier 2016



Figure 9 : Carte de répartition des Maisons de Santé Pluridisciplinaire et des Pôles de Santé en 01/2016 [28]

I.5. Etat des lieux de la région Limousin

I.5.1. La population ^[29]

Le Limousin a la réputation d'avoir l'une des populations la plus âgée de France voire même d'Europe (!). Cette réputation est-elle justifiée ? A partir du nombre d'habitants par tranche d'âge et en comparant le pourcentage de chaque tranche d'âge de la population soit du département soit de la région aux pourcentages de toute la France, cette affirmation semble être justifiée. En particulier si nous comparons les deux « extrêmes » de la vie nous pouvons constater que la région Limousin a un pourcentage inférieur à celui de la population française dans la tranche des 0-19 ans (20.89% contre 24.57%). En revanche cette tendance s'inverse chez les 75 ans et + puisqu'en Limousin ils représentent 12.97% contre 9.14% en France.

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-75 ans	75 ans et +	Total
Corrèze	49 367 (20.54%)	45 735 (19.02%)	65 029 (27.05%)	47 370 (19.70%)	32 906 (13.69%)	240 407
Creuse	21 913 (18.40%)	20 214 (16.97%)	33 120 (27.80%)	25 567 (21.47%)	18 293 (15.36%)	119 107
Haute-Vienne	82 316 (21.91%)	80 967 (21.55%)	99 420 (26.46%)	68 934 (18.34%)	44 144 (11.74%)	375 781
Limousin	153 596 (20.89%)	146 916 (19.98%)	197 569 (26.87%)	141 871 (19.29%)	95 343 (12.97%)	735 295
France	16 395 627 (24.57%)	15 980 281 (23.95%)	17 740 976 (26.59%)	10 512 851 (15.76%)	6 096 091 (9.14%)	66 725 826

Tableau 1 : Nombre d'habitants par tranche d'âge par département, dans la région Limousin et en France

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé ^[30], l'âge de la vieillesse est situé à 60 ans.

En Limousin la population des 60 ans représente 32.26% de la population. En France, elle représente 24.89% !

En comparaison aux autres régions de France, le Limousin a donc bien le plus haut pourcentage de personnes de plus de 60 ans par rapport à sa population globale. Pour information la deuxième région la plus âgée est le Poitou-Charentes avec 30.53%, l'Auvergne et la Bourgogne se disputent la 3^e place à 29.91%.

I.5.2. Les services de proximité

I.5.2.1 La Poste

La Poste est un véritable symbole dans un village : symbole de lien social, de vie locale. Malheureusement, dans les « petites » communes, les bureaux de poste ont tendance à disparaître, d'autres voient leurs horaires d'ouverture diminuer de façon drastique.

Pour pallier la fermeture des bureaux de Poste des alternatives ont été proposées :

- Les Agences Postales Communales (APC) ^[31] : selon la loi du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications « *La convention type prévoit que les communes fournissent le local de l'agence et qu'un ou plusieurs agents communaux assurent les prestations postales, y compris des services financiers de dépannage, comme le dépôt ou le retrait d'espèces sur un compte courant ou sur un compte d'épargne dans la limite d'un plafond. En contrepartie, La Poste verse à la commune une indemnité compensatrice, qui couvre la rémunération des personnels ainsi que la part du coût du local affecté à l'agence postale.* »
- Les relais postes ou points contacts sont installés chez des commerçants ^[32]. Ils permettent : l'achat de timbres, d'enveloppes et de prêt-à-poster, le dépôt, le retrait de lettres et de colis, les contre-remboursements, le Chronopost, les services de proximité : contrat de réexpédition du courrier, garde du courrier, abonnement mobilité et prêt-à-Poster de réexpédition. Ils permettent aussi le retrait d'espèces à partir d'un compte courant ou d'un livret A avec une limite de 150 euros par semaine.

En Limousin ^[33] on dénombre 571 bureaux de poste, APC et points contacts : 202 en Corrèze, 142 en Creuse et 227 en Haute-Vienne. En France ^[34], on dénombre 17 111 bureaux de poste/APC et points contacts.

I.5.2.2 L'enseignement ^[35]

En Limousin, l'enseignement primaire compte 658 établissements : 265 en Haute-Vienne, 156 en Creuse et 237 en Corrèze. L'enseignement primaire reste un service de proximité, de nombreux villages ont leur école primaire. Néanmoins, chaque année, les habitants tremblent à la publication des nouvelles cartes scolaires craignant la fermeture d'une classe si ce n'est pas celle de l'école dans son ensemble. En France, l'enseignement primaire compte 51 300 établissements.

L'enseignement secondaire est plus clairsemé. Malgré une bonne couverture du territoire, parfois, nos enfants peuvent avoir un temps de trajet assez conséquent pour se rendre au collège et encore plus au lycée, avec toute l'organisation que cela implique.

Le Limousin dénombre 86 collèges : 38 en Haute-Vienne, 18 en Creuse, 30 en Corrèze. La région compte 30 lycées généraux : 15 en Haute-Vienne, 5 en Creuse et 10 en Corrèze ainsi que 22 lycées professionnels : 10 en Haute-Vienne, 6 en Creuse, 6 en Corrèze. En France, il y a 7 100 collèges et 4 200 lycées.

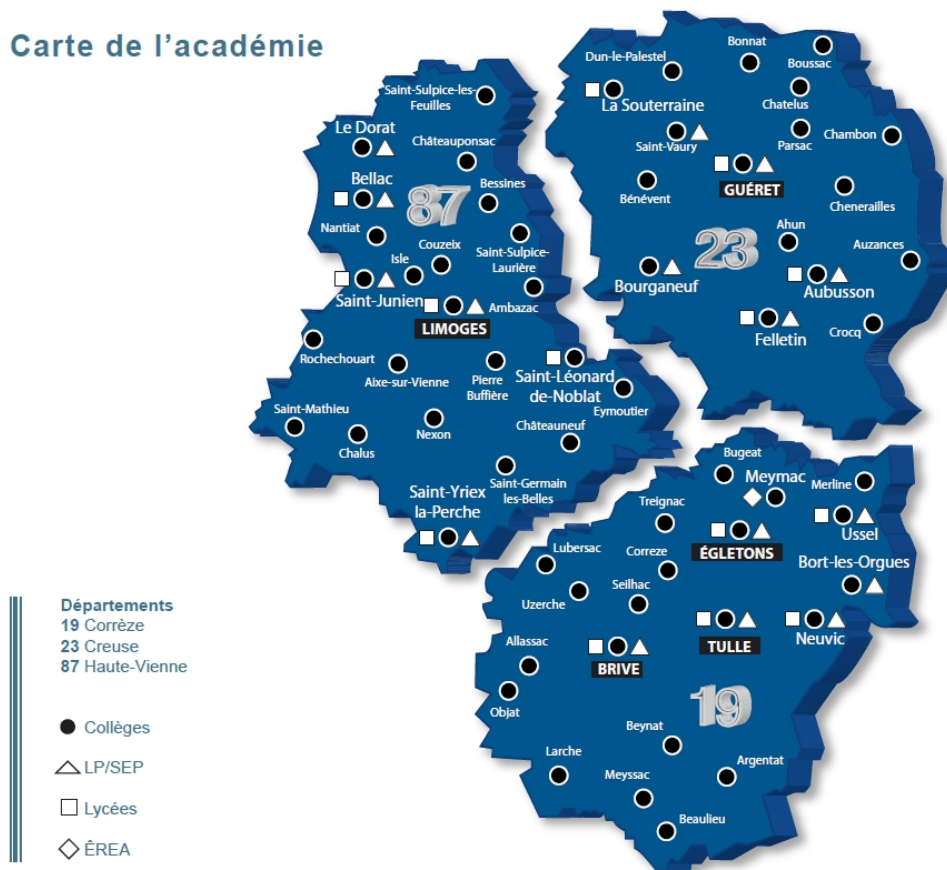


Figure 10 : Répartition de collèges, lycées, lycées professionnels en Limousin [36]

I.5.2.3 Les sièges des principales caisses de sécurité sociale

I.5.2.3.1. En Haute-Vienne

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) [37] a son siège social à Limoges et possède 13 points d'accueil dans le département avec des plages horaires d'ouverture plus ou moins larges : Saint-Junien, Aixe-sur-Vienne, Ambazac, Arnac-la-Poste, Bellac, Châlus, Eymoutiers, le Dorat, Mézières-sur-Issoire, Nexon, Saint-Léonard-de-Noblat, Saint-Mathieu, Saint-Yrieix-la-Perche. Il existe aussi des Maisons de Service Au Public (MSAP) mais aussi les Points Informations Médiation Multi-Services (PIMMS). Ces structures ont la même vocation : l'accessibilité à certains services publics pour les personnes en zone rurale ou péri-urbaine. On dénombre 6 MSAP (Châlus, Cussac, Nexon, Saint-Just-le-Martel, Saint-Yrieix-la-Perche, Saint-Germain-les-Belles) et 1 PIMMS (Ambazac) où les patients peuvent gérer, obtenir des informations sur leurs prestations sociales en Haute-Vienne.

La Mutualité Sociale Agricole (MSA)^[38] a son siège social Limoges. Elle possède 4 points d'accueil (Bellac, Saint-Germain-les-Belles, Oradour-sur-Vayres, Saint-Yrieix-la-Perche)

Le Régime Social des Indépendants (RSI)^[39] du Limousin a son siège social à Limoges.

I.5.2.3.2. En Corrèze

La CPAM a trois agences principales ^[40] : une à Tulle, une à Brive et une à Ussel. Elle compte aussi 17 points d'accueil (Argentat, Ayens, Beaulieu-sur-Dordogne, Beynat, Bort-les-Orgues, Bugeat, Chamberet, Corrèze, Egleton, Eygurande, Lubersac, Mansac, Saint-Privat, Sainte-Féréole, Sornac, Uzerche, Vignols).

Le site principal de la MSA ^[38] est à Tulle. Elle possède par ailleurs 3 points d'accueil (Argentat, Brive, Ussel).

Le RSI a deux points d'accueil ^[39] : Brive et Tulle.

I.5.2.3.3. En Creuse

La CPAM ^[41] a une agence principale à Guéret. Elle possède, par ailleurs, 3 points d'accueil (Aubusson, Boussac, La Souterraine). Les patients peuvent aussi accéder à 9 MSAP (Bonnat, Bénévent-L'Abbaye, Chambon-sur-Voueize, Chénérailles, Bourganeuf, Dun-le-Palestel, La Courtine, Royère-de-Vassivière, Saint-Sébastien) pour obtenir des informations sur leurs prestations sociales.

Le site principal de la MSA^[38] est à Guéret. Elle possède par ailleurs 3 points d'accueil (La Souterraine, Felletin, Auzances).

Le RSI possède un point d'accueil^[39] : Guéret.

I.5.2.4 Les cinémas

Le cinéma est un loisir courant qu'on y aille seul, entre amis ou en famille. Dans chaque département de la région Limousin, il existe différents cinémas. Chaque cinéma propose un plus ou moins grand nombre de séances et un choix de films plus ou moins diversifié.

En Haute-Vienne ^[42] il existe 10 cinémas : trois à Limoges, un à Saint-Junien, un à Châteauneuf-la-Forêt, un à Bellac, un à Saint-Yrieix-la-Perche, un à Eymoutiers, un à Saint-Léonard-de-Noblat et un au Dorat.

En Corrèze ^[43], on dénombre 10 cinémas : deux à Brive-la-Gaillarde, un à Tulle, un à Bort-les-Orgues, un à Ussel, un à Neuvic, un à Meymac, un à Argentat, un à Egleton et un à Uzerche.

En Creuse ^[44], il y a 6 cinémas : un à Guéret, un à Bourganeuf, un à la Souterraine, un à Aubusson, un à Eveaux-les-bains, un à La Courtine.

I.5.3. Les réseaux de communication

I.5.3.1 Les autoroutes et voies rapides

Deux autoroutes traversent le Limousin :

- l'A20 ^[45], l'Occitane, allant de Vierzon à Montauban. Elle permet de rallier, entre autre, Paris vers le nord et Toulouse vers le sud. En Limousin, elle traverse les départements de la Haute-Vienne et de la Corrèze.
- l'A89 ^[46], elle relie Bordeaux et Lyon. Elle traverse la Corrèze.

Il existe par ailleurs 2 voies rapides (en 4 voies) :

- La N141 ^[47] : elle relie Limoges à Saintes mais est en 4 voies de Limoges à Exideuil-sur-Vienne, sur la section Cognac-Jarnac-Bourras, au niveau de la liaison Saint-Yrieix-sur-Charente-Angoulême (mais sous le nom N1141) et enfin sur la rocade sud de Saintes. Elle permet donc d'aller à Bordeaux et de rejoindre la côte atlantique. En Limousin, elle traverse donc, dans sa portion 2x2 voies la Haute-Vienne. Elle a notamment permis de nettement diminuer le temps de trajet entre Limoges et Saint-Junien.
- La N145 ^[48] reliant Bellac à Montluçon. Elle est en voie express de la Croisière à Montluçon. Sa portion 2x2 voies traverse la Creuse.

Il existe 1 projet de voies rapides : l'aménagement de la N147 ^[49] qui relie Limoges et Poitiers en 2x2 voies. Pour le moment les déviations de Poitiers et de Fleuré sont en voies express. Une mise en 2x2 voies entre Limoges et Bellac est envisagée, elle se fera par tronçon, progressivement. A noter que cette route est l'une des plus meurtrières de France.



Figure 11 : Le réseau routier limousin [50]



Figure 12 : Le réseau routier français ^[51]

I.5.3.2 Le réseau ferroviaire

La Haute-Vienne ^[52] compte 28 gares avec un trafic plus ou moins important selon les gares. L'axe principal est celui reliant Limoges à Paris et Toulouse. Il existe aussi un axe reliant Limoges à Poitiers, Angoulême, Périgueux et Bordeaux (Train Express Régional : TER). Il existe un réseau départemental permettant de relier différentes villes du département entre elles.

La Corrèze ^[53] compte 28 gares avec un trafic plus ou moins important selon les gares. L'axe principal est celui permettant de relier Brive à Paris (en passant par Limoges) et à Toulouse. Brive est aussi relié à Rodez, Périgueux et Bordeaux (TER). Il existe, comme en Haute-Vienne un réseau ferroviaire départemental reliant différentes villes du département entre elles. Signalons que Tulle, pourtant préfecture de la Corrèze, ne possède aucune liaison directe avec les grandes villes citées précédemment (Toulouse, Bordeaux, Paris)

La Creuse [54] compte 21 gares avec un trafic plus ou moins important selon les gares. Les gares de la Souterraine et de Saint-Sébastien sont sur la voie reliant Limoges à Paris. Guéret est relié à Limoges et Montluçon. Il existe un réseau ferroviaire départemental reliant des villes du département entre elles.

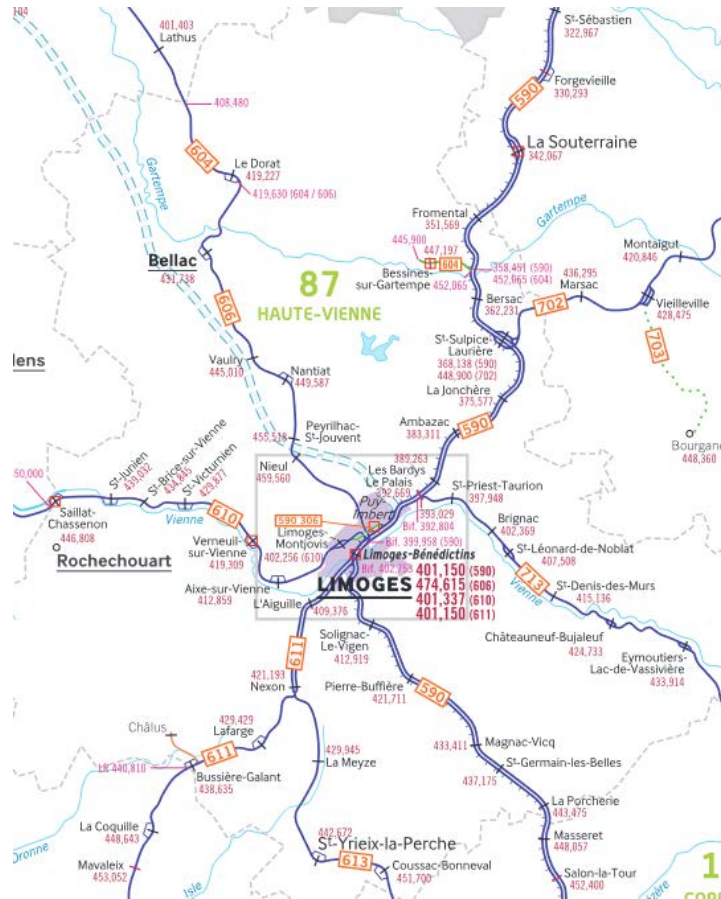


Figure 13 : Le réseau ferroviaire de la Haute-Vienne [55]

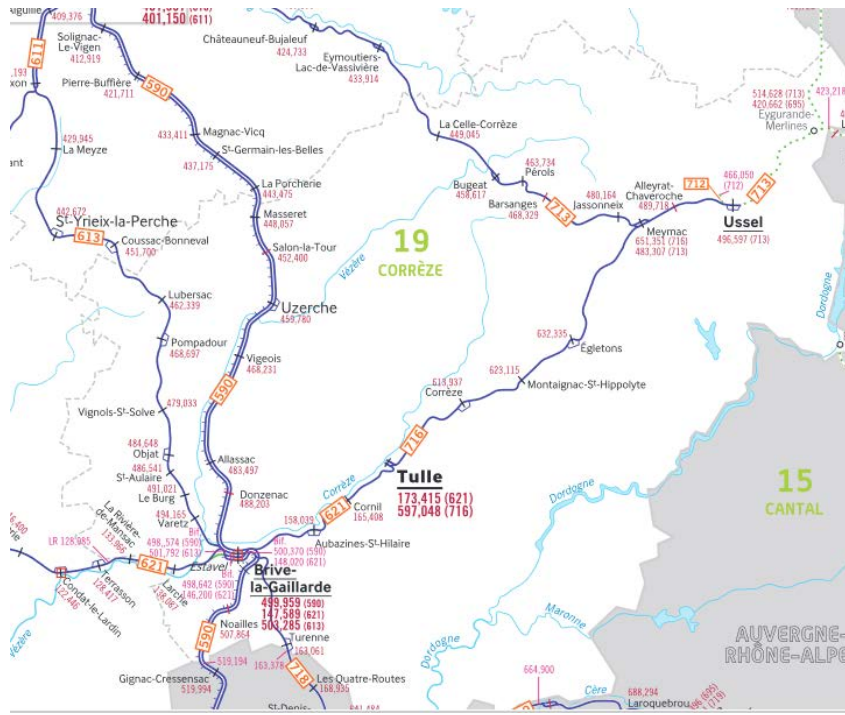


Figure 14 : Le réseau ferroviaire de la Corrèze [55]

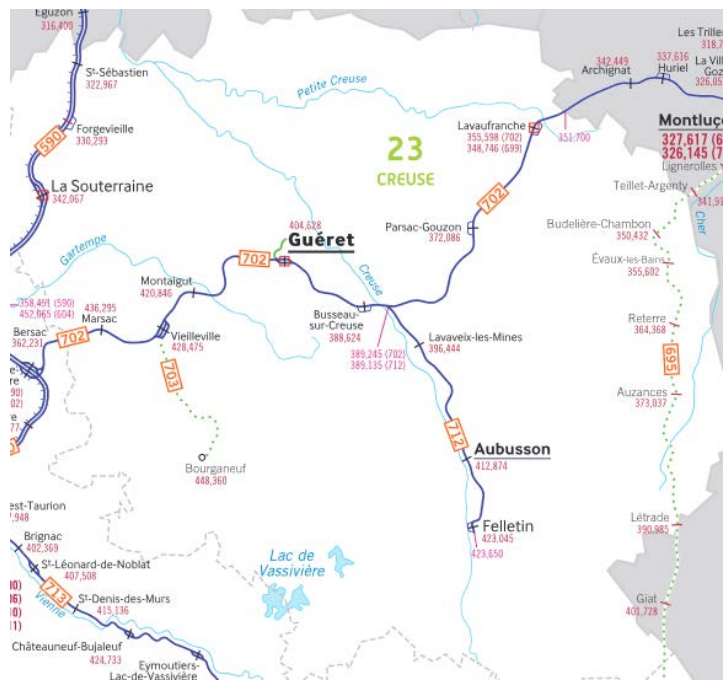


Figure 15 : Le réseau ferroviaire de la Creuse [55]

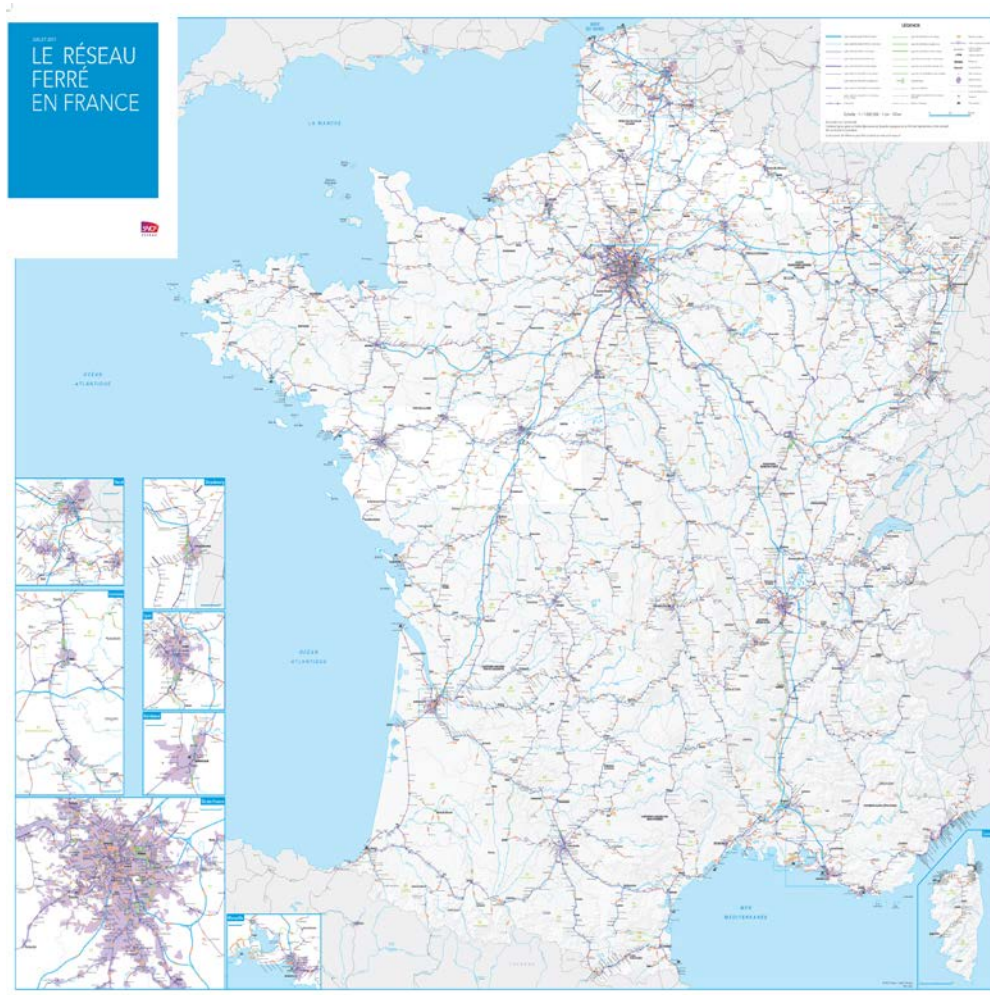


Figure 16 : Le réseau ferroviaire français [56]

I.5.3.3 Les aéroports

Le Limousin possède 2 aéroports :

- Limoges-Bellegarde : il permet de se rendre, en trajet direct, essentiellement en France et en Angleterre. Il existe des destinations temporaires (souvent pour l'été).
- Brive-Vallée de la Dordogne : il propose, en vol régulier, direct des destinations essentiellement en France et en Angleterre. Il existe des vols avec des destinations temporaires, le plus souvent en période estivale.

I.5.4. Les Centres Hospitaliers (CH)

I.5.4.1 En Haute-Vienne ^[57]

En plus du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges, nous trouvons cinq autres centres hospitaliers :

- Le CH Jacques Boutard à Saint-Yrieix-la-Perche qui comprend : un service de médecine, un de médecine gériatrique, un de cardiologie, un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), une unité de soins longue durée (USLD), un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), un service d'urgence, un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (de 8h30 à 18h30), une Hospitalisation A Domicile (HAD) un plateau d'imagerie, un plateau de chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, endoscopie), un accueil de jour.
- Le CH Roland Mazoin à Saint-Junien : qui comprend : 2 services de médecine, un service de cardiologie, un plateau chirurgical (chirurgie orthopédique et viscérale), un de gynéco-obstétrique, un SSR, une USLD et un EHPAD, un service d'urgence, un SMUR, un plateau d'imagerie.
- Le CH intercommunal monts et barrages à Saint-Léonard-de-Noblat qui comprend : un service de médecine, un SSR, une USLD, un EHPAD.
- Le CH intercommunal du Haut Limousin qui comprend 3 sites : Bellac, le Dorat et Magnac-Laval qui comprend : un service de médecine, un SSR, une USLD, un EHPAD et un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), une Equipe Mobile de Soins Palliatifs, une HAD, un plateau d'imagerie, un service de portage de repas, un accueil de jour, un plateau d'imagerie et un laboratoire d'analyses.

I.5.4.2 En Corrèze ^[58]

En Corrèze, il existe 6 centres hospitaliers :

- Le CH Cœur de Corrèze de Tulle qui possède : un pôle de médecine, un pôle de chirurgie, un de psychiatrie, un mère-enfant, un de gériatrie, un pôle de soins de support et de proximologie, un pôle prévention et promotion de la santé, un pôle urgence et médico technique avec un Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) et un SMUR.

- Le CH de Brive-la-Gaillarde qui possède : un pôle de médecine, un pôle de chirurgie, un de cancérologie, un de psychiatrie, un pôle mère-femme, un de gériatrie, un de surveillance médicale continue, un pôle laboratoire-radiologie, un pôle d'urgence avec un SMUR.
- Le CH Jean-Marie Dautier de Cornil : il s'agit d'un centre hospitalier uniquement gériatrique.
- Le CH d'Ussel qui comprend : un service de médecine, un de cardiologie, un de chirurgie, un d'anesthésie, un service de gynécologie obstétrique, un pôle de gériatrie, un service de psychiatrie, un service d'urgence et un SMUR, un plateau d'imagerie.
- Le CH gériatrique d'Uzerche
- Le CH de Bort-les-orgues : qui possède un service de médecine, un pôle de gériatrie, un accueil de jour.

I.5.4.3 En Creuse ^[59]

Le département de la Creuse compte 5 centres hospitaliers :

- Le CH de Guéret qui comprend un pôle urgences-réanimation-cardiologie, un SAMU et un SMUR, un pôle chirurgie-obstétrique pédiatrie, un pôle médecine, un pôle plateau technique (imagerie, laboratoire...), un pôle de gérontologie.
- Le CH d'Aubusson comprenant : un service de médecine, de chirurgie ambulatoire, un d'urgences, un SSR, une USLD, un EHPAD, un plateau d'imagerie.
- Le CH Bernard Desplas de Bourgneuf qui possède : un service de médecine, un SSR, une USLD, un EHPAD, un accueil médical accueillant et orientant les patients ne présentant pas de détresse vitale, un SSIAD, un accueil de jour, une coordination gérontologique, un plateau de radiologie.
- Le CH les Genêts d'Or d'Evaux-les-bains comprenant un SSR, une USLD, un EHPAD.
- Le CH Dr Eugène Jamot de la Souterraine qui comprend un SSR, une USLD, un EHPAD, un SSIAD, un service organisant le suivi gérontologique à domicile.

En France ^[60], en 2011, on dénombrait 31 CHU, 2 Centres Hospitaliers Régionaux et 802 centres hospitaliers.

II. Matériel et Méthode

II.1. Type d'étude

Pour tenter de répondre à notre problématique, j'avais, dans un premier temps, pensé faire une étude quantitative avec un questionnaire à choix multiples soumis à mes collègues internes. Cependant, ce mode de questionnaire semblait trop restrictif. En effet, la crainte principale de mon directeur de thèse et moi-même était que nos propres représentations des éléments pouvant favoriser ou freiner l'installation de mes collègues en Limousin influencent les réponses proposées. Or ces éléments peuvent être divers et variés. L'analyse qualitative nous permettait une évaluation plus précise des motivations de mes co-internes.

Ainsi nous avons choisi de mener une étude qualitative reposant sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens en groupe et individuels si nécessaire. Ce type d'étude permet de ne pas avoir de cadre limitant, chaque personne interrogée peut s'exprimer sans restriction ni censure.

II.2. Matériel

Initialement, la population que nous souhaitions interroger était les internes inscrits en Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) 2 et DES 3 de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges et souhaitant exercer la médecine générale en libéral. Lors de la soumission de mon sujet de thèse à la commission des thèses du DUMG, il a été jugé qu'en DES 2 il était peut-être un peu tôt pour avoir un projet professionnel défini.

Ainsi, la population cible était les internes en médecine générale de la faculté de médecine de Limoges inscrits en DES 3, DES 4, DES 5, DES 6. Les critères d'inclusion étaient donc l'inscription en DES 3, DES 4, DES 5 ou DES 6 de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges, le souhait d'exercer la médecine générale en libéral et bien sûr l'acceptation de participer à l'étude.

Il a donc été demandé au responsable du 3^e cycle de la faculté de Limoges d'envoyer un mail à la population ciblée en présentant le sujet de ma thèse, le type de celle-ci, le déroulement des *focus groups* et en demandant à mes collègues de me répondre s'ils souhaitaient participer à un des *focus group*. On a estimé avec mon directeur de thèse le nombre de *focus group* nécessaires à trois et le nombre de participants maximal composant chacun d'eux à neuf. On s'était fixé un objectif d'au moins 21 personnes à recruter dans un premier temps. Le nombre de participants devait être ensuite augmenté si à la fin du troisième *focus group* la saturation des données n'était pas atteinte.

Un premier mail de relance a dû être rédigé car peu de personne avait répondu au premier.

Puis un deuxième mail de relance a été réalisé. A la suite de ces deux mails de relance il manquait quelques personnes. Il a donc fallu appeler individuellement, des internes dont j'avais le numéro de portable et qui étaient essentiellement de ma promotion. Au final, 24 personnes ont accepté de participer à notre étude.

Comme précisé ci-dessus, avec mon directeur de thèse nous avons fait une estimation du nombre de groupes à constituer et le nombre de personnes y participant. Ceci était pour nous guider quant à la nécessité de relance ou pas pour constituer les groupes. Mais il est nécessaire de préciser que dans une étude qualitative – contrairement à une étude quantitative – il n'y a pas de détermination de la taille de l'échantillon d'étude (nombre de sujets nécessaires) afin que les résultats de l'étude soient significatifs. Dans une étude qualitative, le nombre de participants est ajusté au fur et à mesure des entretiens afin d'atteindre le phénomène de saturation théorique des données c'est-à-dire qu'aucune nouvelle idée n'apparaît lors des entretiens. Nous avons donc prévu de faire des entretiens individuels si à la fin des trois *focus groups* la saturation des données n'était pas atteinte.

II.3. Méthode

II.3.1. Le guide d'entretien (annexe 6)

Il a été élaboré au préalable, après avoir formulé la problématique de la thèse. Il permet de suivre une trame lors des différents *focus groups* afin de garantir la reproductibilité des questions d'un *focus group* à l'autre. Sa réalisation est fondamentale puisque de sa qualité dépend la qualité de l'étude elle-même. Celui-ci comportait 8 questions ouvertes. Le but était de laisser une grande liberté de réponse, de favoriser les associations d'idées mais aussi de favoriser les échanges, les débats entre les différents protagonistes des *focus groups*. Le but de ce guide d'entretien était in fine de récolter le plus grand nombre d'éléments pour nous permettre de répondre à la question de thèse. Les questions suivaient un ordre d'abord chronologique : les participants étaient amenés à parler de leurs cursus. Puis les trois dernières questions étaient axées sur l'installation plus particulièrement en Limousin.

Notre guide d'entretien a été conçu par deux investigateurs et un avis extérieur a été demandé quant à la pertinence et à la bonne compréhension des questions.

II.3.2. Focus groups

Les dates des différents *focus groups* ont été définies au préalable. Un doodle a été envoyé à chaque interne ayant accepté de participer afin qu'ils se positionnent, si possible, de façon homogène et selon les dates qu'ils préféraient. L'heure de chaque *focus group* était précisée. Le nombre maximal de participants par groupe était de neuf. Après que chaque interne s'est positionné j'ai adressé un mail à chacun pour leur confirmer la date à laquelle ils étaient inscrits.

Une semaine avant *le focus group*, un mail de rappel était envoyé à chaque interne.

Ceux-ci se sont déroulés dans les locaux de la faculté de médecine de Limoges.

Les *focus groups* ont été enregistrés par trois dictaphones à chaque fois afin de pouvoir retranscrire de façon la plus fidèle possible les échanges entre les participants. Le but étant d'obtenir un recueil de données le plus exhaustif. Lors des deux premiers *focus groups*, deux observateurs étaient présents, lors du troisième seul un observateur y assistait. Le ou les observateur(s) assistai(en)t au *focus group* sans pouvoir intervenir dans le débat. Le rôle d'un observateur était de relever le non verbal : les gestes, les moues, etc... Il devait aussi noter les discussions à voix basse, les échanges parallèles entre les internes afin d'anticiper les difficultés de retranscription. Il devait être vigilant et signaler à l'animateur si un des internes ne s'était pas exprimé au sujet d'une question, si un des participants souhaitait prendre la parole, ou s'il jugeait nécessaire qu'un protagoniste précise une idée qu'il avait émise.

A leur arrivée, chaque participant devait remplir une fiche signalétique (annexe 7) recueillant les éléments suivants : nom, prénom, âge, sexe, adresse mail, faculté d'externat, année des ECN, année d'entrée en DES, les DU obtenus, situation familiale, nombre d'enfant.

Avant de débiter, le déroulement d'un *focus group* était expliqué aux participants, la problématique de la thèse leur était rappelée. Les rôles de l'animateur et du ou des observateur(s) leur étaient expliqués. Ces acteurs étaient identifiés afin que chaque participant sache leurs rôles respectifs. Ils étaient informés de l'enregistrement de l'entretien dans son ensemble et de l'anonymisation des données lors de la retranscription. Aucun accord écrit concernant cet enregistrement n'a été signé, celui-ci étant tacite, nous avons néanmoins recueilli un accord oral des participants avant le début de chaque entretien. Enfin il leur a été demandé de se présenter avant chaque prise de parole afin de faciliter la retranscription.

