

## Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 02 février 2021

Par **Florent MAGNIEN**

Né le 17 décembre 1988 à Neuilly-sur Marne

**Et si mon installation était à refaire ?  
Enquête d'opinion auprès des médecins récemment installés en  
zone rurale et semi-rurale du Limousin.**

Thèse dirigée par le docteur Martine PREVOST

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie Dumoitier

M. le Professeur Patrice Virost

M. le Professeur Boris Melloni

Mme le Docteur Martine Prevost

Président

Juge

Juge

Directrice





## Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 02 février 2021

Par Florent MAGNIEN

Né(e) le 17 décembre 1988 à Neuilly-sur Marne

**Et si mon installation était à refaire ?  
Enquête d'opinion auprès des médecins récemment installés en  
zone rurale et semi-rurale du Limousin.**

Thèse dirigée par Le Docteur Martine PREVOST

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie Dumoitier

M. le Professeur Patrice Viot

M. le Professeur Boris Melloni

Mme le Docteur Martine Prevost

Président

Juge

Juge

Directrice



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 7 septembre 2020

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>HOUETO</b> Jean-Luc	NEUROLOGIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE

<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM</b> Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
<b>MOREAU</b> Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

<b>COUVE-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

### **P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS**

<b>SALLE</b> Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

<b>DUMOITIER</b> Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>HOUDARD</b> Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
<b>LAUCHET</b> Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
<b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)
<b>SEVE</b> Léa	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

### **PROFESSEURS EMERITES**

<b>ADENIS</b> Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020

<b>BUCHON</b> Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>MERLE</b> Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2020
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>TREVES</b> Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
<b>VIROT</b> Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021

## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 12 juin 2020

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>AUDITEAU</b> Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
<b>DAURIAT</b> Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
<b>DERBAL</b> Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
<b>DOUCHEZ</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUPONT</b> Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
<b>DURIEUX</b> Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
<b>GUYOT</b> Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HERMINEAUD</b> Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HUMMEL</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LABRIFFE</b> Marc	PHARMACOLOGIE
<b>LEFEBVRE</b> Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
<b>LOPEZ</b> Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>PASCAL</b> Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
<b>PIHAN</b> Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIVAILLE</b> Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
<b>SANSON</b> Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
<b>TCHU HOI NGNO</b> Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBLANC</b> Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BAÏSSE</b> Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

<b>BEEHARRY</b> Adil	CARDIOLOGIE
<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BRISSET</b> Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>CHASSANG-BRUZEAU</b> Anne-Hélène	RADIOLOGIE
<b>CHAUVET</b> Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
<b>CISSE</b> Fatou	PSYCHIATRIE
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE
<b>DESCHAMPS</b> Nathalie	NEUROLOGIE
<b>DESVAUX</b> Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
<b>DUVAL</b> Marion	NEPHROLOGIE
<b>EL OUAFI</b> Zhour	NEPHROLOGIE
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>FROGET</b> Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
<b>GEYL</b> Sophie	GASTROENTEROLOGIE
<b>GHANEM</b> Khaled	ORL
<b>GILBERT</b> Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
<b>GUTTIEREZ</b> Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
<b>HANGARD</b> Pauline	PEDIATRIE
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>HESSAS-EBELY</b> Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LEGROS</b> Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MAURIANGE TURPIN</b> Gladys	RADIOTHERAPIE

<b>MEUNIER</b> Amélie	ORL
<b>MICLE</b> Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOWENDABEKA</b> Audrey	PEDIATRIE
<b>PARREAU</b> Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
<b>PELETTE</b> Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
<b>PEYRAMAURE</b> Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>PLAS</b> Camille	MEDECINE INTERNE B
<b>QUILBE</b> Sébastien	OPHTALMOLOGIE
<b>SIMONNEAU</b> Yannick	PNEUMOLOGIE
<b>SURGE</b> Jules	NEUROLOGIE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>VAIDIE</b> Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
<b>VERLEY</b> Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
<b>VIDAL</b> Thomas	OPHTALMOLOGIE

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**BERTRAND** Adeline

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

Néant

Dédicace,

A mes papys, René et André que j'ai tant aimés.

*« Pour réussir dans le monde, retenez bien ces trois maximes :  
voir, c'est savoir ; vouloir, c'est pouvoir ; oser, c'est avoir. »*

**Alfred de Musset**

## Remerciements

---

A Mme le Professeur **Nathalie DUMOITIER** (Professeur de médecine générale),

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. Merci de m'avoir recommandé ce stage à l'HIHL de Bellac qui se révélera déterminant dans mon projet d'installation. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Mr le Professeur **Patrice VIROT** (Professeur émérite de cardiologie),

Merci de m'avoir accueilli dans votre service lors de mon tout premier stage hospitalier et d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Je souhaite vous exprimer mon profond respect et toute ma reconnaissance.

A Mr le Professeur **Boris MELLONI** (Professeur de pneumologie),

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de m'avoir accueilli dans votre service lors de mon externat. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Mme le Docteur **Martine PREVOST**,

Merci de m'avoir accueilli chaleureusement dans votre cabinet de ville et de m'y avoir dispensé un enseignement de qualité. Merci de m'avoir initié et formé à la PDSA. Merci d'avoir accepté avec enthousiasme et disponibilité de diriger cette thèse. Veuillez trouver ici la marque de toute ma reconnaissance et de ma profonde estime.

Merci au Docteur Karen Rudelle de m'avoir guidé dans la réalisation de mon analyse statistique.

Merci à mon amie le Docteur Marine Blondel pour ses précieux conseils et la relecture de ce travail de thèse. Je te souhaite le meilleur dans ta nouvelle vie de maman.

Merci à mes relectrices : Nini, Marie-Jo et Christine.

Merci à Rose Goodfellow pour la traduction de mon résumé en anglais.

Merci aux Docteurs Didier Pfennig, Gilles Bourdeau et Noémie Goodfellow ainsi qu'à Agnès et Marie-Laure de m'avoir accueilli dans votre cabinet avec bienveillance et toujours dans la bonne humeur. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir poussé les murs du cabinet afin que je m'installe parmi vous. Travailler avec vous est un réel plaisir. Tout comme le précieux moment café du matin qui est toujours riche en partage et coopération médicale.

Merci à toute l'équipe de l'HIHL de Bellac de m'avoir si bien accueilli lors de mon dernier stage d'internat puis lors de mes remplacements. Merci de m'avoir donné l'envie de travailler avec vous et de m'avoir expliqué qu'un cachou pouvait parfois rendre moins chafouin.

Merci aux patients qui sont venus me consulter, qui m'ont fait confiance et qui m'ont tant appris.

Merci à Juju de m'avoir concocté des bonnes petites sorties vélo et de m'avoir hébergé lors de mes gardes de nuit.

Merci à Christine, Michel, Monique, Pépé et JC de m'avoir si bien accueilli et de prendre toujours bien soin de moi.

Merci à mes parents d'avoir toujours cru en moi. Sans votre soutien et vos encouragements je n'aurais certainement jamais réussi ce long parcours.

Merci à Cécilia et à Léo, mes Amours, avec vous rien n'est impossible ! Je vous aime.

## 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

Liste des abréviations.....	23
Introduction .....	24
I. Généralités.....	25
I.1. La démographie médicale française au 1 <sup>er</sup> janvier 2020.....	25
I.1.1. L'effectif total .....	25
I.1.2. L'effectif des médecins généralistes .....	26
I.1.3. Le Limousin .....	28
I.2. Le zonage médecin Nouvelle-Aquitaine de 2018 .....	29
I.3. Les aides à l'installation .....	31
I.3.1. Les aides de l'Assurance Maladie .....	31
I.3.2. Les aides financières de l'Etat .....	32
I.3.3. Les exonérations fiscales .....	33
I.3.4. Les aides des collectivités locales .....	33
I.4. Le plan : « Ma Santé 2022 » .....	34
I.4.1. Développement des CPTS .....	34
I.4.2. Déploiement de 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires .....	34
I.4.3. Une nouvelle profession : l'assistant médical.....	34
I.4.4. Labellisation des hôpitaux de proximité .....	35
I.4.5. Réforme du 1 <sup>er</sup> et du 2 <sup>ème</sup> cycles des études médicales .....	36
II. Matériel et méthode.....	37
II.1. Objectifs.....	37
II.2. Méthodes.....	37
II.2.1. La population.....	37
II.2.2. La stratégie de recueil des données .....	37
II.2.3. Méthode de recueil des données.....	38
II.2.4. Méthode statistique .....	38
III. Résultats .....	39
III.1. Diagramme de flux et taux de réponse.....	39
III.2. Caractéristiques de l'échantillon et modes d'exercice .....	40
III.2.1. Tranches d'âge et genre.....	40
III.2.2. Modes d'installation .....	40
III.2.3. Satisfaction vis-à-vis de ce mode d'exercice.....	41
III.2.4. Activité mixte .....	42
III.2.5. Activité complémentaire à la médecine générale .....	43
III.2.6. Maîtres de stage universitaire (MSU).....	43
III.2.7. Téléconsultations.....	44
III.2.8. Secrétariat.....	44
III.3. Rythme de travail .....	45
III.3.1. Nombre d'heures de travail par semaine en libéral (hors gardes).....	45
III.3.2. Nombre de demi-journées travaillées par semaine .....	47
III.3.3. Samedis matin travaillés.....	48
III.3.4. Permanence des soins ambulatoires (PDSA) .....	48
III.3.5. Semaines de congés annuels.....	49
III.3.6. Facilité à se faire remplacer.....	50
III.3.7. Charge de travail .....	52

III.3.8. Gestion des soins non programmés .....	53
III.4. Aides à l'installation et revenus .....	54
III.4.1. Aides à l'installation .....	54
III.4.2. Impact des aides sur l'installation .....	55
III.4.3. Revenus .....	55
III.5. Qualité de vie .....	57
III.5.1. Qualité de la relation médecin/patient.....	57
III.5.2. Polyvalence .....	57
III.5.3. Tâches administratives .....	58
III.5.4. Sentiment d'isolement .....	59
III.5.5. Plateau technique.....	60
III.5.6. Nombre de kilomètres domicile / travail .....	60
III.5.7. Equipements de loisirs .....	61
III.5.8. Equipements scolaires .....	61
III.5.9. Equilibre de vie professionnel/personnel .....	62
III.6. Et si mon installation était à refaire ?.....	63
III.6.1. Si votre installation était à refaire, vous installeriez-vous au même endroit ?.....	63
III.6.2. Si votre installation était à refaire, vous installeriez vous dans les mêmes conditions ?.....	65
III.6.3. Quels facteurs vous permettraient d'améliorer vos conditions de travail ? .....	70
III.6.4. Avez-vous des projets de changement d'exercice dans les 2 ans à venir ? .....	72
IV. Discussion .....	73
IV.1. Discussion sur la méthode.....	73
IV.1.1. : Type d'étude .....	73
IV.1.2. Les points faibles et les biais de notre étude .....	73
IV.1.3. Les points forts de notre étude.....	75
IV.1.4. La définition de rural et semi-rural .....	75
IV.2. Discussion sur les résultats .....	75
IV.2.1. Caractéristiques de l'échantillon et mode d'exercice .....	75
IV.2.1.1. Une majorité de femmes jeunes .....	75
IV.2.1.2. L'installation en groupe privilégiée et l'essor des MSP.....	76
IV.2.1.3. Un développement de l'activité mixte.....	77
IV.2.1.4. Des médecins plutôt satisfaits de leur secrétariat, notamment du secrétariat physique .....	77
IV.2.1.5. De nombreux maîtres de stage universitaire.....	79
IV.2.1.6. Crise du covid-19 : tremplin pour les téléconsultations ?.....	80
IV.2.2. Rythme de travail .....	81
IV.2.2.1. Un rythme de travail dans la moyenne des médecins généralistes libéraux.....	81
IV.2.2.2. Une forte participation à la permanence des soins ambulatoires .....	82
IV.2.2.3. Des remplaçants difficiles à trouver .....	82
IV.2.3. Qualité de vie professionnelle/personnelle .....	83
IV.2.3.1. Une charge de travail supportable, un bon équilibre de vie et peu d'isolement .....	83
IV.2.3.2. Une médecine polyvalente avec une bonne relation médecin/patient .....	84
IV.2.4. Aides à l'installation et revenus .....	84
IV.2.4.1. Des aides à l'installation souvent touchées mais peu déterminantes .....	84
IV.2.4.2. Des revenus satisfaisants .....	85
IV.2.5. Et si mon installation était à refaire ?.....	85

IV.2.6. Facteurs qui permettraient d'améliorer les conditions de travail des médecins récemment installés en zone rurale et semi-rurale du Limousin. ....	86
Conclusion .....	88
Références bibliographiques .....	90
Annexes .....	92
Serment d'Hippocrate.....	95

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Evolution de l'effectif des généralistes en activité régulière depuis 2010 .....	26
Figure 2 : Gain ou perte de généralistes en activité régulière entre 2010 et 2020 (%) .....	27
Figure 3 : Age moyen des généralistes en activité régulière de 2010 à 2020 .....	28
Figure 4 : Zonage médecin 2018 de Nouvelle-Aquitaine .....	30
Figure 5 : Répartition des différents modes d'installation (%) .....	40
Figure 6 : Répartition selon l'âge et le mode d'installation .....	41
Figure 7 : Réponse aux attentes des différents modes d'installation.....	41
Figure 8 : Proportion des répondants exerçant une activité mixte (%) .....	42
Figure 9 : Proportion des répondants exerçant une activité complémentaire libérale (%) .....	43
Figure 10 : Proportion de MSU (%).....	43
Figure 11 : Répartition des différents types de secrétariats (%).....	44
Figure 12 : Satisfaction du fonctionnement du secrétariat selon son type.....	45
Figure 13 : Heures de travail par semaine en libéral (hors garde) .....	45
Figure 14 : Heures travaillées en libéral par semaine selon le genre .....	46
Figure 15 : Heures travaillées en libéral par semaine selon le mode d'installation .....	47
Figure 16 : Nombre de demi-journées par semaine.....	47
Figure 17 : Nombre de samedis matin travaillés par mois .....	48
Figure 18 : Participation à la PDSA .....	48
Figure 19 : Charge de travail représentée par la PDSA .....	49
Figure 20 : Nombre de semaines de congés annuels.....	49
Figure 21 : Semaines de congés annuels selon le nombre d'heures de travail par semaine.....	50
Figure 22 : Facilité à se faire remplacer.....	50
Figure 23 : Semaines de congés annuels selon la facilité à se faire remplacer .....	51
Figure 24 : Evaluation de la charge de travail.....	52
Figure 25 : Charge de travail selon le nombre d'heures travaillées par semaine .....	52
Figure 26 : Charge de travail selon le mode d'installation .....	53
Figure 27 : Difficulté de gestion des soins non programmés.....	53
Figure 28 : Gestion des soins non programmés selon le mode d'installation .....	54
Figure 29 : Proportion des répondants ayant bénéficié d'une aide à l'installation.....	54
Figure 30 : Impact des aides sur l'installation .....	55
Figure 31 : Evaluation des revenus .....	55
Figure 32 : Evaluation des revenus selon le nombre d'heures travaillées par semaine.....	56

Figure 33 : Evaluation de la relation médecin/patient.....	57
Figure 34 : Evaluation de la polyvalence de la profession .....	57
Figure 35 : Evaluation des tâches administratives .....	58
Figure 36 : Contraintes administratives selon le type de secrétariat .....	58
Figure 37 : Sentiment d'isolement professionnel .....	59
Figure 38 : Sentiment d'isolement selon le mode d'installation .....	59
Figure 39 : Evaluation du plateau technique avoisinant.....	60
Figure 40 : Distance domicile/travail .....	60
Figure 41 : Satisfaction vis à vis des équipements de loisirs avoisinants.....	61
Figure 42 : Satisfaction vis à vis des équipements scolaires avoisinants.....	61
Figure 43 : Equilibre de vie professionnel/personnel .....	62
Figure 44 : Equilibre de vie selon le mode d'installation.....	62
Figure 45 : Satisfaction vis à vis du lieu d'installation.....	63
Figure 46 : Satisfaction vis à vis des conditions d'installation .....	65
Figure 47 : Satisfaction des conditions d'installation selon l'équilibre de vie .....	66
Figure 48 : Satisfaction des conditions d'installation selon le sentiment d'isolement.....	66
Figure 49 : Satisfaction des conditions d'installation selon la qualité de la relation médecin/patient.....	67
Figure 50 : Satisfaction des conditions d'installation selon la charge de travail.....	68
Figure 51 : Satisfaction des conditions d'installation selon le mode d'installation.....	68
Figure 52 : Projet de changement d'exercice.....	72

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Répartition des répondants selon l'âge et le genre .....	40
--	----

## Liste des abréviations

---

**APL** : Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CAIM** : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

**CDOM** : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

**CESP** : Contrat d'Engagement de Service Public

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**COSCOM** : Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins

**COTRAM** : Contrat de Transition pour les Médecins

**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

**CSTM** : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin

**DRESS** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**MSU** : Maître de Stage Universitaire

**PDSA** : Permanence Des Soins Ambulatoires

**PTMA** : Praticien Territorial en Médecine Ambulatoire

**PTMG** : Praticien Territorial en Médecine Générale

**PTMR** : Praticien Territorial Médical de Remplacement

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

**URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux

**URPS** : Union régionale des Professionnels de Santé

**URSSAF** : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations familiales

**ZAC** : Zone d'Action Complémentaire

**ZIP** : Zone d'Intervention Prioritaire

**ZRR** : Zone de Revitalisation Rurale

## Introduction

---

Les données de l'atlas de la démographie médicale en France en 2020, montrent que les effectifs des médecins libéraux exclusifs et mixtes se sont réduits de respectivement 10,68% et 8,37% en 10 ans. L'effectif des médecins salariés a quant à lui augmenté de 11,68% sur la même période.