L'animateur posait les questions suivant le guide d'entretien prédéfini. Il pouvait stimuler un interne particulier si celui-ci ne s'était pas exprimé sur une question, s'il avait besoin de précision, s'il avait le sentiment que l'intervenant n'avait pas été au bout de sa pensée ou encore si des gestes non verbaux l'interpellaient (moue dubitative par exemple). Il avait le droit de reformuler ou de faire préciser certaines idées exprimées. Il pouvait s'appuyer sur les observateurs pour mener au mieux le débat. Son rôle était de gérer le bon déroulement du débat et de faciliter les interactions entre les différents intervenants. L'animateur a été la même personne sur les trois *focus groups*.

Le débat s'est installé plus ou moins rapidement entre les différents participants permettant au fil des discussions de faire émerger de multiples idées. Les réponses à la première question ont été données en réalisant un tour de table mais rapidement les échanges se sont libérés et les internes ont pris l'initiative d'intervenir et ont échangé au fil des questions. Chaque participant pouvait intervenir autant de fois qu'il le souhaitait et pendant autant de temps qu'il le désirait. Aucun ordre d'intervention n'était défini. Ainsi aucune durée de

déroulement des *focus groups* n'était déterminée. L'animateur avait un rôle de modérateur afin d'éviter toute cacophonie qui aurait rendu les enregistrements inexploitable.

II.3.3. Recueil de données

Les enregistrements audio des trois *focus groups* ont été retranscrits dans leur intégralité afin de constituer le verbatim de l'étude (annexe 8). Cette retranscription a été accompagnée d'annotations concernant la communication non verbale, les échanges en aparté, les murmures qui avaient été relevés par les observateurs. Ces annotations ont été inscrites entre parenthèses. Chaque participant a été identifié par son prénom.

C'est à partir de ces données que l'analyse a été faite.

II.3.4. Analyse des données

Le logiciel NVivo conçu pour l'analyse qualitative a été utilisé pour réaliser les différentes étapes de cette étude.

II.3.4.1 Analyse descriptive

Premièrement, à la lecture du verbatim, nous avons réalisé un codage ouvert : chaque idée nouvelle entraînait la création d'un code ou nœud descriptif. Ce code était utilisé de nouveau si la même idée réapparaissait. Le logiciel NVivo rattachait au nœud l'extrait sélectionné, le représentant dans le verbatim et sa source (annexe 9). Ainsi chaque nœud était associé à un nombre de citations et un nombre de sources. Dans cette étude le nombre maximal de sources était le nombre de *focus group* réalisé c'est-à-dire trois. En revanche le nombre de citations était variable selon les codes.

Dans ce type d'étude, l'analyse descriptive est une étape fondamentale. Afin de limiter au maximum la subjectivité, un double codage en aveugle a été réalisé. Les codes extraits par les deux investigateurs ont été comparés, en expliquant chacun son point de vue lors d'une séance de travail. Ainsi à la fin de cette séance, certains codes ont été conservés, d'autres affinis, retravaillés et d'autres ont été supprimés.

C'est à la fin du codage du verbatim, que nous avons pu constater que nous étions arrivés à saturation des données. Le recueil des données pouvait ainsi être arrêté.

II.3.4.2 Analyse axiale

Les codes descriptifs obtenus lors de l'analyse descriptive ont été ensuite regroupés par thèmes plus généraux appelés ensembles. Ces thèmes devaient permettre de répondre à l'objectif principal et à l'objectif secondaire de notre thèse. Cette étape a permis de faire ressortir des axes de réflexion dans lesquels, les codes descriptifs seraient développés et reliés.

Cette analyse a été réalisée par un investigateur mais a été reprise ensuite lors d'une séance avec un deuxième investigateur. Les ensembles ont été retravaillés lors de cette séance. De nouveaux ensembles ont aussi été créés afin d'affiner les axes de réflexion. L'objectif de cette séance de travail était de limiter la subjectivité.

II.3.4.3 Analyse matricielle

Lors de la dernière étape, les données descriptives et axiales ont été croisées avec les caractéristiques des internes ayant participé à l'étude.

Les résultats ont été présentés en parallèle de ceux de l'analyse axiale afin d'éviter les redondances et de pousser au maximum l'analyse de chaque thème.

III. Résultats

III.1. Population

Dans le cadre de notre étude, nous avons réalisé trois *focus groups*.

III.1.1. Premier focus group

Le premier *focus group* a eu lieu le 23 février 2016 à 19h15 à la faculté de médecine et de pharmacie de Limoges. L'entretien a duré 1h52. Neuf internes y ont participé.

Le Pr Menard, directeur de thèse était l'animateur. Le Pr Dumoitier et moi-même étions observatrices.

III.1.2. Deuxième focus group

Le deuxième *focus group* s'est déroulé le 08 mars 2016 à 19h15 à la faculté de médecine et de pharmacie de Limoges. Sur les huit internes initialement prévus seuls 6 ont participé. L'entretien a duré 1h54.

Le Pr Menard a animé l'entretien. Le Dr Lauchet et moi-même étions observatrices.

III.1.3. Troisième focus group

Le troisième et dernier focus group s'est déroulé le 22 mars 2016 à 19h15 à la faculté de médecine et de pharmacie de Limoges. Neuf internes y ont participé. Le focus group a duré 1h31

Le Pr Menard était l'animateur. J'étais observatrice.

III.1.4. Total

Au total, 24 internes ont participé à l'étude. Leurs caractéristiques, renseignées sur les fiches signalétiques, sont résumées dans les figures suivantes.

	AGE			SEXE		FACULTE D'EXTERNAT			
	< 27 ans	27-30 ans	> 30 ans	MASCULIN	FEMININ	LIMOGES	TOULOUSE	BORDEAUX	POITIERS
FOCUS 1	3 (33,3%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	7 (77,8%)	6 (66,7%)	0 (0%)	3 (33,3%)	0 (0%)
FOCUS 2	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0 (0%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	3 (50%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	0 (0%)
FOCUS 3	4 (44,4%)	5 (55,6%)	0 (0%)	4 (44,4%)	5 (55,6%)	7 (77,8%)	1 (11,1%)	0 (0%)	1 (11,1%)
TOTAL	8 (33,3%)	14 (58,3%)	2 (8,3%)	7 (29,2%)	17 (70,2%)	16 (66,7%)	3 (12,5%)	4 (16,7%)	1 (4,1%)

	ANNEE ECN		ANNEE D'ENTREE EN DES		SITUATION FAMILIALE				ENFANTS	
	2012	2013	2012	2013	CELIBATAIRE	EN COUPLE	PACSE	MARIE	OUI	NON
FOCUS 1	1 (11,1%)	8 (88,9%)	1 (11,1%)	8 (88,9%)	3 (33,3%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	0 (0%)	9 (100%)
FOCUS 2	0 (0%)	6 (100%)	0 (0%)	6 (100%)	1 (16,7%)	4 (66,6%)	0 (0%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)
FOCUS 3	0 (0%)	9 (100%)	0 (0%)	9 (100%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	7 (77,8%)
TOTAL	1 (4,2%)	23 (95,8%)	1 (4,2%)	23 (95,8%)	5 (20,8%)	11 (45,8%)	3 (12,6%)	5 (20,8%)	3 (12,5%)	21 (87,5%)

	DIPLOMES UNIVERSITAIRES								
	Aucun	Douleur	Gynécologie Obstétrique	Contraception- IVG- Sexualité	Homéopathie	Cancérologie	Soins Palliatifs	Echographie générale	Pathologies traumatologies liées à la pratique du sport
FOCUS 1	4 (44.4%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
FOCUS 2	2 (33.3%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	1 (16.7%)	0 (0%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0%)
FOCUS 3	5 (55.6%)	0 (0%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)
TOTAL	11 (45.8%)	4 (16.7%)	7 (29.2%)	5 (20.8%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)

Tableau 2 : Données socio-démographiques des participants aux focus groups



III.2. Analyse descriptive

A partir des trois *verbatim* des *focus group*, 180 codes descriptifs ont été extraits

Nom du code	Sources	Références
1er stage en libéral pendant l'internat	1	1
Accessibilité des spécialistes	2	6
Alternance stage et cours temps plein	1	2
Alternance stages le matin-cours l'après-midi	2	8
Améliorer les transports	2	6
Amour	2	7
Appréciation des stages dans des services polyvalents	1	1
Appréciation du stage d'externe chez le praticien	3	8
Appréciation du stage d'externe chez le praticien rural	1	4
Appréciation du stage en médecine générale milieu urbain	3	3
Attirance pour la médecine générale	2	3
Attractivité du Limousin	2	5
Autre lieu d'installation	3	18
Avenir régional	2	11
Besoin de se construire avant de s'installer	1	4
Bonne connaissance de son patient en médecine générale	1	1
Bonne entente entre les médecins	1	1
Bonne offre de soins à Limoges	1	1
Choix de la MG par défaut	2	7
Choix de la spécialité aiguillé par les proches	1	2
Choix de la ville selon classement ECN	2	5
Choix de Limoges à l'internat car connaissance de la région	1	2
Choix de Limoges car originaire du Limousin	2	2
Choix de Limoges non par défaut	2	8
Choix de Limoges par défaut	3	9
Choix des associés	2	4
Choix d'être médecin généraliste antérieur au stage praticien d'externe	3	8
Choix d'être médecin généraliste antérieur aux ECN	3	19
Choix non par défaut de la médecine générale	3	21
Connaissances médicales	1	1
Coordination des soins en médecine générale	1	1
Création d'emplois	2	6
Création d'infrastructures, de services	1	3
Cursus	3	22
Déception pendant le stage d'externe chez le praticien	3	11
Déception pendant le stage d'externe chez le praticien rural	1	1
Déception pendant le stage d'externe chez le praticien urbain	2	4
Déception pendant les stages hospitaliers d'externe	3	7
Défaut des spécialités d'organe, focalisation sur un seul organe	1	3

Nom du code	Sources	Références
Dépendance au patient	3	10
Désertification des campagnes	3	8
Désertification médicale	3	6
Différence de patientèle rural-urbain	1	1
Difficulté à se projeter sur le post internat	1	3
Difficulté d'accès à certains spécialistes	1	1
Difficulté de gestion en installation solitaire	1	1
Difficulté de s'installer à plusieurs	1	3
Diversité de la médecine générale	3	12
Doute	1	1
DU	2	7
Eloignement des services	2	9
Eloignement familial	3	3
Enfants	3	18
Entraide financière	1	1
Entraide professionnelle	1	5
Exercice personnalisé	3	13
Exercice seul	1	1
Facilitation voire suppression des contraintes administratives	2	5
Facilité de circulation	1	2
Favoriser le regroupement des médecins	2	6
FMC	1	8
Gentillesse des habitants	2	10
Gériatrie	3	11
Guichet unique pour l'administratif	1	3
Gynécologie-obstétrique	3	15
Hésitation lors du choix de la spécialité	2	6
Hésitation lors du choix de la ville	1	1
Hésitation quant au lieu d'installation	3	14
Hésitation quant au mode d'installation	1	1
Hiérarchie à l'hôpital	2	3
Horaires	3	19
Image	3	35
Influence de son médecin traitant dans le choix de sa spécialité	1	1
Influence du stage praticien dans le choix de la médecine générale	3	5
Installation dans son lieu d'origine	3	12
Installation dans une maison de santé	3	4
Installation en groupe	3	18
Installation en Limousin	3	16
Installation en Limousin car bonne connaissance de la région	2	3
Installation en Limousin car région de l'internat	2	7
Installation près de sa famille-amis	3	8
Installation rapide après l'internat	1	1
Isolement du Limousin	2	6



Nom du code	Sources	Références
La campagne limousine	3	9
La liberté en libéral	3	26
La liberté relative du libéral	3	23
La sédentarité	3	23
La solitude	2	9
Lassitude d'exercer toujours la même spécialité	1	3
Lassitude vis à vis des stages hospitaliers de spécialité	1	5
Le climat	3	5
Le conjoint	3	40
Le jugement des autres	1	2
Le libéral n'est pas une motivation pour être généraliste	1	1
Le réseau de soins	3	9
Les aides financières à l'installation	2	6
Les CH	3	3
Les MSP	2	12
Les transports	2	9
Liberté d'installation	2	2
L'immobilier	3	19
Localisation géographique	2	6
Loisirs nature	2	3
Manque d'attractivité	3	29
Manque de poste dans les stages d'externat chez le praticien libéral	2	3
Manque de travail pour conjoint	3	19
Mauvaise couverture sociale	3	7
Mauvaise image de ceux qui choisissent médecine générale à l'internat	2	4
Médecin de famille	2	5
Médecine libérale non mise en valeur durant l'externat	1	1
Meilleure rémunération en libéral	1	4
Mésentente au sein d'un service hospitalier	1	1
Milieu rural	3	15
Non installation en Limousin	3	5
Nouvelle grande région	2	3
Paiement à l'acte	1	3
Pas assez de temps passé avec le patient à l'hôpital	1	1
Pas de prise en charge globale dans les spécialités d'organe	1	1
Pas de risque de chômage	1	2
Pas de souhait d'installation en post internat immédiat	3	15
Pas de stage d'externat en libéral	3	5
Patientèle	2	7
Pédiatrie	2	3
Peur d'avoir des difficultés à se faire une place	1	2
Peur de la charge de travail	2	14
Peur de la responsabilité	2	5
Peur de l'erreur médicale	1	6

Nom du code	Sources	Références
Peur de s'installer au point de vue budgétaire	1	1
Peur en milieu hospitalier de ne pas pouvoir exprimer sa pensée	1	1
Poids de l'administratif	3	15
Poids des charges	2	5
Poids du libéral	1	1
Politique	3	14
Polyvalence	2	3
Population limousine vieillissante	3	12
Prise en charge globale	2	5
Proche(s) exerçant la médecine	2	3
Projection sur son exercice futur	1	4
Promouvoir la région Limousin	1	5
Proximité de sa faculté d'externat	2	3
Proximité de son département d'origine	1	2
Proximité des CH	2	5
Proximité entre Limoges et le reste du Limousin	3	7
Proximité familiale	2	8
Qualité de vie	3	19
Qualité de vie en libéral	1	1
Quitter sa ville d'externat	1	1
Réalisation d'un stage d'externe chez le praticien libéral	3	19
Redynamiser le secteur rural	1	3
Refus au départ de la médecine générale	1	4
Refus de la spécialité d'organe	2	3
Refus du choix de la médecine générale au moment de l'ECN	1	7
Rejet de l'hôpital	3	15
Relationnel au sein d'un service hospitalier	1	4
Relationnel avec le patient en libéral	3	25
Remplacement	3	23
Rémunération du généraliste en libéral incertaine dans le futur	2	3
Réseau entre médecins souhaitant s'installer	3	8
Réserve de patientèle	2	3
Salariat	3	14
SASPAS	3	12
Satisfaction quant au choix de la MG	1	5
Satisfaction quant au choix de sa ville d'internat	1	5
Satisfaction quant au stage chez le praticien rural	3	3
Seul à prendre les décisions	1	6
Solitude relative en libéral	1	3
Stage dans une structure d'accueil pour personne défavorisée	1	1
Stage d'externat chez le praticien libéral facultatif	2	3
Stages hospitaliers durant l'externat hors CHU	2	2
Stage praticien libéral rural (externat)	3	10
Stage praticien libéral urbain (externat)	3	13

Nom du code	Sources	Références
Stage semi rural	1	1
Stages hospitaliers appréciés	2	9
Stages hospitaliers de spécialité	3	25
Suivi du patient	3	10
Taille humaine	2	9
Téléphone	1	3
Vie de famille	3	16
Ville facultaire d'externat	3	23
Volonté d'être médecin généraliste	3	29

Figure 17 : Les codes extraits du verbatim, le nombre de sources dans lesquelles ils sont retrouvés et le nombre de références

Par exemple, le code « Le conjoint » est apparu dans les 3 *focus groups* et a été cité à 40 reprises.

III.3. Analyse axiale

Suite à l'analyse descriptive, les 180 codes ont été regroupés dans 19 ensembles que nous allons regrouper en 7 grands thèmes permettant de reconstituer le parcours du futur médecin généraliste de son externat jusqu'à la fin de son internat et d'explorer ses souhaits quant à son avenir professionnel.

III.3.1. L'externat

III.3.1.1 L'organisation des journées

Les premières questions ont amené les internes à parler de la première partie de leurs études c'est-à-dire l'externat. Les internes ayant participé aux *focus groups* venaient des universités de « Toulouse », « Bordeaux », « Poitiers » et « Limoges ».

Pour certains, « *les stages étaient exclusivement le matin et après, l'après-midi on avait cours* », d'autres participants étaient « *à temps plein à l'hôpital en tant qu'externe sur une période* » puis ils enchaînaient avec « *des périodes de cours où on ne voyait pas du tout l'hôpital* »

III.3.1.2 Le milieu hospitalier

Durant leur externat les futurs médecins généralistes ont été « *pas mal cantonnés à l'hôpital* » et ont connu « *beaucoup de terrains de stage* », en essayant de « *passer un peu*

partout, dans la majorité des services » : « Les stages d'externe, j'étais passée un peu partout à la fois en chirurgie, dans les services de médecine, en réanimation ». Ils ont « essayé de couvrir un peu toutes les spécialités ».

Nombreux sont les internes à avoir affirmé qu' « *au départ j'aimais bien tous les stages, découvrir* » mais qu'après « *il y a une routine qui s'installe* », et qu'au final ils avaient « *hâte d'être au prochain stage* » car il y avait « *une certaine redondance* ». Un des participants déclare : « *quand je suis passé en gériatrie, les enfants me manquaient, quand je suis passé en gynéco, les autres patients me manquaient et puis voilà, c'était comme ça pour tout* », un autre confesse : « *les stages m'enchantaient tous au début et puis en fait au fil du temps, je déchantais* »

Certains internes avouent que « *les stages hospitaliers ont été une déception* ». Un des participants déclare « *il n'y en avait aucun qui m'avait trop plu* », un autre : « *il n'y avait aucune spécialité qui m'accrochait vraiment* ». Une interne confesse « *ces stages hospitaliers je n'aimais pas trop, je ne me sentais pas bien* ». Un des internes affirme : « *attendre pendant 4h qu'il y ait une visite dans les services de médecine, ça me saoulait, on n'apprenait rien, on suivait avec le chariot* » ou un autre trouvait qu'il servait essentiellement à « *tenir les murs* ». Une interne conclut : « *Moi l'hôpital ce n'est pas mon truc de toute façon* ». Une des futurs médecins généralistes déclare : « *avoir travaillé à l'hôpital pendant l'externat m'a confortée sur le fait que je voulais aller en médecine générale et pas ailleurs car il n'y avait aucun stage qui m'intéressait forcément* ».

Pour d'autres « *les stages hospitaliers sont très intéressants, très formateurs* », un interne déclare « *je me plaisais aussi beaucoup dans mes stages* », un autre affirme « *j'ai enchaîné chir ortho et chir thoracique et ça m'a beaucoup plu* ». Un des futurs médecins généralistes avoue « *Mais voilà la médecine interne et l'infectio bon tout le monde sait que j'adore ça* », une autre : « *J'ai réussi à passer 2 fois en gynéco obstétrique parce que c'est ce que je voulais [...] oui c'est gynéco que je veux faire* ». Un des participants précise « *les stages polyvalents me plaisaient beaucoup* »

III.3.1.3 Le stage en médecine générale libérale

Ensuite, nous avons abordé le stage d'externat en médecine générale libérale. Si pour certains le « *stage praticien c'était obligatoire* » pour d'autres « *ce n'était pas un stage obligatoire* », « *c'était sur la base du volontariat* », avec un externat « *vraiment hospitalo-hospitalier* ». Enfin un des internes regrette : « *il n'y avait pas de place pour tout le monde pour aller en médecine générale. C'est un stage que je n'ai pas pu prendre* ». Un des internes a pu bénéficier d'un stage « *dans une structure de soin de santé et d'accueil des personnes défavorisées* » ce qu'il considérait comme un équivalent de stage de médecine générale.

Tous les autres internes -la majorité- ont pu réaliser ce stage. Ils se sont déroulés « *en urbain* », « *en rural* » ou comme le précise un interne « *Ce n'était pas du rural mais ce n'était*

pas de l'urbain, c'était entre les deux ». Un interne explique : « J'ai fait 15 jours à Oradour sur Vayres sur un stage dit « de campagne », et 15 jours également dans un stage dit « de ville » à Ussel ». Un autre interne raconte : « moi j'ai fait 2 mois chez le praticien [...] dans Toulouse, il n'y en avait pas beaucoup en périphérie. Il y avait beaucoup de praticiens dans Toulouse ». Une des internes avoue : « j'ai vraiment été surprise par la différence de patientèle »

Certains internes ont « beaucoup aimé le stage qu'il y avait eu en 4^e année, en libéral », ce stage « s'est très bien passé ». Un interne affirme « j'ai quand même eu une bonne expérience de la médecine générale sur mon externat ». Une des participants avoue en évoquant un de ses terrains de stage : « j'ai préféré, c'était de la médecine rurale » tandis qu'un autre a affirmé « Le stage urbain, j'ai préféré » enfin un autre s'enthousiasme : « J'ai fait mon stage en médecine générale en campagne, ça m'a vraiment, vraiment plu, c'était vraiment un bon stage. »

Pour certains d'entre eux, ce stage a permis de « bien conforter dans le choix de la médecine générale » et de « s'imaginer dans un cabinet », de se dire « ah oui ça pourrait être mon cabinet » voire, même, pour d'autres, les aider à « choisir médecine générale » car ils en avaient gardé « un très très bon souvenir »

Un interne partage son vécu « A Saint Matthieu, j'aimais bien sa pratique de médecine générale, assez polyvalente, sans rendez-vous un peu fixés sur les renouvellements mais aussi et beaucoup sur l'urgence. Et j'avais le stage urbain à Tulle où là, c'était un peu particulier, il avait un caractère un peu particulier, et je n'accrochais pas forcément mais la pratique avec les patients me plaisait toujours »

En revanche, pour certains internes, ce stage a été plutôt décevant : « les 2 mois d'externat en MG je ne les ai pas trop vécus comme un stage « wouahou » ». L'un d'eux affirme « ce n'était pas un stage qui m'avait vraiment plu ». D'ailleurs un des participants avoue s'être dit « je ne ferai pas médecine générale » tandis qu'un autre confesse que « ça ne me parlait pas forcément ». Un des futurs médecins généralistes avoue : « Je n'ai pas plus été marquée par ce stage qu'un autre au final ». Un des internes pense que « la médecine générale que j'ai vue n'était pas celle qui me correspondait donc ça ne m'a pas plu » mais il a su prendre du recul vis-à-vis de ce stage. Un interne regrette : « Je n'avais pas accroché avec le médecin »

Enfin certains internes ont nuancé leur point de vue en fonction du lieu de réalisation de son stage : « c'est vrai que le rural pour ma part, ça m'avait paru un peu démoniaque », « je n'ai pas aimé....le médecin où j'ai été en stage en 4^e année »

III.3.1.4 Les épreuves classantes nationales

III.3.1.4.1. Le choix de la spécialité

Pour certains des participants, la médecine générale était leur « *premier choix depuis le début des études* », et que « *déjà en P1* » certains se disaient : « *je fais cela pour être MG* ». Pour la plupart des internes, la « *Médecine générale, c'est venu progressivement en vieillissant* » durant leur externat mais « *le choix de la médecine générale était fait avant les ECN* » ainsi une interne déclare « *j'ai passé mes ECN en me disant que je voulais être généraliste* ». Leur choix a été guidé par divers éléments. En premier lieu, le fait que « *la médecine générale était quand même plus diversifiée* », « *qu'il y a possibilité de faire pas mal de choses à côté, en parallèle de la médecine générale* » et qu'ainsi « *on ne peut jamais s'ennuyer* » est un des arguments majeurs avancés par les internes. Un interne souligne que « *le côté polyvalent de la médecine générale, on ne le retrouvait pas dans les spécialités.* »

Le corollaire de cet argument est la peur de se lasser « *d'être cantonné dans une spécialité [d'organe]* », du fait d'une certaine « *redondance* ». Une interne pense que : « *ça me laisserait d'être cantonnée dans une spécialité c'est pour ça que j'ai fait le choix de la médecine générale* ». Un des participants affirme : « *Il me restait quelques spécialités mais ce n'est pas ce qui m'attirait* ». Les participants avouent apprécier « *une pratique très polyvalente* », leur permettant de « *gérer quand même pas mal de choses* » ainsi que l'« *aspect de coordination* » qu'offre cette spécialité. Un interne explique : « *je me disais ça doit être chouette de pouvoir voir le patient et d'avoir toutes les données en fait de coordonner un peu tout ça et de savoir tout ce qui lui arrive et de dire « ah ben oui, à ce moment-là » et ça par contre je l'ai retrouvé à mon stage libéral.* » Ainsi les participants ont conclu que la médecine générale est une spécialité permettant « *une prise en charge globale du patient* ». Une participante ajoute : « *la médecine générale permet de vraiment connaître le patient, de savoir tout ce qui lui est arrivé et son parcours et c'est ça qui m'a décidée.* » Les internes qui ont choisi la spécialité de médecine générale cherchaient à fuir « *une routine qui s'installe dans un service* ». Certains internes affirment avoir choisi la médecine générale car leur externat les a « *complètement dégoûtés de l'hôpital* », une des interne avoue « *se sentir étrangère à l'hôpital* », et « *ne pas se sentir bien* ». Un des participants insiste « *la carrière hospitalière c'était non ! Non et archi non* ». Un interne confie : « *Je trouvais que c'était mieux en médecine générale. On peut choisir avec qui on travaille au moins.* » Comme précisé ci-dessus, le stage en médecine générale libérale a permis à certains participants de les « *conforter dans le choix de la médecine générale* ». Si certains des participants ont eu une influence familiale dans le choix de leur spécialité puisqu'un des membres de leurs familles était médecin généraliste, un des internes avoue que l'image « *de bon Dieu* » qu'il avait de son médecin traitant l'a guidé dans le choix de sa spécialité. Une interne conclut « *J'ai choisi médecine générale, c'était ce que je voulais faire au tout début, je suis restée là-dessus, je ne me suis pas posée de questions* »

Si certains internes ont « *toujours voulu faire médecine générale* », d'autres ont « *plus pris médecine générale par défaut* », un interne avoue : « *Moi j'ai fait beaucoup de stages en chirurgie parce que j'étais plus dans cette vocation* », un autre : « *du coup moi j'étais parti pour faire onco aux ECN et j'ai raté de peu mais j'ai raté* ». Un des participants affirme « *La*

médecine générale ? Je n'y étais pas du tout ! » Ainsi la spécialité de médecine générale a été « prise par défaut » parce qu'ils « n'avaient pas d'autres choix », un interne avoue même : « j'ai bien vu que je n'allais pas avoir de spé, donc j'ai reculé pour mieux sauter et je n'ai pas passé l'ECN l'année où j'aurais dû le passer (...) Reculer pour mieux sauter, ça n'a pas marché », un autre affirme « Les quelques spé qui restaient sur Limoges ne me plaisaient pas, je préférais la médecine générale à la rigueur... »

Enfin certains internes avouent avoir connu « une certaine hésitation » au moment de choisir leur spécialité parce qu'ils étaient « classés en plein milieu », ou comme l'affirme un interne « parce que j'hésitais entre radiologue, rhumatologue et MG (...) j'avais la chance de pouvoir faire les 3 et je me suis encore retrouvée avec moi-même, à ne pas savoir quoi faire ». Un des futurs médecins généralistes confie que « quand on a la possibilité d'avoir le choix, on se dit peut-être que je ne devrais pas, peut-être que je devrais faire autre chose ». Une interne avoue avoir souffert : « on a un peu cette étiquette de : « ah oui t'as foiré l'internat donc tu ne prends que ce qui te reste c'est-à-dire la médecine générale », une autre raconte : « on te dit non mais t'es sûre de ton choix ? ». Est-ce pour cela qu'une participante précise : « je suis partie en médecine générale mais sachant que c'était ce que j'avais envie de faire » ou qu'un autre affirme : « C'était un vrai choix la médecine générale »? Pour certains le fait de prendre une spécialité d'organe aurait permis de « dire tiens je peux faire plus que de la médecine générale ». Une participante insiste sur le fait qu'« on ne nous vend pas assez bien la médecine libérale, la médecine générale, dans notre cursus d'externe » un autre ajoute « la spé MG c'est ce qui n'est pas choisi et on se fait un peu embrigader dedans ». Une interne avoue : « avoir choisi de devenir médecin pour devenir médecin généraliste » mais lorsque son classement des ECN est tombé, elle a « hésité à choisir la spécialité de médecine générale car de nombreuses possibilités (lui) étaient offertes » mais que ce sont « (ses) proches qui (lui) ont rappelé ce qu' (elle disait) toujours et voilà donc la MG c'est bien ». Un autre interne le dit lui aussi : « après quelques hésitations, je suis retourné sur la médecine générale qui était mon 1^{er} choix à la base ».

Au final, les internes sont globalement d'accord pour dire qu'ils n'ont « pas de regrets ». Une des participantes affirme « arrivée chez le prat (ndrl : le stage praticien d'internat) je me suis dit mais en fait au final c'est pas mal »

III.3.1.4.2. Le choix de la ville d'internat

De nombreux éléments guident l'étudiant lors du choix de la ville à l'issue des ECN. Voyons si, pour nos participants, la ville de Limoges a été un vrai choix ou un choix par défaut.

Pour certains des participants, Limoges a été « vraiment un choix » puisque cela leur permettait d'être « en terrain connu », comme le déclare une des participants « c'est mon terroir et mine de rien on ne s'entend bien qu'avec ce qu'on connaît » ainsi qu'une autre interne : « je suis assez casanière, fallait que je reste ici. » Une des internes avoue avoir choisi Limoges car elle « ne voulait surtout pas rester sur Bordeaux » et que Limoges lui permettait

d'être « *proche de (son) département d'origine, la Dordogne* ». Pour certains, « *le choix de rester à Limoges, ça a été familial* » : « *j'ai choisi Limoges pour ma famille* », « *Et puis ma famille étant là, dans la région* ». Une autre interne a choisi Limoges dans l'optique « *d'agrandir la petite famille.* » L'influence du compagnon a elle aussi été évoquée mais nous accorderons un chapitre entier à l'importance du compagnon dans les choix des futurs médecins généralistes. Limoges a aussi pu être choisie car le Limousin est l' « *une des plus petites régions de France si ce n'est pas la plus petite pour l'internat* », ainsi cela permet de « *bouger en étoile sur les hôpitaux périphériques plutôt que dans d'autres villes où on est obligés de déménager* », du fait de la proximité des terrains de stage : « *il y a Saint Junien qui n'est pas trop loin, c'est Guéret le plus loin je pense d'ailleurs ? (les autres : Ussel) ou Ussel à 1h30 et au final les périphériques ne sont pas mal* » ce qui présente un côté pratique lorsque l'interne a déjà fondé une famille : « *dans d'autres villes où on est obligé de déménager et avec un petit bébé, c'est plus compliqué* ». Les internes ont aussi été attirés par le fait que Limoges est « *une ville à taille humaine* » où il fait « *bon vivre* », on en parlera plus longuement ultérieurement lorsque nous évoquerons les atouts du Limousin et de Limoges.

Pour d'autres internes participants, « *Limoges n'était pas du tout un choix* », ils l'ont choisi parce qu' « *il n'y avait plus de place* » dans l'université de la ville désirée, ou qu'il y avait « *un certain nombre de villes non disponibles* » au vu du classement : « *j'ai pris Limoges en fonction de mon classement* », « *j'ai pris médecine générale et à Limoges parce que je n'avais pas Bordeaux* », « *Et après pour le choix de Limoges, pour être parfaitement honnête c'est qu'il n'y avait plus de place à Bordeaux* ». Ainsi ils sont venus sur Limoges « *un petit peu par défaut* ». Citons un des internes qui a hésité entre « *Poitiers ou Limoges qui sont les 2 académies qui sont proches de Bordeaux* » ou une participante qui rapporte : « *je regardais l'A20, j'avais regardé sur Mappy combien de temps ça mettait, je me disais bon ben voilà Limoges, les gens me rassuraient : « ne t'inquiète pas, il n'y a que 3h de route »* ». Une interne regrette : « *Limoges n'était pas du tout un choix, je voulais rester proche de ma famille* ». Enfin une autre participante avoue avoir choisi Limoges par défaut mais parce qu'elle était « *mieux classée dans la promo* » de Limoges (ndlr : par rapport à Rennes) ». Enfin, la situation familiale de l'interne a pu le pousser à prendre « *Limoges par défaut, par amour* ». Mais finalement certains de ces participants admettent que Limoges c'est « *quand même sympa* », une des internes avoue même : « *en fait, au final, pour le moment je m'éclate, je me suis fait des potes* »

III.3.2. L'internat

Pour certains des participants, l'internat a aussi été synonyme de « *premier contact avec la médecine générale* ».

Les internes interrogés étaient soit en « *4^e semestre* » soit en « *5^e semestre* » soit « *en 7^e semestre* ». Les 2 internes en 4^e semestre ont connu « *un semestre en surnombre lié à une grossesse* ». Certains d'entre eux ont choisi de passer des diplômes universitaires : « *j'ai fait un DU de gynéco et Dieu sait que j'aimerais faire de la gynéco en libéral* ». Nous pouvons

retrouver toutes ces informations dans le tableau récapitulatif des caractéristiques de tous les participants aux *focus groups* (tableau 2).

Les internes ont abordé leurs stages effectués : « *je suis actuellement en gériatrie à Saint Junien* », « *J'ai fait la gynéco à Ussel* ». Une interne, d'ailleurs s'est plainte du fait qu'« *on ne nous propose que de la gériatrie* », un autre déclare : « *Il faut que je finisse : je n'ai pas encore fait la pédiatrie-gynéco. Et je me demande ce que je vais faire.... Entre la gynéco et la pédiatrie* »

Enfin durant l'entretien le SASPAS a été souvent évoqué. Certains étaient « *en SASPAS* » au moment des *focus groups*, d'autres souhaitaient « *faire un SASPAS* » : « *je compte faire un SASPAS au semestre prochain, pour finir mon internat de médecine générale* ». Selon certains internes : cela permet de « *prendre un peu confiance* » et « *de confirmer que ça (ndlr : la médecine générale libérale) plaît* », une autre interne avoue vouloir « *faire un SASPAS* » parce que « *je ne me sens pas du tout du tout de faire des remplacements toute seule* ». Un autre des participants affirme « *il y a aussi le côté paperasse pour les MG j'avoue que ce qui me motive pour le SASPAS c'est gérer par exemple les invalidités* ». En revanche une interne affirme : « *Et donc moi je ne veux pas faire de SASPAS* »

III.3.3. Le devenir des internes en post-internat

Beaucoup d'internes avouent avoir des difficultés à « *se projeter sur le post-internat* »

Ainsi la quasi-totalité des internes interrogés désire « *effectuer des remplacements* » dans un premier temps pour « *se faire la main* », « *se donner du temps* ». Les raisons évoquées sont diverses : pour certains cela permet de « *tester la région* » dans laquelle ils pourraient « *s'installer ultérieurement* », « *de voir plusieurs endroits* », pour d'autres cela permet de définir « *son mode de fonctionnement* » ou encore de « *rencontrer différents confrères qui pourraient devenir peut-être des futurs collègues, des futurs collaborateurs* ». Nombreux sont ceux qui ont insisté sur le fait que les remplacements étaient une sorte de parcours initiatique au bout duquel le jeune médecin généraliste se construit, car les remplacements permettent « *de voir comment les autres fonctionnent et de s'inspirer un peu de ça pour faire sa propre médecine après* », « *d'avoir un aperçu de ce que donnerait (leur) cabinet* », « *le remplacement permet de découvrir quelle pratique on préfère, quels patients on veut ou pas et quel cabinet on veut* ». Un interne déclare : « *je me vois comme quelqu'un qui ne sait pas encore ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas* ». Pour certains, les remplacements offrent « *plus de liberté* » que quand on s'installe puisque cela permet de choisir « *quand on veut travailler, quand on ne veut pas travailler* », de ne pas avoir « *tout ce qui est garde de nuit, permanence des soins* ». Néanmoins une des internes nuance cette notion de liberté : « *Je voulais dire par rapport au remplacement : liberté toute théorique hein ? Tout dépend des médecins qui ont des disponibilités à donner alors les ¾ du temps ce sont les vacances. La disponibilité du remplaçant est à l'inverse de celle des autres. Donc, par exemple, des*

remplaçants qui ont une vie de famille. La vie de famille, les vacances, les enfants bah ils sont coincés ils remplacent. Donc ça c'est une liberté qui n'est pas si libre que ça : on est tributaire de ce qu'on nous offre ». Par ailleurs, ils affirment vouloir temporiser avant leur installation car celle-ci représente « *un sacré fil à la patte* », un des participants trouve que « *c'est un sacré investissement* » et affirme : « *c'est comme acheter une maison, se marier, s'installer c'est pareil, moi je le mets à ce niveau-là* ». Cette notion d'engagement est revenue de façon récurrente dans les entretiens : nous l'évoquerons plus longuement dans la partie concernant les freins à l'installation en libéral. Pour beaucoup de participants, « *les remplacements vont durer un temps qui sera pour le moment indéfini* », un des futurs médecins généralistes estime qu'« *on peut se projeter peut-être dans les 5 ans avec les remplacements* ». Un interne affirme : « *Je ne sais pas encore quand je vais m'installer mais je sais qu'en tous les cas je ne m'installerai pas tout de suite* »

Certains participants sont encore indécis : « *je voudrais m'installer c'est sûr après je ne sais pas si je vais m'installer tout de suite après la fin de mon internat* ».

Au final sur les trois *focus group*, seule une interne a affirmé : « *Moi j'ai hâte de m'installer* »

III.3.4. L'installation

III.3.4.1 Les atouts de l'activité libérale

Nous avons demandé aux internes de nous donner les atouts de la médecine générale libérale, selon eux.

La médecine générale libérale permet « *une pratique très polyvalente* » avec un « *suivi des patients, dans la globalité* ». Le médecin généraliste a un rôle dans la « *coordination* » des soins de son patient. Ainsi il a la possibilité de « *bien connaître le patient, de savoir tout ce qui lui est arrivé et son parcours* ». La médecine libérale offre la possibilité de ne « *jamais s'ennuyer* » du fait de la « *diversité de la pratique* », un des participants l'affirme clairement : « *Et qu'est-ce qui m'inciterait à rester en libéral ? Ben justement c'est varié* ». « *Il y a possibilité de faire pas mal de choses à côté, en parallèle de la médecine générale* ».

Les internes avouent apprécier « *l'autonomie* » dont bénéficie le médecin généraliste, il est « *seul à prendre ses initiatives, [...] ses décisions* ». Ainsi le médecin généraliste « *peut s'en vouloir qu'à lui-même quand il fait une erreur mais peut être content de lui quand il fait quelque chose de bien* »

Les participants ont beaucoup insisté sur « *la relation patient-médecin traitant* ». L'important pour beaucoup d'entre eux est d'avoir « *vraiment un relationnel avec le patient [...] quelque chose de fort qui se passe avec le patient* ». Le médecin est vu comme un

« confident », il partage « une intimité » avec le patient notamment lors « des visites à domicile ». Au final, ces médecins généralistes en devenir vont chercher à créer « des relations de confiance » avec leurs patients et un des internes pense que si « le patient revient c'est parce qu'il est satisfait ». Un interne décrit cela : « Toutes les relations avec les patients qui sont quand même, on le voit, assez particulières, assez fusionnelles, vraiment la relation patient-médecin traitant, je trouve, est très intéressante. », un autre explique : « j'ai besoin de parler, j'ai besoin d'être en lien avec les patients, qu'on soit liés ». La notion de « suivi » en médecine générale aide bien sûr à établir cette relation de confiance selon les participants. Ce qu'ils apprécient dans cette spécialité exercée en libérale c'est « le fait de se projeter sur du long terme avec les patients, les familles », « de prendre en charge un enfant qu'on va voir grandir », « de voir l'évolution des gens, dans leurs maladies successives, le décès du conjoint, la naissance du fils enfin je trouve cela fabuleux dans l'activité de médecine générale » pour résumer : c'est l'image que se font la plupart des participants du « médecin de famille ». Enfin beaucoup de participants affirment que « la patientèle ressemble au médecin », ils pensent qu' « en fonction de notre personnalité et de la façon dont on travaille, ça va se sélectionner tout seul (ndlr : la patientèle) ».

La notion de « liberté en libéral » est ressortie lors des entretiens. Tout d'abord la liberté « de travailler et d'avoir notre propre façon de travailler », « choisir sa pratique » de l'art médical et de faire « une médecine qui nous ressemble ». Le fait de pouvoir exercer en toute « indépendance », « d'être son propre patron » et donc « ne pas avoir à se référer à une hiérarchie, pareil, qui est sur notre dos, qui attend des comptes ». Le libéral offre aux internes la possibilité d'avoir une activité variée : « Vous faites le DU de gynéco, vous pouvez faire un peu de gynéco, vous organisez les plages horaires ». La liberté de « choisir son emploi du temps » est un atout du libéral, il permet de « pouvoir s'organiser comme on veut » un interne affirme : « si je veux prendre un après-midi je le prends », le libéral offre la possibilité de « pouvoir gérer ses horaires comme on l'entend », chaque médecin peut décider de façon indépendante de faire « 50h ou 100h par semaine ». Les internes ont beaucoup insisté sur la compatibilité avec une vie de famille : « je ne travaille pas le mercredi parce que je m'occupe de la famille ». Enfin la médecine générale offre la possibilité « de pouvoir nous installer où on veut ».

Un autre atout de la médecine générale libérale qui a été évoqué est la possibilité de « choisir avec qui on travaille », la possibilité de « créer son propre réseau avec des collaborations avec des spé, des confrères ». Une des internes témoigne de la bonne entente qu'elle a pu constater entre les médecins d'un même secteur durant un de ses stages : « je trouve que les médecins généralistes entre eux dans le coin là-bas, il y a une bonne entente aussi ». Il est donc « important de se faire un réseau » cela fait que la notion de solitude du médecin généraliste installé en libéral est toute relative : « ils travaillent entre 4 murs certes, dans un bureau où ils sont tout seul mais non, je n'ai pas peur de me sentir seule car je ne pense pas qu'on le soit en fait ».

Enfin l'aspect socio-économique a été abordé. Un des internes constate : « On peut aller n'importe où, on aura du travail ». Par ailleurs, « l'aspect financier a quand même son importance », selon certains internes interrogés « on gagne plus en médecine libérale ».

III.3.4.2 Les freins à l'installation en libéral

Selon des participants, le libéral « *n'est pas un monde de liberté* », un des participants pense « *qu'on est encore moins libres qu'à l'hôpital* », une des internes avoue que « *la liberté qu'on s'est dite aux choix de l'internat on s'est dit voilà la médecine générale c'est la liberté et en fait j'ai été déçue sur ce point-là parce que je trouve qu'on est encore beaucoup moins libres* »

L'installation en libéral est « *un véritable fil à la patte* », « *quand on s'installe, on s'installe, on ne peut pas claquer des doigts et partir, claquer la porte* », une interne souligne : « *Parce que c'est bien beau de s'installer, ça va être facile, mais si jamais ça ne nous convient pas, pour partir, ça va être hyper compliqué* », « *L'installation, c'est un projet à long terme, ce n'est pas pour 2 ans après dire « ce n'est pas ça qui me plaît. » Et tout envoyer en l'air* ». Selon un interne, « *c'est un sacré investissement c'est comme acheter une maison, se marier, s'installer c'est pareil, moi je le mets à ce niveau-là* ». Un interne affirme « *je n'ai pas envie de me coincer dans un endroit* ». Un des participants pense « *qu'il faudrait adapter la profession de médecin généraliste à nos sociétés modernes qui bougent plus et donc permettre au médecin généraliste de bouger plus* »

« *L'exigence des patients* » et la peur « *de se faire bouffer par les patients* » sont souvent évoqués, un des internes affirme : « *on dépend de ses patients* », une autre participante s'emporte : « *on fait ce qu'ils veulent parce qu'ils nous font chier, et qu'on en a marre, à un moment, de négocier, d'essayer de leur expliquer des trucs, ils ne comprennent rien* », une interne constate qu' « *au final les horaires sont aussi imposés par les besoins de la patientèle* » et un interne affirme qu' « *on sait que si on est dans un milieu un peu rural et qu'il y a beaucoup de demandes c'est difficile de dire non* ». « *La médecine libérale prenante* » ainsi que la peur de « *ne pas réussir à freiner sur les amplitudes horaires* » sont évoquées par les futurs médecins généralistes. Un des internes avoue que pour lui « *c'est l'usine quoi, toutes les 15 min clac, clac, clac et toujours à courir après le temps, à courir, à courir, et on a toujours l'heure à regarder, oh là là j'ai 15 min, 20 min, 25 min, et le retard s'accumule, c'est tous les jours, tous les jours, tac, tac* » un autre interne s'alarme « *il faut travailler plus et limite se prostituer* ». Un autre enfin constate « *ils ne gèrent plus rien du tout : ni leurs horaires, ni leurs vacances, ni rien du tout* »

« *La peur de l'erreur* » et « *le doute* » sont des freins qui ont été évoqués tout comme la « *peur de faire du mal à un patient alors qu'on pensait bien faire* », un des participants avoue : « *c'est assez flippant et même je le mettrai en 1^{er} d'ailleurs* ». Un des internes affirme « *qu'on devient responsable* » en s'installant en libéral et que « *c'est une maturation personnelle* ».

L' « *image du médecin généraliste seul* » est « *un frein majeur* ». Certains internes ont « *peur de ne pas avoir quelqu'un derrière soi pour nous indiquer, nous aiguiller* » et évoquent « *la peur de l'autonomie* ». Un des participants avoue « *des fois on doit prendre des décisions difficiles, et on ne serait pas contre prendre l'avis d'une autre personne* ».

Ensuite « *l'aspect financier* » a été abordé. Le fait de « *ne pas trop savoir ce que ça va devenir au niveau rémunération* » « *inquiète* » les internes. Une des participantes affirme « *le tiers payant ? Tu vas voir si tu n'as pas le nez tout le temps dans tes dossiers pour voir si les mutuelles ont été payées* ». Par ailleurs, une interne avoue ressentir « *une certaine appréhension* » pour s'installer car « *budgétairement parlant il faut faire des démarches à la banque* ». Enfin les internes ont évoqué « *toutes les charges qui incombent aux professions libérales* » « *qui coûtent de l'argent* », une interne raconte « *je ne compte plus les courriers d'URSSAF que je reçois, de la CARMF, de la CFE, ça va même jusqu'à la musique dans la salle d'attente* ».

Puis ont été évoquées « *les contraintes administratives* », « *le côté paperasse de la médecine générale* ». Une interne avoue « *ce qui me ferait peur surtout, ce n'est pas vraiment le côté médical bizarrement, c'est qu'en fait j'ai l'impression que c'est de la gestion d'entreprise* » et un autre reprend « *on ne nous a pas appris à gérer une entreprise. Tout ce qui est administratif, papiers, moi c'est ce qui me fait le plus peur* ». Un interne regrette : « *On se demande à quoi ça sert d'avoir fait autant d'études, d'avoir une vision scientifique aussi poussée pour se retrouver à faire des tâches qui ne sont pas du domaine médical* ». Un interne affirme : « *Personnellement la comptabilité de mon futur cabinet, association, ou autre je n'y toucherai pas, je n'y comprends rien, c'est très spécifique : il faut faire gaffe à ça, telle chose est déductible, ça non...* ». Les internes pensent que le médecin généraliste est « *trop dépendant des administrations* ».

Ensuite les internes ont abordé « *les cotisations sociales et la protection sociale* ». Un « *des freins du libéral* » est « *au niveau social* ». Les internes regrettent « *l'absence de sécurité de l'emploi* », le fait de « *ne pas avoir de congés payés* », que « *les couvertures maternités et santé soient déplorables* ». Une interne résume « *on veut avoir un enfant c'est la galère, voilà on est malade c'est la galère, la retraite c'est la galère* »

« *La formation médicale continue* » a été évoquée. Lorsqu'on est médecin « *il faut toujours se mettre à jour, ça c'est assez complexe* » or « *la formation médicale continue est beaucoup plus difficile en médecine rurale, enfin, dans nos campagnes qu'à l'hôpital* », « *il faut se bouger les fesses pour aller aux conférences et quand on finit à 22h, aller aux conférences à perpète* ». Un interne avoue avoir constaté durant ses stages que « *Les 3 praticiens chez qui j'étais, ils étaient formidables et je pense que je n'arriverai peut-être jamais à leurs chevilles mais c'est vrai qu'ils n'étaient pas à jour* » et a « *eu peur un peu de l'enkystement mais c'est une idée reçue probablement mais... qui peut parfois être réelle chez certains* »

Enfin, certains internes pensent que le libéral « *peut ne pas être en adéquation avec la vie de famille* ». Une interne affirme « *t'as pas envie de passer ta soirée jusqu'à 21h et rentrer, ton gosse est couché et partir avant qu'il ne soit levé* ». Un interne évoque « *la difficulté de gérer un cabinet tout seul, finir ses consultations à 21h, enchaîner avec le gamin derrière.* » et une autre interne lui répond « *T'enchaînes pas avec ton gamin à 21h, il dort de toute façon. Tu ne le vois pas le soir* ». Un participant affirme « *J'ai envie de voir grandir mes enfants.* »

III.3.4.3 La convivialité dans l'exercice libéral par rapport au milieu hospitalier

« *Entre les médecins généralistes, il y a une bonne entente* », la notion de « *convivialité* » a été abordée par les futurs médecins généralistes contrairement à l'hôpital où « *les chefs ont l'air de ne pas bien s'entendre* » et où « *il y a souvent des discordes* ». En libéral il est possible de « *se créer son propre réseau de collaboration avec des spé, des confrères* », de « *choisir avec qui on travaille* ». Les internes ont évoqué la possibilité « *s'il y a un problème de discuter avec ses confrères, voir ce qu'ils en pensent* » et d'avoir « *quelqu'un qui puisse faire le relais quand on a un empêchement* » pour « *les médecins travaillant en groupe* ». Une des internes a partagé ce qu'elle a constaté dans un cabinet de groupe : « *De 8h à 8h30, ils sont ensemble, ils prennent le café, ils parlent, c'est souvent qu'ils parlent de patients* ». Enfin une interne affirme « *qu'on a un réseau assez facilement de spécialistes à qui on peut se référer* »

Par opposition les internes ont affirmé que « *dans le milieu hospitalier, il y a un rapport hiérarchique* », qu' « *on est soumis à des budgets, à l'autorité d'un chef* ». Au moins, en libéral, le médecin « *n'a plus forcément de compte à rendre* ». Un des participants avoue « *il suffit qu'il y ait une tête qui ne nous revienne pas dans le service pour que ça pourrisse toute l'aile et voilà* » et une autre affirme « *qu'il ne faut pas dire ce qu'on pense* ». Pour conclure une interne déclare « *ces stages hospitaliers je n'aimais pas trop, je ne me sentais pas bien, comme étrangère* » et une autre confesse : « *A l'hôpital, je me suis toujours sentie un peu étrangère entre les chefs qui ont l'air de ne pas bien s'entendre* ».

III.3.4.4 Les facteurs psychologiques en lien avec une installation en libéral

Le nouveau médecin généraliste doit « *se faire une place* » lorsqu'il s'installe. Pour les participants, il faut « *travailler plus* », au risque d' « *être bouffé par la patientèle et de finir à des horaires pas possible* » car « *il faut faire en fonction de leurs patients et de leurs impératifs* ». Une des internes affirme avec fatalisme « *Je me doute bien qu'il y a beaucoup de médecins qui ne souhaitent plus rester jusqu'à 23h, c'est sûrement qu'ils ne peuvent pas faire autrement* » une autre affirme : « *ils ne gèrent plus rien du tout : ni leurs horaires, ni leurs vacances, ni rien du tout* ». Un interne résume une journée « *on a vu défiler des patients et couru après le temps...* » Ceci engendre une « *certaine appréhension de s'installer* » chez les futurs médecins généralistes. La notion de « *dépendance aux patients* » a donc de nouveau été abordée.

Une des internes avoue qu'elle a « *beaucoup de mal avec le regard des autres, notamment sur mes compétences* » et que le libéral lui permet de « *s'en affranchir* ». Un des internes déclare : « *on se dit qu'on peut s'en vouloir qu'à soi-même quand on fait une erreur et on peut être content de soi quand on fait quelque chose de bien* ». Pour d'autre « *la responsabilité c'est impressionnant, quand on se dit qu'on va s'installer* », « *le doute et la peur de l'erreur* » ont souvent été évoqués par les internes : « *c'est assez flippant et même je le mettrai en premier d'ailleurs, peur de l'erreur.* » De plus « *le fait d'être seul, ça peut faire un peu peur* » mais une interne nuance en disant « *c'est important de se faire un réseau* ».

Un des futurs médecins généralistes évoque une expérience : « *j'ai fait seul, pas de secrétariat, répondre au téléphone* ». Ceci a « *été source de stress* »

Un des participants a évoqué « *une réticence théorique du paiement à l'acte* » car « *au final plus les gens sont malades plus on gagne d'argent* » mais il pense qu'« *on s'achemine sûrement vers une transition entre un paiement à l'acte et de plus en plus dans les forfaits.* »

Mais la plupart des participants se dit « *content de faire une médecine qui nous ressemble* »

III.3.4.5 Les exercices complémentaires à la médecine générale

« *En parallèle de la médecine générale, il y a possibilité de faire pas mal de choses à côté* ». Une interne affirme « *j'ai fait un DU de gynéco et Dieu sait que j'aimerais faire de la gynéco en libéral* », les participants pensent que c'est « *bien d'avoir une activité mixte* ». Une des internes raconte : « *oui c'était gynéco que je voulais faire* » mais ne l'ayant pas eu à l'ECN elle explique : « *on peut quand même rattraper facilement le versant au moins gynéco* » et une autre interne d'ajouter : « *Vous faites le DU de gynéco, vous pouvez faire un peu de gynéco* »

III.3.4.6 Le choix du mode d'exercice

« *Avoir une activité salariée* » pourrait tenter certains internes : « *pourquoi pas être dans une maison médicale où j'ai une fiche de paie, je la déclare aux impôts et je me fiche du reste* », un des participants affirme « *s'il y avait un poste de médecin généraliste salarié dans des maisons médicales, même si c'est à 45 min de Limoges, ça ne me gêne pas de dire je le fais pendant 2-3 ans et voilà, j'arrête quand je veux* » pour un interne cela permettrait « *d'adapter la profession de médecin généraliste à nos sociétés modernes qui bougent plus et donc permettre au médecin généraliste de bouger plus* ». Un des internes évoque la possibilité « *de mettre toutes les recettes en commun et voilà, on est une entreprise avec un chiffre d'affaire et on salarie les gens* ». Une des participants affirme : « *je n'ai pas choisi la MG pour le côté libéral* »

Contrairement à d'autres internes qui « *préfèrent le libéral* » car « *on a notre petite sauce* » et « *on n'a pas à avoir forcément de compte à rendre* » ce qui permet de « *faire un exercice qui nous ressemble plus quoi.* » De plus « *l'aspect financier* » « *par rapport au salariat* » a été abordé : « *financièrement, on gagne plus en médecine libérale* »

Enfin quid « *de pratiquer en rural plutôt qu'en urbain* » ? Un participant affirme qu'il « *aime bien le milieu rural* ». Un des futurs médecins généralistes avoue « *mon mode d'exercice préféré est quand même plus le rural que l'urbain* » un autre renchérit « *Je préfère aussi la population en rural* ».

III.3.4.7 Le choix du mode d'installation

Une interne hésite : « *Je ne sais pas si je veux exercer dans un cabinet, seule ou dans une maison de santé* », selon une autre « *m'installer seule dans mon cabinet, ne m'effraie pas* ». Pour un autre, au contraire : « *L'exercice tout seul, je ne le conçois pas du tout* ». Un interne déclare : « *les médecins installés tout seul, il faut gérer la secrétaire, vraiment trop de choses* ». Les internes pensent que « *l'intérêt d'être en groupe, que ce soit homme ou femme, c'est de pouvoir trouver du temps pour sa famille, pour ses loisirs, d'avoir des plages horaires qu'on décide d'aménager comme on veut* ». Un autre interne affirme « *Que ce soient des maisons de santé en salariat, des maisons médicales, ou des maisons pluri disciplinaires avec beaucoup de spécialités, du personnel paramédical je pense que c'est là-dedans qu'on va se positionner* » car « *l'exercice avec un médecin seul, en pleine campagne à 1h d'une grosse ville, ce n'est plus d'actualité à l'heure actuelle pour nous* ». Un des participants affirme : « *je ne pense pas qu'on soit nombreux à vouloir poser notre plaque tout seul dans un cabinet.* » S'installer en groupe permet « *de partager les frais d'un cabinet : secrétaire etc...* », de « *pouvoir échanger sur des pratiques ou sur des prises en charge* », de « *discuter avec ses confrères, voir ce qu'ils en pensent s'il y a un problème* ». De plus, cela permet qu'il y ait « *quelqu'un qui puisse faire le relais quand on a un empêchement* » et « *si on veut partir en vacances, on se met d'accord avec les confrères « ben moi je pars telle semaine » comme ça il y aura toujours quelqu'un au cabinet* ».

Néanmoins une interne affirme : « *je n'ai pas envie de travailler avec des gens avec qui je ne m'entends pas bien.* », une autre interne insiste sur le fait que « *c'est une association sur du long terme et qu'avec qui et où ? C'est super important parce qu'on s'engage sur du très long terme. Et c'est ça qui fait peur mais c'est ça qui est aussi stimulant* ». Enfin une des futurs médecins généralistes a partagé son expérience : « *je me rends compte que c'est ingérable, on n'arrive pas à se mettre d'accord [...] on n'arrive pas à se mettre d'accord, on fait des réunions pour ne rien décider* » et conclut : « *je vais être toute seule et à l'origine c'est ce que je ne voulais pas* »

Par ailleurs, les internes constatent que « *les maisons médicales se développent pas mal* ». Un des futurs médecins généralistes pense que « *le fait de faire des espèces de centres de santé où justement il peut se développer un réseau, ça peut favoriser l'installation* ». « *Le fait de travailler en groupe avec les IDE qui ne font que passer dans le cabinet mais qui sont quand même présentes, d'avoir les kinés à proximité, tout en restant dans du libéral, où on louerait juste le local, où on aurait notre structure à nous, c'est quand même très agréable* ». Un des internes s'enthousiasme « *il y a peut-être une maison de santé qui va se créer vers chez moi, ce serait génial* ». Mais une des internes nuance tout cela : « *c'est qu'une fois que t'es dans la maison médicale par contre, là, tu n'es pas libre du tout. C'est-à-dire qu'ils vont t'imposer tel chiffre d'affaire, ils vont t'imposer tant de jours de vacances par an, pour le coup t'as l'impression que t'es libre mais t'as un patron...* »

III.3.4.8 Le choix du lieu d'installation

Si certains des internes prévoient « *une installation future en Limousin* » d'autres affirment que « *ce ne sera pas en Limousin, c'est sûr* » tandis que pour certains « *ça dépendra* » comme le dit ce participant « *je ne sais pas encore où je m'installerai définitivement* ». En tout cas « *l'avantage du libéral c'est qu'on a la chance de pouvoir nous installer où on veut* »

Concernant ceux qui « *ne compte(nt) pas (s)'installer en Limousin* », un interne avoue : « *j'ai prévu de partir après mon internat en Dordogne* », un autre souhaite « *s'installer dans l'Aveyron* » car elle est « *tombée amoureuse, c'est chouette* » tandis qu'un autre opterait pour « *la Charente* », une participante souhaite s'installer dans le « *quart sud-ouest* » pour « *redescendre un peu au soleil* » et explique « *j'ai mes origines là-bas et que je me suis rendue compte que même si c'est vrai que la région (ndlr : le Limousin) est sympa, mon sud me manque* ». Un des participants « *compte revenir sur la région toulousaine parce que c'est chez moi et ça a toujours été mon projet, que j'ai ma conjointe là-bas* », un autre affirme « *Moi, je vais repartir sur Poitiers* ». Une des futurs médecins généralistes déclare « *J'aimerais à la base me rapprocher plus de mes parents en Auvergne* » tandis qu'un autre souhaiterait s'installer « *pas forcément Bordeaux même mais dans la région du bordelais* ». Enfin un interne affirme : « *j'ai plus d'attaches à Bordeaux qui font que oui, j'aurais plutôt tendance à revenir dans cette région-là à l'issue de l'internat*»

Certains internes avouent « *ne pas savoir à l'heure actuelle* » où ils s'installeront. « *Je ne sais pas encore où je m'installerai définitivement* ». Une des participantes explique : « *j'hésite entre la Corrèze et la Dordogne [...], les freins à la Corrèze c'est que toute ma famille, tous mes amis sont soit sur la Dordogne soit sur Bordeaux* ». Une autre interne pense que ce sera « *le Limousin ou limitrophe limousin que ce soit la Dordogne, la Charente* ». Beaucoup d'internes affirment que cela sera « *en fonction des conditions familiales bien sûr et du conjoint pour décider ensemble et dans les meilleures conditions* » car « *ce sont des choix de vie, qui nous impactent nous et toute la famille* » mais nous aborderons ce point dans la partie III.3.5 consacré au conjoint. Enfin une des futurs médecins généralistes avoue « *je pensais un peu me rapprocher d'Aix en Provence ou de Montpellier où est ma famille* » mais hésitait « *avec une installation en Limousin* » et que « *finalement le seul frein (ndlr : à s'installer en Limousin) mais qui n'est pas énorme c'est que ma famille est loin* ».

Enfin d'autres internes envisagent « *une installation future en Limousin* ». Un participant revendique : « *Moi je suis limousin pure souche et du coup je vais rester en Limousin* ». Une interne précise « *je me vois même limite m'installer dans cette région-là : La Jonchère, Saint Sulpice Laurière, Ambazac, Saint Pardoux* » tandis qu'une autre affirme « *Moi, ça va être encore plus précis que Limousin, Haute-Vienne : moi s'il y a un endroit où je dois m'installer, ce sera à Saint-Junien* » et enfin une envisage de « *s'installer à Bellac ou dans les environs* ». Une autre participante « *souhaite (s)'installer en Limousin, en Corrèze* ». Une interne affirme « *avoir envie de (s)'installer en Corrèze du fait d'y avoir fait l'internat* ». Une participante avoue : « *j'étais restée pour mon internat parce que je n'avais pas envie de bouger, c'était chez moi donc c'est dans la continuité : une installation future en Limousin* »

III.3.5. Le conjoint

Nombreux sont les internes à faire des « *choix par amour* »

III.3.5.1 Son influence sur le choix de la ville d'internat

Lors du choix de la ville, certains internes ont choisi de « *rester sur Limoges par amour* », une interne avoue « *j'ai un peu pris Limoges par défaut, par amour* », une autre participante avoue être restée sur Limoges « *parce qu'en fait mon chéri est de Limoges [...] je me suis dit je vais rester par amour* ». Une autre interne raconte « *mon copain qui a passé l'internat 2 ans avant moi n'avait plus sa spé à Toulouse. Il a dit je vais à Limoges. Alors moi, pour la petite histoire, je viens d'Ariège, alors je ne sais pas si vous savez où c'est – rires- c'est en dessous de Toulouse et après il y a l'Espagne. Donc au-dessus de Montauban moi ça n'existe pas, c'est le nord, Limoges je ne savais pas où c'était... J'ai mis 2 ans puisqu'on avait 2 ans d'écart, j'ai mis 2 ans à me faire à l'idée puisque c'était décidé, voilà, j'allais partir à Limoges* ». Pour un autre interne « *Limoges, c'est un choix évident du fait de ma compagne qui avait un CDI sur Limoges* ». Une autre participante explique « *je voulais partir sur Rennes mais j'étais vraiment à la fin de ma promo [...] en plus, à l'époque, j'avais mon copain qui était ici, et il avait encore un an à faire [...] donc je suis restée sur Limoges* ». Une autre participante affirme « *je suis restée là (ndlr : en Limousin) parce que j'ai ma famille et mon copain* ». Une autre interne avoue avoir choisi « *Limoges à l'internat* » car elle était « *déjà mariée et était dans l'idée d'agrandir [sa] petite famille* ». Une autre interne a fait le « *choix de rester sur Limoges* » car son « *compagnon venait de faire le déplacement Nantes Limoges* ». Une des participantes explique : « *le choix de Limoges en fait c'est tout simplement parce que mon compagnon a passé l'ECN en même temps que moi, n'a pas eu ce qu'il voulait et donc a redoublé sur Limoges et je suis restée pour être avec lui* » tout comme une autre interne : « *mon conjoint devait passer l'ECN l'année suivante et voulait une spécialité donc par amour, je suis restée car j'avais plus de chance d'être avec lui* ». Un interne affirme avoir « *choisi Limoges parce que ma copine est sur Limoges en fait* » et enfin une interne avoue : « *Je voulais m'en aller de Limoges mais c'est mon conjoint qui m'a faite rester sur Limoges* »

III.3.5.2 Son influence sur le choix du lieu d'installation

Comme vu précédemment, le choix du lieu d'installation se fait « *en fonction des conditions familiales bien sûr et du conjoint pour décider ensemble et dans les meilleures conditions.* » En effet, « *il faut prendre en compte les conjoints* » puisque « *ce sont des choix de vie, qui nous impactent nous et toute la famille* ». Les futurs médecins généralistes insistent sur le fait qu'ils sont dans « *l'optique de les prendre en compte* », « *contrairement à l'ancienne population de médecins généralistes où c'était quand même un homme et la femme qui soigne les enfants et fait le secrétariat* ». Les internes sont unanimes pour dire qu'ils vont « *s'installer où notre conjoint va lui aussi pouvoir s'installer* » car « *quand on a des obligations familiales, on trouve le meilleur compromis pour tous les 2* ».

Nombreux internes n'ont « pas d'endroit d'installation » car ça va « un peu dépendre de mon mari », « ma conjointe va sans doute bouger » ce qui représente « un frein à l'installation ». Un interne affirme : « je ne peux pas dire que je veux m'installer en Limousin parce que j'ai une conjointe qui va probablement bouger ». Une participante déclare : « Je ne veux pas m'installer tout de suite, pareil, mon conjoint risque de bouger ». Pour certains, un conjoint « peut remettre en question le projet initial » : « Moi, à la base, c'était une installation en Limousin, en rural... Maintenant il y a un conjoint et comme je ne sais pas où il sera... ». Une des futurs médecins généralistes avoue : « Moi, j'aimerais bien m'installer en Limousin mais ça dépend de mon conjoint ». Une interne déclare : « Bon après, je pense qu'on décidera au même moment de s'installer quelque part et probablement dans la région mais à voir ». Une autre explique : « Je vais commencer à exercer quand mon conjoint lui, bizarrement sera entre guillemets à la retraite et devra faire une reconversion professionnelle. Donc ça dépendra aussi de lui, de ce qu'il va faire plus tard, si lui, il doit être amené à, pour trouver du travail, bouger, il est évident que je bougerai ». Enfin une interne affirme : « J'ai rencontré quelqu'un d'autre, du coup si ça se passe bien je reste si ça ne passe pas, je pars [...] je m'en fous de m'installer en Limousin ou ailleurs même si c'est un désert, du moment que je suis avec la personne que j'aime j'y reste [...] si ça se passe bien avec cette personne-là, alors oui, je reste dans le Limousin ».