Une étude réalisée en 2019 par le Conseil national de l'Ordre des médecins met en lumière un étonnant paradoxe : 75% des internes interrogés envisageaient une installation libérale alors que dans les faits, seulement 12% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 ont fait le choix de ce mode d'installation.

Ainsi, divers facteurs poussent les nouveaux diplômés à renoncer au libéral. Plusieurs thèses ont étudié les déterminants et les freins à l'installation libérale des médecins généralistes.

Cependant, nous ne connaissons pas l'opinion des médecins généralistes récemment installés en libéral concernant leur exercice. D'autant plus en zone rurale et semi-rurale qui sont les territoires qui attirent le moins les médecins et où l'offre de soin est la plus faible.

Pour faire face à la désertification médicale, le gouvernement a mis en place plusieurs mesures visant à rendre ces territoires plus attrayants tout en répondant aux attentes des nouvelles générations de médecins.

A travers cette enquête, nous avons voulu connaître l'opinion des médecins généralistes installés, depuis moins de 5 ans, en zone rurale et semi-rurale du Limousin quant à leurs choix d'exercice. Si cela était à refaire, s'installeraient-ils au même endroit ? Et dans les mêmes conditions ?

Nous nous sommes également intéressés aux facteurs qui permettraient d'améliorer leurs conditions de travail et à leurs éventuels projets de changement d'exercice dans les 2 ans à venir.

Pour réaliser cela, nous avons établi un questionnaire qui a été distribué par mail aux médecins de notre population d'étude.

# I. Généralités

---

## I.1. La démographie médicale française au 1<sup>er</sup> janvier 2020

### I.1.1. L'effectif total

Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, 307 130 médecins étaient inscrits au tableau du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Cet effectif a grimpé de 14.9% en dix ans.

Sont inscrits sur ce tableau :

- Les médecins retraités sans activité (22.9%).
- Les médecins retraités ayant conservé une activité médicale (médecins inclus dans le dispositif cumul emploi retraite) (6%).
- Les médecins non retraités sans activité (1.9%).
- Les médecins ayant une activité intermittente (remplacements libéraux ou contrats salariés courts) (4.8%).
- Les médecins en activité régulière (64.5%).

Malgré cette hausse du nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre, la France enregistre une baisse constante de la proportion des médecins en activité régulière, passant de 76.5% (n : 200 045) en 2010 à 64.5 % (n : 198 018) en 2020. La hausse des effectifs des médecins inscrits à l'Ordre étant principalement liée à la hausse des médecins partant en retraite et non pas à l'augmentation des médecins en activité régulière.

L'effectif des nouvelles générations de médecins n'est pas suffisamment important pour pallier les départs en retraite des anciens. Cela est notamment dû au niveau insuffisant du numerus clausus durant les années 1990.

Ce déséquilibre entre les entrants et les sortants est moins prononcé qu'il n'a été et semble avoir atteint un plateau. La baisse du nombre de médecins en activité régulière devrait néanmoins se poursuivre jusqu'en 2025.

La féminisation de la profession se poursuit et la parité chez les médecins en activité régulière est quasiment atteinte puisque 49% des médecins en activité régulière sont des femmes. Parmi les moins de 40 ans, les femmes sont majoritaires à 61%.

On constate depuis plusieurs années un rajeunissement des effectifs des actifs réguliers. En effet, la moyenne d'âge des actifs réguliers est passée de 51.6 ans en 2013 à 50,5 ans en 2020. Les moins de 40 ans représentent 26% de l'effectif et les plus de 60 ans 25%. On observe ainsi un basculement des classes d'âge et le renouvellement des nouvelles générations.

Parmi les 198 018 médecins en activité régulière on dénombre :

- 83 084 médecins libéraux exclusifs (42%), soit une baisse de 10.68% depuis 2010.
- 93 695 médecins salariés (47.3%), soit une augmentation de 11.68% depuis 2010.
- 21 077 médecins en exercice mixte (10.6%) soit une baisse de 8.37% depuis 2010.

On assiste donc à la baisse progressive du nombre de médecins en activité libérale et mixte au profit des médecins salariés.

Durant l'année 2019, 8 732 médecins se sont inscrits pour la première fois au tableau de l'Ordre.

Parmi ces nouveaux inscrits :

- 61.9% exercent une activité salariée.
- 24,2% sont remplaçants.
- 11,5% sont libéraux.
- 1,8% sont sans activité.
- 0,7% ont une activité mixte.

### I.1.2. L'effectif des médecins généralistes

Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 86 102 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 1% des effectifs depuis 2019 et une diminution de 9% depuis 2010.

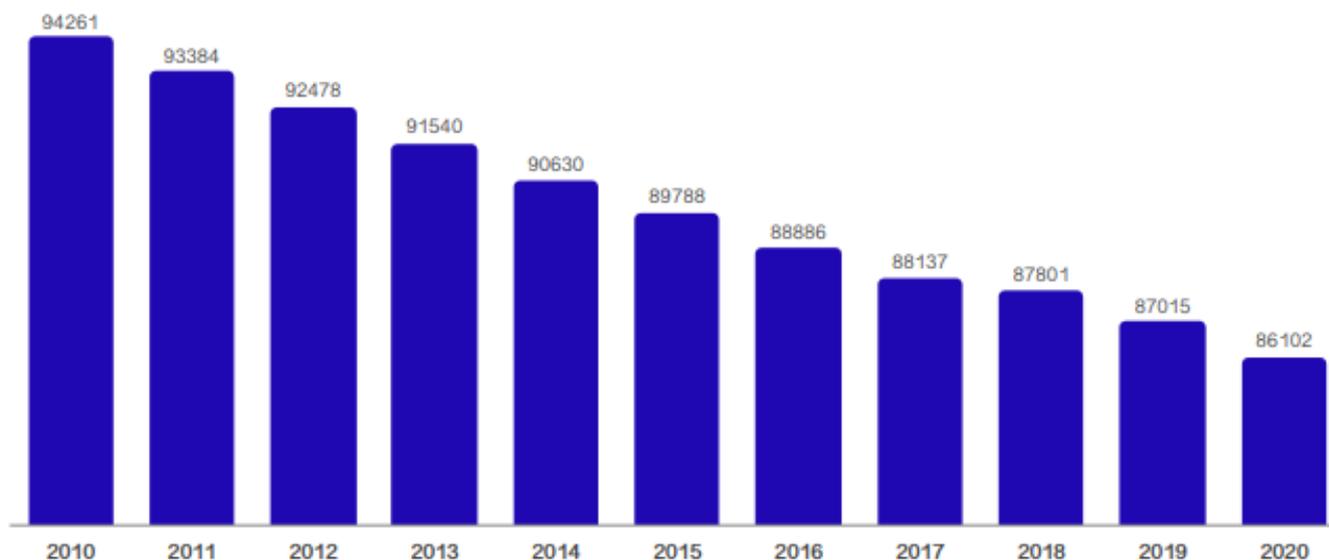


Figure 1 : Evolution de l'effectif des généralistes en activité régulière depuis 2010

Cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 pour passer sous la barre des 82 000 médecins généralistes en activité régulière.

En plus de cette baisse constante de l'effectif des généralistes en activité régulière, on observe une inégalité de répartition des médecins sur le territoire. Les départements situés en marge rurale perdent des médecins généralistes tandis que ceux situés en zone urbaine et en bordure de littoral bénéficient d'une attractivité plus forte.

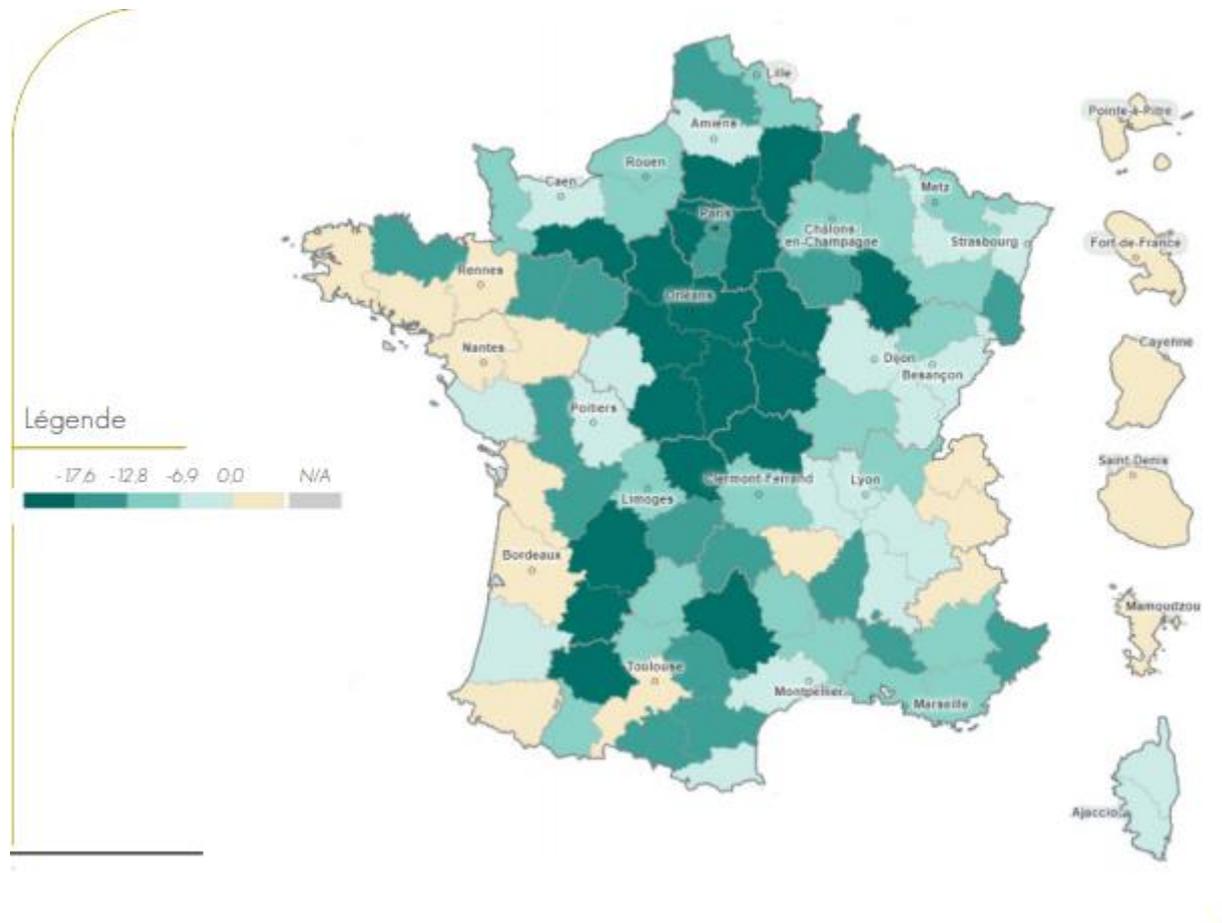


Figure 2 : Gain ou perte de généralistes en activité régulière entre 2010 et 2020 (%)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, les femmes sont devenues majoritaires puisqu'elles représentent 50,4% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (49,4% en 2019 et 39,2% en 2010). Parmi les moins de 39 ans, elles sont 59%.

L'âge moyen des généralistes en activité régulière est actuellement de 50,1 ans. Cet âge moyen est en baisse depuis 2015 et traduit un léger rajeunissement.

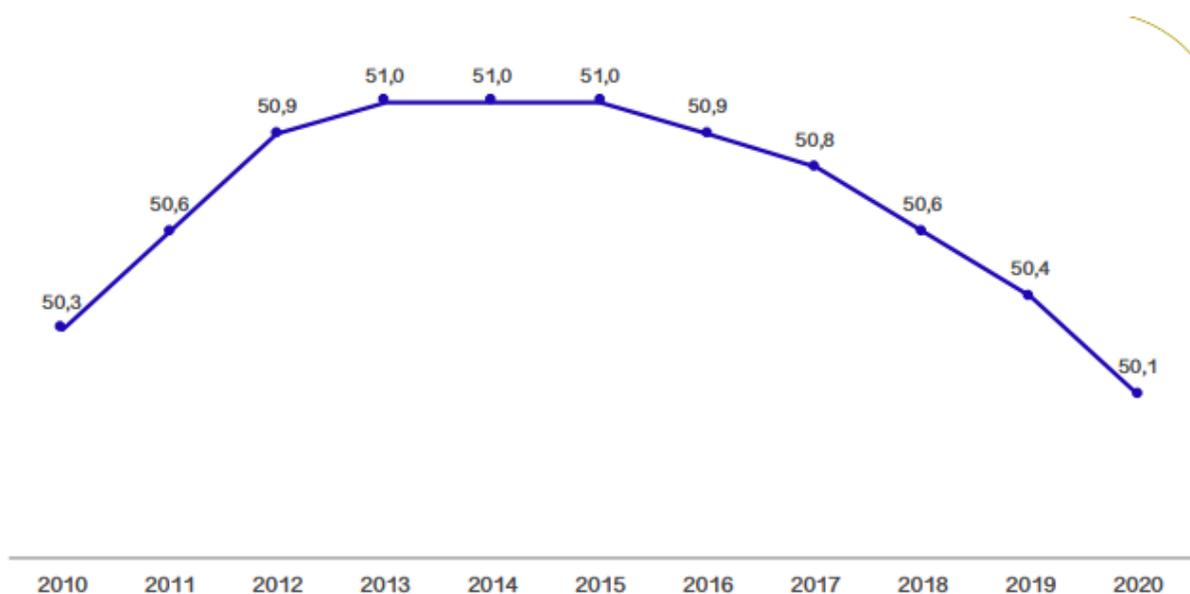


Figure 3 : Age moyen des généralistes en activité régulière de 2010 à 2020

Néanmoins, l'index de renouvellement générationnel (la part des moins de 40 ans sur celle des plus de 60 ans) est insuffisant chez les médecins généralistes. En effet, les moins de 40 ans représentent 24,1% de l'effectif alors que les plus de 60 ans sont 25,9%.

Parmi les 86 102 médecins généralistes en activité régulière :

- 55,9% exercent en libéral exclusif (74% en 2007)
- 6,6% exercent une activité mixte
- 37,4% exercent une activité salariée (18,7% en 2007)
- 0,1% divers

Même si les médecins généralistes exercent encore pour la plupart en libéral, ce mode d'exercice tend à diminuer au profit de l'activité salariée.

### I.1.3. Le Limousin

Les trois départements qui composent le Limousin (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse) ont vu leurs effectifs de médecins généralistes en activité régulière baisser de 2010 à 2020. Au niveau national cette baisse a été de - 9% en 10 ans. Celle-ci a été plus importante qu'au niveau national en Creuse et en Corrèze (respectivement - 23,7% et - 15,1%). La Haute-Vienne enregistre quant à elle une baisse moindre par rapport au niveau national (- 7,5%).

L'âge moyen des actifs réguliers est de 48,1 ans en Haute-Vienne, 51,1 ans en Corrèze et 54,4 ans en Creuse. Ce dernier est le département français où la moyenne d'âge des médecins en activité régulière est la plus élevée.

On note néanmoins un rajeunissement dans ces trois départements, comparativement à 2017 où cette moyenne d'âge était respectivement de 49 ans, 53 ans et 55 ans en Haute-Vienne, en Corrèze et en Creuse.

Les femmes en activité régulière sont majoritaires à 51% en Haute-Vienne. Elles sont 44% en Creuse et 43% en Corrèze.

La Haute-Vienne apparaît ainsi comme le département le plus attractif de l'ex-région Limousin. Il accueille une population de médecins plus jeune et plus féminisée.

La majorité des départements Français ont une part plus importante de médecins exerçant leur activité en libéral ou mixte qu'en salariat. En Corrèze et en Creuse, respectivement 43.9% et 44.2% des médecins en activité régulière sont salariés. En Haute-Vienne, les médecins en activité régulière sont majoritairement salariés à 50.2%.

## **I.2. Le zonage médecin Nouvelle-Aquitaine de 2018**

Le 4 juillet 2018, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a défini un nouveau zonage médecin sur le territoire.

Ce zonage vise à identifier les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Il a été élaboré par les ARS grâce à l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL).

Cet indicateur recouvre 3 dimensions :

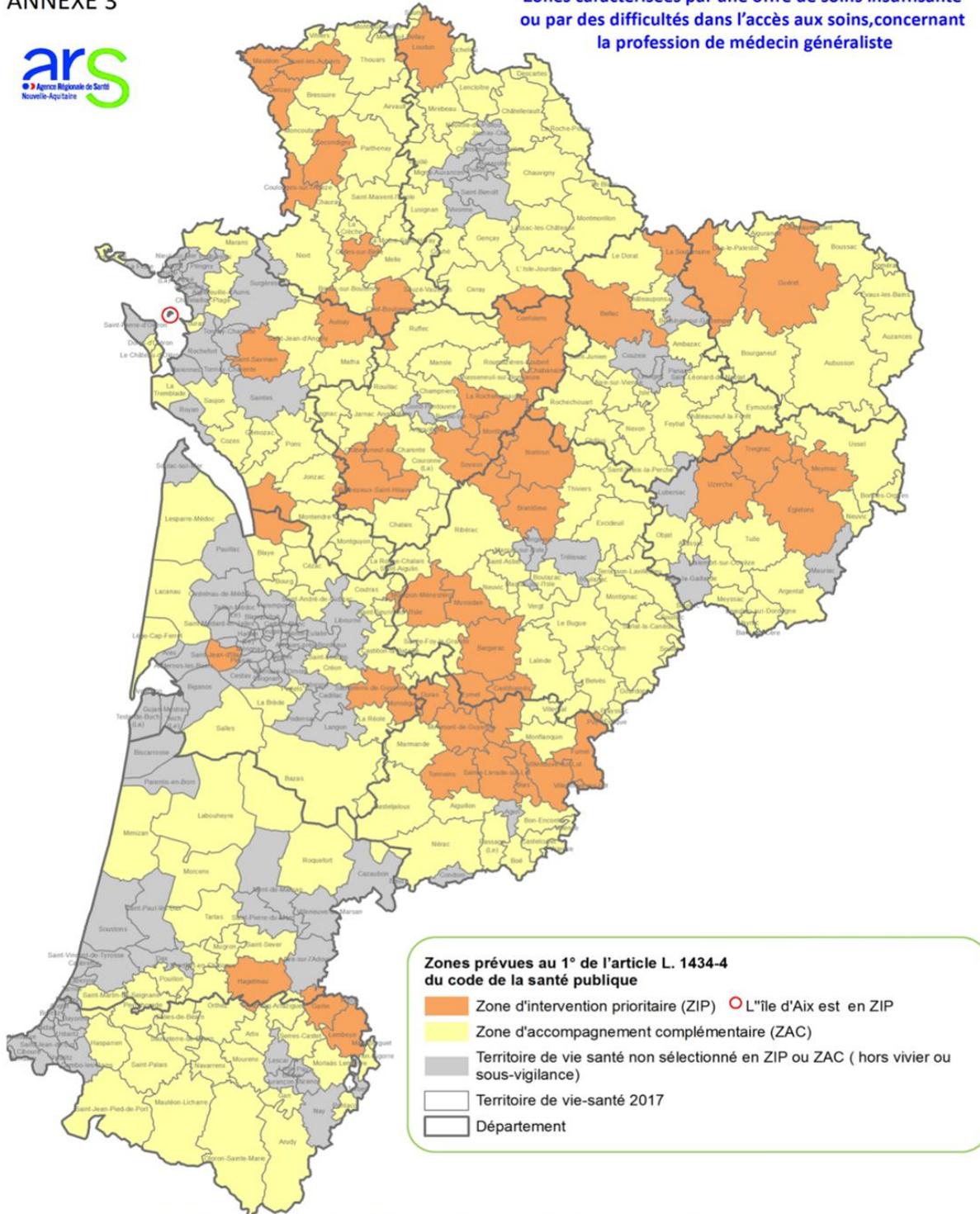
- l'activité de chaque praticien (nombre de consultations ou de visites).
- le temps d'accès au praticien.
- le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

Il est exprimé en nombre de consultations accessibles par an par habitant.

L'âge des médecins généralistes est pris en compte dans ce calcul afin d'anticiper les départs en retraite.

Ce zonage établit 2 types de zones où l'accès aux soins est difficile :

- Les zones d'intervention prioritaire (ZIP) : territoires les plus sévèrement touchés par le manque de médecins et où les aides financières incitatives sont les plus élevées. (Représente 10,8% de la population de Nouvelle-Aquitaine)
- Les zones d'action complémentaire (ZAC) : moins impactées par le manque de médecins mais qui nécessitent des actions afin d'éviter la dégradation de la situation. (Représente 43,2% de la population de la nouvelle région).



Sources : application de l'Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique  
 Réalisation ARS NA - DPSP,  
 pôle statistiques, études et évaluation -28/05/2018

Figure 4 : Zonage médecin 2018 de Nouvelle-Aquitaine

On observe sur cette carte qu'une très grande partie du territoire Limousin est classé en ZAC ou en ZIP.

Les territoires en ZIP sont :

- En Haute-Vienne : le territoire de Bellac.
- En Creuse : les territoires de la Souterraine et Guéret.
- En Corrèze : les territoires de Treignac, Meymac, Egletons et Uzerche.

### **I.3. Les aides à l'installation**

#### **I.3.1. Les aides de l'Assurance Maladie**

Réservés aux ZIP, elles sont non cumulables entre elles.

- **Le CAIM (Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins)**

Objectif : apporter une aide financière aux médecins dès leur installation en libéral en zone sous dense pour faire face aux frais d'investissement de début d'activité.

Aide de 50 000 euros (si au moins 4 jours d'exercice libéral par semaine) versé en 2 fois (50% à l'installation et 50% après 1 an).

Conditions : exercer une activité libérale (au moins 2.5 jours par semaine) dans une zone sous dense, en groupe, pendant 5 ans, en secteur 1 ou 2 et participer à la permanence des soins ambulatoires.

Majoration de 2500 euros si exercice partiel dans un hôpital de proximité.

- **Le CSTM (Contrat de Solidarité Territorial Médecin)**

Destiné aux médecins conventionnés installés hors d'une zone sous-dotée.

Objectif : exercer une activité partielle en zone sous-dotée (au moins 10 jours par an) pour venir en soutien à des confrères installés dans ces zones.

Avantage : +10% sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (plafond de 20 000 euros par an) + Prise en charge des frais de déplacement dans ces zones.

- **Le COSCOM (Contrat de Stabilisation et Coordination des Médecins)**

Destiné aux médecins conventionnés déjà installés en zone sous-dotée et installés en groupe.

Avantage : 5000 euros par an pour un contrat de 3 ans (renouvelable) + 1250 euros par an si exercice partiel dans un hôpital de proximité + 300 euros par mois pour les maîtres de stage universitaires.

- **Le COTRAM (Contrat de Transition pour les Médecins)**

Destiné aux médecins conventionnés âgés de 60 ans et plus, installés en zone fragile et qui s'engagent à aider un confrère de moins de 50 ans à s'installer en libéral dans son cabinet.

Contrat de 3 ans, renouvelable 1 fois.

Valorisation de +10% des honoraires conventionnés (plafonné à 20 000 euros par an).

### **I.3.2. Les aides financières de l'Etat**

Destinées aux ZIP et ZAC.

- **Le CESP (Contrat d'Engagement de Service Public)**

Destiné à lutter contre l'inégalité de répartition des médecins sur le territoire, il propose aux étudiants en médecine, dès la 2<sup>ème</sup> année, une allocation mensuelle de 1 200 euros.

En échange, les bénéficiaires s'engagent, pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum, à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.

- **Le PTMG (contrat de Praticien Territorial en Médecine Générale)**

Destiné aux jeunes médecins souhaitant s'installer (ou étant déjà installés depuis moins d'un an) en cabinet libéral dans une zone fragile et s'engageant à participer à la permanence des soins. Contrat de 1 an, renouvelable 1 fois.

Aide : Complément de rémunération versé si l'activité ne permet pas d'atteindre le plafond de 6900 euros brut par mois, à condition de réaliser un minimum de 165 consultations par mois aux tarifs opposables.

De plus, ce contrat offre une protection sociale étendue en cas d'arrêt de travail et de congé maternité.

- **Le PTMA (contrat Praticien Territorial en Médecine Ambulatoire)**

Destiné aux médecins installés dans les zones fragiles.

Il propose une rémunération forfaitaire complémentaire en cas de congé maternité (3105 euros brut/mois), paternité (1138 euros brut) ou maladie (1552,50 euros brut/mois). Les conditions d'adhésion sont les mêmes que celui du PTMG. Le praticien s'engage à garantir son remplacement durant toute la période interruption de l'activité. Ce contrat est conclu pour 3 ans, renouvelable une fois.

- **Le PTMR (contrat Praticien Territorial Médical de Remplacement)**

Ce contrat est ouvert aux médecins remplaçants, qu'ils soient non thésés ou thésés depuis moins de 3 ans.

Le praticien s'engage à exercer une activité libérale, dans les zones fragiles identifiées par l'ARS, correspondant à un minimum de 5 000 consultations par an pour une activité à temps

plein et 2 500 consultations par an pour une activité à temps partiel (y compris les consultations réalisées au titre de la permanence des soins).

Il garantit une rémunération complémentaire de 4600 euros brut pour une activité à temps plein et 2300 euros brut pour une activité à temps partielle ainsi que le versement d'un complément de rémunération pendant les congés maladie, maternité et paternité.

### **I.3.3. Les exonérations fiscales**

#### **- Exonération d'impôts sur le revenu pour l'activité de la permanence des soins ambulatoires**

Les médecins ou leurs remplaçants participant à la permanence des soins ambulatoires peuvent bénéficier d'une exonération d'impôt sur le revenu, s'ils sont installés dans une zone sous-dotée. Cette exonération de l'impôt sur le revenu concerne la rémunération perçue, au titre de la permanence des soins, à hauteur de 60 jours de permanence par an.

#### **- Exonération d'impôts sur les revenus**

Possibilité de bénéficier d'une exonération sur les bénéfices lorsque l'on s'implante ou que l'on reprend une activité en zone fragile sur le plan socio-économique, définie comme une zone de revitalisation rurale (ZRR). Cette exonération est totale pendant 5 ans puis partielle pendant les 3 années suivantes : 75 % la 6<sup>e</sup> année, 50 % la 7<sup>e</sup> année et 25 % la 8<sup>e</sup> année.

#### **- Exonération de cotisations foncières des entreprises**

Si l'installation se situe dans une zone de revitalisation rurale (ZRR) ou dans une commune de moins de 2 000 habitants, une exonération de cette cotisation, durant 2 à 5 ans, est possible.

#### **- Exonération de cotisations patronales**

Possibilité de bénéficier d'une exonération d'une partie des cotisations patronales pendant 12 mois, en cas d'embauche d'un salarié au sein d'un cabinet situé en ZRR.

### **I.3.4. Les aides des collectivités locales**

Dans les ZIP et les ZAC, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé.

Les aides prévues peuvent consister dans :

- La prise en charge, en tout ou une partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins.
- La mise à disposition de locaux destinés à cette activité.
- La mise à disposition d'un logement.
- Le versement d'une prime d'installation.
- Le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.

#### **I.4. Le plan : « Ma Santé 2022 »**

Présenté en septembre 2018 par le Président de la République, Emmanuel Macron, « Ma Santé 2022 » est un plan de restructuration du système de santé Français. Il a pour objectif de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et de répondre aux nouvelles attentes des professionnels de santé.

5 actions prioritaires ont été établies :

##### **I.4.1. Développement des CPTS**

Les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) sont des espaces au sein desquels les professionnels de santé s'organisent pour mettre en œuvre des missions au service de la santé de la population de leur territoire.

L'objectif des CPTS est de créer, dans chaque territoire, un véritable projet de soins qui associe tous les professionnels de santé (ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux) dans le but de garantir l'accès à un médecin traitant, d'organiser une réponse aux demandes de soins non programmés, de proposer plus d'actions de prévention, de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et de mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, notamment autour des pathologies chroniques.

L'aide financière versée par l'Assurance Maladie est proportionnelle au bassin de population couvert par la CPTS et à l'étendue des missions conduites. Elle se situe entre 185 000 euros et 380 000 euros par an par CPTS.

##### **I.4.2. Déploiement de 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires**

L'objectif est de pallier l'urgence durant les deux ou trois années à venir, le temps que la stratégie de transformation du système de santé produise des effets. Pour ce faire, 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital vont être créés dans les territoires prioritaires. Ils seront salariés par le centre hospitalier de proximité ou un centre de santé pour y proposer des consultations. Cette mesure exceptionnelle est de nature à répondre à l'aspiration des jeunes générations qui sont en demande d'un exercice collectif, parfois salarié.

##### **I.4.3. Une nouvelle profession : l'assistant médical**

L'objectif est de redonner du temps médical aux médecins en créant 4000 postes d'assistants médicaux d'ici 2022, financé en partie par l'Assurance Maladie.

Le médecin choisit en toute liberté les missions qu'il veut confier à l'assistant médical. Ces missions peuvent être :

- Administratives : accueil, création/gestion du dossier informatique patient, recueil et enregistrement des informations administratives et médicales, accompagnement de la mise en place de la télémédecine dans le cabinet...
- En lien avec la consultation : aide au déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier patient (dépistages, vaccinations, mode de vie), délivrance de tests de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques...

- D'organisation et de coordination : les assistants médicaux pourront remplir une mission de coordination, notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

L'aide financière concerne les médecins généralistes de tout le territoire. Le médecin doit exercer au sein d'un cabinet de groupe et s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné (par exemple MSP ou CPTS). Les médecins généralistes doivent avoir au minimum 640 patients pour lesquels ils sont le médecin traitant.

Le financement pour un assistant médical est de 36 000 euros la première année, puis 27 000 euros la deuxième année et enfin 21 000 euros la troisième année et les suivantes.

En contrepartie de l'aide conventionnelle, le médecin s'engage à augmenter sa patientèle adulte médecin traitant et sa file active (nombre de patients vus dans l'année).

#### **I.4.4. Labellisation des hôpitaux de proximité**

Avec « Ma santé 2022 », les établissements seront organisés selon 3 niveaux :

- Les soins de proximité (médecine, gériatrie, réadaptation...)
- Les soins spécialisés (chirurgie, maternité...)
- Les soins ultraspecialisés (greffes, maladies rares...)

Cette organisation a pour but de garantir une meilleure orientation des patients et de favoriser la qualité des parcours de soins.

L'objectif du gouvernement est de labelliser « Hôpitaux de proximité » 500 à 600 établissements d'ici 2022 afin de renforcer les missions hospitalières de proximité de ces établissements.

Les missions des « hôpitaux de proximité » seront les suivantes :

- Activités de médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, soins de suite et de réadaptation.
- Suivi des maladies chroniques les plus fréquentes.
- Consultations avancées de spécialités médicales et chirurgicales avec le support des établissements voisins.

Avec les moyens suivants :

- Des plateaux techniques ouverts aux professionnels de santé de ville (imagerie, biologie et explorations) ou un accès organisé avec les établissements voisins.
- Des équipes mobiles de soins.
- Des équipements de télémédecine.

Ces « Hôpitaux de proximité » seront ouverts sur la ville par l'association des médecins de ville à leurs équipes médicales, par la participation de représentants des CPTS à leur commission médicale d'établissement (CME) et à leur conseil de surveillance.

#### **I.4.5. Réforme du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> cycles des études médicales**

Pour mieux préparer les futurs soignants au système de santé de demain le gouvernement a entamé une refonte des études en santé.

- Suppression du concours d'accès aux IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers).
- Suppression du numerus clausus. Le recrutement des étudiants ce faisant de façon progressive au cours du premier cycle et à partir de cursus diversifiés.
- Pour les étudiants en médecine, le cursus de formation du 2ème cycle a été réformé afin de mieux tenir compte des compétences et aptitudes des étudiants et de leur projet professionnel.

## **II. Matériel et méthode**

---

### **II.1. Objectifs**

L'objectif principal de notre étude était de recueillir l'opinion des médecins généralistes libéraux, installés depuis janvier 2015, en zone rurale et semi-rurale du Limousin, quant à leurs choix d'exercice.

Les objectifs secondaires de cette étude :

- Connaître les facteurs qui permettraient d'améliorer leurs conditions de travail.
- Connaître leurs projets de changement d'exercice éventuel dans les 2 ans à venir.

### **II.2. Méthodes**

Pour connaître l'opinion des médecins généralistes libéraux, installés depuis janvier 2015 en zone rurale et semi-rurale du Limousin, quant à leurs choix d'exercice, nous leur avons adressé un questionnaire par mail. Celui-ci nous a permis de réaliser une étude observationnelle descriptive, quantitative et rétrospective.

#### **II.2.1. La population**

La population cible de notre étude sont les médecins généralistes libéraux installés en zone rurale et semi-rurale de Haute-Vienne, Corrèze et Creuse depuis janvier 2015.

#### **II.2.2. La stratégie de recueil des données**

Nous avons contacté le conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) de la Haute-Vienne qui nous a fourni la liste nominative des 68 médecins généralistes libéraux installés dans le département depuis janvier 2015. Nous avons exclu de ce listing les 26 médecins installés à Limoges et les 4 médecins installés à Saint Junien car il nous a paru évident qu'il s'agissait d'un exercice urbain. Nous avons ensuite contacté par téléphone les 38 médecins restants et nous leur avons posé la question : estimez-vous avoir un exercice rural, semi-rural ou urbain ?

Seuls les médecins ayant répondu avoir un exercice rural ou semi-rural ont été invité à participer à notre enquête, via un lien adressé par mail.

Les CNOM de la Corrèze et de la Creuse, par souci d'anonymat, ont refusé de nous transmettre la liste nominative des médecins généralistes installés dans leur département. En revanche, ils ont tous deux transmis directement par mail notre questionnaire aux médecins libéraux de leur département installés depuis janvier 2015.

Une fois les réponses collectées, nous avons exclu de l'étude tous les médecins ayant répondu exercer en zone urbaine.

### **II.2.3. Méthode de recueil des données**

Le questionnaire a été élaboré grâce à Google Form® afin qu'il puisse être envoyé par mail.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme d'une durée estimée entre 5 et 8 minutes.

Il comprend 43 questions : 35 questions fermées et 8 questions ouvertes.

Ces questions sont réparties dans 5 chapitres :

- Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes et mode d'exercice
- Rythme de travail
- Aides à l'installation et revenus
- Qualité de vie au travail
- Et si mon installation était à refaire ?