Pour d'autres internes, la situation du conjoint a d'ores et déjà « défini le projet d'installation » : « on doit aller s'installer dans l'Aveyron. Du coup voilà, c'est un peu acté. Pourquoi l'Aveyron ? Parce que lui est aveyronnais, et les aveyronnais sont attachés à leur terre. Et parce qu'il est dans l'idée de reprendre le cabinet de son papa. » Un des participants affirme « je compte revenir sur la région toulousaine parce que c'est chez moi et ça a toujours été mon projet, que j'ai ma conjointe là-bas », un autre : « ma femme travaille sur Limoges, donc je n'ai pas trop le choix non plus de bouger, c'est plus compliqué de bouger » et enfin un autre ajoute « ma femme a aussi sa famille là-bas, à côté de Poitiers, elle est assez proche de ses parents ». Pour une des futurs médecins généralistes le choix est fait : « oui oui, vu que mon mari est agriculteur à Bellac »

« Un des gros freins pour l'installation » est le fait qu'il n'y ait « pas de travail pour le conjoint » nombreux sont les internes à avoir abordé ce point-là. En effet, « les gens ne peuvent pas venir s'installer à la campagne puisqu'il n'y a pas de travail » ou si le conjoint « doit faire 100 bornes pour aller travailler ». Ainsi « vivre totalement en campagne devient compliqué avec un conjoint, selon sa profession ». Un interne affirme « on veut bien s'installer, oui mais notre conjoint, est-ce qu'il va pouvoir rester, est-ce qu'il va trouver du travail ? » Force est de constater que « certains médecins repartent car le conjoint n'a pas trouvé de travail ». Une interne explique : « ça va dépendre aussi d'où mon compagnon va trouver un poste, s'il trouve un poste à l'hôpital en Corrèze ben on reste en Corrèze sinon ben on partira en Dordogne »

III.3.6. Le Limousin

III.3.6.1 Les points forts du Limousin

Un des principaux points forts du Limousin selon les participants est « *l'immobilier* » car « *il est moins cher* » : « *les loyers ou les prix d'achat des maisons qui sont abordables* ». Le Limousin est une région où « *on devient assez facilement propriétaire* », « *où on peut avoir une bonne maison, un grand terrain. Ce qu'on ne pourrait pas avoir dans d'autres coins* » et « *où c'est facile d'investir dans une maison avec jardin* ». Un interne explique « *Je suis en train de regarder pour m'acheter des trucs, m'acheter un appart et on me dit non mais vous savez vous pouvez même peut-être regarder pour vous acheter une maison. Quel autre interne en France peut s'acheter une maison même tout seul ?* »

Un autre point fort du Limousin est le fait que la région soit « *à taille humaine* ». Ils ont souligné que les villes qui font parties de cette région « *sont des villes à taille humaine* », « *le côté petites villes* ». Un interne décrit « *ce sont des petites bourgades clairsemées, je veux dire ce n'est pas une grosse ville avec des petites villes autour* » ce qui rend « *les rapports plus humains* » un interne raconte : « *les gens m'ont déjà vu et ils sont contents de me revoir soit il n'y a pas d'a priori, pas tiens* « *vous êtes l'apprenti* » »

Puis les internes ont souligné que la région permet « *une bonne qualité de vie* », c'est une région où « *il fait malgré tout bon vivre* ». Un des internes déclare « *Je me dis que quand même on a une qualité de vie qui est géniale* ». Une autre interne explique « *Ensuite sur la vie quotidienne, on a une campagne magnifique, on prend la route, en 5 min on est dans des forêts magnifiques, on peut aller faire notre jogging, aller promener le chien* ». Une autre affirme que « *la vie en Limousin est plus douce que la vie dans certaines grandes villes* ». Enfin un des futurs médecins généralistes avoue « *je me vois mal élever mes enfants en plein centre-ville et pourtant je suis citadin à la base mais en plein centre-ville, en appart... Non... Ça se rapproche du système de valeur qui me plaît* »

Un autre des « *points forts c'est la proximité avec le milieu rural* », « *le côté nature du Limousin* » avec « *une nature qui est magnifique* ». Le Limousin permet « *une vie à la campagne sans pour autant être à des kilomètres de la ville* ». Une interne explique : « *Quand on travaille dans une grande ville, qu'on veut sortir le week-end, qu'on met 3 heures pour sortir de la ville, 3 heures pour trouver un pré où pouvoir s'installer pour pique-niquer parce qu'il y a des clôtures partout parce qu'il y a des gens de la ville qui ont pris les autres prés à côté, qu'on veut être tranquilles. Ce n'est pas possible alors qu'en Limousin, on y est très vite, en 5 min.* », un autre affirme « *la Creuse, c'est la contrée, c'est les petites communes, c'est vert, ça fait plaisir à voir, pour ceux qui aiment les randonnées, voilà, c'est génial* ». Un interne souligne « *il y a plein de choses à faire, plein d'endroits à visiter, de rando à faire* ». Enfin une des participantes s'enthousiasme : « *j'ai des activités, des loisirs, j'ai développé grâce à mon ami des loisirs, des sports qui nécessitent un petit peu de collines, un petit peu de campagne* »

Les « transports » ont été évoqués : une interne affirme « on a quand même des transports qui permettent d'aller ailleurs [...] Lyon c'est une heure, Paris c'est une heure ». Une autre interne souligne qu'un des avantages est le fait « qu'il n'y ait pas d'embouteillage dans les villes et notamment à Limoges »

« Le climat en Limousin » a aussi été abordé : une interne avoue « Depuis qu'on est sur Limoges, il n'a pas neigé, il ne fait pas si froid, je pensais qu'il ferait plus froid ! ». Un participant explique qu'« il y a le climat qui est agréable en Limousin. On a un peu tous les climats : le climat océanique, on n'a pas trop de vent, on n'a pas trop froid, on n'a pas trop de chaud, on est toujours un peu entre les 2. »

Les internes ont constaté que « les gens sont très gentils en Limousin », ce qui permet « plus de relations et d'échanges humains finalement » et plus « de convivialité ». Un interne raconte : « Par rapport au fait que je sois noir et tout, je n'ai pas eu de problème [...] il y a quand même eu cette appréhension là et vraiment les remarques racistes, ce n'est pas les doigts d'une main sur les 3 ans »

« L'attractivité » de la région a été abordée : une des participantes avoue qu'elle « trouve que le Limousin c'est très attractif pour le coup » et qu'elle en est « tombée amoureuse ». Lorsqu'on est en Limousin « la mer n'est pas loin à 2h et la montagne n'est pas loin non plus avec le massif central ». Enfin un interne constate : « Le CSP c'est le seul club français à avoir gagné enfin pas le seul club mais ça fait partie de clubs à avoir gagné la coupe d'Europe. Il y a Brive avec le rugby. Il y a quand même des... Je ne sais pas il y a des trucs qui sont dynamiques »

« Le Limousin c'est petit on pourrait se dire qu'on n'est jamais loin de Limoges ou de Guéret ou de Saint-Junien ou de Brive donc on a quand même des centres médicaux à côté » ainsi « la spécialité qu'on n'a pas forcément à Guéret, par exemple, on l'a à Limoges et ça reste quand même pas très loin » d'autant plus qu'à « Limoges il y a tout ce qu'il faut et c'est une ville qui reste accessible où qu'on soit en Limousin » et que les « hôpitaux périphériques ne sont pas si mal ». Les futurs médecins généralistes ont aussi souligné le fait qu'on puisse avoir « un réseau assez facilement de spécialistes à qui on peut se référer » : « Limoges reste un petit CHU si j'ose dire même si pour avoir les cardio parfois il faut se battre un peu, au final, on arrive quand même à les avoir par exemple ». Un autre interne souligne « C'est quand même un sacré atout de se dire qu'on a des spécialistes-en clinique aussi- qui sont quand même.... Avec qui on peut avoir un dialogue [...] Ce sont des gens jeunes qui sortent du CHU, qui sont expérimentés et en même temps suffisamment jeunes pour se former ce qui fait que c'est agréable de travailler avec eux. »

Par ailleurs, « un des points forts c'est que comme Le Limousin est une région désertée sur le plan médical c'est quand même un confort d'installation, on a moins à courir après la patientèle ». Un interne affirme : « C'est quand même très appréciable de savoir qu'on est attendu là où on va s'installer, en Limousin »

Enfin un des futurs médecins généralistes constate que « *les maisons médicales se développent pas mal en Limousin, c'est un atout* »

III.3.6.2 Les points faibles du Limousin

Un des « *points faibles de Limoges et le Limousin c'est l'image qu'ils ont* ». « *Le Limousin n'a pas une très belle image* ». Entre autre, le Limousin a « *une image « vieillotte », terne, peu dynamique* » avec « *tout le côté péjoratif : limoger, le trou* », « *ce n'est pas glamour, ce n'est pas sexy* ». Une interne explique : « *C'est vrai qu'avant de monter à Limoges on m'a dit : oh là là Limoges ! Directement on dit Creuse ! Elle n'a pas sa bonne réputation la Creuse* ». Une autre avoue : « *Moi quand je suis montée, j'avais dit OK je monte mais je ne mets pas un pied en Creuse [...] Mais je suis en plein dans le cliché* ». Une des participantes raconte « *dans le Sud, on m'a dit « tu vas te faire chier à Limoges, dans le Limousin ! »* » Et ajoute : « *on m'a dit : « A Limoges, tu vas nous ramener la porcelaine, tu vas nous ramener du boudin, tu vas aller voir le basket... Hé oh il y a aussi les putes ! » Ce sont les 4 trucs qu'on m'a dit quand je suis montée là-haut !* ». Un autre participant nous apprend que « *dans le reste de la France il y a un dicton : Le limousin, ça vaut le détour mais ça ne vaut pas le détour pour traverser mais ça vaut le détour pour surtout bien passer au loin...* » ! Un constat est fait : « *Ce n'est même pas sûr qu'ils connaissent franchement la Haute Vienne* » ce à quoi un interne répond : « *Même Limoges, tu sais que c'est vaguement au milieu de la France... Mais moi je ne savais pas, la Haute-Vienne, je n'en avais jamais entendu parler* ». Mais au final « *Le Limousin, c'est une mauvaise image, on ne sait pas trop pourquoi* », un des participants ne s'« *explique pas pourquoi le Limousin a un déficit d'image comme ça* ». Un des futurs médecins généralistes pense qu'« *il y aurait peut-être des choses à dire sur nos hommes politiques des dernières années [...] il y a une grande part de responsabilité politique sur le fait que Limoges et le Limousin aient une mauvaise image* » D'ailleurs une interne constate : « *il y a des gens qui viennent me rendre visite et qui avaient une image complètement pourrie de Limoges avec des a priori débiles en disant c'est nul, il n'y a rien à faire* », un autre ajoute « *Après c'est juste que ça souffre d'une image, d'une mauvaise image mais qui est ancrée... Hormis la porcelaine, ils ne connaissent rien* ». Enfin comme le dit un des participants « *Comme diraient les émissions de radio, le matin, quelles que soient les chaînes, les blagues c'est si toi tu gagnes tu voyages dans les îles à la plage bon ben t'es perdant on t'envoie un billet pour Limoges* ».

De plus, « *le Limousin ce n'est pas très attractif* », « *ce n'est pas très vivant* » voire « *c'est un peu la mort* » ! « *Le Limousin est une région qui n'est pas dynamique du tout* ». « *Quand on veut trouver à faire des trucs, il n'y a pas grand-chose à faire.* » : un interne constate que « *dès qu'on s'éloigne de Limoges, Brive, Tulle, après on passe en seconde classe : Saint-Junien, Saint-Yrieix, Guéret et alors après, en gros, dès qu'on s'éloigne de ces pôles-là, il n'y a plus rien.* ». « *Il n'y a rien autour, il n'y a rien qui est très loin mais rien qui est très près donc ce n'est pas attractif* » : un des participants trouve que « *le gros problème de cette région c'est que oui c'est à 2h de tout mais de rien aussi... Il y a l'A20 mais c'est à peu près tout ce qu'il y a... C'est quand même vachement isolé* » et une interne ajoute : « *plutôt à 3h et s'il n'y a pas de vaches* ». Un des participants constate « *à chaque fois qu'on compare avec des villes ou des régions un peu du même style comme Dijon, moi je connais un peu* ».

Dijon, Tours, c'est quand même pas si... C'est à peu près de la même taille que Limoges mais c'est quand même autre chose comme ville... Il y a beaucoup plus de jeunes, il y a beaucoup plus d'animations, il y a beaucoup plus d'activités, ça bouge plus par rapport à Limoges », « il y a ce que Limoges n'a pas c'est-à-dire le peps ». Un interne conclut « c'est une grosse ville qui n'est pas attractive » et un autre ajoute « Limoges n'envoie pas du rêve... ». Une interne partage son expérience « Quand je suis arrivée, la première année à Limoges, j'arrivais d'Aix-en-Provence, me faire dégager à 19h de la boutique parce qu'ils allaient fermer, tout le monde est allé bouffer, il n'y a personne dans les rues de Limoges ». Une interne affirme : « Moi ça fait 10 ans qu'on fait des études, je n'ai pas envie d'aller m'installer à Faux de la Forêt ou je ne sais pas quoi [...] On n'est pas feignants pour autant quand on dit qu'on veut vivre enfin travailler et vivre, ça ne veut pas dire qu'on ne veut pas travailler. Ça veut dire qu'on veut profiter de ce qu'on a pris, de l'argent qu'on gagne pour... ben vivre comme tout le monde »

« Il ne manquerait pas grand-chose si ce n'est que la localisation géographique », beaucoup de participants soulignent qu'en Limousin « Il n'y a pas la montagne », « il n'y a pas la mer » : « c'est le choix qui reste en dernier parce que c'est au centre peut-être. Il n'y a pas la montagne, il n'y a pas la mer, il n'y a pas le reste, tout ça ». Un des participants explique que « Le point noir pour le Limousin ce sont tous les départements qu'il y a autour, tous les départements limitrophes du Limousin ne sont pas très sexy [...] ce qui peut être un frein c'est la couronne qui est autour de Limoges, enfin, du Limousin : on n'a pas de grosses capitales régionales dans les départements qui nous entourent. C'est un point faible car ça ajoute de l'isolement à l'isolement. » Une des participante a comparé la région à son département : l'Ariège : « Il y a 150 000 habitants dans mon département donc c'est-à-dire autant que Limoges mais ben on est à 40 min du ski, de grosses stations de ski, en 40 min on est à Narbonne, on a la mer, 40 min avec l'autoroute on est à Toulouse, en 2h30 on est à Bordeaux. Ça change tout finalement en fait ça ». Une autre interne aborde « le climat » : « Par contre il y a le temps, non c'est vrai que je l'apprécie plus dans le Sud où je suis quand même ! »

Selon les internes, le Limousin « est une région vieillissante », « il n'y a que des vieux », une interne souligne « que c'est quand même la région la plus vieille, démographiquement, d'Europe je crois » d'où l'image « vieillot » du Limousin. « Il y a un taux de personnes âgées important » et une interne regrette « ce sont des vieux qui habitent loin » et un autre ajoute : « il restera toujours ces papis, mamies qui ne se déplaceront pas au cabinet, ce qui ne facilite pas le travail... » Un interne constate que « le Limousin est une région plus vieillissante, un stockage de personnes âgées : l'endroit n'est pas cher pour des petites retraites » et un autre affirme que « Les ressources financières sont en grande partie absorbées par les personnes âgées pour les EHPAD, leurs fonctionnements donc c'est aussi une problématique parce qu'il y a des sous mais notre population de personnes âgées par rapport aux autres régions de France est plus importante »

Par ailleurs « les transports jouent beaucoup », une interne insiste : « je maintiens que tant qu'on n'a pas un meilleur réseau ferroviaire, ça ne marchera pas ». Un des participants déclare : « Là pour aller à Toulouse, il faut aller à Bordeaux, après Bordeaux, redescendre à Toulouse ou, autre exemple, pour aller à Lyon, il faut aller à Paris, à Paris changer pour faire Paris-Lyon ! ». Enfin une des participantes constate : « Moi quand j'étais à Bordeaux, je n'avais

pas de voiture : en ville avec le tram, les bus, on pouvait aller partout et après avec le train, le co-voiturage, quand je voulais partir »

Un des points faibles souvent évoqué par les participants est « *la désertification des campagnes* », le Limousin étant une « *région rurale* » c'est « *ce qui fait aussi son point faible car les campagnes sont tellement désertées* », « *il y a des campagnes complètement désertées, des coins où c'est mort, il n'y a plus rien* », « *des campagnes qui sont laissées à l'abandon...* » Mais « *comme un peu partout en France malheureusement.* ». Un des participants affirme que « *c'est vraiment un problème politique global de désertification globale du territoire, de nos campagnes* ». « *En fait les gens n'ont pas encore franchi le cap d'aller à la campagne* »

En corollaire avec cette « *désertification des campagnes* », les internes notent que « *les services publics et de proximité dans nos campagnes sont inexistantes* ». Un interne constate que « *c'est quand même difficile d'aller au-delà de 30 min de Limoges parce qu'on arrive dans des villes où il y a quasiment ni école, plus de commerces* », « *pour les coins un peu plus reculés, il faudrait un minimum de service public quand même* ». Un interne se demande : « *Qui veut s'installer dans un endroit où il n'y a pas d'école, où on ne trouvera pas de nounou, on ne trouvera pas un minimum de service public ?* », un autre renchérit : « *Quand on est dans une région où le premier lycée est à 50 km, que La Poste et la gare se situent à 25 km, et que le super U est à 15 km, ça devient vite très compliqué voilà* », un autre affirme « *Il y a une école, il n'y a pas de boulangerie, c'est tout ce qu'il y a : une école et une Poste. Je n'ai pas envie de m'installer là...* ». Une participante déclare : « *Moi ça me paraîtrait difficile de vraiment exercer dans vraiment la campagne, vraiment une campagne très reculée, tout simplement parce que maintenant, je vois bien avec un enfant, il faut une école pas loin, des activités aussi pas loin et des fois ça peut nous demander plusieurs kilomètres* », un autre résume : « *s'il n'y a pas de travail, s'il n'y a pas d'école pour nos enfants à proximité, si les week-ends il n'y a rien à faire à moins de prendre sa voiture et faire des bornes et des bornes, je ne veux pas m'installer dans ce coin-là !* »

Un autre corollaire de la désertification des campagnes est « *le manque de travail pour les compagnons* » : « *Les gens ne peuvent pas venir s'installer à la campagne puisqu'il n'y a pas de travail.* » En effet, « *vivre totalement en campagne devient compliqué avec un conjoint, selon sa profession* », « *le problème c'est que leurs conjoints ne trouvent pas de travail* » et « *les médecins repartent car le conjoint n'a pas trouvé de travail* ». Un des futurs médecins généralistes affirme « *on veut bien s'installer, oui mais notre conjoint, est-ce qu'il va pouvoir rester, est-ce qu'il va trouver du travail ?* » Le gros problème de notre région c'est qu'« *il n'y a pas forcément de travail pour notre conjoint* ». Un interne avance « *Je pense qu'il faut que les élus bossent là-dessus aussi parce que s'il n'y a pas de travail pour notre conjoint, le médecin ne va pas s'installer* ». Mais un autre souligne : « *C'est vrai que ce serait une bonne mesure mais il y a aussi le problème du travail en lui-même. Les communes même avec la meilleure volonté ne peuvent pas trouver.* » Enfin un des participants affirme que « *s'il n'y a pas de travail, on a beau faire tout ce qu'on veut, on a beau construire toutes les maisons médicales, on a beau donner toutes les aides financières qu'on veut, s'il n'y a pas de travail pour le conjoint, je pense que c'est un gros frein pour l'installation* »

« Le problème des déserts médicaux » a ensuite été abordé par les internes en médecine générale. « Le Limousin est une région où parfois le médecin généraliste est très isolé ». « Les médecins partent à la retraite et personne ne veut venir s'installer » donc « comment se projeter d'ici une vingtaine d'années, avec toute une génération qui va partir? » Au final le jeune médecin généraliste prend « une grande responsabilité à s'installer surtout dans ce genre de région, en fait, où ils manquent de médecins ». Une des participants s'inquiète « le Limousin j'adore mais je suis donc à Bellac et ça me fait un peu peur quand les médecins vont partir à la retraite », une autre interne ayant un projet d'installation s'inquiète elle aussi « j'espère que d'autres vont s'installer avec moi parce que sinon c'est vrai que ça va être un peu compliqué ». Une interne affirme que « le problème des déserts médicaux, aujourd'hui c'est que les politiques actuelles c'est « oui vous allez dans telle région pendant 10 ans vous ne paierez pas d'impôts », ces choses-là, nous appâter par le gain, c'est une mauvaise solution »

Les futurs médecins généralistes se sont enfin interrogés sur « le devenir du Limousin dans la grande région », « Est-ce que Limoges va encore garder ce rôle de petite capitale régionale ? », « Est-ce qu'on ne va pas se faire complètement bouffer et devenir la périphérie de Bordeaux ? », un des participants pense « que les choses vont plutôt se recentrer sur Bordeaux ».

III.3.7. Favoriser l'installation en Limousin

Dans un premier temps il a été suggéré de « supprimer l'administratif dans la gestion des cabinets, ça inciterait peut-être plus de manière générale à ouvrir des structures. », un interne ajoute : « si déjà ils allégeaient les administratifs, même dans la gestion des cabinets actuels, ça inciterait peut-être plus, voilà, il y en a qui sont allergiques à l'administratif, à gérer ça. ». Un interne avoue : « J'aimerais bien qu'on me fasse mes papiers administratifs ». Un des participants affirme : « Ce n'est pas une spécificité du Limousin mais s'il était institué en Limousin, ce serait quand même un argument pour qu'on s'installe ! ». Un interne suggère : « pour tout ce qui est administratif dans notre région : qu'on profite que la région soit petite, que le travail se fasse en équipe, qu'ils arrivent à travailler plus collectif [...] Justement parce qu'on a cette chance d'être une petite région, de petits départements, ce n'est pas hyper dur de travailler ensemble. Par exemple la CARSAT, la CARMF ces organismes-là pourraient travailler ensemble »

Il a ensuite été suggéré de « trouver un moyen de se mettre en relation, pour ceux qui veulent s'installer », un outil permettant « de se concerter, se donner des tuyaux entre collègues parce qu'à la faculté on connaît surtout notre promotion mais entre promotions on se connaît peu » alors que finalement « il peut y avoir des gens qui ont des projets assez semblables ». Un interne suggère la création d'« une plate-forme où chacun peut dire moi j'ai fait ça et voir s'il y a des gens qui... pourraient discuter, réagir », ceci « pourraient apporter une motivation supplémentaire pour s'installer dans des endroits. Dans une promo, il peut y avoir une personne qui a un projet similaire. » Un autre participant pense qu'« il faudrait trouver plusieurs jeunes médecins en faisant peut-être de la pub dans la faculté pour qu'il y en ait

plusieurs qui viennent s'installer ensemble ». Une interne parle de son expérience : « *Après par exemple, je me suis faite démarcher pour Sainte-Feyre donc, en Creuse, il n'y a pas très longtemps. Alors on me dit « oui, il y a une maison médicale qui va se monter, un jour », alors il faut être le premier qui y va et on se retrouve tout seul au final et paumé* ».

Il faudrait « *faire des regroupements de médecins* » afin « *qu'il n'y ait pas un médecin dans chaque bled, centraliser dans des villages où il y a un peu d'infrastructures* ». « *Ils pourraient établir des bassins de population en mettant un nombre de médecins pour tel nombre d'habitants et tel bassin* ». « *On prend une zone géographique, on met une maison médicale avec tel nombre de médecins. Dès que le projet est sur les rails, passer des annonces, faire des réunions et dire là on a un projet où il faudrait 5 médecins* ». Un interne affirme « *s'il y a des ébauches de projets, qu'on nous dit là, il y a un local de prévu s'il y a assez de personnes qui arrivent, ça peut nous encourager à nous installer* ».

Les internes sont assez d'accord pour dire que « *Que ce soient des maisons de santé en salariat, des maisons médicales, ou des maisons pluri disciplinaires avec beaucoup de spécialités, du personnel paramédical je pense que c'est là-dedans qu'on va se positionner, dans ce type de structure dans l'avenir* » car « *le fait de travailler en groupe avec les IDE qui ne font que passer dans le cabinet mais qui sont quand même présentes, d'avoir les kinés à proximité, tout en restant dans du libéral, où on louerait juste le local où on aurait notre structure à nous, c'est quand même très agréable* ». Cela peut être « *une des solutions qui fera qu'on s'installera en Limousin* ». « *Le fait de faire des espèces de centres de santé où justement il peut se développer un réseau, ça peut favoriser l'installation* ». « *On prend une zone géographique, on met une maison médicale avec tel nombre de médecins* ». « *Il va falloir que les élus locaux et les politiques fassent ce qu'il faut pour attirer les jeunes en créant des structures* »

En revanche, les internes pensent que « *nous appâter par le gain, c'est une mauvaise solution* », que « *nous faire croire qu'on va gagner plus ou dépenser moins, ça dépend, ça ne marche pas* ». Un des participants pense : « *que même avec des compensations financières, je ne sais pas s'ils arriveront à nous faire installer dans des déserts médicaux* », un autre affirme « *Pour tout l'or du monde, t'aurais envie de t'installer à Faux la Montagne, (rires) non mais c'est vrai, enfin, on me met un tas d'or eh bien je n'irai pas m'installer au fin fond de la Creuse* ». Un participant affirme que « *c'est ça le problème des déserts médicaux aujourd'hui c'est que les politiques actuelles nous disent : « vous allez dans telle région pendant 10 ans vous ne paierez pas d'impôts », enfin, c'est une mauvaise solution...* » Ainsi un des futurs médecins généralistes conclut qu' « *on ne peut pas tout acheter avec du financier.* »

Pour favoriser l'installation en Limousin, « *il faut une politique qui redynamise nos campagnes* », « *redynamiser la population rurale* ». Ceci passe par « *la création des infrastructures* ». « *Il faut qu'il y ait les infrastructures à côté et au minimum une école, le collège, bon tant pis ce n'est pas grave mais l'école on aime bien savoir nos enfants à côté et qu'il y ait une crèche. Et ça c'est vraiment du domaine politique.* » « *Il faut redynamiser les secteurs et permettre une vie de famille relativement agréable* ».

« L'amélioration des transports » est un élément essentiel car « les transports jouent beaucoup ». Une interne affirme « Moi je maintiens que tant qu'on n'a pas un meilleur réseau ferroviaire, ça ne marchera pas [...] si on me dit « voilà, à Limoges avec le TGV t'es à 1h de Toulouse, 1h de Bordeaux, 1h de Lyon et 2h de Paris » euh, ce n'est pareil... ». Un autre des participants affirme qu' « il suffit de construire la 4 voies Limoges-Poitiers, Bellac et tout le secteur de Bellac ça se développe ! On passe de ¾ d'heure à 20 min de Limoges, ça change tout ».

« Il faut créer des emplois », « il faut que les élus bossent là-dessus aussi parce que s'il n'y a pas de travail pour notre conjoint, on ne s'installera pas... », « Il faudrait que les conjoints puissent avoir facilement un travail, que tout soit adapté pour le conjoint au final ». Un interne suggère que « la commune où on s'installe fasse des emplois un peu aidés pour les conjoints ».

Enfin les internes pensent qu' « il faut faire de la pub ! Rompre une image de la région Limousin ». « Il faudrait revaloriser le Limousin et retravailler son image, les politiques devraient vraiment se concentrer là-dessus ». Il faudrait « une politique dynamique, afin de redynamiser la région ».

III.4. Analyse matricielle

En croisant les nœuds obtenus lors de l'analyse descriptive et les données sociodémographiques des participants, nous avons obtenu une matrice. Les chiffres représentent le nombre de références associées un nœud, énoncés par une catégorie d'internes. Pour simplifier la lecture, un code couleur a été appliqué allant du vert au rouge en fonction du nombre de références (vert : le moins de référence, rouge : le plus)

Nous avons réalisé deux tableaux : le premier détaille les différents nœuds, le deuxième les ensembles.

III.4.1. Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Faculté d'externat		Diplôme Universitaire			Situation familiale			Enfant		
	Homme	Femme	Limoges	Autre	Aucun	Gynéco-obstétrique	Autre	Gynéco-obstétrique + autre	Célibataire	En couple	Engagement officiel	Non	Oui
1er stage en libéral pendant l'internat	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Accessibilité des spécialistes	0	6	4	2	3	0	2	1	1	4	1	5	1
Alternance stage et cours temps plein	2	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2	0
Alternance stages le matin-cours l'après-midi	1	7	4	4	3	1	3	1	0	6	2	5	3
Améliorer les transports	1	5	3	3	3	0	1	2	2	4	0	6	0
Amour	0	7	6	1	5	2	0	0	0	6	1	7	0
Appréciation des stages dans des services polyvalents	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Appréciation du stage d'externe chez le praticien	5	3	7	1	4	2	2	0	2	5	1	7	1
Appréciation du stage d'externe chez le praticien rural	1	3	4	0	2	2	0	0	1	3	0	4	0
Appréciation du stage en médecine générale milieu urbain	0	3	2	1	2	1	0	0	0	2	1	3	0
Attraction pour la médecine générale	1	2	2	1	3	0	0	0	1	2	0	3	0
Attractivité du Limousin	2	2	3	1	4	0	0	0	0	3	1	4	0
Autre lieu d'installation	6	12	7	11	12	2	1	3	5	7	6	18	0
Avenir régional	9	1	10	0	4	0	6	0	6	4	0	10	0
Besoin de se construire avant de s'installer	4	0	0	4	0	0	4	0	4	0	0	4	0
Bonne connaissance de son patient en médecine générale	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Bonne entente entre les médecins	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Bonne offre de soins à Limoges	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Choix de la MG par défaut	3	4	4	3	1	1	5	0	2	3	2	4	3
Choix de la spécialité aiguillé par les proches	0	2	2	0	0	1	1	0	1	0	1	2	0
Choix de la ville selon classement ECN	4	1	0	5	2	0	3	0	4	0	1	5	0
Choix de Limoges à l'internat car connaissance de la région	1	1	2	0	1	0	1	0	1	1	0	2	0
Choix de Limoges car originaire du Limousin	0	2	2	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1
Choix de Limoges non par défaut	2	6	7	1	4	2	2	0	0	6	2	5	3
Choix de Limoges par défaut	2	8	3	7	4	4	1	1	2	6	2	9	1
Choix des associés	3	1	2	2	3	0	1	0	1	0	3	3	1
Choix d'être médecin généraliste antérieur au stage praticien d'externe	3	5	6	2	4	4	0	1	0	2	6	6	2

	Sexe		Faculté d'externat		Diplôme Universitaire				Situation familiale			Enfant	
	Homme	Femme	Limoges	Autre	Aucun	Gynéco-obstétrique	Autre	Gynéco-obstétrique + autre	Célibataire	En couple	Engagement officiel	Non	Oui
Choix d'être médecin généraliste antérieur aux ECN	6	13	13	6	9	7	1	3	4	5	10	16	3
Choix non par défaut de la médecine générale	5	16	15	6	9	7	3	2	5	8	8	20	1
Connaissances médicales	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Coordination des soins en médecine générale	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Création d'emplois	4	2	5	1	2	2	2	0	2	3	1	5	1
Création d'infrastructures, de services	1	2	1	2	0	2	1	0	1	2	0	3	0
Cursus	6	16	14	8	10	6	4	2	4	10	8	19	3
Déception pendant le stage d'externe chez le praticien	1	10	8	3	5	3	2	1	1	6	4	10	1
Déception pendant le stage d'externe chez le praticien rural	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Déception pendant le stage d'externe chez le praticien urbain	2	2	3	1	3	1	0	0	0	3	1	4	0
Déception pendant les stages hospitaliers d'externe	1	6	7	0	6	1	0	0	0	5	2	6	1
Défaut des spécialités d'organe, focalisation sur un seul organe	0	3	3	0	0	1	2	0	2	0	1	3	0
Dépendance au patient	4	10	10	3	10	1	3	1	3	9	3	12	1
Désertification des campagnes	4	4	7	1	6	1	1	0	0	3	5	4	4
Désertification médicale	0	8	7	1	5	2	1	0	2	2	4	7	1
Différence de patientèle rural-urbain	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Difficulté à se projeter sur le post internat	3	0	3	0	0	0	3	0	3	0	0	3	0
Difficulté d'accès à certains spécialistes	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Difficulté de gestion en installation solitaire	0	2	0	2	0	1	0	2	0	2	0	2	0
Difficulté de s'installer à plusieurs	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0	3	3	0
Diversité de la médecine générale	1	11	5	7	2	6	2	2	1	4	7	11	1
Doute	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
DU	3	4	5	2	1	1	3	2	4	3	0	7	0
Eloignement des services	1	9	8	2	6	2	1	1	0	9	1	8	2
Eloignement familial	0	3	2	1	1	1	0	1	1	1	1	3	0
Enfants	8	10	11	7	7	5	6	0	3	9	6	14	4
Entraide financière	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0

	Sexe		Faculté d'externat		Diplôme Universitaire				Situation familiale			Enfant	
	Homme	Femme	Limoges	Autre	Aucun	Gynéco-obstétrique	Autre	Gynéco-obstétrique + autre	Célibataire	En couple	Engagement officiel	Non	Oui
Entraide professionnelle	2	3	3	2	3	0	2	0	2	0	3	5	0
Exercice personnalisé	3	9	6	6	4	2	2	4	1	5	6	11	1
Exercice seul	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Facilitation voire suppression des contraintes administratives	3	1	2	2	3	0	1	0	1	1	2	4	0
Facilité de circulation	0	2	1	1	1	0	0	1	0	2	0	2	0
Favoriser le regroupement des médecins	4	2	6	0	6	0	0	0	0	6	0	6	0
FMC	4	4	7	1	3	1	4	0	4	4	0	8	0
Gentillesse des habitants	2	7	3	6	2	1	2	4	2	4	3	9	0
Gériatrie	4	7	7	4	5	0	4	2	4	4	3	11	0
Guichet unique pour l'administratif	0	3	3	0	2	0	1	0	1	2	0	3	0
Gynécologie-obstétrique	1	14	3	12	1	12	1	1	1	9	5	14	1
Hésitation lors du choix de la spécialité	0	6	6	0	3	2	1	0	1	3	2	6	0
Hésitation lors du choix de la ville	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Hésitation quant au lieu d'installation	3	9	8	4	6	4	1	1	0	10	2	11	1
Hésitation quant au mode d'installation	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0
Hiérarchie à l'hôpital	1	2	2	1	3	0	0	0	0	2	1	3	0
Horaires	9	11	13	7	9	5	5	2	6	10	5	19	1
Image	12	21	18	16	12	12	5	10	9	22	4	28	1
Influence de son médecin traitant dans le choix de sa spécialité	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Influence du stage praticien dans le choix de la médecine générale	1	4	4	1	2	2	0	1	1	2	2	4	1
Installation dans son lieu d'origine	4	8	8	4	6	2	4	0	5	5	2	10	2
Installation dans une maison de santé	2	2	4	0	2	1	1	0	1	1	2	4	0
Installation en groupe	5	13	15	3	10	5	3	0	4	10	4	17	1
Installation en Limousin	3	13	15	1	8	4	3	1	3	8	5	14	2
Installation en Limousin car bonne connaissance de la région	0	3	3	0	2	1	0	0	0	3	0	3	0
Installation en Limousin car région de l'internat	3	4	6	1	4	2	0	1	0	4	3	5	2
Installation près de sa famille-amis	3	5	4	4	3	1	3	1	4	3	1	8	0
Installation rapide après l'internat	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Isolement du Limousin	2	3	4	1	2	3	0	0	2	4	0	5	0

	Sexe		Faculté d'externat		Diplôme Universitaire				Situation familiale			Enfant	
	Homme	Femme	Limoges	Autre	Aucun	Gynéco-obstétrique	Autre	Gynéco-obstétrique + autre	Célibataire	En couple	Engagement officiel	Non	Oui
La campagne limousine	2	7	4	5	4	0	2	3	3	2	4	8	1
La liberté en libéral	9	15	12	12	9	7	8	1	7	5	12	20	4
La liberté relative du libéral	5	15	19	0	13	1	6	0	4	15	0	17	2
La sédentarité	11	13	20	4	9	6	8	1	10	12	2	21	3
La solitude	5	4	3	6	2	1	6	0	5	3	1	8	1
Lassitude d'exercer toujours la même spécialité	0	3	2	1	1	1	1	0	2	0	1	3	0
Lassitude vis à vis des stages hospitaliers de spécialité	2	3	2	3	0	1	3	1	3	0	2	5	0
Le climat	3	6	2	4	4	3	1	1	2	3	4	5	4
Le conjoint	14	28	28	13	25	11	3	3	1	23	17	34	7
Le jugement des autres	0	2	2	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0
Le libéral n'est pas une motivation pour être généraliste	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Le réseau de soins	3	6	7	2	4	2	2	1	2	4	3	8	1
Les aides financières à l'installation	3	4	5	2	1	1	3	2	3	4	0	7	0
Les CHR	1	2	3	0	2	1	0	0	0	2	1	3	0
Les MSP	5	9	12	0	12	1	1	0	1	11	2	10	2
Les transports	1	8	5	4	3	0	3	3	4	5	0	9	0
Liberté d'installation	0	2	2	0	0	2	0	0	1	0	1	2	0
L'immobilier	7	13	9	11	7	2	7	4	5	9	6	18	2
Localisation géographique	2	4	0	6	1	2	2	1	3	3	0	6	0
Loisirs nature	1	2	1	2	1	0	1	1	1	1	1	3	0
Manque d'attractivité	7	23	22	8	12	7	7	6	10	21	2	29	2
Manque de poste dans les stages d'externat chez le praticien libéral	2	1	0	3	0	0	3	0	2	0	1	2	1
Manque de travail pour conjoint	3	13	11	5	9	7	0	0	2	9	5	14	1
Mauvaise couverture sociale	2	5	5	2	4	2	0	1	1	3	3	7	0
Mauvaise image de ceux qui choisissent médecine générale à l'internat	0	4	4	0	3	1	0	0	0	3	1	4	0
Médecin de famille	3	1	3	1	2	0	2	0	2	1	1	4	0
Médecine libérale non mise en valeur durant l'externat	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Meilleure rémunération en libéral	4	0	4	0	0	0	4	0	4	0	0	4	0
Mésentente au sein d'un service hospitalier	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Milieu rural	4	9	10	3	7	4	2	0	2	4	7	10	3
Non installation en Limousin	3	2	0	5	3	0	1	1	2	1	2	5	0
Nouvelle grande région	2	1	3	0	1	0	2	0	2	1	0	3	0
Paiement à l'acte	3	0	3	0	3	0	0	0	0	3	0	3	0