### **II.2.4. Méthode statistique**

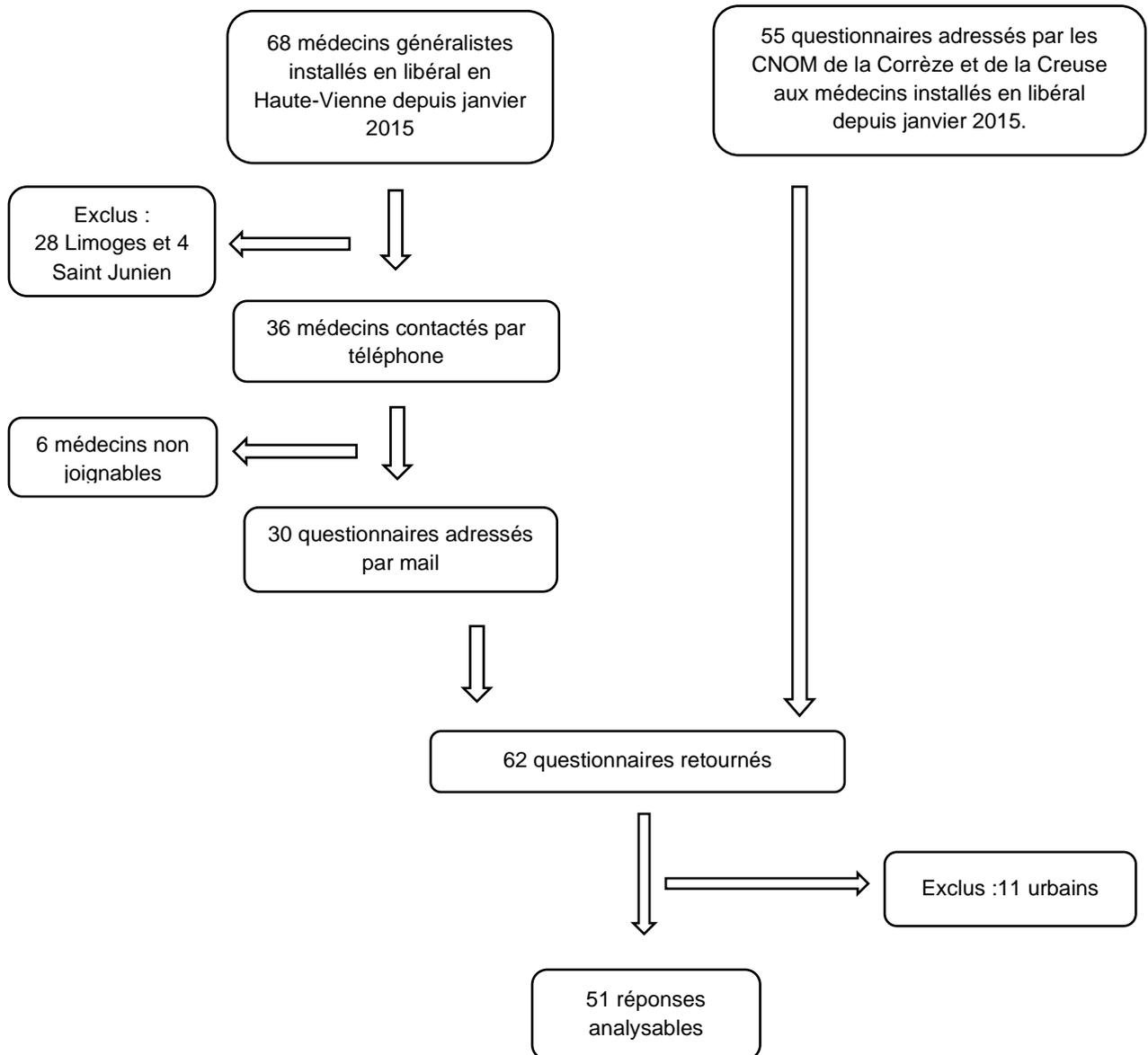
Les réponses recueillies sur Google Form® via un accès sécurisé ont été retranscrites et analysées à l'aide du logiciel Sphinx Plus®.

Nous avons croisé des variables qualitatives nominales.

Pour les calculs de significativité, nous avons utilisé le site BiostaTGV® avec l'accord du département de médecine générale. Nous avons utilisé le test de Chi2 lorsque tous les effectifs étaient supérieurs ou égaux à 5 et le test exact de Fisher dans le cas contraire. Un seuil de significativité  $p$  fixé à 0.05 a été retenu.

### III. Résultats

#### III.1. Diagramme de flux et taux de réponse



Après avoir effectué une relance de notre questionnaire de thèse, nous avons collecté 62 réponses sur une période s'étendant du 29 juin au 16 septembre 2020.

Parmi ces 62 réponses, 51 étaient analysables et correspondaient aux critères de la population cible.

91 médecins ont été joints (par téléphone et/ou mail) et nous avons récolté 62 réponses, soit un taux de réponse de 68%.

## III.2. Caractéristiques de l'échantillon et modes d'exercice

### III.2.1. Tranches d'âge et genre

Tableau 1 : Répartition des répondants selon l'âge et le genre

<b>GENRE M/F</b> <b>CLASSE D'AGE</b>	Masculin	Féminin	<b>TOTAL</b>
Moins de 34 ans	11,8% ( 6)	23,5% (12)	<b>35,3% (18)</b>
35 à 39 ans	13,7% ( 7)	15,7% ( 8)	<b>29,4% (15)</b>
40 à 44 ans	3,9% ( 2)	9,8% ( 5)	<b>13,7% ( 7)</b>
45 à 49 ans	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	<b>0,0% ( 0)</b>
50 à 54 ans	2,0% ( 1)	3,9% ( 2)	<b>5,9% ( 3)</b>
55 à 59 ans	2,0% ( 1)	5,9% ( 3)	<b>7,8% ( 4)</b>
60 à 64 ans	3,9% ( 2)	2,0% ( 1)	<b>5,9% ( 3)</b>
Plus de 65 ans	2,0% ( 1)	0,0% ( 0)	<b>2,0% ( 1)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39,2% (20)</b>	<b>60,8% (31)</b>	

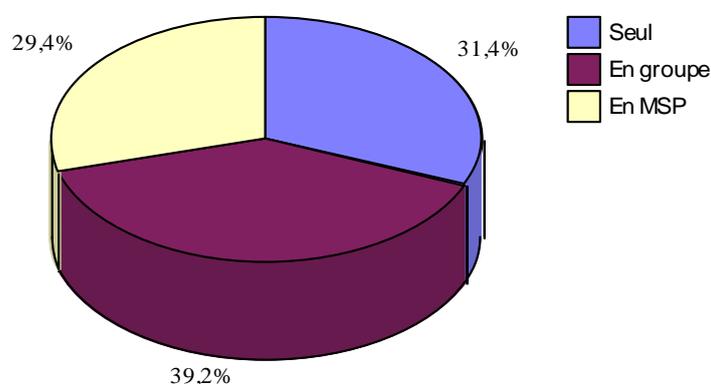
61% des répondants à notre enquête sont des femmes (n : 31).

65% des répondants sont âgés de moins de 40 ans (n : 33).

Parmi les moins de 34 ans, 67% sont des femmes (n : 12) et parmi les plus de 50 ans, 55% sont des femmes (n : 6).

### III.2.2. Modes d'installation

Figure 5 : Répartition des différents modes d'installation (%)

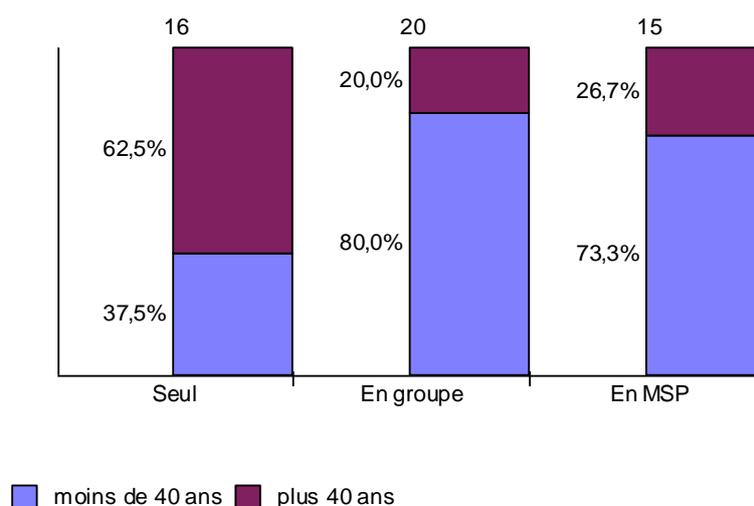


39 % des médecins de notre étude sont installés dans un cabinet de groupe (n : 20).

31% sont installés seuls (n : 16).

29% sont installés au sein d'une MSP (n : 15).

Figure 6 : Répartition selon l'âge et le mode d'installation



80% des répondants installés en groupe ont moins de 40 ans (n : 16).

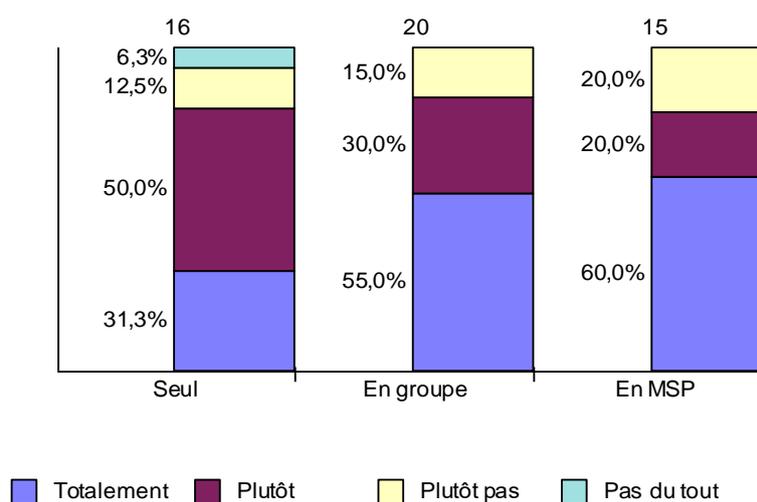
73% des répondants installés en MSP ont moins de 40 ans (n : 11).

38% des répondants installés seuls ont moins de 40 ans (n : 6).

Les répondants installés seuls sont plus âgés que les autres (p : 0.02458).

### III.2.3. Satisfaction vis-à-vis de ce mode d'exercice

Figure 7 : Réponse aux attentes des différents modes d'installation



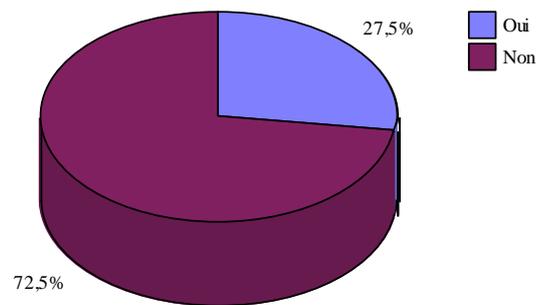
85% des répondants installés en groupe estiment que ce mode d'installation a totalement ou plutôt répondu à leurs attentes (n : 17).

81% des répondants installés seuls estiment que ce mode d'installation a totalement ou plutôt répondu à leurs attentes (n : 13).

80% des répondants installés en MSP estiment que ce mode d'installation a totalement ou plutôt répondu à leurs attentes (n : 12).

### III.2.4. Activité mixte

Figure 8 : Proportion des répondants exerçant une activité mixte (%)



28% des répondants pratiquent une activité salariée en plus de leur activité libérale (n : 14).

Parmi ces médecins :

- 6 médecins sont salariés dans un centre hospitalier périphérique (dont 2 travaillent pour le service des urgences et 1 pour le service de gynécologie).
- 5 médecins sont salariés d'un EHPAD.
- 3 médecins sont salariés au sein d'un centre pour personnes handicapées.
- 2 médecins sont salariés de la faculté de médecine.

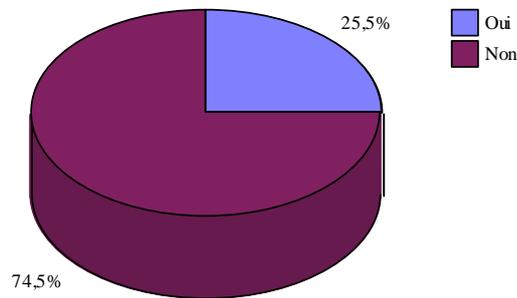
A noter que 2 médecins sont à la fois salariés d'un EHPAD et d'un centre pour personnes handicapées.

45% des hommes de notre étude exercent une activité mixte (n : 9) contre 16% des femmes (n : 5)

Les hommes de notre enquête ont plus souvent fait le choix d'un exercice mixte (p : 0.02409).

### III.2.5. Activité complémentaire à la médecine générale

Figure 9 : Proportion des répondants exerçant une activité complémentaire libérale (%)



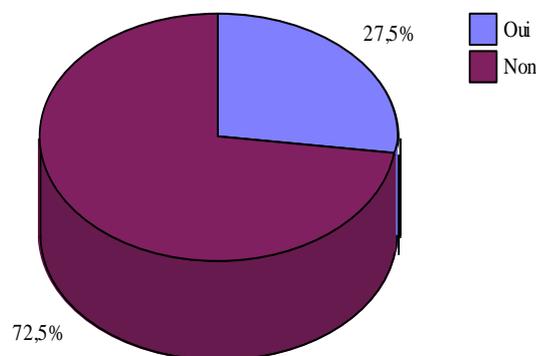
26 % des répondants pratiquent une ou plusieurs activités complémentaires (n : 13).

Parmi les activités complémentaires exercées, nous retrouvons :

- 4 médecins pompiers
- 2 médecins correspondant SAMU
- 1 DU contraception
- 1 DIU gynécologie
- 1 médecin agréé permis de conduire
- 1 DIU échographe
- 1 DESC nutrition
- 1 ostéopathe
- 1 homéopathe
- 1 médecin de crèche

### III.2.6. Maîtres de stage universitaire (MSU)

Figure 10 : Proportion de MSU (%)



28% des répondants (n : 14) exercent la fonction de maîtres de stage universitaire et accueillent ainsi des étudiants, externes ou internes, dans leur cabinet.

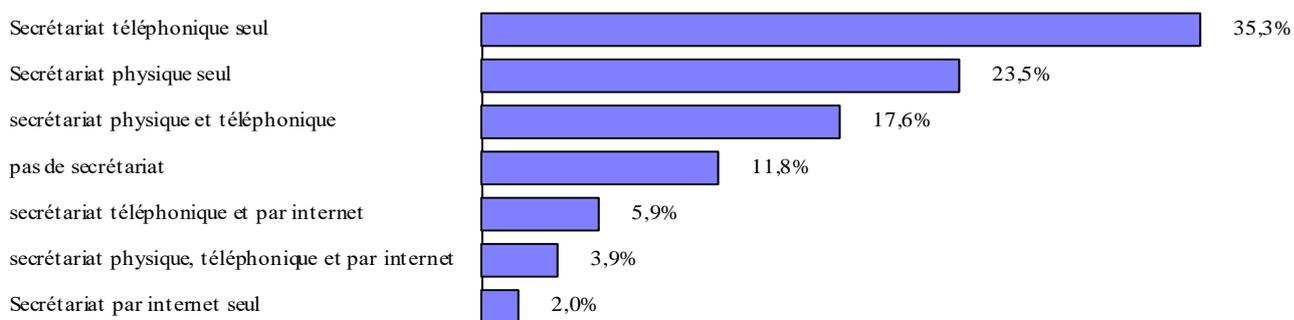
53% des répondants installés en MSP sont MSU (n : 8) contre 25% des répondants installés en groupe (n : 5) et 6% des répondants installés seuls (n : 1) (p : 0.01613).

### III.2.7. Téléconsultations

4% des répondants (n : 2) pratiquent des téléconsultations (avant l'épidémie de covid-19).

### III.2.8. Secrétariat

Figure 11 : Répartition des différents types de secrétariats (%)



35% des répondants disposent d'un secrétariat téléphonique seul (n :18).

24% des répondants disposent d'un secrétariat physique seul (n :12).

18% des répondants disposent d'un secrétariat physique et téléphonique (n :9).

12% des répondants ne disposent pas de secrétariat (n :6).

6% des répondants disposent d'un secrétariat téléphonique et par internet (n :3).

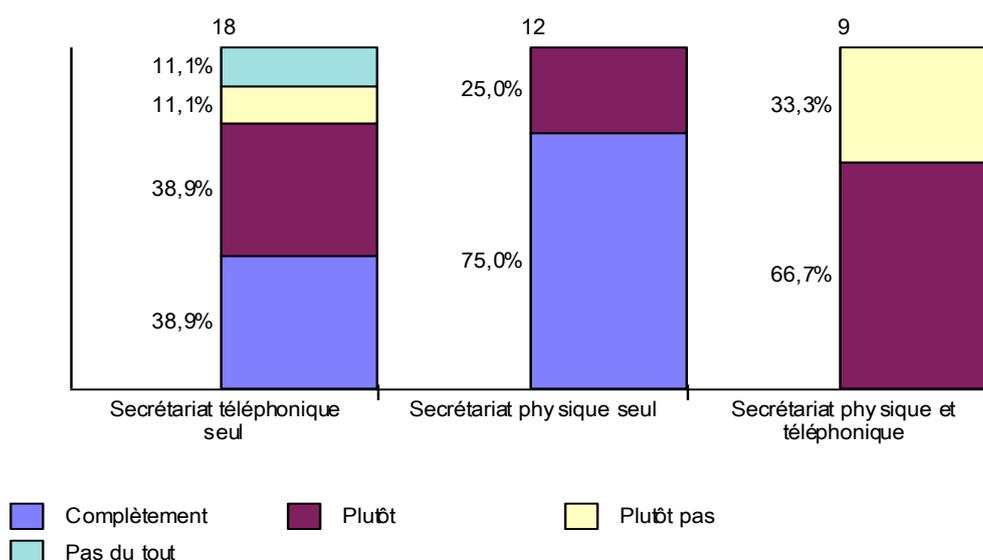
4% des répondants disposent d'un secrétariat physique, téléphonique et par internet (n :2).