	Sexe		Faculté d'externat		Diplôme Universitaire				Situation familiale			Enfant	
	Homme	Femme	Limoges	Autre	Aucun	Gynéco-obstétrique	Autre	Gynéco-obstétrique + autre	Célibataire	En couple	Engagement officiel	Non	Oui
Pas assez de temps passé avec le patient à l'hôpital	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Pas de prise en charge globale dans les spécialités d'organe	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Pas de risque de chômage	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	2	2	0
Pas de souhait d'installation en post internat immédiat	3	12	12	3	8	3	3	1	3	8	4	14	1
Pas de stage d'externat en libéral	3	2	0	5	2	0	3	0	3	0	2	4	1
Patientèle	1	6	2	5	1	1	1	4	1	3	3	7	0
Pédiatrie	0	3	0	3	1	1	0	1	1	1	1	3	0
Peur d'avoir des difficultés à se faire une place	2	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2	0
Peur de la charge de travail	4	10	7	7	4	1	7	2	4	7	3	11	3
Peur de la responsabilité	0	5	5	0	1	2	2	0	4	1	0	5	0
Peur de l'erreur médicale	0	6	0	6	0	5	1	0	0	5	1	5	1
Peur de s'installer au point de vue budgétaire	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Peur en milieu hospitalier de ne pas pouvoir exprimer sa pensée	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Poids de l'administratif	4	10	9	5	6	2	4	2	2	8	4	11	3
Poids des charges	0	5	2	3	2	0	0	3	0	5	0	5	0
Poids du libéral	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Politique	4	11	11	5	10	3	3	1	2	10	3	12	2
Polyvalence	3	0	3	0	1	0	2	0	2	0	1	2	1
Population limousine vieillissante	5	7	9	3	8	2	1	1	2	6	4	12	0
Prise en charge globale	1	4	4	1	1	2	1	1	1	0	4	5	0
Proche(s) exerçant la médecine	1	2	1	2	2	0	0	1	0	1	2	3	0
Projection sur son exercice futur	0	4	4	0	0	4	0	0	0	0	4	4	0
Promouvoir la région Limousin	1	3	1	3	0	0	1	3	1	3	0	3	0
Proximité de sa faculté d'externat	1	2	1	2	2	0	1	0	2	1	0	3	0
Proximité de son département d'origine	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	2	2	0
Proximité des CHR	2	3	1	4	2	1	1	1	0	3	2	4	1
Proximité entre Limoges et le reste du Limousin	2	7	8	0	5	3	1	0	1	5	3	8	0
Proximité familiale	1	6	7	0	4	3	0	0	0	5	2	6	1
Qualité de vie	6	12	9	8	5	1	9	3	7	7	4	14	3
Qualité de vie en libéral	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Quitter sa ville d'externat	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0

	Sexe		Faculté d'externat		Diplôme Universitaire			Situation familiale			Enfant		
	Homme	Femme	Limoges	Autre	Aucun	Gynéco-obstétrique	Autre	Gynéco-obstétrique + autre	Célibataire	En couple	Engagement officiel	Non	Oui
Réalisation d'un stage d'externe chez le praticien libéral	5	14	15	4	8	6	3	2	3	10	6	17	2
Redynamiser le secteur rural	0	3	2	1	2	0	1	0	0	2	1	2	1
Refus au départ de la médecine générale	1	2	2	1	3	0	0	0	1	2	0	3	0
Refus de la spécialité d'organe	2	1	1	2	2	0	1	0	2	0	1	2	1
Refus du choix de la médecine générale au moment de l'ECN	2	5	2	5	0	3	4	0	2	3	2	5	2
Rejet de l'hôpital	2	10	11	1	9	3	0	0	1	7	4	12	0
Relationnel au sein d'un service hospitalier	1	3	3	1	2	1	1	0	1	0	3	4	0
Relationnel avec le patient en libéral	5	14	11	8	8	3	5	3	4	8	7	18	1
Remplacement	4	20	17	7	8	3	9	4	8	8	8	21	3
Rémunération du généraliste en libéral incertaine dans le futur	1	3	1	3	0	0	1	3	1	2	1	2	0
Réseau entre médecins souhaitant s'installer	2	6	7	1	3	4	1	0	1	3	4	8	0
Réserve de patientèle	2	2	3	0	3	0	0	0	0	2	2	2	2
Salariat	4	5	9	0	7	1	1	0	0	8	1	8	1
SASPAS	4	8	8	4	5	5	2	0	3	8	1	12	0
Satisfaction quant au choix de la MG	1	4	2	3	1	2	2	0	1	3	1	4	1
Satisfaction quant au choix de sa ville d'internat	0	5	2	3	2	1	0	2	0	5	0	5	0
Satisfaction quant au stage chez le praticien rural	1	2	3	0	0	2	1	0	2	0	1	3	0
Seul à prendre les décisions	0	5	4	1	4	1	0	0	0	5	0	5	0
Solitude relative en libéral	0	3	0	3	0	0	0	3	0	3	0	3	0
Stage dans une structure d'accueil pour personne défavorisée	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Stage d'externat chez le praticien libéral facultatif	1	2	0	3	0	0	3	0	1	0	2	1	2
Stages hospitaliers durant l'externat hors CHU	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
Stage praticien libéral rural (externat)	3	8	11	0	4	5	2	0	3	6	2	9	2
Stage praticien libéral urbain (externat)	3	10	10	3	6	5	1	1	1	9	3	11	2
Stage semi rural	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Stages hospitaliers appréciés	5	4	4	5	3	2	3	1	3	1	5	9	0
Stages hospitaliers de spécialité	9	16	14	11	7	8	8	2	7	9	9	22	3
Suivi du patient	3	7	7	3	6	0	3	1	4	2	4	10	0
Taille humaine	2	7	3	6	2	0	5	2	3	3	3	7	2
Téléphone	1	2	1	2	0	0	1	2	1	2	0	3	0

	Sexe		Faculté d'externat		Diplôme Universitaire				Situation familiale			Enfant	
	Homme	Femme	Limoges	Autre	Aucun	Gynéco-obstétrique	Autre	Gynéco-obstétrique + autre	Célibataire	En couple	Engagement officiel	Non	Oui
Vie de famille	6	10	8	8	4	2	9	1	8	4	4	13	3
Ville facultaire d'externat	7	16	15	8	10	6	5	2	5	10	8	20	3
Volonté d'être médecin généraliste	9	20	20	9	15	11	1	3	5	10	14	26	3

Figure 18 : Analyse matricielle des nœuds



III.4.2. Analyse matricielle des ensembles

	Sexe		Faculté d'externat		Diplôme universitaire				Situation familiale			Enfant	
	Homme	Femme	Limoges	Autre faculté	Aucun	Gynécologie-obstétrique	Autre	Gynécologie-obstétrique et autre	Célibataire	En couple	Engagement officiel	Non	Oui
Aide à l'installation en Limousin	32	60	64	28	43	14	24	11	24	53	15	85	7
Atout de la médecine générale libérale	49	106	90	65	54	35	45	21	39	55	61	138	17
Atout du Limousin	48	123	108	63	78	28	41	24	35	83	53	148	23
Choix de la spécialité de la médecine générale aux ECN	32	109	87	54	57	50	24	10	27	57	57	127	14
Choix de la ville d'internat	41	86	76	51	54	26	33	14	23	65	39	107	20
Choix du mode d'exercice	48	96	98	46	53	34	43	14	38	62	44	129	15
Convivialité dans le travail (libéral vs hôpital)	12	24	22	14	18	4	9	5	8	13	15	33	3
Devenir post-internat	26	51	52	25	33	13	22	9	27	30	20	71	6
Exercice complémentaire	9	34	18	25	9	17	10	7	9	20	14	41	2
Externat	52	144	123	73	78	61	42	15	39	89	68	170	26
Facteurs psychologiques de l'installation	25	69	52	42	37	16	26	15	22	52	20	87	7
Frein à exercer en libéral	63	126	128	61	78	34	61	16	51	101	37	164	25
Importance du conjoint	26	57	56	27	43	22	14	4	13	42	28	71	12
Internat	26	58	47	37	29	28	20	7	19	43	22	77	7
Le milieu hospitalier	23	63	58	28	37	19	24	6	22	32	32	78	8
Lieu d'installation	60	117	121	56	84	43	38	12	42	80	55	154	23
Mode d'installation	41	69	86	24	55	26	25	4	24	56	30	96	14
Point faible du Limousin	63	146	140	69	93	43	46	27	54	114	41	187	22
Stage praticien libéral externat	20	65	62	23	33	29	18	5	16	40	29	73	12

Figure 19 : Analyse matricielle des ensembles

IV. Analyse et discussion

IV.1. Validité interne

Comme toute étude celle-ci présente des biais que nous avons essayé d'identifier et d'expliquer. En effet comme l'expliquaient Blanchet et Gotman^[61] : « *la reconnaissance d'un biais fondamental n'est pas la marque de l'invalidité de la méthode mais, au contraire, la condition nécessaire pour que cette méthode atteigne un statut scientifique. Une méthode étant précisément caractérisée par la maîtrise des distorsions auxquelles elle soumet les faits* »

Les critères d'inclusion étaient simples. Tous les participants devaient être des internes en médecine générale de la faculté de médecine de Limoges inscrits en DES 3, DES 4, DES 5 et DES 6 souhaitant exercer en libéral. Ceci excluait donc les internes inscrits dans des DESC leur ouvrant une carrière hors médecine générale ou ceux étant sûrs de vouloir exercer à l'hôpital.

On peut mettre en évidence un biais de sélection :

En effet tous les internes qui ont participé à cette étude étaient volontaires. Nous n'avons pas réalisé de tirage au sort pour désigner les participants dans la population étudiée. On peut penser que les internes ayant participé avaient un certain intérêt pour cette étude. De plus, j'ai contacté, par téléphone, des internes de ma promotion pour essayer d'avoir plus de participants, on peut penser que les internes ayant accepté de participer suite à cet appel ont fait cela par « solidarité ».

Par ailleurs les participants des 3 *focus groups* étaient essentiellement de ma promotion. Peu d'internes des promotions supérieures ont répondu. Je n'ai pas la notion de la taille de la population des DES 4-5-6 car seuls ceux qui n'étaient pas thésés étaient concernés par cette étude. Ainsi on peut se poser la question de la représentativité de l'échantillon par rapport à la population étudiée. On note une large participation féminine à mon étude : il y avait 71% de femmes. Or dans ma promotion on compte 64% de femmes. Il y a donc une surreprésentation féminine dans cette étude. Comme toute étude qualitative, les données ne sont pas extrapolables.

Nous pouvons nous interroger sur le choix de la population interrogées. Nous avons vu précédemment que nous souhaitions interroger les DES 2 et les DES 3 or la commission de thèse du DUMG m'avait suggéré d'interroger plutôt les DES 3, 4, 5 et 6. Certains participants des *focus groups* et des personnes extérieures m'ont fait remarquer qu'il était encore trop tôt pour que le projet des internes interrogés soit défini.

Contrairement à une étude quantitative où les étapes d'inclusion et d'analyse sont distinctes dans le temps, en étude qualitative, le recueil de données se poursuit pendant

l'analyse des données afin de définir la saturation des données et l'arrêt des inclusions. On ne calcule pas au préalable de nombre de sujets nécessaires.

Les personnes qui ont répondu qu'elles ne souhaitent pas participer à l'étude ont invoqué les motifs suivants : manque de temps, incompatibilité des dates ou des horaires avec leurs emplois du temps, interne ne vivant plus dans la région.

Il existe éventuellement un biais d'intervention. L'animateur, durant les *focus groups* a pu être amené à intervenir dans les débats, soit pour faire préciser des idées à des intervenants, soit pour reformuler ce qui avait été dit pour confirmer que l'idée exprimée par l'interne était bien comprise ou pour éventuellement recentrer le débat si les participants s'en éloignaient. Le risque pouvait être d'orienter les dialogues selon nos opinions. Mais les interventions de l'animateur ont été très rares.

Il y a des biais d'information :

En effet toutes les données recueillies sont déclaratives ce qui laisse la place à une part de mensonge ou d'omission. Cependant les participants semblaient francs, spontanés lors de leurs interventions.

Le principe des *focus groups* permet de dynamiser les échanges et favoriser les associations d'idées. Chaque étudiant pouvait s'exprimer librement. Mais cela expose à des non-dits par peur du regard des autres, peur du ridicule ou peur d'un jugement par les autres participants d'autant plus que la quasi-totalité des internes se connaissaient puisqu'ils étaient issus de la même promotion. La timidité pouvait être un frein à la participation même si l'animateur, à l'aide des observateurs pouvait interroger un interne n'osant pas participer. Sur les 180 codes ressortis : 64 sont sortis sur les trois groupes, 53 sur deux groupes et 63 sur un seul groupe. Rappelons qu'à l'issue des trois *focus groups* nous étions arrivés à saturation des données c'est-à-dire qu'aucun nouveau code n'a été créé à partir du verbatim du troisième *focus group*.

Lors de la retranscription, le risque d'erreur est non négligeable. Pour éviter cela, trois supports d'enregistrement répartis à différents endroits de la table ronde ont été utilisés afin de limiter les incompréhensions, ou des propos inaudibles. De plus au début de chaque *focus group* nous précisions aux participants l'importance d'énoncer leurs prénoms avant chacune de leurs interventions et de parler clairement et à voix haute. Globalement les participants ont respecté les règles, si un des intervenants oubliait de se nommer, l'animateur citait son prénom. Ainsi la quasi-totalité des propos ont pu être recueillis. Les passages inaudibles sont très rares mais existent. Enfin malgré notre volonté de rester neutres il est possible que nous ayons inconsciemment interprété des propos ou des réflexions des internes.

Il existe un biais d'interprétation :

Nous avons tenté de limiter au maximum ce biais en faisant réaliser le codage des deux premiers *focus groups* par deux investigateurs en aveugle. Lors de la mise en commun de nos codages il y avait une bonne concordance. On a réalisé un codage ouvert afin de s'affranchir des idées reçues, ce qui a permis une interprétation très libre du verbatim. Il faut rappeler que dans une étude qualitative, on fait ressortir des tendances et non pas des données statistiques. Il faut donc étudier avec précaution les données de l'analyse matricielle pour lesquelles les effectifs de certaines catégories pouvaient être minimes. La puissance est donc diminuée. Les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population étudiée.

Une étude est pertinente lorsqu'elle apporte des connaissances ou augmente le degré de confiance accordée à une connaissance déjà établie. Ainsi la pertinence de cette étude semble correcte. D'une part, elle permet d'identifier les raisons du départ des futurs médecins généralistes de la région en identifiant les points faibles de celle-ci et de proposer des solutions pour les inciter à s'installer dans la région. Tout ceci pour lutter contre la désertification médicale qui est un problème grandement d'actualité ! D'autre part, elle permet d'explorer les souhaits d'avenir des internes en médecine générale. Nous avons pu constater que les débats ont été riches et variés durant les *focus groups*. De plus, beaucoup d'internes ayant participé ont demandé à connaître les résultats de l'étude ainsi que des personnes extérieures avec qui j'ai discuté de mon travail de thèse (une responsable de la MSA, la présidente des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants en Limousin, des maîtres des stages, des médecins que je remplace...)

IV.2. Validité externe

A partir des résultats extraits du verbatim certaines idées prépondérantes se dégagent. Elles nous permettront de répondre à notre problématique principale mais aussi de répondre à notre objectif secondaire.

IV.2.1. Le cursus des futurs médecins généralistes

La plupart des participants ont pu faire un stage chez le médecin généraliste, en libéral, durant leur externat. Ce stage représente la seule et unique confrontation au milieu libéral, milieu qui n'est pas mis en valeur durant l'externat. Certains ont pu réaliser un stage en milieu urbain et un en milieu rural, d'autres ont réalisé un stage exclusivement urbain.

Pour de nombreux participants ce stage leur a permis soit de les conforter dans leur attirance pour la médecine générale soit d'éveiller une vocation pour cette spécialité. Celui-ci peut aussi aider l'étudiant à se projeter sur son exercice futur, en effet certains ont souligné

avoir vécu des situations où leur maître de stage avait un rythme de travail « démoniaque », schémas que les étudiants ne souhaitent pas reproduire. Ils ont aussi pu voir s'ils préféraient le milieu urbain ou le milieu rural. Cela peut bien évidemment influencer leur choix de lieu d'installation. Les participants ont pu apprécier les rapports médecin-malade en libéral. Certains internes n'ont pas apprécié leur stage ou d'autres avouent ne pas avoir été marqués par celui-ci. Plusieurs raisons se dégagent : ils ont pu ne pas apprécier la spécialité en soi, d'autres n'ont pas apprécié le lieu de stage, enfin d'autres n'ont pas « accroché » avec leurs maîtres de stage. Ainsi le risque pour certains des internes était de renoncer à la médecine générale car ils n'ont pas apprécié leur stage. D'où la nécessité de savoir prendre du recul, comme l'a souligné un étudiant, quant à la façon d'exercer de leur maître de stage par exemple.

L'externe réalise la plus grande partie de ses stages en milieu hospitalier. Mais ceci peut l'aider à opter pour la médecine générale puisque contrairement aux spécialités d'organes la médecine générale offre une prise en charge globale du patient et la possibilité d'avoir une activité très diversifiée. La lassitude ressentie à la fin des stages a été un constat récurrent fait par les internes interrogés. En début de stage, ils appréciaient la spécialité mais au fil du temps, ils avouaient s'en lasser du fait des redondances. Certains évoquaient aussi la frustration de ne pas savoir ce que devenait le patient lors de sa sortie de l'hôpital ou du changement de service tandis que le médecin généraliste, lui, peut centraliser toutes ces informations. De plus ils évoquaient l'impression de ne pas servir à grand-chose hormis « tenir les murs ». Ils ont aussi souligné que lors de certains stages, ils avaient ressenti une ambiance délétère dans les services. Il existe une certaine rivalité parfois entre les médecins et on peut se retrouver confronté au jugement des autres. De plus, il peut parfois être difficile de s'intégrer dans une équipe soignante. L'ambiance dans un service est très dépendante des collègues avec qui nous travaillons. Ainsi ce constat pousse certains internes à préférer le milieu libéral. Néanmoins, les internes n'ont pas mis en évidence que des points négatifs pour ces stages hospitaliers. En effet ces stages restent formateurs et certains des futurs médecins généralistes avaient une vocation pour certaines de ces spécialités.

Les internes ont regretté l'image négative de la médecine générale qu'ont certains étudiants en médecine, certains spécialistes, mais aussi des personnes extérieures aux études médicales. Premièrement, ils ont regretté que cette spécialité ne soit pas plus mise en valeur durant l'externat. En effet, arrivé au choix des spécialités on demande à des internes de choisir une spécialité qu'ils connaissent peu. Deuxièmement, plusieurs participants ont avoué avoir hésité à prendre médecine générale à l'internat, même si c'était la spécialité qu'ils désiraient du fait des clichés qui circulent : « ah oui, t'as pris médecine générale car tu n'as pas pu prendre autre chose ». Ce qui renvoie une image négative de cette spécialité puisqu'elle serait synonyme d'échec ou de choix par défaut ! Le Dr G. Vieilledent dans son autobiographie *Médecin de campagne, une vie*^[62] fait lui aussi ce constat amer : « *La faculté ne s'interroge pas sur ce qui va advenir de ses étudiants au terme de leur cursus. Pour elle, il n'y a toujours qu'une filière royale : la carrière hospitalière. En dehors de ça, point de salut. Ceux qui atterrissent ailleurs, et particulièrement en milieu rural, doivent faire avec l'idée qu'ils n'existent pas aux yeux de leur propre corps de métier.* »

En 2013, une étude qualitative a été réalisée par C. Chandez et F. Chiron, son objectif était de déterminer les facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale des internes et des jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes ^[63]. Leur travail mettait en évidence, là aussi, que le stage libéral chez le médecin généraliste est un déterminant bénéfique du devenir des externes. Les résultats confirmaient l'apport du premier stage en soins primaires mais aussi l'influence du maître de stage et des lieux de stage. Ils ont aussi mis en évidence que : « *L'effet CHU créait de nombreuses vocations par défaut, par rejet du système connu, d'autant plus que les étudiants se présentent aux ECN sans connaître la médecine générale, comme l'a montré une analyse des cursus de second cycle.* », « *Il était rapporté un effet CHU, c'est-à-dire une « envie d'exercer en libéral » par fuite du fonctionnement hospitalier, « un rejet total de la médecine telle que... en hôpital », pour différentes raisons : la « hiérarchie qui était un petit peu pénible », ne pas « voir juste les gens ponctuellement » et surtout « l'envie d'avoir une vraie relation » »*

Durant leur internat, les internes font un stage praticien en libéral mais ont aussi la possibilité de réaliser un SASPAS. Ce stage est convoité par les futurs médecins généralistes puisqu'il permet de se confronter au milieu libéral de façon « active ». Comme vu précédemment, l'interne assure les consultations seul, il doit gérer des plannings de consultations tout en ayant « un filet » puisqu'il est encadré par ses maîtres de stage. Il permet de prendre confiance en soi, de poursuivre l'apprentissage de certaines démarches administratives (les demandes d'affection longue durée, les congés longue maladie etc...) afin de préparer le devenir post internat. Le Dr T. Piquereau a réalisé une étude sur les motivations des internes en D.E.S de médecine générale à réaliser ou non un SASPAS ^[64] dans les facultés de Rennes et Angers : les résultats rejoignent ce qui est ressorti de ces *focus groups* : « *Le SASPAS semblait en adéquation avec le projet professionnel de plusieurs internes dès lors qu'ils avaient fait le choix de la médecine ambulatoire. Il était perçu comme une transition logique et rassurante vers la pratique.* », « *Il permettait l'acquisition sécurisée des compétences spécifiques de la médecine générale ambulatoire* ». Dans une autre étude : Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale réalisée par S. Munck, S. Massin, P. Hofliger et D. Darmon en 2010 auprès des internes en médecine générale français ^[65], les atouts du SASPAS sont évoqués « *les internes ayant validé le SASPAS sont dans l'ensemble plus conscients des difficultés de soutenir une qualité de pratique exigeante en médecine générale libérale. Ils sont beaucoup plus critiques vis-à-vis des difficultés de l'exercice libéral et plus vigilants sur le contexte de pratique et le mode de vie inhérents* ». D'ailleurs les auteurs en tirent une conclusion : « *Face à ce constat, le SASPAS devrait évoluer vers une plus grande accessibilité et une intensification de l'apprentissage des compétences concernant l'organisation de l'exercice professionnel.* »

IV.2.2. Les ressentis des futurs médecins généralistes vis-à-vis du libéral

Durant les entretiens nous avons pu constater que les internes en médecine générale interrogés avaient un ressenti très ambivalent vis-à-vis de la médecine générale libérale. En effet, on retrouvait pour la quasi-totalité des atouts du libéral, un écho dans les points faibles.

L'autonomie dans le milieu libéral est un atout, le médecin généraliste est seul à prendre ses décisions et des initiatives, il n'a pas de compte à rendre à des supérieurs ou à des collègues contrairement au milieu hospitalier. Il est pleinement responsable de ses actes et en assume lui seul les conséquences... et c'est là que « le bât blesse » puisque cela peut quelque peu effrayer le futur généraliste avec la peur de l'erreur. Les internes ont une image du médecin généraliste seul, isolé et une peur de l'autonomie. En effet lorsque certaines décisions sont délicates à prendre ou si un cas difficile se présente, le jeune médecin généraliste souhaiterait avoir le soutien d'un collègue ou avoir une personne pour l'aiguiller. Afin de pallier cette image, les internes ont souligné l'importance de se constituer un réseau de soins avec des spécialistes qui peuvent aider cette prise de décision. De plus une installation en groupe permet de pouvoir prendre l'avis de ses collègues sous réserve que les relations avec ceux-ci soient bonnes.

Nous retrouvons cette ambivalence dans une étude intitulée La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes menée par V.Dory, D.Pouchain, M-D Beaulieu, D. Pestiaux, B. Gay, G. Rocher, L. Boucher en 2009 menée dans l'université catholique de Louvain (Belgique) et les universités de Créteil et Victor Segalen à Bordeaux ^[66] « *Ils sont tantôt enthousiastes tantôt inquiets face à leur entrée dans une profession riche mais lourde* ». Par ailleurs il est aussi ressorti l'importance du réseau : « *Les participants ont parlé de leurs relations avec leurs confrères généralistes et spécialistes. Globalement, si certains spécialistes leur semblent condescendants, pour la majorité, les spécialistes sont une source privilégiée d'information et d'aide au quotidien.* »

La relation médecin-malade est un autre atout du libéral. Le médecin généraliste a une relation privilégiée avec son patient. Les internes voient le médecin généraliste comme le confident du patient, il partage avec lui une certaine intimité. La notion de suivi du patient est aussi importante. En effet le médecin généraliste est au centre de la prise en charge du patient puisqu'il centralise toutes les données le concernant, il a le rôle de coordinateur des soins. De plus le médecin généraliste peut se projeter sur du long terme avec un patient, il va l'accompagner sur son chemin de vie. Le généraliste va prendre en charge un enfant qu'il va voir grandir et il suivra peut être les enfants de celui-ci, d'où la notion de médecin de famille chère aux yeux des futurs médecins généralistes. Mais là encore, leur sentiment est ambivalent. Car certes il y a l'atout de cette relation privilégiée avec les patients mais il existe aussi la peur d'être dépendant du patient. Les patients sont exigeants, ce qui génère chez les futurs médecins généralistes une peur d'être « bouffés » par ceux-ci. Il peut parfois être difficile de leur dire non ou de leur faire entendre raison. Je ne peux résister à l'envie de remettre une citation du verbatim : « *on fait ce qu'ils veulent parce qu'ils nous font chier, et qu'on en a marre, à un moment, de négocier, d'essayer de leur expliquer des trucs, ils ne comprennent rien* ». On ressent dans ces propos un désarroi, une impuissance que chaque médecin peut être amené à rencontrer dans sa vie professionnelle et peut-être d'autant plus chez les jeunes médecins qui n'ont pas encore appris à dire « non » aux patients. Là encore, nous retrouvons ce constat dans l'étude La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes : « *Si la relation médecin/patient est centrale dans leur vision de la médecine générale, elle est aussi parfois source de tensions : les patients sont décrits comme trop exigeants, voire difficiles* ». Le Dr G. Vieilledent^[62] évoque lui aussi cette relation : « *C'est une vie de sacrifice, d'engagement. La satisfaction qu'on en tire n'est pas monétisable. Elle est dans la reconnaissance, qui va jusqu'à l'affection, que l'on reçoit. [...] Il y a des liens qui se tissent, une humanité qui s'exprime qui valent tous les trésors du monde.* » et il reconnaît par ailleurs

que « *Tout le monde ne peut faire le choix de se dédier corps et âme à son métier* ». L'aspect de coordination des soins a aussi été évoqué dans l'étude de V.Dory, D.Pouchain, M-D Beaulieu, D. Pestiaux, et al ^[66] : « *La médecine générale est décrite comme la première ligne de soins avec un rôle important de coordination* ». En revanche les participants de cette étude avaient regretté « *l'esprit de concurrence qu'ils ressentent entre généralistes* » chose qui n'a pas été soulignée dans notre étude. Cette relation est aussi évoquée dans l'étude menée par C. Chandez et F. Chiron^[63] « *Les internes ont retenu du libéral l'intérêt de la relation médecin-malade, déjà perçue comme la pierre angulaire du métier et comme un des principaux attraits à l'installation* », dans cette étude les internes n'ont pas évoqué de points négatifs inhérents à cette relation privilégiée.

La médecine générale libérale semble être, pour les futurs généralistes, synonyme de liberté. Elle permet d'exercer une médecine à son image, d'avoir sa propre façon de travailler. Le médecin généraliste libéral étant son propre patron, il n'a pas de comptes à rendre à sa hiérarchie. Il est libre de choisir son emploi du temps, d'organiser ses créneaux horaires comme bon lui semble, de choisir avec qui il exerce, et de se constituer une patientèle qui lui convient, à son image. De plus le médecin généraliste a encore pour le moment une liberté d'installation. Mais au fil de la discussion cette notion de liberté a été remise en cause par les participants. Pour certains participants, installation rime avec perte de liberté, de « fil à la patte » puisqu'il est difficile de quitter un cabinet une fois qu'on est installé, nous évoquerons cet aspect dans le prochain chapitre. Les participants constatent qu'au final les médecins généralistes ne sont pas réellement libres dans l'organisation de leurs journées puisqu'ils sont « obligés » de répondre à une demande, à un besoin de la patientèle. Au risque de devoir accumuler les heures de travail pour répondre à cette demande, au point qu'un interne s'alarme : « *il faut travailler plus et limite se prostituer* ». Le médecin est obligé de tenir un timing au risque de prendre du retard dans ses consultations, le fait d'avoir les yeux rivés sur la montre peut être source de stress pour le généraliste. Dans l'étude menée par C. Chandez et F. Chiron^[63] nous retrouvons les atouts cités ci-dessus « *une liberté de pratique avec « un exercice très libre et très personnalisable* ». *Etre son propre patron avait l'avantage d'orienter sa pratique selon ses envies* », « *Avoir une liberté d'organisation permettait de « mettre du temps personnel à côté* » et *d'adapter son emploi du temps* », là encore, aucun point négatif ne ressort de cette étude.

Le libéral a un atout certain sur le plan socio-économique selon les participants. En effet, les internes ont insisté sur la liberté d'installation qui leur permet pour le moment de s'installer où ils le souhaitent puisqu'« *on peut aller n'importe où, on aura du travail* ». De plus selon les participants, le milieu libéral est plus rémunérateur que le milieu hospitalier ou le salariat. Néanmoins les participants se sont interrogés sur le devenir de la rémunération en libéral notamment avec le tiers payant généralisé. Le poids des charges a aussi été abordé, les internes se sentent assommés par les cotisations à l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocation Familiale (URSSAF), à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), la CFE... De plus, le poids d'une installation a été mentionné : selon les participants, celle-ci est un investissement financier avec des démarches à faire auprès des banques. Ce qui signifie, pour le jeune médecin généraliste, contracter un crédit, potentiellement un de plus s'il a déjà investi dans un logement, par exemple. De plus la protection sociale en libéral a été pointée du doigt comme n'étant pas à la hauteur de celle

d'un salarié. Les internes s'alarment sur la mauvaise protection en cas de maladie, en cas de grossesse, nous pouvons citer de nouveau un extrait du verbatim résumant le point de vue d'un des participants : « *on veut avoir un enfant c'est la galère, voilà on est malade c'est la galère, la retraite c'est la galère...* ». En effet afin d'avoir une protection sociale « correcte », le médecin généraliste doit se munir d'une prévoyance ce qui signifie bien sûr des frais supplémentaires. Enfin, il a été souligné qu'en libéral les congés payés n'existent pas... Pour pouvoir partir en vacances sereinement, le médecin généraliste doit trouver un remplaçant. Celui-ci permet d'assurer surtout la continuité des soins mais certainement pas la rémunération du médecin remplacé qui touche sur la période, en moyenne 10 à 25% de la recette réalisée durant cette période.

Enfin l'administratif en libéral est un élément qui effraie les internes que nous avons interrogés, ils ne semblent pas trouver de solutions pour pallier cette difficulté hormis déléguer ceci à une tierce personne : « *Personnellement la comptabilité de mon futur cabinet, association, ou autre je n'y toucherai pas, je n'y comprends rien, c'est très spécifique* ». Ce rejet de l'administratif est aussi mis en évidence dans les écrits de C. Chandez et F. Chiron^[63] : « *Il apparaît que la gestion comptable, matérielle ou administrative ne fait a priori pas partie des qualités requises du médecin. Si certains installés ont appris à s'acquitter de cette tâche, les internes ne l'imaginent sereinement qu'à travers la perspective de déléguer à un professionnel spécialisé* ». Par ailleurs, le Dr G. Vieilledent^[62] le souligne : « *Avec ça, on ne se prive pas de noyer les courageux qui tentent l'aventure d'ouvrir ou de reprendre un cabinet sous une tonne de paperasse, d'autorisation en tout genre, de réglementation administrative, financière, fiscale... De quoi décourager les meilleures volontés* »

IV.2.3. Le devenir des internes en médecine générale

Comme écrit dans l'étude de V.Dory, D.Pouchain, M-D Beaulieu, D. Pestiaux, B. Gay, G. Rocher, L. Boucher^[66] « *Ils sont tantôt enthousiastes tantôt inquiets face à leur entrée dans une profession riche mais lourde.* »

IV.2.3.1 Installation ou remplacement ?

Il est ressorti de cette étude la grande difficulté pour les internes à se projeter sur leur devenir post internat. Ils n'ont pas encore finalisé leurs projets, et n'ont pas totalement affiné leurs aspirations professionnelles. Les remplacements semblent être une solution à ces doutes. Tout d'abord, ceux-ci peuvent permettre d'affiner l'apprentissage de la médecine générale notamment sur les notions de suivi, de relation médecin-malade bref de « *se faire la main* ». Par ailleurs, ils permettent d'explorer différents lieux d'exercice, ainsi le jeune médecin généraliste peut explorer différentes régions, différents cabinets dans lesquels il pourrait, si l'opportunité se présente, s'installer. De plus, les remplacements lui permettent de se confronter à différents modes d'installation : seul, en groupe, en maison de santé et différentes méthodes d'exercice : organisation des journées, modes de prise de rendez-vous etc. Ainsi, il peut, en s'inspirant de cela, façonner l'exercice qui lui conviendra. Selon les internes, les

remplacements sont synonymes de liberté : ils sont libres d'organiser leurs périodes de remplacement comme ils le souhaitent et le statut de remplaçant leur permet de se soustraire à la PDSA. Pour tous les internes interrogés, l'installation représente un engagement important. Certains vont même jusqu'à la comparer à un mariage. Il semble inconcevable de s'installer dans un endroit pour repartir peu de temps après parce que le lieu d'installation ou le mode d'exercice ne convient pas. Les internes craignent de se précipiter et de se retrouver « coincés » dans un endroit du fait du contrat moral avec une patientèle que représente l'installation. Cette notion d'engagement personnel pouvant effrayer le jeune médecin généraliste a aussi été évoquée dans l'étude de V.Dory, D.Pouchain, M-D Beaulieu, D. Pestiaux, et al ^[66]. Sur les *trois focus groups*, une interne allait s'installer à court terme et une autre affirmait vouloir s'installer rapidement.