2% des répondants disposent d'un secrétariat par internet seul (n :1).

63% des répondants disposent d'un secrétariat téléphonique (n :32).

45 % des répondants disposent d'un secrétariat physique (n : 23).

Figure 12 : Satisfaction du fonctionnement du secrétariat selon son type



Parmi les répondants disposant d'un secrétariat physique seul, 75% en sont complètement satisfaits (n : 9) et 25% en sont plutôt satisfaits (n : 3).

Parmi les répondants disposant d'un secrétariat téléphonique seul, 39% en sont complètement satisfaits (n : 7), 39% en sont plutôt satisfaits (n : 7), 11% n'en sont plutôt pas satisfaits (n : 2) et 11% n'en sont pas du tout satisfaits (n : 2).

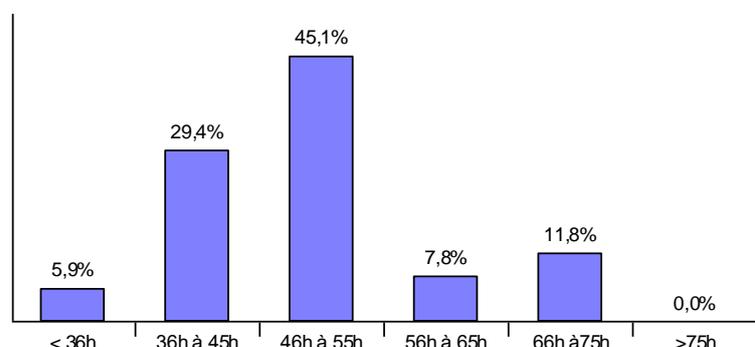
Parmi les répondants disposant d'un secrétariat physique et téléphonique, 67% en sont plutôt satisfaits (n : 6) et 33% n'en sont plutôt pas satisfaits (n : 3).

Les répondants disposant d'un secrétariat physique en sont davantage satisfaits (p : 0.00585).

### III.3. Rythme de travail

#### III.3.1. Nombre d'heures de travail par semaine en libéral (hors gardes)

Figure 13 : Heures de travail par semaine en libéral (hors garde)



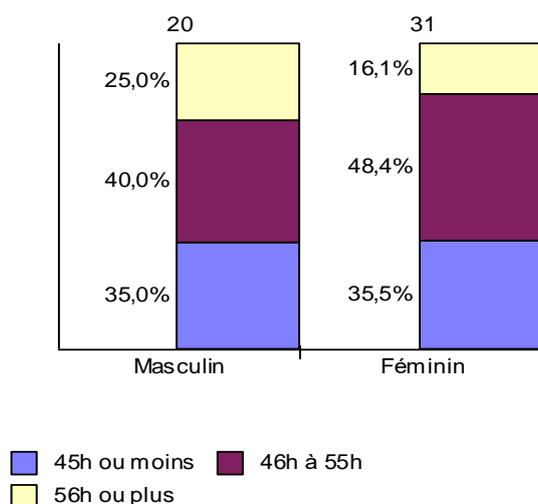
35% des répondants travaillent moins de 46 heures par semaine en libéral (hors garde) (n : 18).

45% des répondants travaillent entre 46 et 55 heures par semaine (n :23).

20% des répondants travaillent plus de 55 heures par semaine (n : 10).

A noter que parmi les 3 répondants travaillant moins de 36 h par semaine en libéral, aucun n'a une activité salariée complémentaire.

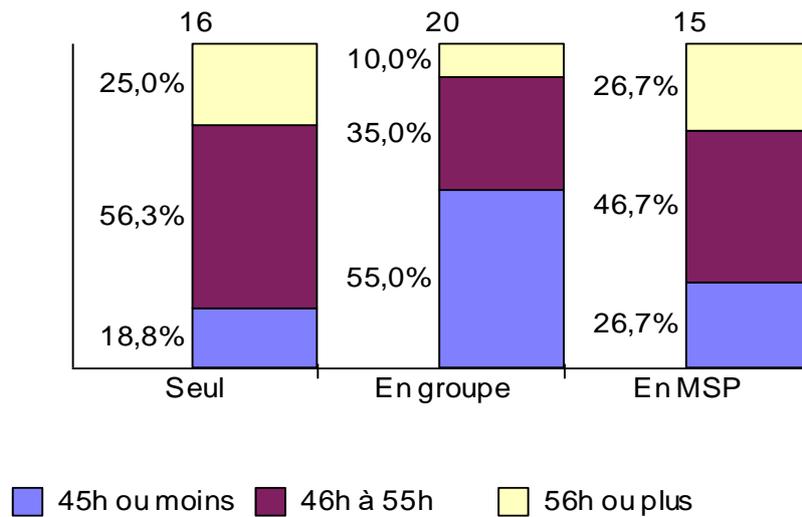
Figure 14 : Heures travaillées en libéral par semaine selon le genre



Parmi les répondants femmes, 36% travaillent en libéral 45 heures ou moins par semaine (n : 11), 48% travaillent de 46 à 55 heures (n : 15) et 16% travaillent 56 heures ou plus (n : 5).

Parmi les répondants hommes, 35% travaillent en libéral 45 heures ou moins par semaine (n : 7), 40% travaillent de 46 à 55 heures (n : 8) et 25% travaillent 56 heures ou plus (n : 5).

Figure 15 : Heures travaillées en libéral par semaine selon le mode d'installation



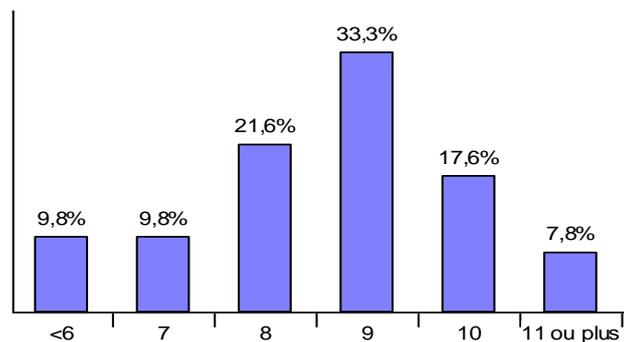
Parmi les répondants installés seuls, 19% travaillent 45 heures ou moins par semaine (n : 3), 56% travaillent entre 46 et 55 heures (n : 9) et 25% travaillent 56 heures ou plus (n : 4).

Parmi les répondants installés en groupe, 55% travaillent 45 heures ou moins par semaine (n : 11), 35% travaillent entre 46 et 55 heures (n : 7) et 10% travaillent 56 heures ou plus (n : 2).

Parmi les répondants installés en MSP, 27% travaillent 45 heures ou moins par semaine (n : 4), 47% travaillent entre 46 et 55 heures (n : 7) et 27% travaillent 56 heures ou plus (n : 4).

### III.3.2. Nombre de demi-journées travaillées par semaine

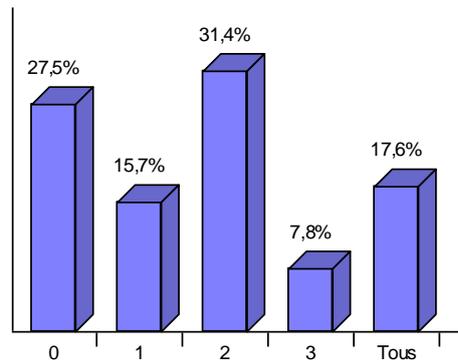
Figure 16 : Nombre de demi-journées par semaine



73% des répondants travaillent entre 8 et 10 demi-journées par semaine (n : 37)

### III.3.3. Samedis matin travaillés

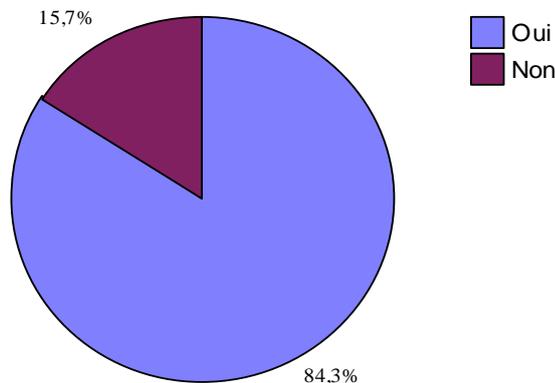
Figure 17 : Nombre de samedis matin travaillés par mois



73% des répondants travaillent au moins 1 samedi matin par mois (n : 37).

### III.3.4. Permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Figure 18 : Participation à la PDSA



84% des répondants participent à la PDSA dans leur département (n : 43).

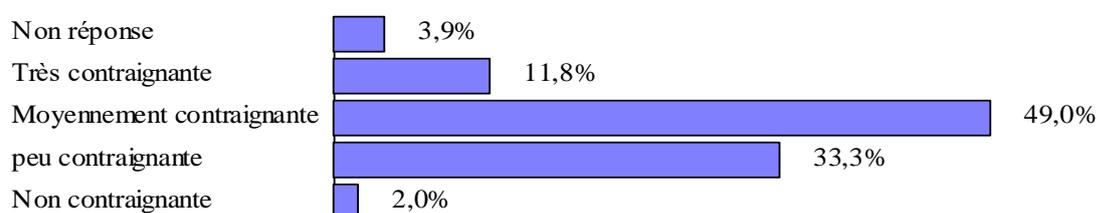
Voici comment :

- 46% en tant qu'effecteur fixe et mobile (n : 20).
- 43% en tant qu'effecteur fixe uniquement (n : 18).
- 9% en tant qu'effecteur mobile uniquement (n : 4).
- 2% en tant qu'effecteur fixe, mobile et régulateur (n : 1).

30% des répondants hommes ne participent pas à la PDSA (n : 6) contre 7% des répondants femmes (n : 2).

Les hommes de notre enquête participent moins à la PDSA (p : 0.04467).

Figure 19 : Charge de travail représentée par la PDSA



12% des répondants jugent la PDSA très contraignante (n : 6).

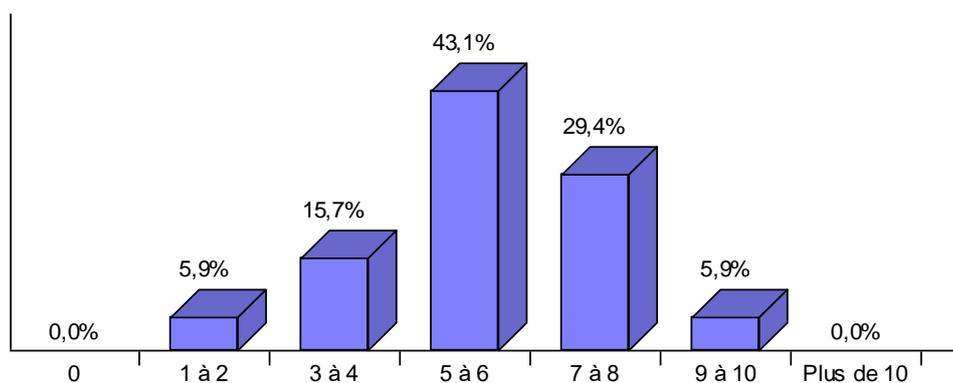
49% des répondants jugent la PDSA moyennement contraignante (n : 25).

33% des répondants jugent la PDSA peu contraignante (n : 17).

2% des répondants jugent la PDSA non contraignante (n : 1).

### III.3.5. Semaines de congés annuels

Figure 20 : Nombre de semaines de congés annuels

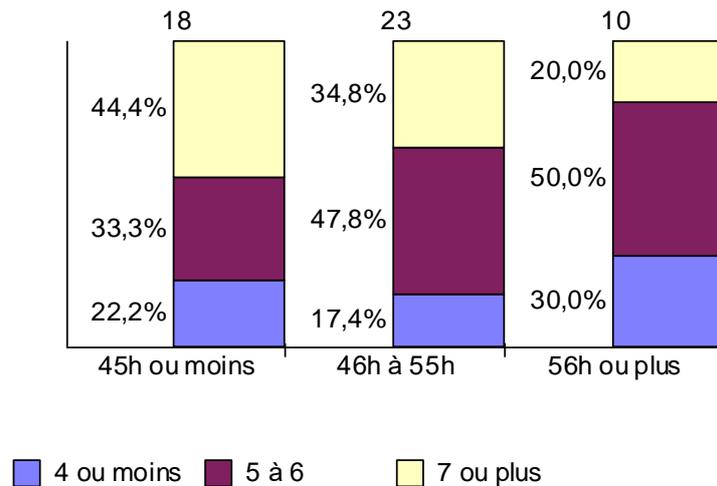


22% des répondants prennent maximum 4 semaines de congés par an (n : 11).

43% des répondants prennent entre 5 et 6 semaines de congés par an (n : 22).

35% des répondants prennent au moins 7 semaines de congés par an (n : 18).

Figure 21 : Semaines de congés annuels selon le nombre d'heures de travail par semaine

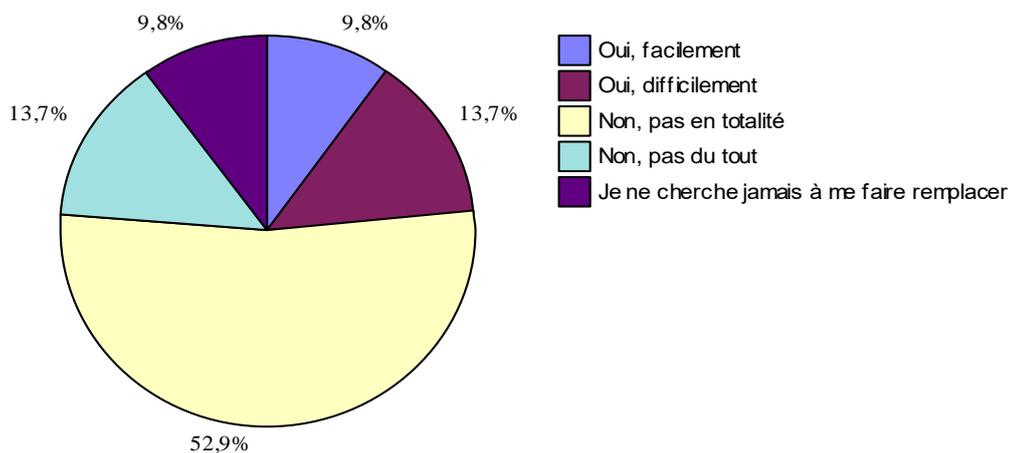


Parmi les répondants travaillant 45 heures ou moins par semaine, 22% prennent au maximum 4 semaines de congés à l'année (n : 4) et 44% prennent au minimum 7 semaines de congé (n : 8).

Parmi les répondants travaillant 56 heures ou plus par semaine, 30% prennent au maximum 4 semaines de congés à l'année (n : 3) et 20% prennent au minimum 7 semaines de congé (n : 2).

### III.3.6. Facilité à se faire remplacer

Figure 22 : Facilité à se faire remplacer



A la question : « Globalement, depuis que vous êtes installé, avez-vous réussi à trouver un remplaçant autant de fois que vous le souhaitiez ? » :

10% des répondants ont répondu : « oui, facilement » (n : 5).

14% des répondants ont répondu : « oui, difficilement » (n : 7).

53% des répondants ont répondu : « non, pas en totalité » (n : 27).

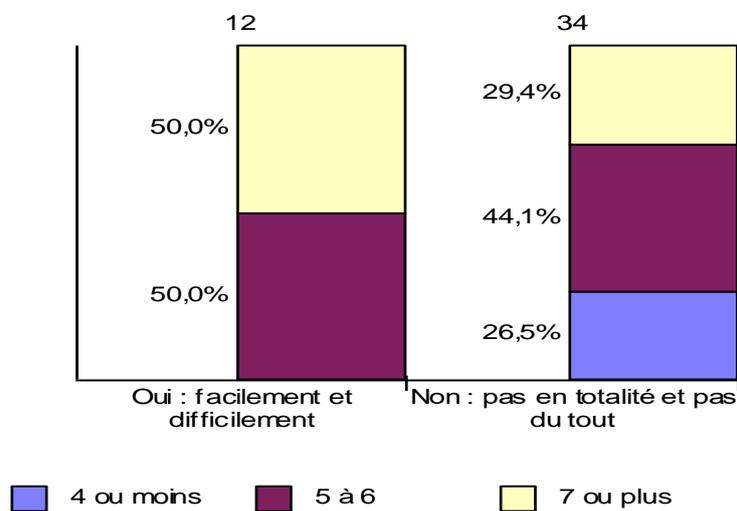
14% des répondants ont répondu : « non, pas du tout » (n : 7).

10% des répondants ont répondu ne jamais chercher à se faire remplacer (n : 5) car par exemple ils s'arrangent avec un confrère.

Parmi les répondants ayant cherché à se faire remplacer quand cela était nécessaire, 74% n'y sont pas toujours parvenu (n : 34).

79% des MSU n'ont pas réussi à trouver un remplaçant à chaque fois qu'ils le souhaitaient (n : 11), contre 72% des non MSU (n : 28).

Figure 23 : Semaines de congés annuels selon la facilité à se faire remplacer

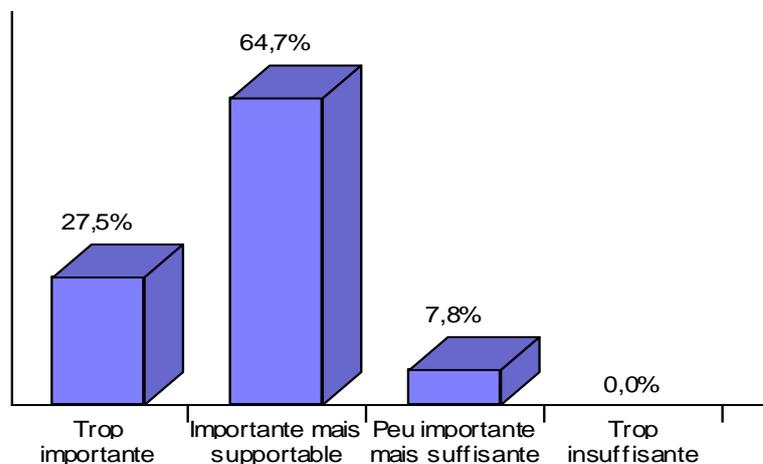


Parmi les répondants ayant trouvé un remplaçant à chaque fois qu'ils le souhaitaient (facilement ou difficilement), 50% prennent entre 5 et 6 semaines de congés annuels (n : 6) et 50% en prennent au moins 7 (n : 6).

Parmi les répondants n'ayant pas trouvé un remplaçant à chaque fois qu'ils le souhaitaient (pas en totalité ou pas du tout), 27% prennent au maximum 4 semaines de congés annuels (n : 9), 44% en prennent entre 5 et 6 (n : 15) et 29% en prennent au moins 7 (n : 10).

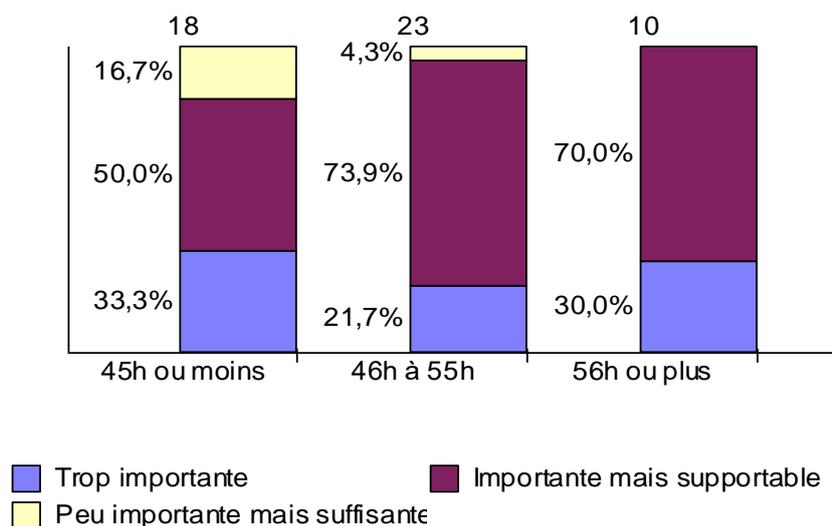
### III.3.7. Charge de travail

Figure 24 : Evaluation de la charge de travail



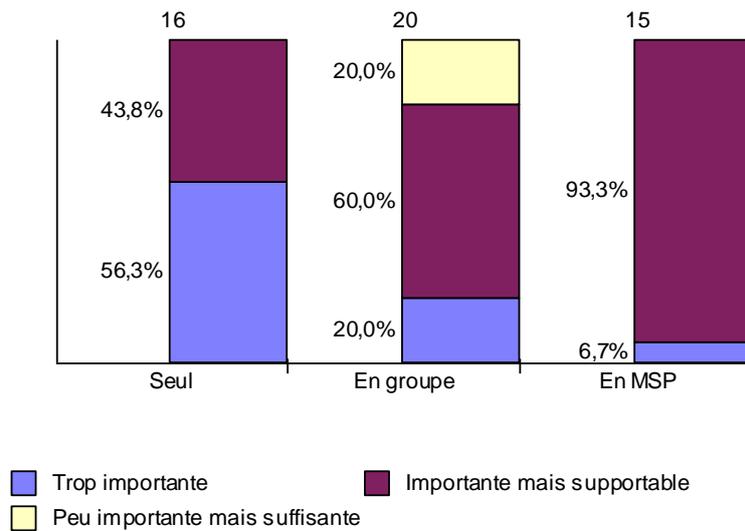
Aucun des 51 répondants ne jugent sa charge de travail comme trop insuffisante.  
 8% des répondants jugent leur charge de travail peu importante mais suffisante (n : 4).  
 65% des répondants jugent leur charge de travail importante mais supportable (n : 33).  
 28% des répondants jugent leur charge de travail trop importante (n : 14).

Figure 25 : Charge de travail selon le nombre d'heures travaillées par semaine



33% des répondants travaillant moins de 45 heures par semaine en libéral jugent leur charge de travail comme trop importante (n : 6), contre 22% des répondants travaillant de 46 à 55 heures par semaine (n : 5) et 30% des répondants travaillant plus de 56 heures par semaine (n : 3).

Figure 26 : Charge de travail selon le mode d'installation

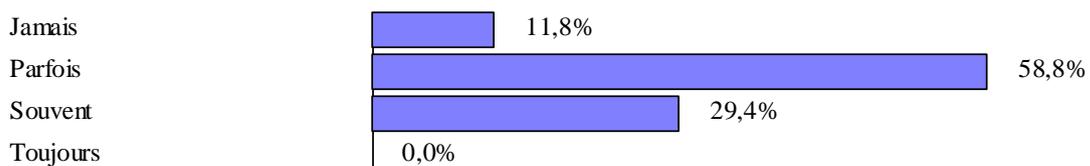


56% des répondants installés seuls estiment leur charge de travail trop importante (n : 9), contre 20% des répondants installés en groupe (n : 4) et 7% des répondants installés en MSP (n : 1).

Les répondants installés seuls jugent leur charge de travail comme plus importante que les autres (p : 0.00247).

### III.3.8. Gestion des soins non programmés

Figure 27 : Difficulté de gestion des soins non programmés

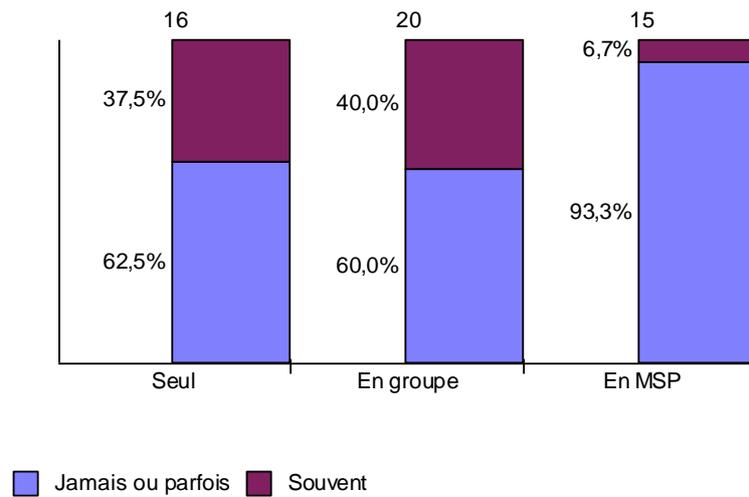


12% des répondants déclarent que les soins non programmés ne leur posent jamais problèmes (n : 6).

59% des répondants déclarent que les soins non programmés leur posent parfois problèmes (n : 30).

29% des répondants déclarent que les soins non programmés leur posent souvent problèmes (n : 15).

Figure 28 : Gestion des soins non programmés selon le mode d'installation

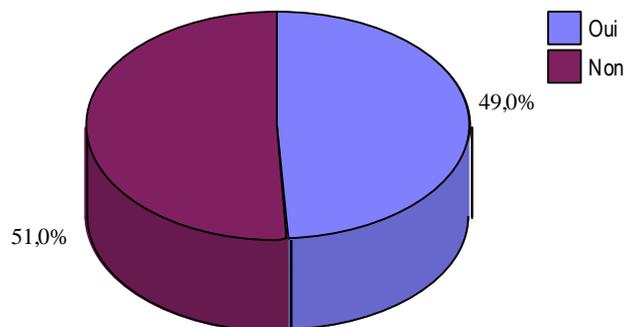


40% des répondants installés en groupe déclarent que les soins non programmés leurs posent souvent problème (n : 8) contre 38% des répondants installés seuls (n : 6) et 7% des répondants installés en MSP (n : 1).

### III.4. Aides à l'installation et revenus

#### III.4.1. Aides à l'installation

Figure 29 : Proportion des répondants ayant bénéficié d'une aide à l'installation

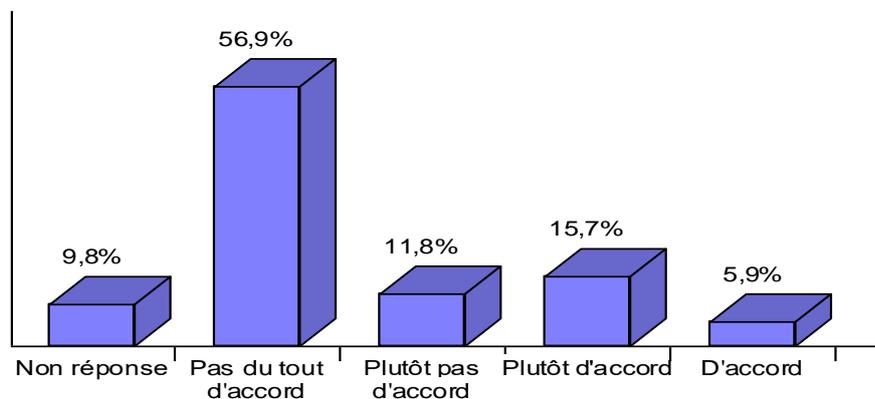


49% des répondants ont bénéficié d'une aide à l'installation (n :25) :

- CAIM (pour 8 médecins) (aide à l'installation de 50 000 euros)
- PTMG (pour 9 médecins) (garanti d'un revenu minimum)
- Exonérations fiscales (pour 4 médecins)
- Aides des collectivités locales (pour 3 médecins)

### III.4.2. Impact des aides sur l'installation

Figure 30 : Impact des aides sur l'installation

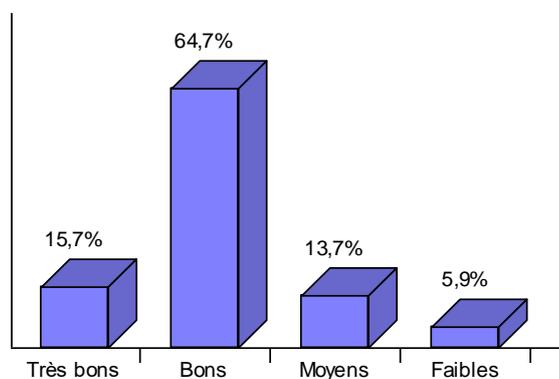


A la question : « les aides à l'installation ont-elles déterminé le choix du lieu de votre installation ? » :

22% des répondants estiment que ces aides ont été déterminantes dans le choix de leur lieu d'installation (n : 11).

### III.4.3. Revenus

Figure 31 : Evaluation des revenus



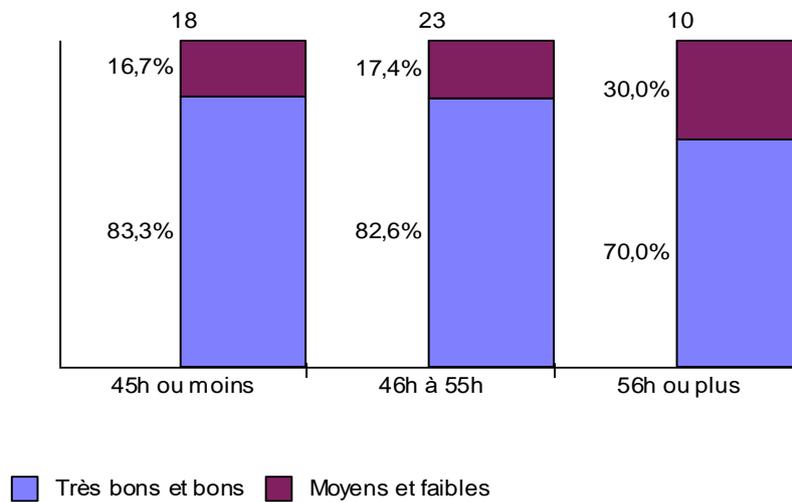
80% des répondants jugent leurs revenus bons ou très bons (n : 41).

80% des répondants ayant bénéficié d'une aide à l'installation jugent leurs revenus comme très bons ou bons (n : 20), contre 81% des répondants n'ayant pas touché cette aide (n : 21).

87% des répondants installés en MSP jugent leurs revenus très bons ou bons (n : 13), contre 81% des répondants installés seuls (n : 13) et 75% des répondants installés en groupe (n : 15).

81% des répondants qui exercent une activité libérale exclusive jugent leurs revenus très bons ou bons (n : 11) contre 79% des répondants qui exercent une activité mixte (n : 30).

Figure 32 : Evaluation des revenus selon le nombre d'heures travaillées par semaine

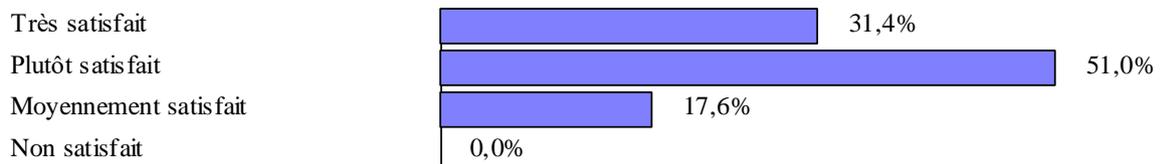


83% des répondants travaillant 45h ou moins par semaine jugent leurs revenus comme bons ou très bons (n : 15), contre 70% des répondants travaillant 56 heures ou plus par semaine (n : 7).

### III.5. Qualité de vie

#### III.5.1. Qualité de la relation médecin/patient

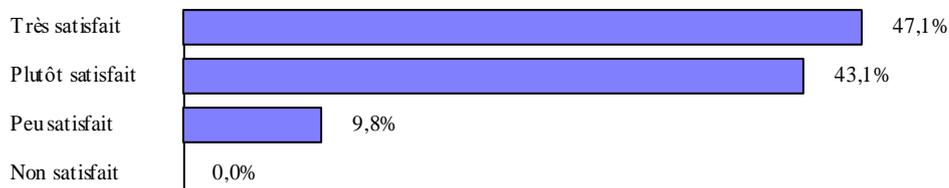
Figure 33 : Evaluation de la relation médecin/patient



82% des répondants sont très ou plutôt satisfaits par la qualité de leur relation médecin/patient (n : 42).

#### III.5.2. Polyvalence

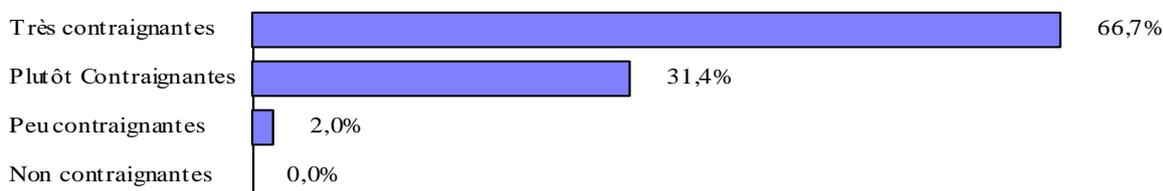
Figure 34 : Evaluation de la polyvalence de la profession



90% des répondants sont très ou plutôt satisfaits par la polyvalence de leur profession (n : 46).

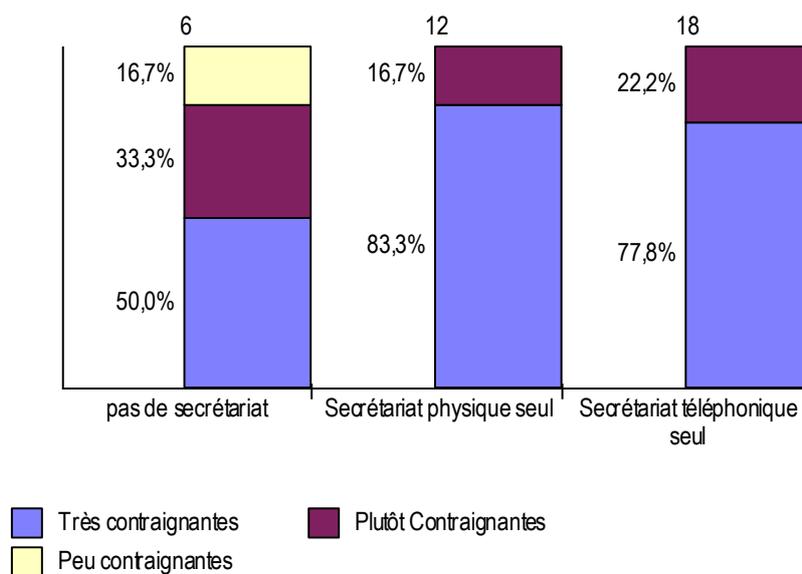
### III.5.3. Tâches administratives

Figure 35 : Evaluation des tâches administratives



98% des répondants jugent les tâches administratives très ou plutôt contraignantes (n : 50).