Dans l'étude de C. Chandez et F. Chiron^[63], on retrouve les mêmes avantages cités ci-dessus : « *une phase de transition, comme « la continuité finalement [des] stages libéraux » et « pour acquérir de l'expérience ».* Découvrir les différentes médecines exercées ou les différents modes de travail permettait de se rendre compte de ses préférences « en vue de [s]'installer un jour ». La variété des lieux de remplacement était bénéfique, pour découvrir « les opportunités » » Dans cette étude, il est signalé que les remplacements permettent de « *dédramatiser le côté administratif* » chose qui n'est pas ressortie dans notre étude.

IV.2.3.2 Quel mode d'exercice choisir ? S'installer seul ou en groupe ?

Même si les internes ne souhaitent pas d'installation dans l'immédiat, ils se projettent néanmoins sur celle-ci. Ils réfléchissent sur leur mode d'exercice. On a pu constater que certains participants évoquaient le souhait d'avoir un statut de salarié. Ils s'imaginent volontiers exercer la médecine générale dans une maison de santé dans laquelle ils seraient salariés. Ceci permettrait de pallier des inconvénients de la médecine libérale : des congés payés, une couverture sociale plus complète, une déclaration d'impôt plus simple puisqu'elle serait dans le cadre du salariat, des frais en moins : pas d'URSSAF, pas de CARMF, pas de CFE. Ceci permettrait de se soustraire aux tâches administratives. Ce statut de médecin généraliste salarié existe déjà dans des dispensaires ou des centres municipaux de santé. Prenons l'exemple du centre municipal de santé à la Ferté-Bernard, dans la Sarthe, ouvert en 2011 : les médecins généralistes sont salariés de la municipalité, ils ont une rémunération indexée sur la rémunération des médecins hospitaliers. Les patients paient les consultations à la municipalité ^[67]. Les *focus groups* ayant permis aux différents participants d'échanger et de débattre, certains internes se sont opposés à ce point de vue car pour eux le côté salariat retirerait cette liberté qui est si chère aux internes souhaitant travailler en libéral. En effet le salariat implique de devoir rendre des comptes à un supérieur hiérarchique et un emploi du temps possiblement imposé.

Les participants ont réfléchi sur le type d'installation qu'ils souhaiteraient. Seul ? En groupe ? En maison de santé pluridisciplinaire ? Sur ce point, les participants sont quasi unanimes : une installation seul leur paraît inenvisageable. Deux participants seulement ont évoqué la possibilité d'une installation en solitaire. Pour les autres une installation en groupe

offre de nombreux avantages. Cela permet de partager les frais de gestion d'un cabinet, de faciliter l'organisation des congés, de l'emploi du temps puisque le médecin sait qu'il y a des collègues pour prendre le relais durant ses absences. De plus, travailler en groupe permet d'échanger sur les différentes difficultés que le médecin peut rencontrer dans sa pratique, d'échanger des connaissances. Cela permet de lutter contre le sentiment de solitude, d'isolement, que peut ressentir le médecin généraliste libéral. Néanmoins, une entente cordiale entre les praticiens est nécessaire au bon fonctionnement de cette association, d'où l'importance de ne pas se précipiter au moment de s'installer et d'évaluer les rapports, l'entente avec le(s) futur(s) collègue(s). Bien évidemment, les internes ont longuement échangé sur les maisons de santé pluridisciplinaires. Ils sont assez enthousiasmés par ces structures où ils seraient juste locataires de leur cabinet. Elles permettent de réunir plusieurs professionnels de santé et donc favoriser la coordination des soins, de créer un réseau. Beaucoup d'entre eux pensent que ces structures sont l'avenir pour les installations futures. Une interne semble plus réticente vis-à-vis de ce concept car elle pense que cela risque d'amputer la liberté du médecin généraliste qui devra rendre des comptes aux gestionnaires de cette structure.

Là encore, ce qui est ressorti de notre étude est concordant avec ce qui a été noté dans l'étude de C. Chandez et F. Chiron ^[63] : « *L'installation s'est imaginée à plusieurs, d'une part contre l'isolement car « c'est plus rassurant », d'autre part afin de réduire la charge de travail. En effet, c'était vu comme « la solution, que ce soit cabinet de groupe, ou maison de santé »* ». « *Il y a certes un médecin traitant qui est déclaré à la sécu mais le jour où il y en a un qui est en congé, où il ne peut pas voir ses patients en urgence, il y a toujours avec l'associé... ça permet d'avoir une continuité au lieu qu'ils aillent à SOS Médecins.* », « *L'organisation était facilitée par le partage des tâches et frais administratifs* ». En revanche les participants de cette étude ont trouvé beaucoup plus d'avantage aux maisons de santé pluridisciplinaires : « *un pôle de santé pluridisciplinaire et donc [avoir] des subventions versées par l'ARS* », « *Un des avantages était de « se partager entre guillemets les disciplines » afin de créer un groupe complet où chacun pouvait « apporter quelque chose en étant plus spécialisé sur autre chose, apporter une valeur ajoutée, tout en restant médecin généraliste* », « *La prise en charge semblait supérieure grâce à la communication et aux échanges, avec l'exemple des « groupes balint »* »

IV.2.3.3 Où s'installer ?

Nous avons interrogé les internes sur l'endroit où ils souhaiteraient s'installer. Là nous avons pu dégager trois groupes : ceux qui ne souhaitent pas s'installer en Limousin, ceux qui souhaitent s'installer en Limousin et ceux qui hésitent.

La plupart des participants souhaitant rester en Limousin sont originaires de Limoges. Les autres raisons poussant ceux-ci à s'installer en Limousin est la bonne connaissance de la région puisqu'ils ont effectué leurs études, ou simplement leur internat à la faculté de médecine de Limoges et ont donc commencé à se créer un réseau de soin. Ce projet d'installation s'inscrirait donc dans la continuité de leurs parcours d'étudiants.

D'autres sont certains de ne pas s'installer en Limousin. La plupart des participants ne voulant pas s'installer dans la région souhaitent retourner dans leur région d'origine ou dans la région où ils ont effectué leur externat. Ils ressentent un manque de leur région natale même s'ils soulignent que le Limousin est une région où il fait bon vivre. D'autres ont déjà des projets d'installation très précis dans une autre région. Par ailleurs, des internes souhaiteraient aller explorer une nouvelle région. Enfin certains participants souhaiteraient se rapprocher du lieu où habite leur famille. Les secteurs cités ont été : Bordeaux ou le bordelais, Poitiers ou sa périphérie, la Dordogne, la quart sud-ouest, l'Aveyron, la région Toulousaine ou l'Auvergne.

Enfin, certains internes interrogés n'ont pas encore d'idée précise du lieu où ils souhaiteraient s'installer. Cela n'a rien d'étonnant puisque comme nous avons pu le voir précédemment les internes interrogés sont très indécis quant à leur avenir. Les projets d'installation sont encore un peu flous. Ces internes n'excluent pas une installation en Limousin. Ce qui ressort néanmoins c'est que la plupart des internes indécis hésitent entre le Limousin et des départements limitrophes tels que la Charente ou la Dordogne.

Au final ces lieux cités n'ont rien d'étonnant : les internes interrogés ont fait leur externat sur Limoges, Bordeaux, Poitiers, Toulouse. Ainsi si l'on globalise les résultats, les internes ont tendance à souhaiter retourner dans leur région d'origine. Ainsi c'est le grand quart sud-ouest qui ressort comme lieu d'installation.

Par ailleurs, on a pu constater que les internes interrogés ayant choisi de quitter le Limousin, le quitte pour retourner soit dans leur région d'origine soit dans la région de leur faculté d'externat. Très peu d'internes interrogés envisageaient de s'installer dans une région dont ils ne sont pas originaires, où ils n'ont pas d'attache, ou s'ils n'y ont jamais vécu. Les futurs médecins généralistes souhaitent s'installer là où ils ont leurs racines.

Bien évidemment la question d'un exercice en milieu urbain ou en milieu rural a été abordée mais au final de façon assez brève, le milieu rural semblait avoir les faveurs de ceux qui se sont prononcés. Aucun étudiant n'a affirmé vouloir exercer en milieu urbain. Nous n'avons pas vraiment exploré cette question durant les *focus groups*.

Dans le travail de C. Chandez et F. Chiron^[63] : nous retrouvons quelques éléments sus cités « *Le choix du lieu s'est fait en fonction de la proximité d'un plateau technique, ou souvent près de son domicile, par « confort du cadre de vie », voire par choix d'une population attractive de patients ou encore un lieu d'enfance* »

IV.2.3.4 Le conjoint et la vie de famille : pièces maîtresses du devenir professionnel

L'importance du conjoint dans les choix de vie des internes en médecine générale est primordiale. En effet, il a été mis en évidence que les futurs médecins généralistes souhaitent organiser leur vie professionnelle autour de leur vie de famille et en premier lieu du conjoint.

Finie l'image du médecin entièrement dévoué à son métier même si les internes sont conscients des responsabilités qui incombent au médecin (permanence des soins notamment). Ils souhaitent concilier leur métier et leur vie de famille. Et là le conjoint a un rôle central dans l'organisation de la carrière du médecin.

Tout d'abord, nous avons pu constater que le conjoint a influencé le choix de la ville d'internat. En effet, les internes ont choisi Limoges en ville d'internat pour plusieurs raisons : le compagnon travaille en Limousin, le compagnon était déjà interne en Limousin, le compagnon était externe en médecine et donc allait passer l'internat : Limoges était la solution pour que le couple ne soit pas séparé à ce moment là puisqu'il s'agit d'une des villes les moins prisées lors des choix à l'ECN. Des participants ont souligné que Limoges était l'université d'internat idéale car les périphériques ne sont jamais loin (le plus loin étant Ussel à 1h30 environ) ainsi cela permettait une installation avec sa famille avec possibilité de rayonner en étoile autour de Limoges.

Bien évidemment, le conjoint et la vie de famille auront une grande importance dans le choix du lieu d'installation. En effet, le médecin généraliste va devoir composer avec son conjoint. Les internes souhaitent faire le choix du lieu d'installation avec leur conjoint puisque celui-ci aura un impact sur la vie familiale. Les futurs médecins généralistes ont insisté sur le fait que le temps « du médecin qui travaille pendant que sa femme s'occupe des enfants » est révolu. La féminisation de la profession n'est sans doute pas pour rien dans la disparition de ce cliché... Au final on a pu constater que de nombreux internes allaient s'adapter à leur conjoint. Certains s'installeront en Limousin car leur conjoint travaille en Limousin. D'autres au contraire quitteront la région pour rejoindre leur conjoint qui exerce dans une autre région ou parce qu'ils ont un projet d'installation commun hors Limousin. Enfin beaucoup de participants étaient incertains quant à leur lieu d'installation. Le moment voulu ils en discuteront avec leur conjoint. De plus des internes ont souligné que leur conjoint peut être amené à être muté à tout moment ce qui pose bien évidemment un problème lorsqu'on évoque une installation et l'engagement moral qu'elle représente comme nous avons pu le voir précédemment. De ce fait, certains participants souhaiteraient que la médecine générale évolue. Ils pensent qu'il va falloir renoncer aux médecins généralistes qui s'installent et qui font toute leur carrière au même endroit. Selon eux, la profession de médecin généraliste libéral va devoir s'adapter à la société moderne où les personnes font rarement carrière dans la même boîte. Ainsi la profession de médecin généraliste devrait offrir plus de possibilité de mobilité. Cette aspiration avait déjà été mise en évidence en 2009 dans l'étude de V.Dory, D.Pouchain, M-D Beaulieu, D. Pestiaux, et al ^[66]. Le salariat comme nous l'avons vu précédemment serait peut-être une solution. Cela en revanche romprait la notion de suivi et la relation médecin-malade qui semble pourtant chère aux participants... Dans cette étude il était ressorti une certaine culpabilité des étudiants à vouloir trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle « *Tous perçoivent la médecine générale à un tournant. Ils ne s'identifient pas à leurs aînés et maîtres de stage. Ils se sentent à la fois encouragés et culpabilisés de leur vision d'équilibre personnel et professionnel* ». De ce qu'on a pu constater durant les trois focus groups, le sentiment de culpabilité n'était pas du tout présent chez les participants. Les participants manifestaient une forme de revendication : le mode de vie de la population a évolué, celui des médecins généralistes doit évoluer avec. Nous avons plus ressenti un rejet franc, pas du tout timoré, de l'ancien mode de vie. Ceci est un dû, une évidence.

Un des facteurs prépondérants sera l'offre d'emploi. En effet, il semble inconcevable pour les futurs médecins généralistes de s'installer dans un endroit où le conjoint n'aurait pas d'emploi, ou s'il devait parcourir de nombreux kilomètres pour atteindre son lieu de travail. Ceci pose bien évidemment le problème de l'offre d'emploi notamment dans les campagnes... En effet, selon la profession de celui-ci, il trouvera plus ou moins du travail dans n'importe quel endroit ou au contraire devra rester à proximité d'une grande ville. Il semble donc évident que dans ces conditions c'est au futur médecin généraliste de s'adapter et de s'installer là où le conjoint trouvera un emploi puisque comme l'ont signalé des participants : « *On peut aller n'importe où, on aura du travail* ».

Les internes ont souligné que le Limousin offrait un confort de vie qu'ils peuvent rechercher afin de fonder une famille mais le problème de la désertification des campagnes est un obstacle. En effet les internes participants pensent que ce problème est un point négatif important pour la région Limousin, nous en parlerons dans la prochaine partie. Néanmoins on peut signaler qu'il semble inconcevable pour les médecins de s'installer dans un endroit où il n'y a pas d'école, de petits commerces, de poste dans le village.

Dans l'étude menée par C. Chandez et F. Chiron ^[63], la vie de famille est là aussi évoquée : « *La qualité de vie, notamment avoir une vie de famille, était «indispensable»* », Pour beaucoup, cette installation était étroitement liée avec sa vie de famille dans l'idée d'avoir « *plus de temps pour sa vie extra professionnelle* ». L'importance de la vie de famille est aussi mise en évidence dans l'étude de V.Dory, D.Pouchain, M-D Beaulieu, D. Pestiaux, et al ^[66] « *C'est là l'enjeu majeur de leur carrière : concilier leurs aspirations personnelles et professionnelles* »

IV.2.4. Le Limousin vu par nos participants

Avant de demander aux internes ce qui pouvait être fait pour favoriser une installation des futurs médecins généralistes, formés à Limoges, en Limousin, nous avons cherché à évaluer comment les internes percevaient cette région.

IV.2.4.1 Les atouts du Limousin

Tout d'abord le prix de l'immobilier a été l'un des principaux atouts du Limousin. Les internes ont souligné que les loyers ou les prix d'achats sont tout à fait abordables. Devenir propriétaire semble facile en Limousin et les prix offrent la possibilité d'acquérir un bien immobilier dès l'internat. Le fait de pouvoir devenir propriétaire, tout en étant encore étudiant, séduit les internes.

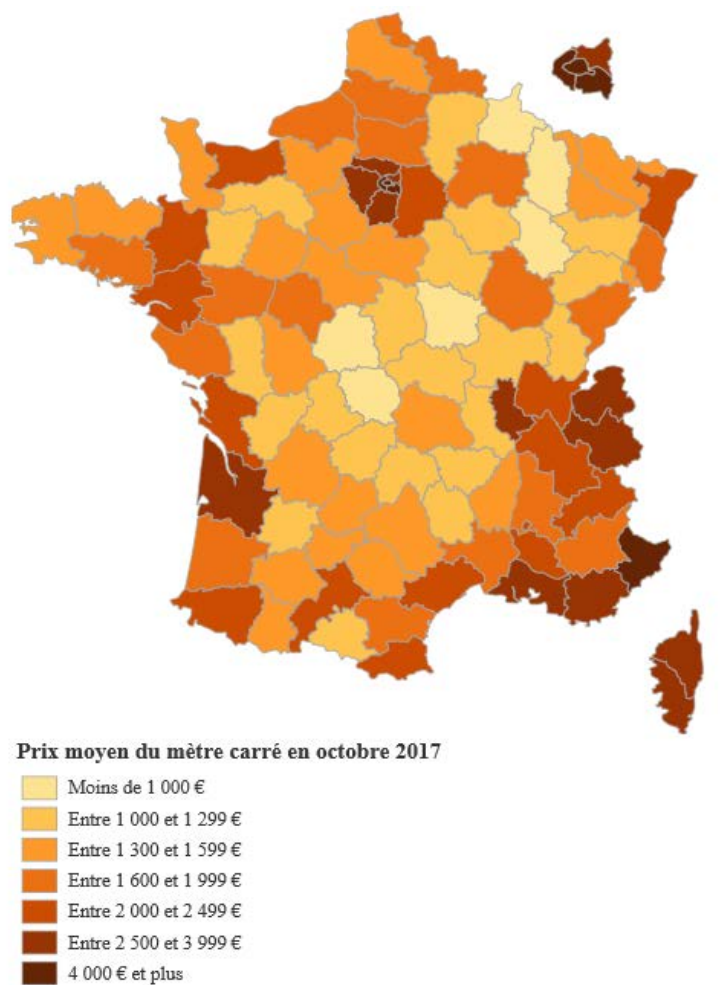


Figure 20 : Prix moyen au mètre carré en octobre 2017 ^[68]

En octobre 2017, le prix au mètre carré est estimé à 1 168 euros en Haute-Vienne, 1 163 euros en Corrèze et 846 euros en Creuse. Nous pouvons constater sur la carte que la Creuse est l'un des 6 départements les moins chers de France.

Le Limousin est une région à taille humaine. Les internes apprécient l'absence de très grandes villes. La plus grande ville du Limousin est Limoges, capitale de l'ex-région, avec 133 924 habitants en 2014 ce qui fait d'elle la 24^e ville de France en terme de population. La 2^e plus grande ville est Brive-la-Gaillarde avec 49 127 habitants ce qui fait d'elle la 117^e ville de France en terme de population ^[69]. Ainsi les étudiants considèrent que les rapports entre habitants sont plus authentiques, plus chaleureux. D'ailleurs, l'un des atouts du Limousin selon eux est la gentillesse de la population. Ceci participe à la bonne qualité de vie en Limousin, plébiscitée par les étudiants lors des *focus groups*. Ils apprécient la proximité ville-campagne. Ils apprécient la douceur de vivre qu'on ne retrouve pas dans les grandes villes.

La campagne limousine est elle aussi appréciée et favorise cette notion de qualité de vie. Pour passer des week-ends au vert en Limousin, il n'y a pas besoin de faire beaucoup de route en voiture, il y a des grands espaces, sans grande concentration de personnes.

Le Limousin offre une grande possibilité de loisirs nature : randonnées pédestres ou à vélo, canoë, kayak, le géocaching.... Certains participants soulignent qu'il y a de nombreux endroits à visiter tant sur le plan nature que sur le plan patrimoine bâti ou lieu de mémoire. Au final le Limousin peut avoir des attraits touristiques notamment au niveau du tourisme vert. Le site <http://www.tourismelimousin.com/> permet une bonne communication pour promouvoir l'activité touristique en Limousin. Une étude menée par l'express^[70] sur les 100 plus grandes agglomérations du pays où il fait bon vivre a classé Limoges en 2^e position derrière Rennes. Pour évaluer les villes ils ont recherché celles qui alliaient : « *un marché de l'emploi important, actif et diversifié, une vie culturelle riche, des établissements médicaux de renom, une bonne université, un cœur ancien animé, une délinquance sous contrôle et la possibilité de se loger sans se ruiner* » par ailleurs ils soulignaient que Limoges bénéficiaient en plus « *d'un air de qualité correcte et un ensoleillement correct* ». L'article conclut : « *Il faut se méfier des mauvaises réputations* »

L'attractivité du Limousin a été abordée. Sur le plan professionnel, la région étant petite, où que l'on soit, on n'est jamais loin d'un centre hospitalier important avec un plateau technique satisfaisant. Et si une des spécialités venait à faire défaut, le CHU de Limoges n'est jamais très éloigné. Les participants ont insisté sur l'accessibilité des spécialistes, avec qui il est agréable de travailler et ainsi il est facile de créer son propre réseau avec eux. Sur le plan extra-professionnel, la région n'est pas loin de la mer ni de la montagne ce qui présente un intérêt bien évidemment pour les vacances. Par ailleurs, l'attractivité sur le plan sportif a été soulignée puisque le Limousin possède 2 équipes au palmarès européen : le Limoges Cercle Saint Pierre (CSP), club de basket de Limoges (première équipe française à être championne d'Europe toutes disciplines sportives collectives confondues) et le Club Athlétique de Brive Corrèze Limousin (CABCL) club de rugby de Brive-la-Gaillarde.

D'autres atouts ont été évoqués assez brièvement. Les participants, au final, apprécient que la région soit un désert médical car il est plus facile de s'installer dans l'endroit souhaité. Selon eux, il est agréable de s'installer dans un endroit où ils sont attendus par les patients. De plus, le fait qu'il y ait déjà de nombreuses maisons de santé pluridisciplinaires et de nombreux projets de construction de ce genre de structure constituent un atout pour la région. Les transports ont été évoqués par les internes, certains apprécient l'absence d'embouteillage dans les villes notamment à Limoges. Une seule des participantes a signalé que Limoges est bien desservi par les réseaux de communications notamment aériens. Nous verrons que les transports en Limousin sont ressortis comme étant l'un des principaux points faibles de cette région. Il a été aussi question du climat, un interne déclarait qu'il était agréable car tempéré. Une des participants, n'étant pas originaire du Limousin a constaté qu'au final le climat n'était pas trop froid. La région Limousin bénéficie du climat semi-montagnard sur le plateau de Millevache (températures plutôt fraîches, des pluies abondantes, chutes de neige fréquentes en hiver), climat aquitain sur le bassin briviste (précipitations limitées et étés chauds et orageux) et le reste de la région bénéficie d'un climat océanique (précipitations modérées et des températures sans excès : « *on n'a pas trop froid, on n'a pas trop de chaud, on est toujours un peu entre les 2.* » comme le soulignait un interne).

IV.2.4.2 Les points faibles du Limousin

Bien évidemment, après les atouts du Limousin, nous avons demandé aux internes d'aborder les points faibles de cette région puisque ce seront ces points-là qui seront à améliorer quand nous demanderons aux internes de réfléchir sur ce qui pourrait favoriser l'installation des médecins généralistes en Limousin.

Un des points faibles le plus souvent cité a été l'image de la région. Le Limousin a une image d'une région terne, peu dynamique, peu attractive. Les internes ont souligné que lorsqu'on parle du Limousin la première chose qui leur vient à l'esprit est la Creuse, département souffrant d'une image très péjorative, pensons au fameux dicton « Vacances en Creuse, vacances heureuses, vacances ailleurs, vacances meilleures »... D'ailleurs certains internes n'étant pas originaires de la région avouent s'être juré de ne jamais poser les pieds en Creuse mais concèdent que ce ne sont là que des préjugés et que ce département gagnerait peut-être à être connu. Les internes non originaires du Limousin ont avoué qu'avant de venir dans cette région ils la connaissaient mal, voire pas du tout et ne savaient même pas situer Limoges. Par ailleurs, ils ont énuméré les clichés accolés à Limoges et au Limousin : la porcelaine, le boudin, le basket et... les prostituées sans doute grâce au reportage de l'émission 7 à 8 sur TF1 en 2011 ^[71] où le présentateur affirmait que « *Limoges est une ville malade de la prostitution* » et le reportage d'ajouter « *la prostitution serait une tradition aux racines agricoles* »... Voilà comment on entérine un cliché... Certains participants ne s'expliquent pas comment Limoges peut avoir une aussi mauvaise image. Selon l'un d'eux, les politiques ont une grande part de responsabilité. Cette mauvaise image est tenace et difficile à briser. N'oublions pas de citer le fameux verbe limoger : priver quelqu'un de son poste, de ses fonctions en le déplaçant ou en le destituant (Larousse). Pour la petite histoire cette expression vient du fait qu'en 1914, le maréchal Joffre a envoyé à Limoges une centaine de ses officiers qu'il jugeait incapables. Et citons pour finir l'expression qu'une des participantes nous a livré : « *Le limousin, ça vaut le détour* » mais malheureusement pas dans le sens positif du terme détour mais dans le sens péjoratif : faire le détour pour l'éviter...

Selon les participants, le Limousin n'est pas une région attractive : les internes le disent « *ce n'est pas très vivant* », « *il n'y a pas grand-chose à faire* ». Une fois éloigné des grandes villes, telles que Limoges, Brive, Saint-Junien, Guéret, les internes trouvent que les zones n'ont plus d'attractivité. Par ailleurs, l'un des problèmes du Limousin est qu'il n'y a rien de très loin, mais rien de très près non plus et que cela favorise le manque d'attractivité. Un interne a fait la comparaison avec des villes de taille similaire telles que Dijon ou Tours et ne comprend pas une telle différence d'attractivité entre ces villes notamment pour la jeune population. De plus, des internes se sont plaints du fait que les magasins ferment très tôt dans la soirée, ce qui selon eux a un retentissement évident sur le dynamisme des villes. La localisation géographique de la région est donc un handicap selon certains participants. Cette région est selon eux assez loin de la mer et de la montagne (ce qui constitue un handicap si on l'on veut partir en vacances ou partir le temps d'un week-end). Bien évidemment, cela est une question de point de vue puisque quelques rares internes jugeaient que la localisation du Limousin par rapport à la mer et à la montagne était un atout. Pour information, la plage la plus proche est à environ 2h30 sur la côte atlantique, les premières stations de ski sont à environ 3h pour le

ski alpin car il existe des pistes de ski de fond en Limousin (sur le plateau de Millevaches). Par ailleurs un des participants a souligné que l'un des problèmes du Limousin était le manque d'attractivité des départements alentours, qui ne sont pas « sexy » selon lui. Le limousin est isolé des autres capitales de région, aucune n'est à proximité puisqu'aucun département limitrophe n'est le siège d'une capitale de région, hormis le Puy de Dôme (Clermont-Ferrand : capitale de l'ex Auvergne) et la Vienne (Poitiers, capitale de l'ex Poitou-Charentes) mais comme nous le verrons ultérieurement la qualité des voies de communication entravent la liaison avec les autres capitales de région. Pour mémoire, le Limousin est entouré de la Vienne, la Charente, la Dordogne, le Lot, le Cantal, le Puy de Dôme, l'Allier, l'Indre. Ce participant a souligné que l'isolement ajoute à l'isolement. On peut quand même souligner que l'Auvergne dans son ensemble, la Dordogne et le Lot présentent des attraits touristiques non négligeables néanmoins ce sont des territoires ruraux comme le Limousin... Enfin certains participants notamment ceux originaires du sud n'apprécient pas le climat du Limousin sur quoi une autre interne lui fait remarquer « Depuis qu'on est sur Limoges : il n'a pas neigé, il ne fait pas si froid, je pensais qu'il ferait plus froid »... Encore un cliché négatif ?

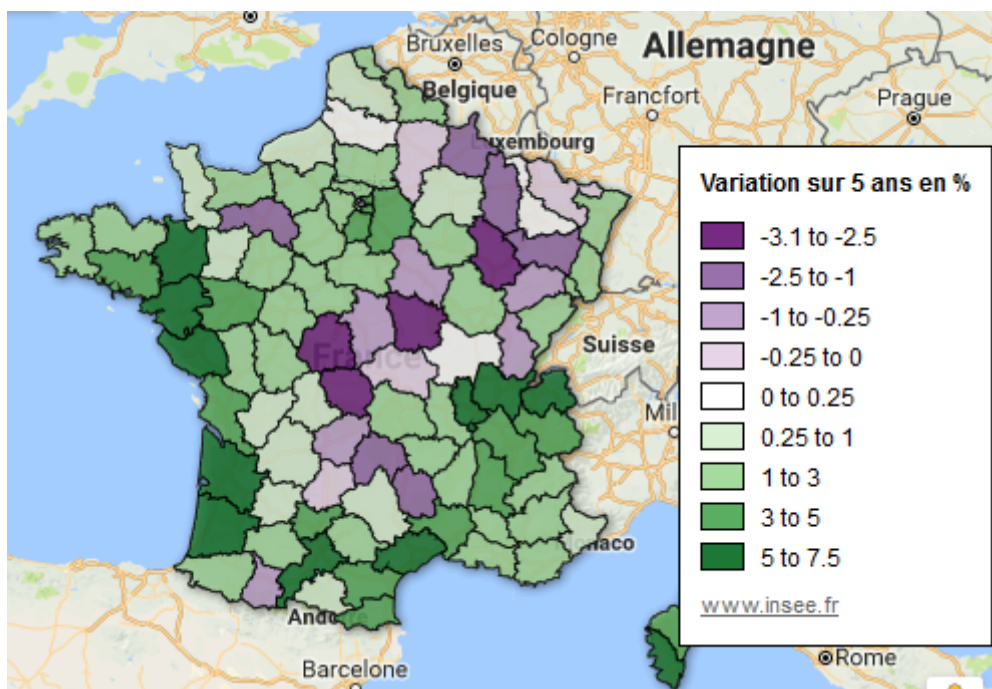


Figure 21 : Attractivité des départements (variation de la population en 5 ans) [72]

Comme nous pouvons le constater sur la carte, les départements de la Creuse et de la Corrèze ont vu leur population baisser tandis que celle de la Haute-Vienne a connu une très discrète augmentation.

Les futurs médecins généralistes ont souligné le fait que le Limousin est une région vieillissante. Cela a été mis en évidence dans la première partie (cf chapitre I.5.1). Pour certains participants ce nombre important de personnes âgées peut représenter une difficulté pour le médecin généraliste : cela entraîne forcément un plus grand nombre de visite à domicile qui peuvent parfois obliger le médecin à faire de nombreux kilomètres pour aller au domicile de ces patients qui ne peuvent se déplacer au cabinet. Mais quelles solutions

proposer ? Nous ne pouvons demander voire obliger ces patients à déménager pour se rapprocher du cabinet. Et toutes ces personnes n'ont pas un proche, un voisin pour les véhiculer jusqu'au cabinet et n'ont pas forcément les moyens de payer un transport. Cela pose la question de l'égalité d'accès aux soins. Par ailleurs, pour certains internes, les collectivités sont « obligées » d'investir beaucoup dans les structures pour les personnes âgées et donc cela représente de l'argent qui ne sera pas investi ailleurs. Au vu de la démographie limousine, ces dépenses sont inévitables et nécessaires pour prendre en charge nos aînés que nous ne pouvons, bien évidemment, pas laisser de côté.

Ensuite, les participants ont longuement évoqués les transports qui représentent un réel point faible de la région. La région Limousin est enclavée selon eux. Le réseau ferroviaire est trop pauvre avec seulement un accès à Paris qui semble convenable. Nous avons pu constater, dans la partie concernant les moyens de communication 1.5.3, qu'en effet le Limousin bénéficie d'un réseau ferroviaire avec peu de trajets directs vers les grandes villes : il y a la ligne Paris-Toulouse ainsi que des lignes TER menant à Bordeaux et Poitiers mais avec peu de trajets directs et des temps de trajets proches des temps de trajets routiers... Le Limousin bénéficie d'un réseau autoroutier peu fourni mais qui permet néanmoins un accès à Paris, Toulouse, Bordeaux, Lyon en passant par Clermont-Ferrand. Certains internes ont regretté le mauvais réseau routier entre Limoges et Poitiers avec une route parmi les plus meurtrières de France. Le réaménagement de celle-ci est prévu. Par ailleurs, une interne qui vivait à Bordeaux a regretté la nécessité d'avoir une voiture en Limousin. Lorsqu'elle était sur Bordeaux elle n'avait pas de voiture car les transports en commun suffisaient pour se déplacer dans la ville et pour en sortir, celle-ci était bien desservie par les trains et les covoiturages. Le Limousin, ne comptant que des villes de moyennes ou petites tailles, la circulation en ville est plus simple avec moins d'embouteillages et plus de places de stationnement que dans les grandes villes comme Bordeaux. Ainsi, posséder une voiture n'est pas un handicap mais peut être une solution de facilité. De plus avoir une voiture lorsqu'on est interne en médecine générale puis médecin généraliste semble assez indispensable.

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent la campagne limousine était vue comme un atout du Limousin mais... elle constitue aussi un point faible. En effet le Limousin étant une région rurale, elle est victime de la désertification des campagnes. Comme l'a dit un interne « *il y a des campagnes complètement désertées, des coins où c'est mort, il n'y a plus rien* ». Ce phénomène n'est bien évidemment pas propre au Limousin, la désertification des campagnes est un phénomène national. Un corollaire de cette désertification est la disparition des services publics et de proximité dans les campagnes. Il semble difficile de concevoir de s'installer dans un endroit où il n'y aurait pas un minimum de services tels une école, un bureau de poste ou encore un supermarché. Les internes rejettent en masse l'idée de s'installer dans un endroit où il faudrait parcourir de nombreux kilomètres pour trouver certains services indispensables pour avoir un confort de vie, notamment au niveau de la vie de famille : avoir les enfants à proximité tant qu'ils sont dans l'enseignement primaire, pouvoir leur proposer des activités extra-scolaires...

Un autre corollaire de la désertification des campagnes est le manque de travail pour les conjoints. Il semble inenvisageable pour les participants de s'installer dans un endroit où

leur conjoint ne trouverait pas du travail ou s'il devait parcourir de nombreux kilomètres pour rejoindre son lieu de travail. Il s'agit là d'un élément majeur pouvant conditionner une installation ou non dans un endroit. Malheureusement, les participants le concèdent, il y a un réel problème dans l'offre d'emploi dans certaines communes et il est difficile pour les municipalités de proposer un emploi pour le conjoint. Les internes le soulignent, on peut leur proposer toutes les aides financières possibles, si le conjoint n'a pas d'emploi, ils ne s'installeront pas ou quitteront la commune. Ceci est le reflet de l'évolution du statut de médecin généraliste qu'évoquaient les internes précédemment : la vie de famille est désormais au centre. Ce n'est plus la vie de famille qui s'articule autour de la vie professionnelle mais la vie professionnelle qui s'articule autour de la vie privée. Ainsi les internes souhaitent du travail pour le conjoint et une école à proximité pour leurs enfants. Cela représente un véritable problème pour les petites communes surtout au niveau de l'offre d'emploi.