Figure 36 : Contraintes administratives selon le type de secrétariat



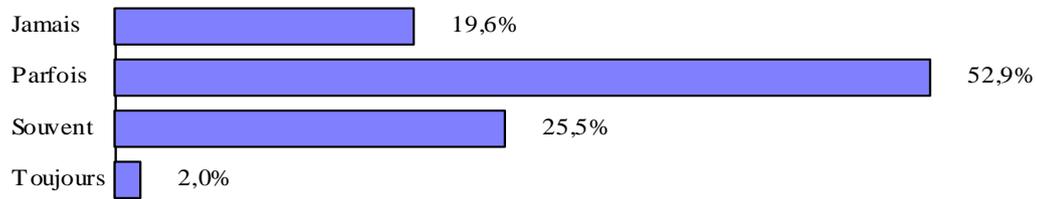
83% des répondants disposant d'un secrétariat physique seul estiment que les tâches administratives sont très contraignantes (n : 10).

78% des répondants disposant d'un secrétariat téléphonique seul estiment qu'elles sont très contraignantes (n : 14).

50% des répondants ne disposant pas de secrétariat estiment qu'elles sont très contraignantes (n : 3).

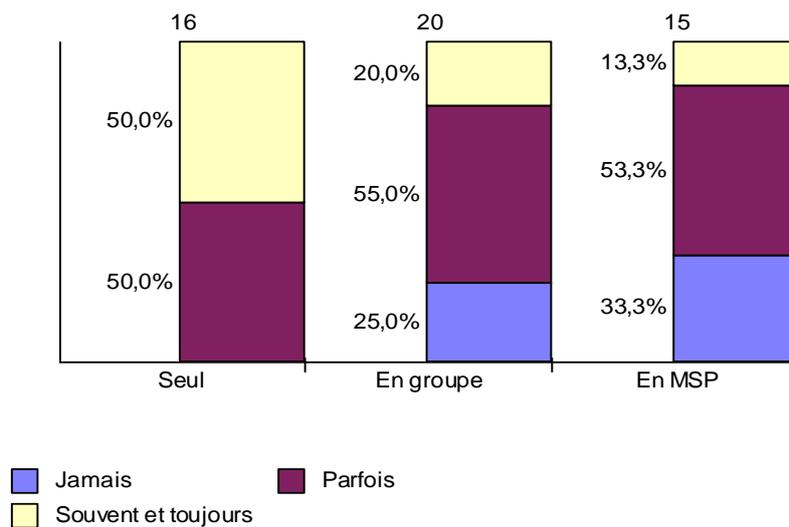
### III.5.4. Sentiment d'isolement

Figure 37 : Sentiment d'isolement professionnel



73% des répondants ne se sentent jamais ou parfois isolés professionnellement (n : 37)

Figure 38 : Sentiment d'isolement selon le mode d'installation



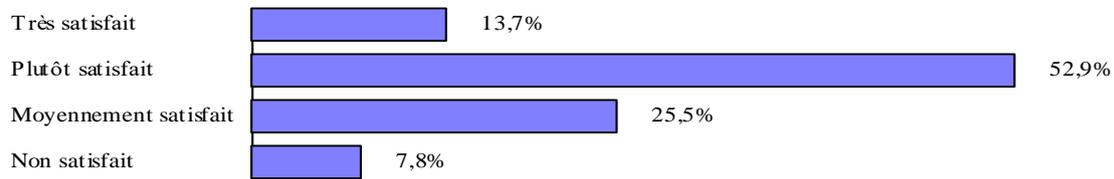
50% des répondants installés seuls se sentent souvent ou toujours isolés (n : 8) contre 20% des répondants installés en groupe (n : 4) et 13% des répondants installés en MSP (n : 2).

33% des répondants installés en MSP ne se sentent jamais isolés (n : 5) contre 25% des répondants installés en groupe (n : 5) et 0% des répondants installés seuls.

Les répondants installés seuls se sentent plus isolés que leurs confrères (p : 0.04471).

### III.5.5. Plateau technique

Figure 39 : Evaluation du plateau technique avoisinant



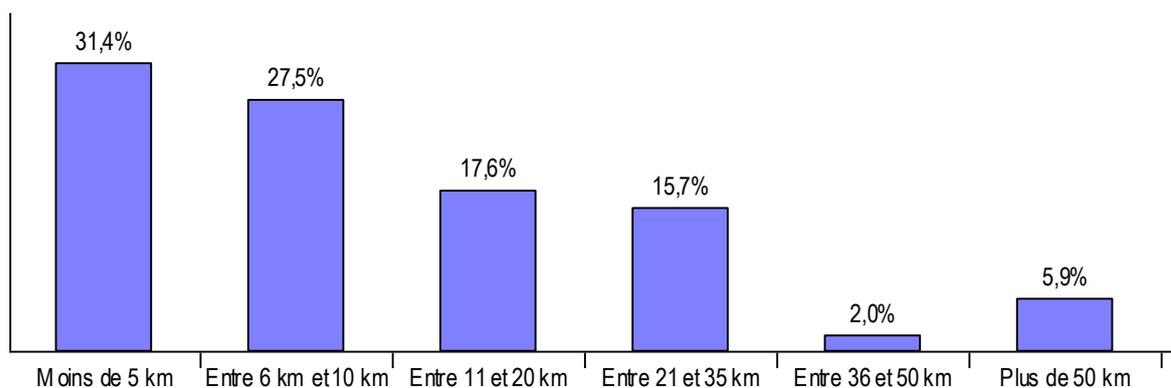
67% des répondants sont très ou plutôt satisfaits du plateau technique avoisinant (n : 34).

Ils souhaiteraient que soit amélioré :

- L'accès aux spécialistes : cité 19 fois
- La coopération avec les hôpitaux : cité 3 fois
- L'accès aux examens complémentaires : cité 3 fois
- L'échange entre les différents professionnels de santé : cité 2 fois
- L'accès au scanner : cité 1 fois
- Le manque de kinés : cité 1 fois
- Le manque d'équipes mobiles : cité 1 fois
- La communication par messagerie sécurisée : cité 1 fois
- Le développement des petites structures périphériques : cité 1 fois
- La facilité à trouver un remplaçant : cité 1 fois

### III.5.6. Nombre de kilomètres domicile / travail

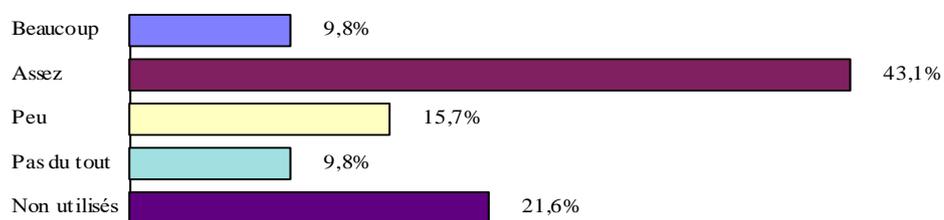
Figure 40 : Distance domicile/travail



59% des répondants parcourent moins de 10km pour venir travailler (n : 30).

### III.5.7. Equipements de loisirs

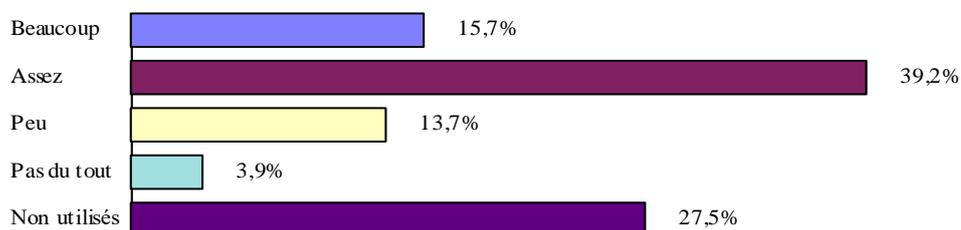
Figure 41 : Satisfaction vis à vis des équipements de loisirs avoisinants



Parmi les répondants qui utilisent les équipements de loisirs avoisinants leur lieu de travail, 68% en sont très ou assez satisfaits (n : 27).

### III.5.8. Equipements scolaires

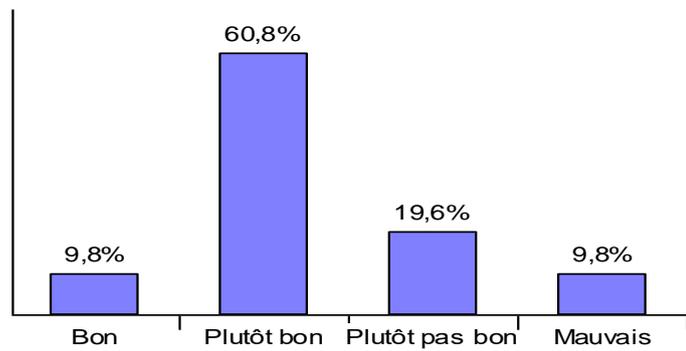
Figure 42 : Satisfaction vis à vis des équipements scolaires avoisinants



Parmi les répondants utilisant les équipements scolaires avoisinants leur lieu de travail, 76% en sont très ou assez satisfaits (n : 28).

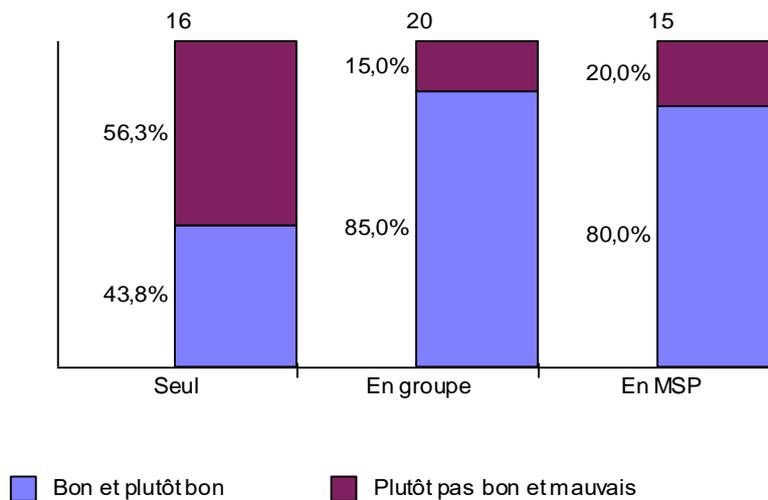
### III.5.9. Equilibre de vie professionnel/personnel

Figure 43 : Equilibre de vie professionnel/personnel



71% des répondants jugent leur équilibre de vie professionnel/personnel comme bon ou plutôt bon (n : 36).

Figure 44 : Equilibre de vie selon le mode d'installation



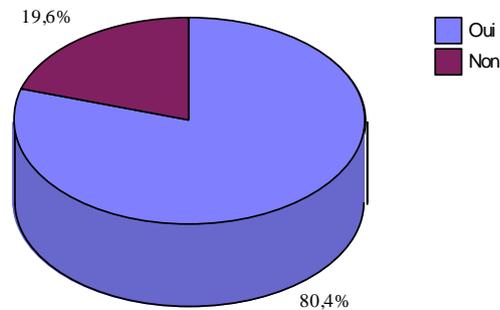
85% des répondants installés en groupe jugent leur équilibre de vie professionnel/personnel comme bon ou plutôt bon (n : 17), contre 80% des répondants installés en MSP (n : 12) et 44% des répondants installés seuls (n : 7).

Les répondants installés seuls jugent leur équilibre de vie professionnel/personnel moins bon que les autres (p : 0.02130).

### III.6. Et si mon installation était à refaire ?

#### III.6.1. Si votre installation était à refaire, vous installeriez-vous au même endroit ?

Figure 45 : Satisfaction vis à vis du lieu d'installation



Si leur installation était à refaire, 80% des médecins interrogés feraient le choix de s'installer au même endroit (n : 41) et 20% feraient le choix de s'installer ailleurs (n : 10).

Les arguments des médecins qui feraient le choix de s'installer au même endroit sont :

- 1 : Bonne relation médecin/patient (cité 8 fois)
- 2 : Bonne entente entre les différents professionnels de santé (cité 7 fois)
- 3 : Environnement agréable (cité 6 fois)
- 4 : Qualité de vie et de travail (cité 6 fois)
- 5 : Bon épanouissement personnel (cité 6 fois)
- 6 : Polyvalence des actes (cité 4 fois)
- 7 : Accès facile (cité 3 fois)
- 8 : Vocation (cité 3 fois)
- 9 : Proximité familiale (cité 2 fois)

Parmi les autres critères cités qu'une fois :

- Proximité avec les commerces
- Proximité avec la ville
- Peu de charges
- Bâtiment neuf
- MSP nouvellement créée
- Travail dès l'installation

Parmi les 10 médecins qui ne s'installeraient pas au même endroit :

Répondant 18 : Une femme de moins de 34 ans, installée seule, ferait le choix de ne pas s'installer en libéral, voir elle ferait un autre métier.

Elle a répondu travailler entre 56 et 65 heures par semaine, sur 6 demi-journées ou moins. Elle estime ses revenus bons, une charge de travail trop importante et un mauvais équilibre de vie professionnel/personnel. Elle déclare être : « *installée seule dans un désert médical* » et subir « *la pression sociale des patients sans médecin très forte et difficile à supporter* » « *A noter que pour moi le fait d'être installée seule me convient parfaitement et que je ne me sens pas isolée (contacts fréquents avec collègues hospitaliers et libéraux)* ». Elle avoue « *je pense qu'il sera difficile de « tenir » longtemps dans ces conditions* ».

Trois médecins (Répondants n 20 / n 27 / n 33) ne s'installeraient pas au même endroit du fait de la charge de travail trop importante, empiétant sur leur vie de famille :

Répondant 20 : Une femme de moins de 34 ans, installée seule, travaillant entre 46 et 55 heures par semaines sur 9 demi-journées. Elle a répondu avoir une charge de travail trop importante et un mauvais équilibre de vie professionnel/personnel. Elle est non satisfaite du plateau technique avoisinant et se sent toujours isolée. Si cela était à refaire « *je m'installerais avec un ou une associée* » et déclare « *je recherche activement quelqu'un qui souhaiterait travailler avec moi* ».

Répondant 27 : Une femme âgée de 35 à 39 ans, installée seule et pas du tout satisfaite de ce mode d'installation. Elle a répondu travailler entre 46 et 55 heures par semaine, sur 9 demi-journées. Sa charge de travail est jugée trop importante et son équilibre de vie professionnel/personnel mauvais. Si cela était à refaire elle s'installerait en groupe et elle a comme projet de trouver un salariat.

Répondant 33 : Un homme âgé de 60 à 64 ans, installé en groupe et plutôt pas satisfait par ce mode d'installation. Il exerce une activité salariée complémentaire, travail 10 demi-journées par semaine et entre 36 et 45h en libéral. Il évalue sa charge de travail trop importante et son équilibre de vie professionnel/personnel comme plutôt bon.

Répondant 51 Une femme de 35 à 39 ans, installée en groupe, choisirait de s'installer ailleurs du fait d'une mauvaise entente avec d'autres médecins.

Répondant 21 : Une femme de moins de 34 ans ferait le choix d'une activité salariée. Elle est installée en MSP, se sent souvent isolée et n'est plutôt pas satisfaite par ce mode d'installation.

Elle travaille entre 46 et 55 heures par semaine sur 9 demi-journées. Elle estime sa charge de travail importante mais supportable et son équilibre de vie professionnel/personnel est jugé comme plutôt bon. Elle regrette la lourdeur des tâches administratives et souhaiterait « *partager la patientèle entre médecins (trop de rapport de dépendance patient /médecin) et trouver plus de remplaçants : pour avoir plus de VRAI répit en soirée, week-end et vacances* ».

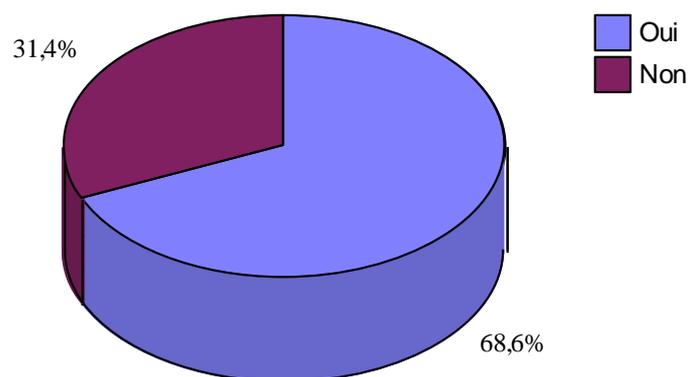
Répondant 48 : Une femme de 40 à 44ans, installée seule, ferait le choix de s'installer en groupe.

Elle exerce une activité mixte et travaille entre 36 et 45 heures par semaine en libérale. Sa charge de travail est jugée comme trop importante et son équilibre professionnel/personnel comme mauvais. Malgré le fait que l'exercice seul ait plutôt répondu à ses attentes, elle estime qu'un travail en équipe permettrait d'améliorer ses conditions de travail.