Nous avons parlé de la désertification des campagnes parlons maintenant des déserts médicaux. Les départs en retraite non renouvelés inquiètent les participants puisque cela leur fait craindre de se retrouver, un jour, isolés. Ces départs en retraite en perspective empêchent les internes de se projeter sur les prochaines années. Le risque est de voir plusieurs médecins installés sur une même commune, possiblement de la même génération, partir en même temps à la retraite. Il est donc difficile pour les futurs médecins généralistes de s'installer dans un endroit où les médecins sont sur le point de partir à la retraite sans la certitude qu'ils seront remplacés ! Là encore, les internes pensent que s'installer dans ces zones pas forcément encore étiquetées « déserts médicaux » mais risquant le devenir suite au départ en retraite du ou des médecin(s) représente une grande responsabilité vis-à-vis des patients. Le risque est de voir sa patientèle augmenter de volume suite au départ du ou des confrères et de ne pas pouvoir assumer la charge de travail. Les internes ont bien souligné que là encore les aides financières proposées ne les inciteraient pas à s'installer dans des déserts médicaux. Bien évidemment, là encore le Limousin n'est pas un cas isolé. Mais prenons l'exemple d'une des participantes envisageant de s'installer sur Bellac « *le Limousin j'adore mais je suis donc à Bellac et ça me fait un peu peur : quand les médecins vont partir à la retraite* ». Le Dr G. Vieilledent^[62] évoque lui aussi les déserts médicaux et pense que la désertification des campagnes et les déserts médicaux sont étroitement liés : « *Au niveau des mairies, les élus sont plus concernés. Ils savent que le départ d'un médecin constitue une raison de déménager pour certains habitants. Cela en décourage aussi bien d'autres de venir s'installer. Une incidence démographique qui a des conséquences directes sur l'équilibre économique [...] A partir de là, un cercle vicieux s'enclenche. Le désert médical aboutit toujours au désert tout court* »

Enfin les participants se sont inquiétés du devenir du Limousin dans la nouvelle grande région. Comment le Limousin va-t-il tirer son épingle du jeu dans cette fusion ? Limoges va-t-elle garder le statut de petite capitale régionale avec un rayonnement sur les départements de l'ex-région ? Bordeaux va-t-elle vampiriser l'ex-région Limousin, entraîner la perte économique des trois départements ? Ne va-t-il pas y voir une centralisation sur Bordeaux ? Toutes ces questions sont en suspens, nous n'avons pas encore assez de recul. Nous avons tout de même pu constater une tendance à la centralisation sur Bordeaux des services de l'état :

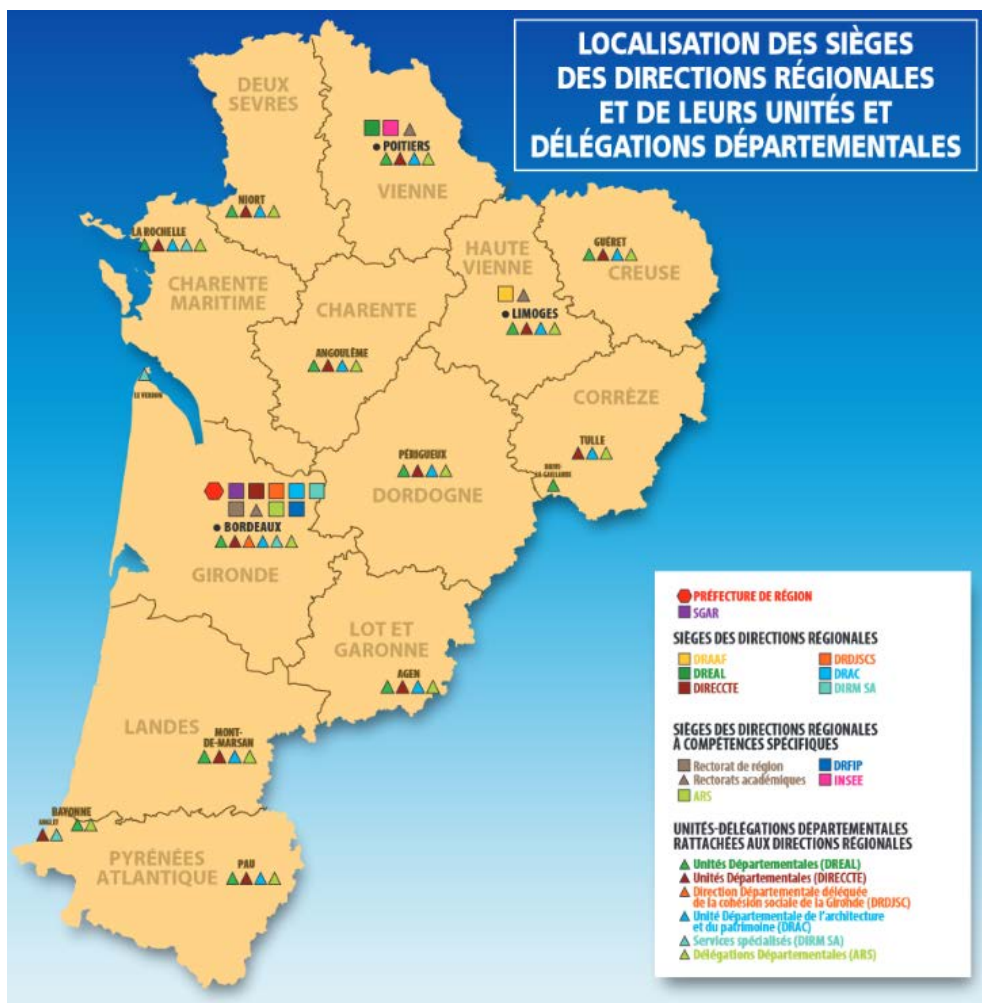


Figure 22 : Localisation des sièges des directions régionales et de leurs unités et délégations départementales [73]

Nous pouvons constater que les sièges de directions sont essentiellement concentrés sur Bordeaux. Seul le siège régional de la Direction Régionale de l’Alimentation, de l’Agriculture et de la Forêt est resté sur Limoges.

Prenons l’exemple de l’ARS : le centre de décision est sur Bordeaux mais il existe des délégations territoriales (au moins une par département) qui permettent « d’identifier, accompagner, orienter les projets des acteurs locaux, négocier les contrats et notifier les actes (autorisations, contrats, ...), évaluer les actions... » [72]

IV.2.5. Comment favoriser l'installation en Limousin

Enfin, nous avons demandé aux internes de réfléchir à ce qui pourrait être fait pour favoriser l'installation des jeunes médecins généralistes en Limousin.

IV.2.5.1 Sur le plan professionnel

Les internes souhaiteraient que les futurs médecins généralistes puissent être mis en relation entre eux pour échanger sur leurs projets d'installation, se concerter afin de voir s'il n'y aurait pas d'autres internes qui pourraient avoir les mêmes projets. Ils suggèrent la création d'une plateforme dédiée à cela. En effet, la plupart des jeunes médecins généralistes ne souhaitent plus s'installer seuls. On a vu que la peur de se retrouver seul dans un endroit freine l'installation des jeunes médecins. Or, hormis les projets des amis, les jeunes médecins ignorent les projets professionnels des autres internes ou jeunes médecins thésés. Peut-être que parmi ceux-là, un ou des jeune(s) médecin(s) peut avoir un projet assez similaire et cela permettrait de le mener à bien s'ils étaient mis en contact. Sur le site de l'Association des Internes en Médecine Générale de Limoges, il existe déjà une rubrique remplacement/installation sur le forum. Mais il s'agit plus d'annonce de médecins généralistes déjà installés laissant leur cabinet. Nous trouvons ce même type d'annonce sur le site du GJIREL. Il faudrait créer une plateforme dédiée uniquement aux internes et médecins généralistes pour échanger sur leurs projets, les mettre en commun ce qui pourrait aboutir sur une installation de groupe. Celle-ci pourrait être sur le site de la faculté, ou sur un nouveau site dédié. L'adresse de ce site devrait être communiquée à tous les nouveaux internes et aux médecins remplaçants. Il faudrait une coopération entre la faculté de médecine de Limoges et les trois conseils départementaux de l'Ordre des médecins. De plus, les internes souhaiteraient que s'il y a des projets en cours (maisons de santé par exemple), il y ait des réunions organisées à grande échelle par les initiateurs de ce projet, ou que de la publicité soit faite à la faculté par exemple, ou encore des annonces, pourquoi pas sur la plateforme dont on parlait ci-dessus. Une interne a expliqué, durant l'un des *focus groups*, avoir été contactée par le commune de Sainte-Feyre pour un projet de MSP, elle a regretté le manque de transparence et a refusé car elle craignait d'être le seul médecin finalement dans ce projet. Tandis que s'il y avait une réunion publique, les personnes intéressées se rencontreraient sur place et pourraient garder contact pour mener à bien le projet. Le fait que les internes sachent qu'ils ne sont pas seuls pourrait influencer leur décision de s'installer dans un endroit. Mais ils souhaitent des informations claires et précises sur celui-ci (local, nombre de médecins recherchés...). En résumé il faudrait donc prévoir une plateforme dédiée au partage des projets entre médecins généralistes souhaitant s'installer et encourager les porteurs de projets de maisons de santé ou de maison médicale à communiquer en masse sur ceux-ci et non pas passer des appels téléphoniques sporadiques.

Quoi qu'il en soit les médecins pensent que les projets qui ont de l'avenir sont ceux qui visent à regrouper des médecins. Il faut faire le deuil du médecin généraliste dans chaque village. Les internes suggèrent de prendre un bassin de population, créer une maison de santé ou une maison médicale et définir le nombre de médecins nécessaire pour chaque bassin de population. Les maisons de santé pluridisciplinaires ont la cote auprès des futurs médecins

généralistes. Le fait d'être simplement locataires des locaux leur plaît. De plus, exercer dans une même structure que des kinésithérapeutes, des infirmières etc... permet de constituer un réseau de soin, ce qui est intéressant dans la prise en charge d'un patient. Les élus sont encouragés à continuer à porter de tels projets. Par ailleurs, certains étudiants ont évoqué la possibilité de création de maison de santé où le médecin serait salarié. Nous avons vu précédemment qu'il existe dans certaines communes : les centres municipaux de santé et ceux-ci seraient à développer en Limousin.

Les participants ont suggéré de supprimer ou tout du moins d'alléger l'administratif, gros point noir de l'installation en libéral selon eux. Le poids de l'administratif n'est, bien évidemment, pas une spécificité du Limousin mais certains internes ont avoué que si les démarches administratives étaient allégées ou facilitées sur la région, ceci pourrait être un facteur qui les inciterait à s'installer. Mais comment alléger ce poids ? Une des participantes a suggéré la création d'un guichet unique regroupant les différentes administrations auxquelles les médecins généralistes ont affaire. Les départements étant petits, cela devrait devenir une force et permettre de faire que les différents acteurs travaillent ensemble afin d'avoir un interlocuteur unique pour le médecin souhaitant s'installer, par exemple, faire travailler ensemble l'URSSAF, la CARMF, la CPAM. Mais cela paraît difficile : chacun a son rôle. L'URSSAF ne gère pas que les professions médicales libérales. Elle a un siège régional et des antennes départementales. La CARMF quant à elle ne gère que les professions médicales libérales. Elle a un siège national. La CPAM possède des sièges départementaux, elle a une branche qui s'occupe des professions médicales libérales. Il semble donc difficile de réunir sous un même toit des organismes avec une organisation différente, bien que leurs rôles auprès du médecin généraliste soient proches et complémentaires. En revanche, on pourrait imaginer un référent qui aiderait le médecin généraliste, souhaitant s'installer, à faire les démarches auprès de ces différents organismes. Ainsi le médecin n'aurait qu'un interlocuteur qui centraliserait les documents à remplir et les enverrait à chaque organisme. Ainsi il n'aurait pas besoin de se déplacer dans les différents organismes. Ainsi, il faudrait renforcer le rôle du référent à l'installation. A noter qu'il y aurait un guichet unique entre le Conseil de l'Ordre et la CPAM encore en rodage, ainsi le médecin doit tout de même faire les démarches auprès de ces deux organismes.

En revanche, les internes ont insisté sur le fait que les aides financières proposées dans le but de favoriser l'installation des médecins généralistes dans les zones déficitaires ne sont pas une solution. Que malgré toutes les compensations financières offertes, ils ne seraient pas prêts à s'installer dans n'importe quel endroit : « *on ne peut pas tout acheter avec du financier* »...

IV.2.5.2 Sur le plan extra-professionnel

Pour les participants, il faut absolument lutter contre la désertification des campagnes. Il faut essayer de les redynamiser pour les rendre attractives en recréant des infrastructures. Ils insistent notamment sur la nécessité de créer des écoles : « *l'école on aime bien savoir nos enfants à côté* » mais aussi créer des crèches. Ils souhaitent que ces zones rurales offrent

une vie de famille agréable. Il faudrait donc redévelopper les services. Or, pour le moment, nous sommes plus sur une dynamique où les services de proximité ferment leurs portes. Les bureaux de poste, les écoles ont plutôt tendance à disparaître, les commerces de proximité à fermer. On peut aussi s'interroger sur l'impact que vont avoir la fin des contrats aidés, la suppression de la taxe d'habitation pour une large partie de la population et la diminution des dotations de l'état sur la gestion des petites communes. Malheureusement, pour le moment on est dans un cercle vicieux : les services de proximité disparaissent car ils ne sont pas assez « rentables ». Les services étant supprimés, les gens ne veulent pas s'installer ainsi il n'y a aucun argument pour rouvrir ces services de proximité et ainsi de suite....

Par ailleurs, les internes insistent sur l'importance de créer des emplois pour que leurs conjoints puissent travailler là où ils s'installent. Là encore, cette situation semble être sans solution au vu de la conjoncture actuelle... Il semble difficile d'exiger des collectivités locales qu'elles fassent l'effort de proposer un emploi à chaque conjoint des médecins venant s'installer... Seules quelques initiatives parviennent à faire survivre les petites communes, citons l'opération SOS village® menée tous les ans par TF1® [74] qui permet à des petits commerçants, des artisans, des professionnels de santé souhaitant vendre leur commerce, leur exploitation voire leur cabinet médical (certains médecins ou certaines communes y participent pour trouver un successeur au médecin sur le départ)... de déposer une annonce sur leur site internet. D'autres initiatives : certaines communes n'ayant pas les moyens d'avoir une cantine pour l'école proposent aux enfants de déjeuner dans le restaurant du village, exemple de solidarité au sein d'une même commune.

Les internes ont ensuite évoqué les transports. En effet, nous avons pu constater que ceux-ci constituaient un point faible important de la région. Rapprocher le Limousin des grandes villes est nécessaire à son désenclavement. Désenclaver la région est indispensable, certes, pour les loisirs, ce qu'évoquaient les internes mais aussi sur le plan économique afin d'attirer des nouvelles entreprises et ainsi créer des emplois mais aussi afin de conserver les entreprises déjà existantes ! Malheureusement le projet de ligne grande vitesse Paris-Limoges semble plus ou moins définitivement enterré. Par contre, la solution ne pourrait-elle pas venir des axes routiers ? Faciliter l'accès par la route à Poitiers et Bordeaux seraient des projets à envisager puisque nous appartenons désormais à la même grande région. Une interne a bien souligné que si Limoges n'était pas aussi loin en temps de trajet de Bordeaux, Toulouse, Lyon et Paris, cela changerait la donne. Comme nous l'avons vu dans la partie I.5.3.1, une mise en 2x2 voies entre Limoges et Bellac est envisagée, elle se fera par tronçon, progressivement. D'autant plus que cette route favoriserait le développement de Bellac, rendrait cette partie du territoire plus attractive en la rapprochant en temps de Limoges, comme le passage en 2x2 voies de la N141 a permis l'essor de Saint Junien.

Enfin les internes pensent que le Limousin doit redorer son blason. Il faudrait revaloriser cette région en faisant de la publicité et essayer de rompre l'image, tous les clichés dont elle est victime. Mais... C'est difficile de briser des clichés anciens et profondément ancrés dans les esprits français, d'autant plus que lorsqu'on entend parler les limousins, eux-mêmes ont tendance à dénigrer leur région et à ne pas croire en son potentiel. Pourtant, le Limousin a des atouts. Il faudrait mettre en valeur sa ruralité pour attirer des personnes, des familles qui

recherchent un mode de vie rural. D'autant plus qu'un retour à la nature, à une vie rurale semble devenir à la mode. Cette ruralité, selon les internes, est à la fois un point fort mais aussi un point faible de la région. Comme agir sur cela est impossible : le Limousin restera une région rurale, il faut en faire une force. Désenclaver la région serait aussi un bon coup de pub. Par ailleurs, il faut mettre en avant le patrimoine assez riche de la région pour encourager le tourisme. Malgré tout on peut se demander si la nouvelle région ne va pas finir de nuire à l'image du Limousin. En effet il y a des endroits très attractifs dans la grande région : la Gironde avec Bordeaux, capitale de la Nouvelle Aquitaine, les Landes, les Pyrénées Atlantique, la Charente Maritime.... Comment arriver à sortir du lot à côté de ces départements? Comment arriver à se faire une publicité, à briser le cliché de région peu attractive face à ces départements qui sont attractifs tant sur le plan résidentiel (nombre de nouveaux habitants : cf figure 21) que sur le plan touristique ?

Conclusion

On a pu constater un rapport ambivalent des futurs médecins généralistes à la médecine générale libérale. Ils estiment que l'un de ses principaux atouts est la liberté d'exercice ainsi que le rapport avec le patient. Mais elle a aussi pour point faible une liberté qui finalement se voit être restreinte par l'exigence des patients, le rythme de travail et le « fil à la patte » que représente une installation en libéral. Certains participants sont aussi rebutés par les contraintes administratives. Beaucoup hésitent quant au mode d'installation : en groupe ? Dans une maison de santé ? Néanmoins rares sont ceux qui ont exprimé le souhait d'exercer seuls. Certains internes ont même évoqué la possibilité, si cela existe, d'exercer la médecine générale en étant salarié. La quasi-totalité des internes participants ont décidé de faire dans un premier temps des remplacements afin de les aider à affiner leur projet. Il semblait difficile d'étudier le devenir, en Limousin, des internes en médecine générale formés en Limousin, sans se pencher sur leurs projets professionnels en libéral. En effet, suite à cette étude, nous pouvons nous demander si les internes ayant participé à cette étude s'installeront tous, in fine, en libéral. Du fait de l'ambivalence de leurs sentiments vis-à-vis du libéral on peut penser que certains internes choisiront de se tourner vers le milieu hospitalier. Nous avons pu constater que les résultats de cette étude sont concordants avec des études déjà menées sur ce sujet.

Nombreux sont les internes à être indécis quant à leur lieu d'installation. Certains sont sûrs de quitter le Limousin, d'autres souhaitent y rester mais pour beaucoup l'incertitude règne. Comme nous l'avons vu précédemment, des participants aux *focus groups* et des personnes extérieures nous ont fait remarquer que les internes interrogés n'étaient pas assez avancés dans leur carrière professionnelle pour avoir une idée précise de leur projet et notamment sur leur lieu d'installation. Certes. Mais pour retenir les médecins généralistes, formés à la faculté de Limoges, en Limousin, il faut leur donner envie d'y rester dès leur internat et donc cerner leurs attentes dès cette période. En effet, les ECN font un grand brassage des étudiants en médecine, nous avons pu constater précédemment que certains internes se sont retrouvés sur Limoges contraints et forcés... Ainsi, il faut leur donner l'envie de s'installer en Limousin durant leur internat. Il paraît peu probable qu'un interne formé à Limoges, quitte la région pour revenir ultérieurement s'y installer, d'autant plus s'il n'est pas originaire du Limousin...

Les internes souhaitent articuler leur vie professionnelle autour de leur vie familiale. Le modèle de nos aînés avec le mari médecin exerçant son métier et la femme restant à la maison pour s'occuper des enfants a été rejeté avec force par les participants. La féminisation de la profession mais aussi l'évolution sociétale n'y sont sans doute pas étrangers. Ainsi, le conjoint a une place centrale dans les choix de nos internes. S'ils les ont influencés dans leur choix de ville d'internat, ils auront une importance majeure dans leurs choix du lieu d'installation. Il faudra que le lieu où s'installeront nos futurs médecins généralistes offre un confort pour la vie de famille. Ceci passe par un emploi pour le conjoint, proche du lieu de résidence, mais aussi des écoles, des activités extra scolaires proches pour les enfants, des loisirs facilement accessibles pour le week-end. Ainsi les internes souhaiteraient que leur profession puisse évoluer avec la dynamique de la société à savoir qu'ils souhaiteraient pouvoir être plus mobiles surtout si le conjoint exerce une profession qui peut l'amener à être muté régulièrement.

Le Limousin peut se montrer attractif dans le milieu professionnel car les spécialistes sont facilement accessibles. Comme la région est de petite taille, on n'est jamais loin d'un centre hospitalier et le CHU de Limoges n'est jamais très éloigné (par rapport à Bordeaux par exemple en Aquitaine). Par ailleurs, la région offre une bonne qualité de vie selon les internes, une proximité avec le milieu rural qu'ils semblent apprécier. Le prix de l'immobilier est un atout majeur puisque devenir propriétaire à des prix abordables est facile en Limousin. Cette qualité de vie semble propice à une vie familiale comme l'imaginent nos participants. Mais le revers de la médaille est un manque d'attractivité de la région qui est enclavée à cause d'un défaut de réseaux de communication notamment ferroviaires et autoroutiers, ce qui éloigne Limoges des grandes villes mais aussi des lieux de loisirs ou de vacances tels que la plage, la montagne. Par ailleurs le milieu rural qui semble être apprécié des internes se transforme en point faible. La désertification des campagnes est un phénomène touchant le Limousin qui est une région rurale. Cela se traduit par un manque de services de proximité qui entrave le confort de vie dans le milieu rural. La désertification médicale est aussi un frein majeur. Les internes l'associent volontiers au Limousin. Ils évoquent leur frilosité à s'installer dans un désert médical avéré ou en devenir, c'est-à-dire un endroit où les médecins installés sont proches de la retraite, avec la crainte de se retrouver seul après leur départ. Malheureusement désertification des campagnes et désertification médicale sont intriquées. Il s'agit d'un cercle vicieux difficile à rompre. Le Limousin souffre d'une image négative, là aussi celle-ci est difficile à rompre.

Enfin nous avons pu dégager des pistes qui pourraient favoriser l'installation des jeunes médecins généralistes en Limousin. Ils souhaitent que soit favorisé le regroupement des médecins généralistes. Les temps où les médecins généralistes s'installaient seuls semblent révolus. La construction de MSP semble un élément important. Mais ils ont aussi évoqué la création de plateformes permettant aux futurs généralistes d'échanger sur leurs projets et éventuellement les mettre en commun. En effet, les internes ne souhaiteraient pas se lancer dans un projet s'ils n'ont pas la certitude d'être suivis par d'autres médecins généralistes car ils rejettent l'idée d'une installation en solitaire. Ainsi cette plate-forme leur permettrait d'échanger sur leurs projets et favoriserait les regroupements de médecins. Elle pourrait être hébergée sur le site de la faculté de médecine de Limoges. Un site pourrait sinon être spécialement créé avec une communication systématique de cette adresse à tous les nouveaux internes mais aussi aux médecins remplaçants qui pourraient projeter de s'installer. Il faudrait une coopération entre la faculté de médecine de Limoges et les trois conseils départementaux de l'ordre des médecins. Ils souhaiteraient aussi que lorsqu'un projet de maison de santé voit le jour, il y ait une communication à grande échelle comme des réunions, des informations dans les universités pour que là encore ils puissent en discuter ensemble et voir si des collègues seraient intéressés par le projet. Ils pensent que le démarchage individuel par téléphone n'est pas efficace. Nous pouvons ajouter - même si cela n'a pas été directement évoqué par les participants- que la création de centres municipaux de santé pourrait être un atout. Les médecins y sont salariés. Aucune structure de ce type n'existe en Limousin. Pourtant cela permettrait aux médecins de ne plus avoir de démarches administratives à effectuer et d'alléger leur charge de travail ^[67]. Les participants ont évoqué la création d'un guichet unique qui pourrait faciliter les démarches administratives. Cela semble difficile à mettre en place, pourtant ils ont souligné que les contraintes administratives n'étant pas propres au Limousin, la création d'un guichet unique qui faciliterait leur démarche pourrait être un élément qui favoriserait leur installation dans la région. Si un guichet unique entre toutes

les administrations ne peut être créé, le médecin généraliste pourrait être aidé dans ses démarches administratives par un référent unique qui l'aiderait à faire ses démarches auprès de chaque administration. Cette piste est à explorer car elle constituerait un réel atout pour la région Limousin selon les participants. Il faudrait renforcer le rôle du référent à l'installation de l'ARS. Enfin le Limousin doit se désenclaver en développant les réseaux de communication routiers et autoroutiers. La lutte contre la désertification des campagnes doit être une priorité avec la création de services de proximité et la création d'emploi. Malheureusement, là encore cela fait office de vœux pieux, à l'heure actuelle, nous tendons plus vers la disparition des services de proximité avec une tendance à la centralisation. La tendance va-t-elle s'inverser dans les années à venir ? Rien n'est moins sûr... Enfin, le Limousin doit redorer son blason. Il faut essayer de briser l'image négative qui est tenace. La région doit jouer sur ce qui peut constituer des points forts tels que la nature avec le développement du tourisme vert mais aussi attirer des familles qui souhaiterait aller vers un mode de vie écologique, mouvement qui semble prendre de l'ampleur ces dernières années. En revanche, les internes ont insisté sur le fait que les aides financières ne sont pas, selon eux, un élément incitatif à s'installer dans une zone sous dotée.

Citons de nouveau le Dr Vieilledent^[62] qui fait un constat très amer : « *Mon problème de succession, nombre de médecins y sont confrontés en France. Et c'est le problème de centaines de milliers de Français qui, du jour au lendemain, se retrouvent sans solution de proximité face à la maladie qui leur tombe dessus, ou à l'accident qui les cueille sans crier gare. On les laisse dans un désarroi muet. L'Etat a des devoirs vis-à-vis de ses citoyens. Clairement il y a là une carence, voire un faute, je dirais même une honte. Et pourtant elle ne semble sauter aux yeux d'aucun responsable, que ce soient les politiques ou les représentants de l'autorité de santé* ». On aurait tendance à vite tirer ses conclusions, en effet, mais quand on étudie les attentes des futurs médecins généralistes, on se rend compte que toutes leurs attentes ne peuvent pas être satisfaites. On ne peut pas instaurer des services de proximité qui seraient déficitaires dans leur fonctionnement. On ne peut pas créer des emplois, s'il n'y a pas de travail. On ne pourra pas désenclaver le Limousin rapidement, même avec la meilleure volonté du monde avec les moyens actuels, le Limousin ne sera jamais à 1h30 de Paris, à 40 min des plages les plus proches et de la montagne. L'Etat n'a peut-être pas assez anticipé le phénomène des déserts médicaux mais les internes, vu les possibilités étendues d'installation, n'ont-ils pas tendance à rester exigeants et peu enclins à faire des concessions ? Les internes souhaitent la construction de maison de santé mais accepteront-ils de s'y installer s'il n'y a pas les services de proximité et du travail pour le conjoint proche de la commune ?

Devant les incertitudes concernant les projets professionnels de nos participants nous pourrions envisager de les recontacter d'ici 5 ans pour voir quels choix de carrière ils ont fait finalement.

Références bibliographiques

- 1- Association Nationales des Etudiants en Médecine de France. Les études médicales [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.anemf.org/etudes-medicales.html>> (Consulté le 05/02/2016)
- 2- Remède.org. Cartes ECN 2015. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.remede.org/internat/cartes-enc/>> (Consulté le 05/02/2016)
- 3- Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1^{er} janvier 2016. p 80-82 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf> (Consulté le 31/08/2016)
- 4- Conseil National de l'Ordre des médecins. Médecine générale : densité en activité régulière. [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.demographie.medecin.fr/demographie>> (Consulté le 02/07/2016)
- 5- Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1^{er} janvier 2016. p 30 et 43 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf> (Consulté le 31/08/2016)
- 6- Solution médicale.fr. Carte de France des médecins généralistes. [en ligne]. <<http://solutionsmedicales.fr/s-installer-en-liberal/carte-de-france-des-medecins-generalistes>> (Consulté le 22/01/2016)
- 7- Agence Régionale de Santé. Diaporama Les Aides à l'installation.
- 8- Agence régionale de Santé Professionnels de santé, venez exercer votre activité en Limousin ! [en ligne]. Disponible sur : <http://fr.slideshare.net/Julie_Province/diapo-provemploi-15octobre2013-mode-de-compatibilit> (Consulté le 14/04/2016)
- 9- Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Aides à l'installation. Guide d'installation à l'usage des administrateurs ISNAR-IMG. 1-11 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/aides-installation.pdf>> (Consulté le 02/05/2016)
- 10- Centre national de gestion. CESP médecine. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.cng.sante.fr/C-3-Les-differentes-modalites-d.html>> (Consulté le 13/04/2016)
- 11- Ministère des affaires sociales et de la Santé. Construisez votre avenir avec le CESP (brochure). [en ligne]. Disponible sur : <<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>> (Consulté le 13/04/2016)

- 12- PAPS Limousin. Dispositif de Praticien Territorial de Médecine Générale. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.limousin.paps.sante.fr/Dispositif-de-Praticien-Territorial-de-Medecine-Generale.34650.0.html>> (Consulté le 15/04/2016)
- 13- Agence Régionale de Santé. Diaporama Praticien Territorial de Médecine Générale.
- 14- PAPS Limousin. Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.limousin.paps.sante.fr/Dispositif-de-Praticien-Territorial-de-Medecine-Ambulatoire.39884.0.html>> (Consulté le 15/04/2016)
- 15- PAPS Auvergne Rhône-Alpes. Praticien isolé à activité Saisonnière. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/PAPS_RA/JE_MINSTALLE/6_Aides/Fiche_presentation_PIAS.pdf> (Consulté le 15/04/2016)
- 16- PAPS Limousin. Exonération fiscale pour PDSA. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.limousin.paps.sante.fr/Exonerations-fiscales-pour-l-activite-de-PDSA.34648.0.html>> (Consulté le 15/04/2016)
- 17- Chambre de Commerce et d'Industrie. Exonération de cotisation foncière des entreprises pour les professions médicale. [en ligne]. Disponible sur : <[https://les-aides.fr/fiche/bZFic3dGxfTeBGZeTUZZ4\\$Vm/ddfip/exoneration-de-cotisation-fonciere-des-entreprises-pour-les-professions-medicales-en-zrr-ou-dans-les-petites-communes.html](https://les-aides.fr/fiche/bZFic3dGxfTeBGZeTUZZ4$Vm/ddfip/exoneration-de-cotisation-fonciere-des-entreprises-pour-les-professions-medicales-en-zrr-ou-dans-les-petites-communes.html)> (Consulté le 14/04/2016)
- 18- Mission Connaissance et Analyse des Territoires. Zones de Revitalisation Rurale en Haute-Vienne. [en ligne]. Disponible sur : <http://admincarto.geolimousin.fr/CartesStatiques/ZRR87_2010_MCAT.pdf> (Consulté le 14/04/2016)
- 19- Département de la Creuse. Zones de Revitalisation Rurale et Pôles d'Excellence Rurale. [en ligne]. Disponible sur : <http://admincarto.geolimousin.fr/CartesStatiques/ZRR_descriptif.pdf> (Consulté le 14/04/2016)
- 20- Assurance maladie. Convention Médicale. Questions-réponses. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-questions-reponses/options.php>> (Consulté le 16/04/2016)
- 21- Agence Régionale de Santé. Le Pacte Territoire Santé en Limousin. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ars.limousin.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Actualites/2013/Pacte_territoire_sante_Limousin/Dossier_presse_ARS_Limousin_Pacte_Territoire_Sante2.pdf> (Consulté le 04/09/2016)
- 22- Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants. Le moratoire à l'installation. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.champagjir.fr/uploads/Moratoire.pdf>> (Consulté le 14/04/2016)

- 23- MG France. Mode d'exercice : le collaborateur libéral. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/mode-d-exercice/le-collaborateur-liberal>> (Consulté le 04/09/2016)
- 24- Agences Régionale de Santé Limousin. Zones Fragiles du SROS ambulatoire Limousin 2013. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ars.limousin.sante.fr/uploads/media/Zones_fragiles_du_SROS_Ambulatoire_Nov13.pdf> (Consulté le 14/04/2016)
- 25- Agence Régionale de Santé Limousin. Zones déficitaires du SROS ambulatoire en Limousin en 2013. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ars.limousin.sante.fr/uploads/media/Zones_deficitaires_du_SROS_Ambulatoire_Nov13.pdf> (Consulté le 14/04/2016)
- 26- Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Qu'est-ce qu'une maison et un pôle de santé. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>> (Consulté le 16/05/2016)
- 27- Mission Régionale de Santé Limousin. Une réponse à l'évolution de la démographie des professionnels de santé et à l'amélioration de l'aménagement du territoire : les maisons de santé pluridisciplinaires. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.payshlv.com/files/phlv/documents/PDF/Services/Maison-medicale-pluridisciplinaire-en-Limousin.pdf>> (Consulté le 16/05/2016)
- 28- Agence régionale de Santé Aquitaine-Limousin-Poitou Charente. Les structures d'exercice collectif (Maisons et pôles de santé et autres structures) en Limousin. [en ligne]. Disponibl sur : <http://www.ars.limousin.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Votre_ars/Contexte_regional/MSP/Carte_MSP_Poles_de_sante_Janvier2016.pdf> (Consulté le 16/05/2016)
- 29- Institut National de la Statistique et des études économiques. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2016, séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2016. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>> (Consulté le 22/05/2017)
- 30- Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale et vieillissement. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr>> (Consulté le 22/05/2017)
- 31- Sénat. Fonctionnement d'une agence postale communale. 13^e législature. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.senat.fr/questions/base/2009/qSEQ09020448S.html>> (Consulté le 29/06/2017)
- 32- Effiat. Relais poste. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.effiat.fr/spip.php?article71>> (Consulté le 29/06/2017)
- 33- La Poste. Bureaux de poste et points de contacts en région. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.laposte.fr/particulier/bureaux-de-poste>> (Consulté le 29/06/2017)

- 34- *Le Groupe La Poste*. Le Groupe La Poste en France et dans le monde. [en ligne]. Disponible sur : <<http://legroupe.laposte.fr/profil/le-groupe-en-bref/presence-en-france-et-a-l-international>> (Consulté le 6 septembre 2017)
- 35- Ministère de l'éducation nationale. Annuaire de l'éducation nationale [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.education.gouv.fr/pid24301/annuaire-accueil-recherche.html>> (Consulté le 29/06/2017)
- 36- Ministère de l'éducation nationale. Carte de l'académie de Limoges. [en ligne]. Disponible sur : <http://cache.media.education.gouv.fr/image/Academie/18/7/carte_academie_322187.jpg> (Consulté le 29/06/2017)
- 37- Assurance maladie. Points d'accueil Haute-Vienne. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/adresses-et-contact/points-accueil>> (Consulté le 01/06/2017)
- 38- MSA du Limousin. Rencontrer un conseiller. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.msa-limousin.fr/lfr/rencontrer-un-conseiller-e-protection-sociale?p_p_id=56_INSTANCE_bX7r&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_56_INSTANCE_bX7r_read_more=2> (Consulté le 03/01/2017)
- 39- RSI Limousin. Accueils et permanences. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.rsi.fr/votre-caisse-rsi/limousin/accueils-et-permanences.html>> (Consulté le 03/06/2017)
- 40- Assurance maladie. Points d'accueil Corrèze. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.ameli.fr/correze/assure/adresses-et-contact/points-accueil>> (Consulté le 01/06/2017)
- 41- Assurance maladie. Point d'accueils Creuse. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.ameli.fr/creuse/assure/adresses-et-contact/points-accueil>> (Consulté le 01/06/2017)
- 42- Allôciné. Recherche de cinéma Allôciné Haute-Vienne. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.allocine.fr/salle/recherche/?q=Haute+Vienne>> (Consulté le 01/06/2017)
- 43- Allôciné. Recherche de cinéma Allôciné Corrèze. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.allocine.fr/salle/recherche/?q=Corr%C3%A8ze>> (Consulté le 01/06/2017)
- 44- Allôciné. Recherche de cinéma Allôciné Creuse. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.allocine.fr/salle/recherche/?q=Creuse>> (Consulté le 01/06/2017)
- 45- Wikisara. Autoroute française A20. [en ligne]. Disponible sur : <[http://routes.wikia.com/wiki/Autoroute_fran%C3%A7aise_A20_\(Itin%C3%A9raire\)](http://routes.wikia.com/wiki/Autoroute_fran%C3%A7aise_A20_(Itin%C3%A9raire))> (Consulté le 03/06/2017)
- 46- Wikisara. Autoroute française A 89. [en ligne]. Disponible sur : <http://routes.wikia.com/wiki/Autoroute_fran%C3%A7aise_A89> (Consulté le 03/06/2017)

- 47- Wikisara. Route nationale française 141. [en ligne]. Disponible sur : <http://routes.wikia.com/wiki/Route_nationale_fran%C3%A7aise_141> (Consulté le 06/06/2017)
- 48- Wikisara. Route nationale française 145. [en ligne]. Disponible sur : <http://routes.wikia.com/wiki/Route_nationale_fran%C3%A7aise_145> (Consulté le 03/06/2017)
- 49- Wikisara. Route nationale française 147. [en ligne]. Disponible sur : <http://routes.wikia.com/wiki/Route_nationale_fran%C3%A7aise_147> (Consulté le 03/06/2017)
- 50- Préfecture région Nouvelle Aquitaine. Réseau routier. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.nouvelle-aquitaine.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/A5_reseau_routier.pdf> (Consulté le 03/06/17)
- 51- Arts-Voyages. Carte routière Michelin. [en ligne]. Disponible sur : <<http://evasion-online.com/cartes-plans/carte-de-france-routiere>> (Consulté le 03/06/2017)
- 52- Trains-horaires. Gares SNCF de la Haute-Vienne. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.trains-horaires.com/gares/haute-vienne>> (Consulté le 06/06/2017)
- 53- Trains-horaires. Gares SNCF de Corrèze. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.trains-horaires.com/gares/correze>> (Consulté le 06/06/2017)
- 54- Trains-horaires. Gares SNCF de Creuse. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.trains-horaires.com/gares/creuse>> (Consulté le 06/06/2017)
- 55- SNCF. Réseau ferré en région Nouvelle-Aquitaine. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.sncf-reseau.fr/sites/default/files/upload/_Actualite/_regions/APC/CARTES/161028_SNCF-Reseau_Nouvelle-Aquitaine_carte-pk_10-2016.pdf> (Consulté le 06/06/2017)
- 56- SNCF. Réseau ferré en France. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.sncf-reseau.fr/sites/default/files/upload/_Carte/2017/carte_rfn_2017_121x101cm.pdf> (Consulté le 06/06/2017)
- 57- Fédération Hospitalière de France. Département de la Haute-Vienne. [en ligne]. Disponible sur : <<https://etablisements.fhf.fr/annuaire/carte-departement.php?dpt=87>> (Consulté le 10/06/2017)
- 58- Fédération Hospitalière de France. Département de la Corrèze. [en ligne]. Disponible sur : <<https://etablisements.fhf.fr/annuaire/carte-departement.php?dpt=19>> (Consulté le 13/06/2017)
- 59- Fédération Hospitalière de France (FHF). Département de la Creuse. [en ligne]. Disponible sur : <<https://etablisements.fhf.fr/annuaire/carte-departement.php?dpt=23>> (Consulté le 13 juin 2017)

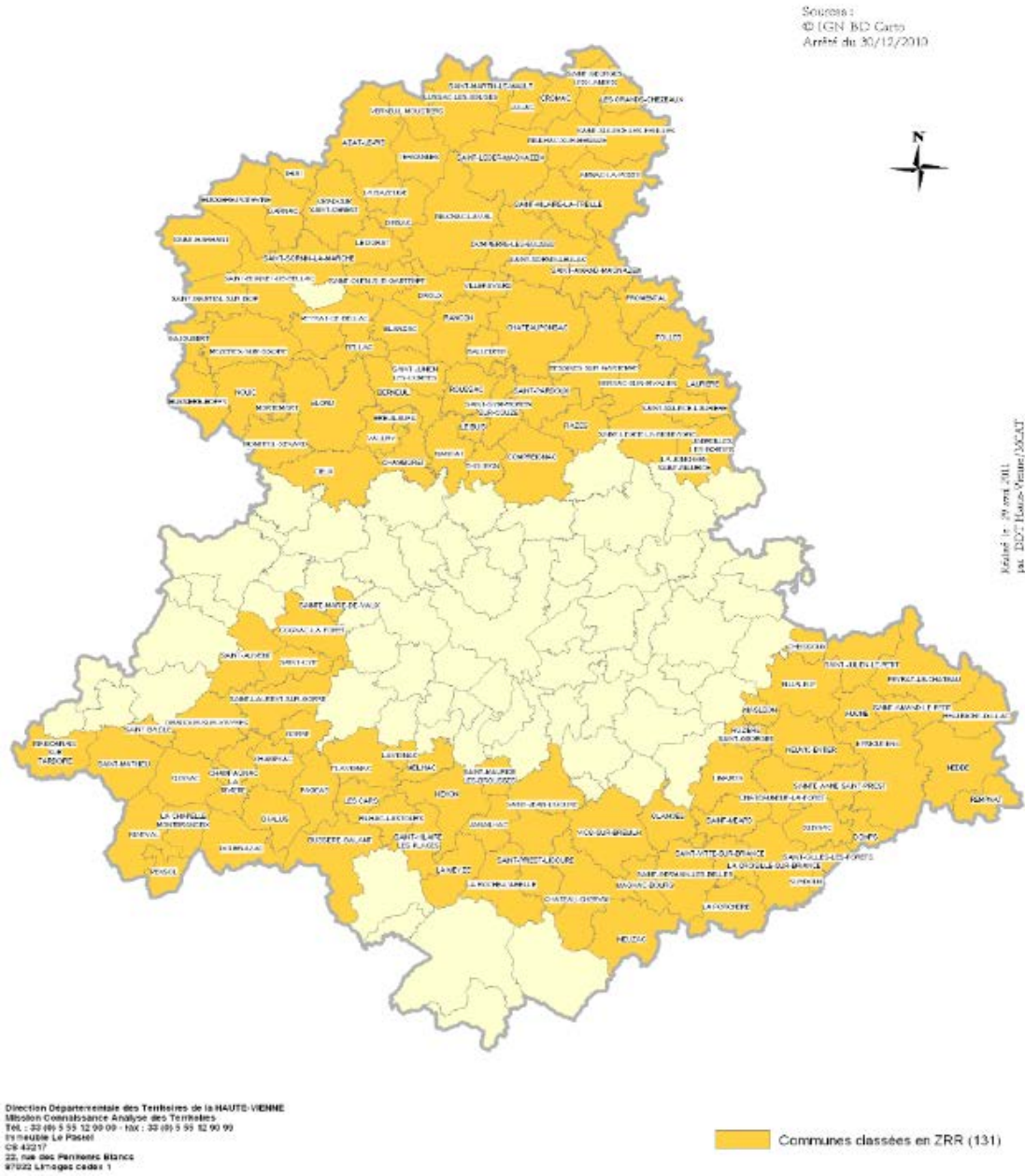
- 60- Hôpital.fr. Les établissements publics de santé. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.hopital.fr/Nos-Missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-publics-de-sante#63617>> (Consulté le 10/10/2017)
- 61- Bourgoïn M. Formations hybrides ou foad : les usages d'une plateforme de formation à distance dans un greta [en ligne]. Mémoire professionnel master 2 en sciences de l'éducation mention métiers de la formation. Université de Rouen, 152p. Disponible sur : <http://shs-app.univ-rouen.fr/civiic/memoires_masterICF/textes/memoire_bourgoïn_michel_2110855_ICF_2012.pdf> (Consulté le 10/09/2017)
- 62- Dr Vieilledent Georges. Médecin de campagne, une vie. France Loisir, 2015. 248 pages. ISBN : 978-2-298-10213-0
- 63- Chandez C. et Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône - Alpes : étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés [en ligne]. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université de Grenoble, 2013, 214p. Disponible sur : <<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00986914/document>> (Consulté le 26/09/2017)
- 64- Piquereau T. Motivation des internes en médecine générale à réaliser ou non un SASPAS [en ligne]. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université d'Angers, 2016, 30 p. Disponible sur : <<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096561/2016MCEM5197/fichier/5197F.pdf>> Consulté le 26 septembre 2017
- 65- Munck S., Massin S., Hofliger P. et Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. [en ligne]. Volume 27, n° 1, pp 49-58. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-49.htm>> (Consulté le 26/09/2017)
- 66- Dory V., Pouchain D., Beaulieu MD, Pestiaux D. et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer la revue française de médecine générale [en ligne], 2009, Volume 20, n°85, pp 4-7. Disponible sur : <http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdf> (Consulté le 26/09/2017)
- 67- Cuneo L. Des médecins salariés pour lutter contre les déserts médicaux. Le point.fr [en ligne], 2012. Disponible sur : <http://www.lepoint.fr/societe/des-medecins-salaries-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux-23-10-2012-1520164_23.php> (Consulté le 26/09/2017)
- 68- Gay J. Prix immobilier 2017 : évolution et estimation. Le journal du net [en ligne], 2017. Disponible sur : <<http://www.journaldunet.com/economie/immobilier/1110050-prix-immobilier/>> (Consulté le 14/10/2017)
- 69- Toutes-les-villes.com. Villes de la région Limousin - toutes-les-villes. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.toutes-les-villes.com/villes-regions/74-limousin.html>> (Consulté le 29/09/2017)
- 70- FELTIN-PALAS Michel. Le palmarès des villes les plus attractives. L'express, 2017, n°3457, pp 56-59.

- 71- Maville Limoges. Limoges “malade de la prostitution”, selon l’émission de TF1 “7 à 8”. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.limoges.maville.com/actu/actudet_-Limoges-malade-de-la-prostitution-selon-l-emission-de-TF1-7-a-8-%5Bvideo%5D_loc-1768596_actu.Htm> (Consulté le 01/10/2017)
- 72- O.M. Population en hausse de 7,25% : la Haute-Savoie est le département le plus attractif. Ledauphine.com [en ligne], 2017. Disponible sur : <<http://www.ledauphine.com/france-monde/2017/01/17/quels-sont-les-departements-qui-ont-gagne-le-plus-d-habitants>> (Consulté le 04/10/2017)
- 73- Préfecture de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes. La nouvelle organisation régionale de l’Etat en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.prefectures-regions.gouv.fr/nouvelle-aquitaine/content/download/20965/144732/file/Livret%20200x200.pdf>> (Consulté le 01/10/2017)
- 74- TF1. SOS villages. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.tf1.fr/tf1/jt-13h/pages/sos-villages.html>> (Consulté le 01/10/2017)

Annexes

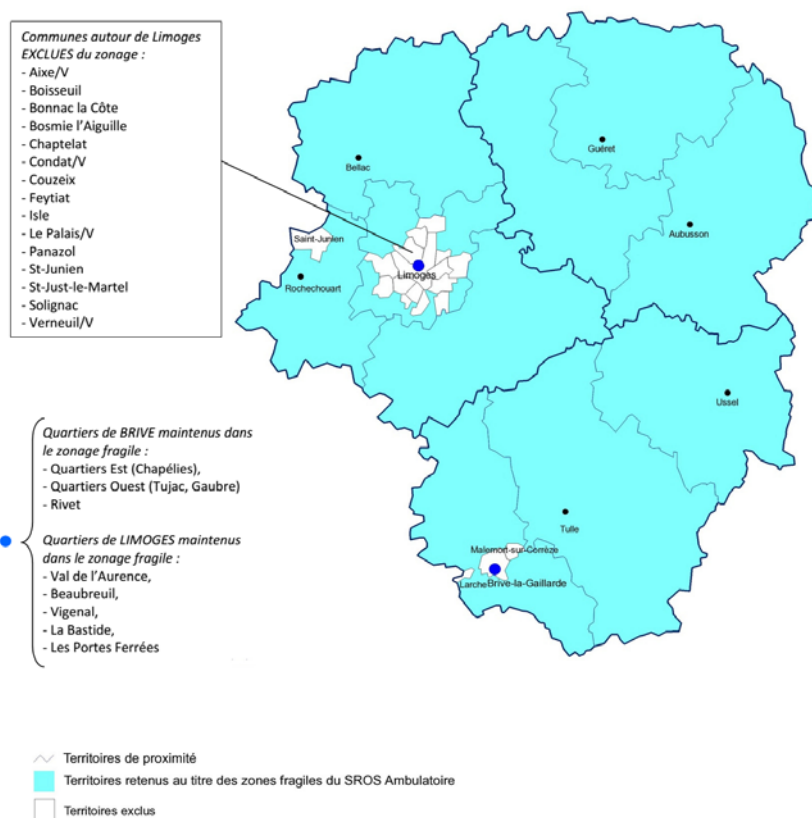
Annexe 1. Les zones de revitalisations rurales en Haute-Vienne	142
Annexe 2. Les zones de revitalisation rurales en Creuse	143
Annexe 3. Les zones de revitalisation rurales en Corrèze	143
Annexe 4. Les zones fragiles du SROS ambulatoire en Limousin en 2013.....	144
Annexe 5. Les zones déficitaires du SROS ambulatoire du Limousin en 2013	145
Annexe 6. Le guide d'entretien	146
Annexe 7. La fiche signalétique.....	147
Annexe 8. Extrait du verbatim.....	148
Annexe 9. Exemple d'organisation des références d'un codage dans le logiciel Nvivo	151

Annexe 1. Les zones de revitalisation rurales en Haute-Vienne [18]



Annexe 4. Les zones fragiles du SROS ambulatoire en Limousin en 2013 ^[24]

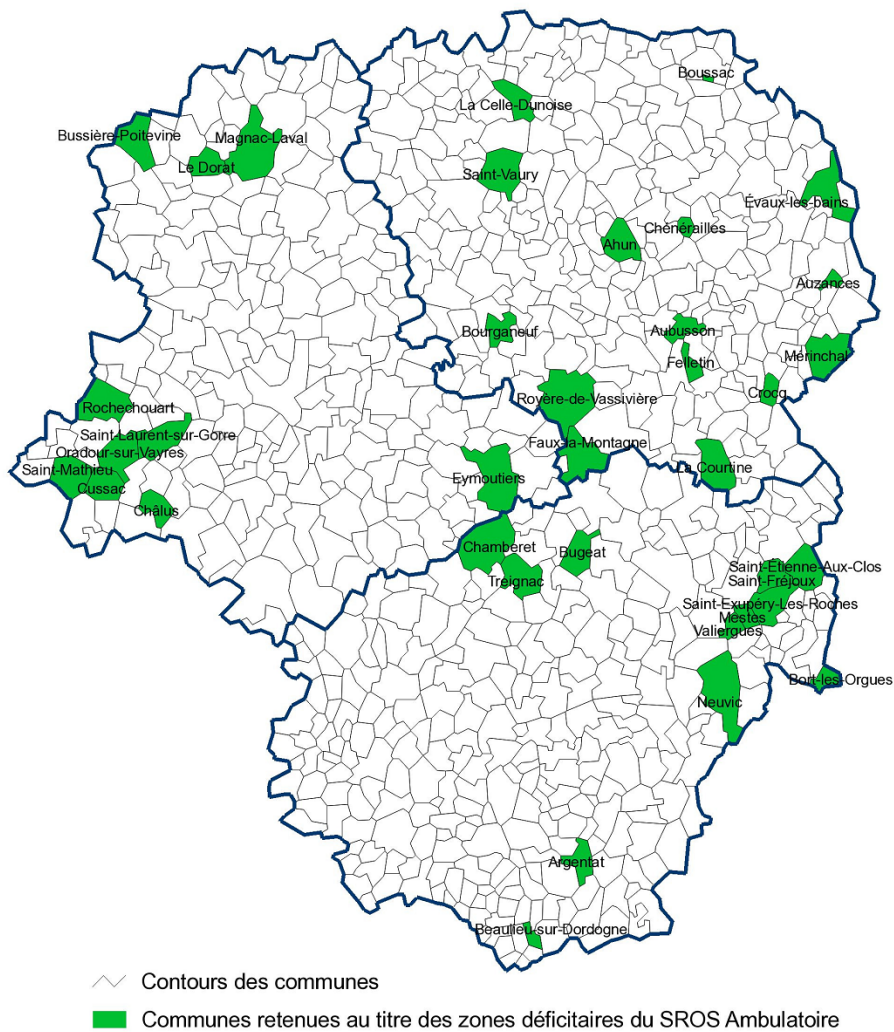
ZONES FRAGILES DU SROS AMBULATOIRE LIMOUSIN - 2013



ARS – Pôle Observation et Statistiques

Annexe 5. Les zones déficitaires du SROS ambulatoire du Limousin en 2013 ^[25]

ZONES DEFICITAIRES DU SROS AMBULATOIRE LIMOUSIN - 2013



ARS – Pôle Observation et Statistiques

Annexe 6. Le guide d'entretien

1) Où en êtes-vous de votre cursus?

2) Parlons de l'externat.

Quel a été votre parcours pendant votre externat ?- Avez-vous réalisé un stage chez un ou des médecins généralistes pendant votre externat ? Comment était-il organisé. (en rural ou en urbain ?)

3) Parlons des ECN

- Qu'est-ce qui vous a fait choisir la médecine générale ?

- Qu'est-ce qui vous a fait choisir la faculté de Limoges pour votre formation d'interne ?

4) Qu'est-ce qui vous inciterait (ou vous freinerait) à vous installer en libéral ?

5) Souhaiteriez-vous vous installer en Limousin ?

Si non, pourquoi et où souhaiteriez-vous vous installer ?

Si oui, où et pourquoi ?

6) Selon vous, de façon objective :

- Quels sont les atouts de la région Limousin, tant sur le plan professionnel que sur le plan de la vie quotidienne ?

- En revanche quels sont ses points faibles ?

7) Qu'est-ce qui pourrait être instauré et/ou amélioré pour encourager l'installation des jeunes médecins généralistes dans cette région ?

8) Avez-vous des remarques complémentaires ?

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Adresse mail :

Faculté où vous avez réalisé votre externat :

Année ECN :

Année d'entrée en DES de médecine générale :

DU :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Annexe 8. Extrait du verbatim

Extrait du deuxième focus group avec entre parenthèse les annotations concernant le non verbal et des commentaires murmurés.

Pr Menard : Donc on va en venir sur le terrain, souhaiteriez-vous vous installer en Limousin ? Donc maintenant on va parler de notre région. Si non, pourquoi et où souhaiteriez-vous vous installer ? Et si oui, pourquoi aussi ?

C : Alors moi j'avais une idée du Limousin... En fait moi, je suis partie de chez mes parents, je suis de l'Indre, je m'étais dit : « de toute façon ça ne peut pas être pire que l'Indre » (rires). Et en fait au début je m'étais dit, après je pars de Limoges, c'est clair et net. Après je vais aller dans une grande ville. Quand on y a vécu 8 ans on a envie de voir des grands espaces, d'être en permanence stimulé, enfin bon bref. Et puis au final, jusqu'à mon choix ECN où j'ai un peu pris Limoges par défaut, par amour, voilà j'avais plus de chance d'être avec mon conjoint et enfin après on s'en ira au pire. Et moi vraiment dans mon esprit, je ne voulais pas rester sur Limoges, mais vraiment. Et au final, je trouve que Limoges c'est bien parce que c'est vrai que d'un point de vue qualité de vie je trouve que c'est la perfection parce que Limoges et même en périphérie : Solignac, le Vigen, Ambazac... Enfin toutes ces petites campagnes qui sont aux alentours, on a quand même tout à proximité, pas d'embouteillage, les loyers ou les prix d'achat des maisons qui sont abordables, on veut faire une sortie dans un restaurant ou un petit bistrot c'est vraiment très abordable enfin je veux dire par rapport à.... On a quand même pour se cultiver tout ce qu'il faut, enfin je veux dire ce n'est pas la Creuse profonde ! (P : rit, c'est vrai) C'est quand même confortable. Et surtout moi j'aime bien, j'ai des activités, des loisirs, j'ai développé grâce à mon ami des loisirs, des sports qui nécessitent un petit peu de collines, un petit peu de campagne et c'est vrai que je suis tombée amoureuse de la région d'Ambazac là. J'y passe tous mes w-e (rires). J'adore donc du coup je me vois même limite m'installer dans cette région-là : La Jonchère, Saint Sulpice Laurière, Ambazac, Saint Pardoux... Peu importe mais je me vois là-bas, je suis tombée amoureuse de ce petit coin de paradis, où les gens sont super sympas, ils vivent jusqu'à 100 ans malgré le fait qu'on me dise que ce soit radio actif (rires), ils sont super vieux. Et je trouve que les maisons médicales se développent pas mal dans ce coin là et je trouve qu'en plus on est à 10 min de Limoges donc on a l'A20 et on est à 10 min du premier hôpital. Je trouve que pour un futur praticien libéral c'est plutôt bien parce qu'ils manquent de médecin. C'est quand même un département même si ce n'est pas considéré comme un désert, ils manquent de praticiens dans la région et qu'on n'est pas loin du premier hôpital. Alors qu'où habitent mes parents, l'Indre là, ils cherchent, c'est un désert médical pour le coup, il y a les mairies des alentours qui harcèlent mes parents car ils savent de je ne sais où que je suis en médecine pour que j'aille visiter des maisons médicales de Dun le Palestel et compagnie et en fait ça ne me fait pas du tout envie parce qu'on est à 50 km du premier hôpital et que je trouve que tout est plus compliqué, que pour trouver un remplaçant c'est compliqué donc c'est vrai que moi je trouve que le Limousin c'est très attractif pour le coup et je suis tombée amoureuse de la région. Voilà

S. : Moi ça va être clair : par choix personnel, j'ai rencontré quelqu'un d'autre, du coup si ça se passe bien je reste si ça ne passe pas, je pars. C'est tout et je m'en fous de m'installer en Limousin ou ailleurs même si c'est un désert, du moment que je suis avec la personne que j'aime j'y reste. Que ce soit un désert ou pas, je m'en fous. C'est tout voilà.

Dr Menard : D'accord donc tu ne peux pas répondre pour le moment (rires)

S. : Pour le moment je ne sais pas c'est trop récent. Pour l'instant j'aimerais que ça se passe bien et si ça se passe bien avec cette personne-là, alors oui, je reste dans le Limousin, bien sûr ! Je vais apporter un peu d'accent (rires). Ça ne me fait pas peur de rester dans le Limousin bien sûr que non.

O. : Au jour d'aujourd'hui, non. Je ne suis pas non plus pressée de partir. Moi ce n'est pas contre la région en soi comme je disais tout à l'heure. Ici, on peut avoir les avantages de la ville sans les inconvénients, les avantages de la campagne sans les inconvénients, on peut avoir une maison, on peut faire des barbeuc, pas de problèmes, mais ce n'est pas chez moi (rire d'O.). J'aurais aimé ça, un peu plus bas. Donc voilà mais après je ne choisis pas toute seule comme beaucoup à nos âges donc on réfléchit à deux donc je ne suis pas du tout pressée de redescendre mais l'idée pour l'instant c'est quand même de redescendre un peu au soleil.

G. : Ben moi ça va un peu dépendre de mon mari, du choix qu'il aura à son ECN, mais on est bien tous les deux dans la région. Région à taille humaine avec une bonne qualité de vie qui a déjà été énumérée donc voilà. On est plus en mode rural, maison avec son potager et voilà. Avec un mari qui aime vivre reculé, un peu loin de tout (rires) donc ça aide.

A. : Alors, euh, je n'en sais rien car c'est un peu le bordel dans ma vie en ce moment... Moi j'aimerais à la base me rapprocher plus de mes parents en Auvergne. Mais c'est vrai que le Limousin ça fait 10ans que j'y ai mes marques. Il n'y a pas ni plus ni moins qu'ailleurs. On n'est pas très loin de tout.... Bon... C'est un peu paumé, ce n'est pas super vivant comme ville, mais je m'y suis faite. Après j'aime beaucoup Saint Yrieix, donc honnêtement (rires de P. et C.) à voir. (P. : Limoges, ce n'est pas vivant mais Saint Yrieix ! Il y a une vie nocturne là-bas pfiouuuu). Non ben non ! Mais je m'y sens bien (elle rit). (P. : c'est vrai que c'est chouette, le petit centre). Et j'aime bien les gens, c'est ça qui... Ce serait ça plus l'aspect un peu que j'ai mes marques qui peut me favoriser et un peu que ma famille est loin qui m'en éloignerait.

P. : Moi j'ai toujours vécu ici, je suis né là, malgré mon nom improbable, voilà, je suis né ici, ma maman est d'ici, et voilà, moi je trouve ça génial qu'à notre âge, enfin moi je suis en train de regarder pour m'acheter des trucs m'acheter un appart et on me dit non mais vous savez vous pouvez même peut-être regarder pour vous acheter une maison. Quel autre interne en France peut s'acheter une maison même tout seul, à Paris, ils n'arrivent même pas à se payer, enfin ils passent leurs salaires dans leurs loyers ! Je me dis que quand même on a une qualité de vie qui est géniale ! C'est top ! Après c'est sûr, en milieu péri-urbain ou urbain, c'est plutôt mon truc, en périphérie de Limoges ou 10-15 min de Limoges, pas loin d'une 4 voies, d'une autoroute, vers St Junien ou au nord ou au sud de Limoges, enfin accessible quoi. Mais bon après pareil, un événement de vie peut faire, là si je descends de la fac, je rencontre la femme de ma vie, elle me dit on part à Roubaix ou à Calais, je dis ok bon ben (rires) on va aller à la jungle de Calais et puis tant pis... Mais c'est vrai que dans l'absolu, c'est quand même chouette, le coin est quand même bien. C'est vrai que ce n'est pas très connu quand on dit Limoges (O. : ce n'est pas glamour, ce n'est pas sexy) oui mais on dit pour vivre heureux vivons cachés, je ne sais pas, ils ne savent pas qu'on est bien ici, alors... Nous, on est bien et puis voilà ! Et puis chacun fait comme il veut. C'est sympa quand même la région (C. : Ouais, une belle campagne).

Dr Menard : Merci P., O., tu nous as dit que ce serait plutôt dans le sud, que tu préférerais. Mais quel sud ?

O. : Le grand sud ! Ah oui parce que vous vous considérez dans le sud-ouest vous, ici, (rires)... Pour moi non ! (A., nous c'est le centre) Je ne ferai pas le plaisir à ma mère de revenir, parce qu'elle, c'est pareil : « ma chérie, il y a une maison médicale qui se monte, viens, viens ! », non, mais... même en Corrèze, je me sens plus chez moi en Corrèze, à Brive, il y a le rugby, ils ont un accent aussi, ce n'est pas pareil ! Voilà, le ¼ sud-ouest, ou même Tarbes, j'ai de la famille aussi, voilà, ce coin.

Annexe 9. Exemple d'organisation des références d'un codage dans le logiciel Nvivo

Code Image.

[<Eléments internes\\THESE-Focus_groupe_08-03-2016>](#) - § 19 références encodées
[Couverture 1,52%]

Référence 1 - Couverture 0,05%

(O. ce n'est pas glamour, ce n'est pas sexy)

Référence 2 - Couverture 0,15%

C'est vrai qu'avant de monter à Limoges on m'a dit : oh là là Limoges ! Directement on dit Creuse ! Elle n'a pas sa bonne réputation la Creuse

Référence 3 - Couverture 0,08%

dans le Sud, on m'a dit « tu vas te faire chier à Limoges, dans le Limousin ! »

Référence 4 - Couverture 0,02%

L'image que ç'a, oui.

Référence 5 - Couverture 0,26%

Mais, l'image que... Voilà... Moi, on m'a dit : « A Limoges, tu vas nous ramener la porcelaine, tu vas nous ramener du boudin, tu vas aller voir le basket... Hé oh il y a aussi les putes ! » Ce sont les 4 trucs qu'on m'a dits quand je suis montée là-haut !

Référence 6 - Couverture 0,03%

(O. : Ouais moi aussi !)

Références 7-8 - Couverture 0,08%

(O. il y a les francs-maçons ! A. : Les putes et les francs-maçons)

Référence 9 - Couverture 0,18%

dans le reste de la France il y a un dicton : Le limousin, ça vaut le détour mais ça ne vaut pas le détour pour traverser mais ça vaut le détour pour surtout bien passer au loin...

Référence 10 - Couverture 0,09%

moi quand je suis montée, j'avais dit OK je monte mais je ne mets pas un pied en Creuse.

Référence 11 - Couverture 0,04%

Mais je suis en plein dans le cliché

Référence 12 - Couverture 0,17%

Même Limoges, tu sais que c'est vaguement au milieu de la France... (rire de C.) Mais moi je ne savais pas, la Haute-Vienne, je n'en avais jamais entendu parler

Références 13-16 - Couverture 0,24%

ce n'est même pas sûr qu'ils connaissent franchement la Haute Vienne donc déjà, ça part de là, parce que s'installer en Limousin, il y a encore une fois Limousin et Limousin (P. : L'image) voilà c'est de la pub qu'il faut faire

Référence 17 - Couverture 0,06%

(P. : oui, il faut faire de la pub ! Rompre une image.)

Référence 18 - Couverture 0,06%

il y a tout le côté péjoratif : Limoger, le trou,... Non

Référence 19 - Couverture 0,03%

On traîne des casseroles quoi

[<Eléments internes\\THESE-Focus groupe 22-03-2016>](#) - § 14 références encodées [Couverture 1,50%]

Référence 1 - Couverture 0,09%

Le point faible de Limoges et le Limousin c'est l'image qu'il a

Référence 2 - Couverture 0,04%

(S1. et M1 acquiescent).

Référence 3 - Couverture 0,09%

Le Limousin, c'est une mauvaise image, on ne sait pas trop pourquoi.

Référence 4 - Couverture 0,10%

Je ne m'explique pas pourquoi le Limousin a un déficit d'image comme ça

Référence 5 - Couverture 0,08%

C'est clair que le Limousin a une image « vieillotte »

Référence 6 - Couverture 0,04%

(S1. et L. acquiescent)

Référence 7 - Couverture 0,04%

il y a un gros déficit d'image

Références 8-9 - Couverture 0,17%

il y a une grande part de responsabilité politique sur le fait que Limoges ait une mauvaise image (L. et S1. acquiescent).

Références 10-11 - Couverture 0,27%

il y a des gens qui viennent me rendre visite et qui avaient une image complètement pourrie (S2 et S1 acquiescent) de Limoges avec des a priori débiles en disant c'est nul, il n'y a rien à faire

Référence 12 - Couverture 0,19%

Après c'est juste que ça souffre d'une image, d'une mauvaise image mais qui est ancrée... Hormis la porcelaine, ils ne connaissent rien !

Référence 13 - Couverture 0,28%

Comme diraient les émissions de radio, le matin, quelles que soient les chaînes, les blagues c'est si toi tu gagnes tu voyages dans les îles à la plage bon ben t'es perdant on t'envoie un billet pour Limoges

Référence 14 - Couverture 0,12%

La notion de déficit d'image de Limoges vous semble importante

Acquiescement général

[<Eléments internes\\THESE-Focus groupe 23-02-2016>](#) - § 2 références encodées
[Couverture 0,13%]

Référence 1 - Couverture 0,05%

le Limousin n'a pas une très belle image

Référence 2 - Couverture 0,08%

Du coup on a cette image-là, qu'est-ce qu'on va aller y faire.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Le devenir, en Limousin, des internes en médecine générale formés à la faculté de médecine de Limoges

Contexte : Les déserts médicaux sont un sujet d'actualité. Certains internes en médecine générale formés à Limoges quittent le Limousin à l'issue de l'internat entraînant un problème de renouvellement de sa population médicale.

Objectif : Identifier les raisons de leur départ et trouver des solutions.

Matériel et Méthode : Etude qualitative portant sur des internes en médecine générale de la faculté de Limoges inscrits en DES 3, 4, 5 et 6, interrogés lors de 3 *focus groups* selon un guide d'entretien prédéfini. Le codage descriptif ouvert, les analyses axiales et matricielles ont été réalisées sur le logiciel NVIVO.

Résultats : 24 internes ont participé. 180 codes ont été relevés et classés dans 19 ensembles, regroupés en 7 thèmes retraçant le parcours du futur médecin généraliste de son externat jusqu'à la fin de son internat et explorant comment il envisage son avenir professionnel. L'analyse matricielle a porté sur les données sociodémographiques des participants.

Discussion : La plupart des internes remplaceront pour affiner leur projet professionnel. Certains quitteront le Limousin. Leur vie professionnelle devra s'articuler autour de leur vie familiale, le projet d'installation se fera essentiellement en fonction du conjoint. Pour favoriser l'installation en Limousin il faut poursuivre le développement des maisons de santé pluridisciplinaire mais aussi rendre la région plus attractive en la désenclavant.

Conclusion : Les internes sont indécis quant à leur avenir professionnel. Leurs projets professionnels seront-ils plus précis dans 5 ans ?

Mots-clés : Internes en médecine général, cursus, Limousin, installation libérale, projet professionnel

The future, in the Limousin, of interns in general medicine trained at the university of Limoges

Background : The concept of medical deserts is a topical issue. Some general medicine interns who have been trained in Limoges decide to leave the Limousin once their internship has come to an end, which creates a problem of replacement as far as the medical staff is concerned.

Aim : Identifying the reasons for their departures and finding solutions.

Material and method : A qualitative analysis based on general medicine interns, registered in DES 3, 4, 5 and 6 at the University of Limoges, interviewed during three focus groups according to a predefined interview guide. Once the descriptive encoding has been opened, the axial and matrix analyses have been made using the NVIVO software.

Results : 24 interns participated. 180 codes were collected and classified in 19 groups, which were comprised in 7 themes, sketching the paths of the future family doctors, from their clerkships to their internships, and examining how they contemplate their future career. The matrix analysis was based on the participants' sociodemographic data.

Discussion : Most interns are going to be replacements in order to develop their career. Some of them will leave the Limousin. Their career will have to be linked to their family life, their place of residence will essentially be determined by their spouses'. To encourage their moving to the Limousin, it is necessary to promote the development of multidisciplinary health centres but also to render the region more attractive by opening it up.

Conclusion : Interns are indecisive as far as their professional future is concerned. Will their career plans be more precise in five years' time ?

Keywords : general medicine interns, degree course, Limousin, liberal installation, professional plans