Répondant 30 : Un homme de 35 à 39ans, installé seul, ne s'installerait pas au même endroit si cela était à refaire « *pour voir si l'herbe est plus verte ailleurs ou pas* ». Il regrette de s'être installé trop rapidement.

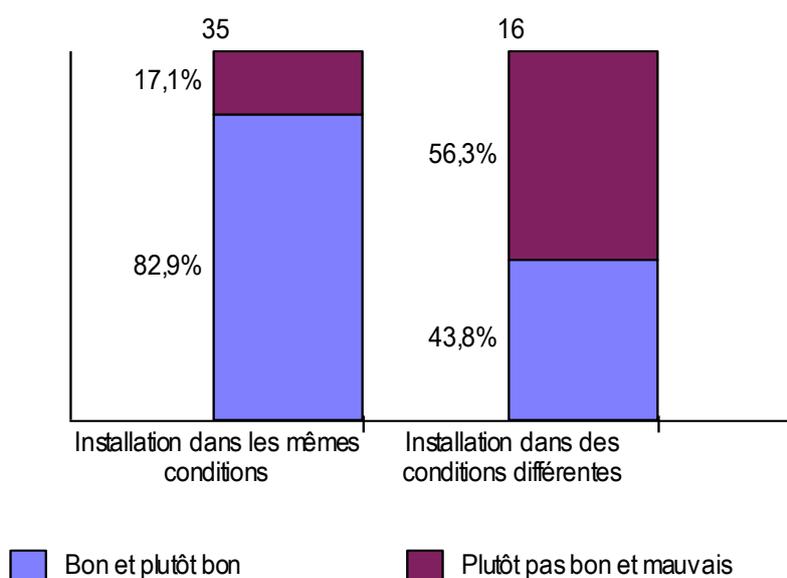
### III.6.2. Si votre installation était à refaire, vous installeriez vous dans les mêmes conditions ?

Figure 46 : Satisfaction vis à vis des conditions d'installation



69% des médecins interrogés feraient le choix de s'installer dans les mêmes conditions si cela était à refaire (n :35).

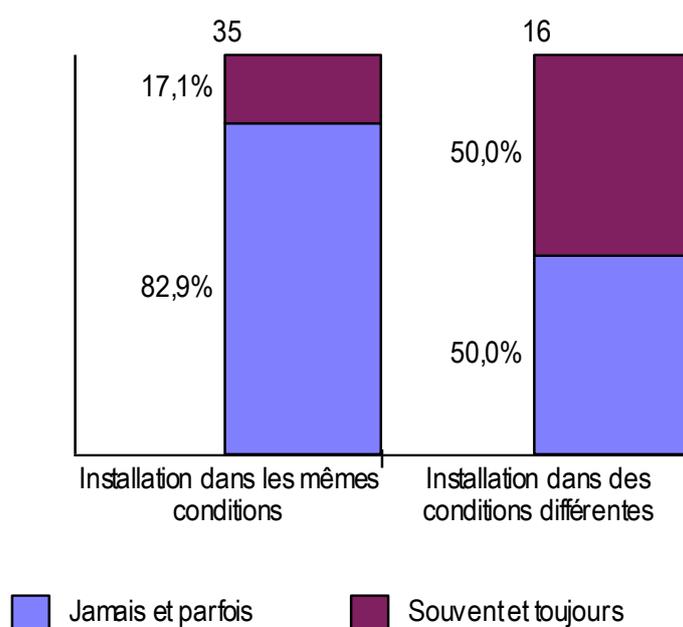
Figure 47 : Satisfaction des conditions d'installation selon l'équilibre de vie



83% des répondants qui feraient le choix de s'installer dans les mêmes conditions évaluent leur équilibre de vie professionnel/personnel comme bon ou plutôt bon (n : 29) contre 44% des répondants qui feraient le choix de ne pas s'installer dans les mêmes conditions (n : 7).

Les répondants qui feraient le choix de ne pas s'installer dans les mêmes conditions ont un moins bon équilibre de vie ( $p : 0.00445$ ).

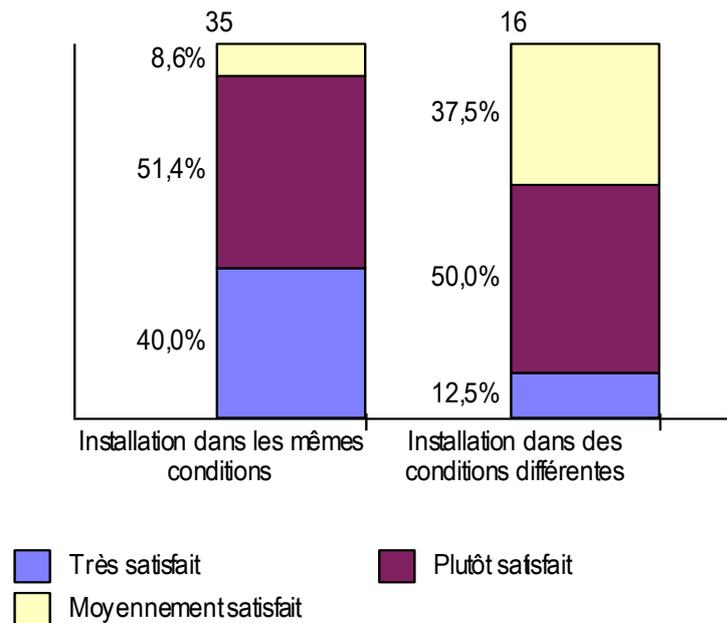
Figure 48 : Satisfaction des conditions d'installation selon le sentiment d'isolement



83% des répondants qui feraient le choix de s'installer dans les mêmes conditions ne se sentent jamais ou parfois isolés (n : 29) contre 50% des répondants qui feraient le choix de ne pas s'installer dans les mêmes conditions (n : 8).

Les répondants qui feraient le choix de ne pas s'installer dans les mêmes conditions se sentent plus isolés professionnellement (p : 0.01470).

Figure 49 : Satisfaction des conditions d'installation selon la qualité de la relation médecin/patient

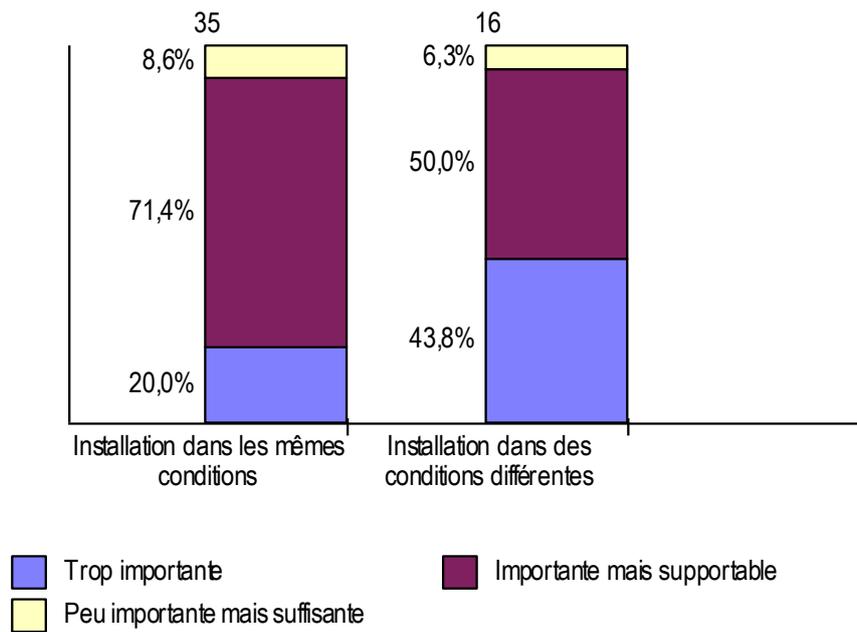


Parmi les répondants qui s'installeraient dans les mêmes conditions, 40% sont très satisfaits de leur relation médecin/patient (n : 14) et 9% en sont moyennement satisfaits (n : 3).

Parmi les répondants qui ne s'installeraient dans les mêmes conditions, 13% sont très satisfaits de leur relation médecin/patient (n : 2) et 38% en sont moyennement satisfaits (n : 6).

Les répondants qui ne s'installeraient pas dans les mêmes conditions sont moins satisfaits de leur relation médecin/patient (p : 0.02283).

Figure 50 : Satisfaction des conditions d'installation selon la charge de travail

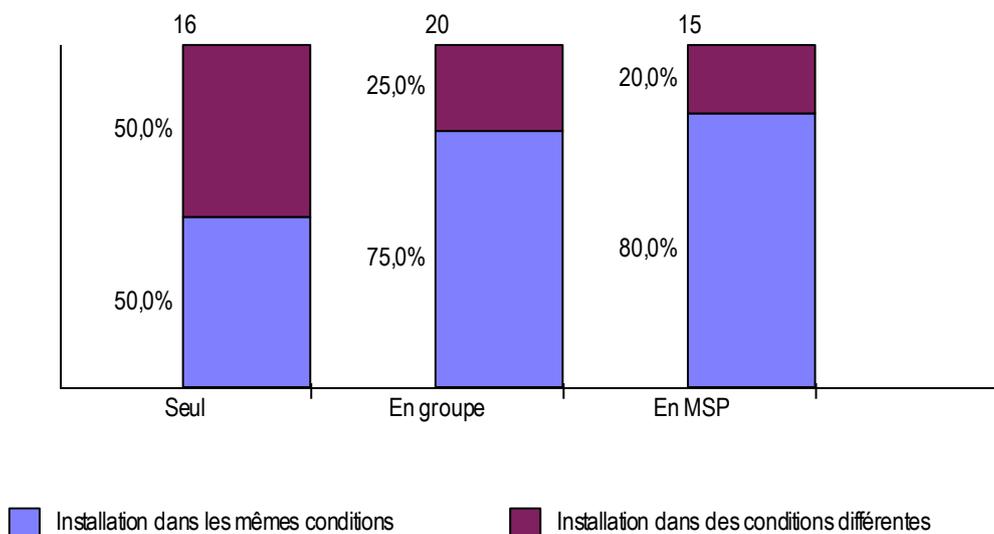


20% des répondants qui feraient le choix de s'installer dans les mêmes conditions évaluent leur charge de travail comme trop importante (n : 7).

44% des répondants qui feraient le choix de ne pas s'installer dans les mêmes conditions évaluent leur charge de travail trop importante (n : 7).

Les répondants qui ne s'installeraient pas dans les mêmes conditions semblent avoir une charge de travail plus importante que les autres, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif (p : 0.18884).

Figure 51 : Satisfaction des conditions d'installation selon le mode d'installation



80% des répondants installés en MSP feraient le choix de s'installer dans les mêmes conditions (n : 12).

75% des répondants installés en groupe feraient le choix de s'installer dans les mêmes conditions (n : 15).

50% des répondants installés seuls feraient le choix de s'installer dans les mêmes conditions (n : 8).

Les répondants installés seuls semblent être moins satisfaits de leurs conditions d'installation mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif ( $p : 0.17957$ ).

Parmi les répondants qui feraient le choix de s'installer au même endroit mais pas dans les mêmes conditions :

Répondant 10 : Une femme âgée de moins de 34 ans, installée en groupe et dont ce mode d'exercice n'a plutôt pas répondu à ses attentes. Elle travaille entre 46 et 55 heures par semaine sur 9 demi-journées. Elle évalue sa charge de travail comme importante mais supportable, son équilibre de vie professionnel/personnel comme plutôt pas bon et ses revenus comme faibles. Si son installation était à refaire elle s'installerait au même endroit mais pas dans les mêmes conditions car « *installation en groupe impliquant trop de charges, des difficultés de gestion des salariés notamment du secrétariat, et liberté d'exercice moindre car travail en groupe nécessitant des concessions (choix du jour de repos, choix des horaires de consultations...)*. De plus, semi-rural = ville dortoir donc accepter de voir les patients qui travaillent tard le soir et donc rentrer du boulot tard vers 21h le plus souvent...vie de famille, on en reparle ? En tout cas, ce n'est pas le lieu en lui-même ni les difficultés techniques qui me ferait regretter mon choix mais plus l'idée de travailler plus pour réussir à payer les charges et joindre les deux bouts...une installation seule ou en collaboration serait peut-être moins onéreuse finalement ? ».

Elle ajoute : « *si je n'arrive pas à me sortir un salaire décent pour la charge de travail effectuée, j'imagine chercher un poste de salarié bien planqué avec une bonne couverture sociale et une vie de famille accomplie* ».

Répondant 22 : Une femme âgée de 60 à 64 ans, installée en MSP regrette ce mode d'exercice. Si son installation était à refaire « *je resterais en travail isolé et non en MSP (trop de papiers, contraintes, réunions, ...)* ».

Répondant 23 : Un homme de 65 ans ou plus, installé seul. Il travaille entre 66 et 75 heures par semaine sur 11 ou plus demi-journées. Sa charge de travail est jugée importante mais supportable, son équilibre de vie professionnel/personnel plutôt bon et il se sent parfois isolé professionnellement. Si son installation était à refaire il s'installerait au même endroit car « *je m'y trouve bien* » mais « *pas seul* ».

Répondant 50 : Une femme âgée de 35 à 39 ans, installée au sein d'un cabinet de groupe composé de 2 médecins préférerait travailler dans un cabinet de 3 voire 4 médecins.

Répondant 42 : Une femme âgée de 50 à 54 ans, installée au sein d'un cabinet de groupe regrette ce mode d'exercice. Elle travaille entre 46 et 55 heures par semaine sur 8 demi-journées. Elle évalue sa charge de travail comme importante mais supportable et son équilibre de vie professionnel/personnel comme plutôt bon. Si son installation était à refaire elle s'installerait au même endroit mais pas au sein d'un cabinet de groupe car elle a été déçue par le fonctionnement de l'association. Elle a pour projet futur de s'installer seule.

Répondant 14 : Un homme de 35 à 39 ans, installé en MSP et plutôt satisfait par ce mode d'installation. Il exerce une activité mixte et travaille entre 36 et 45 heures par semaine en libéral. Il prend entre 1 et 2 semaines de vacances par an. Sa charge de travail est jugée trop importante et son équilibre de vie professionnel/personnel comme plutôt pas bon. Si son installation était à refaire il s'installerait au même endroit car « *lieu agréable, patients agréables* » mais pas dans les mêmes conditions car « *aucune vie de famille, impossible de voir ses parents, sa famille toutes les semaines...* ».

Selon lui, il faudrait « *augmenter l'effectif médical dont la décroissance catastrophique va peut-être avoir raison de ma motivation à faire du libéral* ».

Répondant 45 : Un homme de 50 à 59 ans, exerçant seul et dont ce mode d'exercice à totalement répondu à ses attentes. Il travaille entre 36 et 45 heures par semaine en libéral et exerce en plus une activité salariée. Il prend entre 3 et 4 semaines de congés à l'année. Sa charge de travail est jugée comme trop importante et son équilibre de vie professionnel/personnel comme mauvais. Si son installation était à refaire, il s'installerait au même endroit car « *j'aime beaucoup travailler en rural* » mais pas dans les mêmes conditions car il rechercherait « *un bon équilibre de vie professionnelle et vie personnelle* ».

Répondant 9 : Un homme âgé de moins de 34 ans et installé au sein d'un cabinet de groupe, regrette de s'être installé durant la période d'épidémie de covid19 et il regrette également d'avoir dû informatiser tous les dossiers médicaux.

### **III.6.3. Quels facteurs vous permettraient d'améliorer vos conditions de travail ?**

#### 1 : Le travail administratif

9 médecins ont déclaré qu'avoir moins de tâches administratives pourrait améliorer leurs conditions de travail.

2 médecins proposent d'avoir un assistant médical.

1 médecin propose de rémunérer le travail administratif et les appels passés.

## 2 : La densité médicale

- 8 médecins estiment qu'il faudrait augmenter la densité médicale sur le territoire.
- 5 médecins installés au sein d'un cabinet de groupe souhaiteraient avoir un médecin de plus.
- 3 médecins installés seuls souhaiteraient trouver un associé.
- 6 médecins souhaiteraient avoir un accès facilité aux médecins spécialistes et aux hôpitaux.

## 3 : Le secrétariat

- 1 médecin ne disposant pas de secrétariat souhaiterait en avoir un.
- 1 médecin préférerait avoir un secrétariat physique plutôt qu'un secrétariat téléphonique seul.
- 1 médecin souhaiterait embaucher une seconde secrétaire (mais coût conséquent).
- 1 médecin souhaiterait avoir un meilleur secrétariat téléphonique.

## 4 : revenus

- 2 médecins souhaiteraient avoir moins de charges.
- 3 médecins pensent qu'il faudrait augmenter le prix de la consultation.

## 5 : coopération :

- 5 médecins installés au sein d'un cabinet de groupe ou d'une MSP souhaiteraient qu'il y ait une meilleure coopération entre les médecins.

## 6 : remplacement

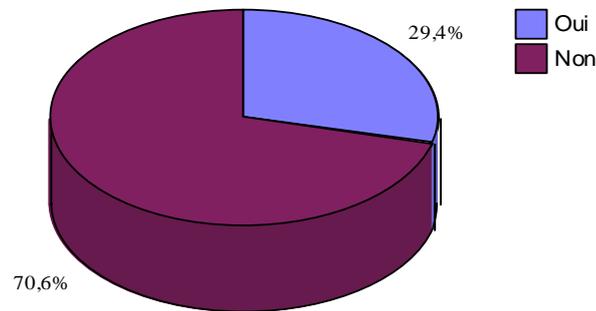
- 6 médecins souhaiteraient pouvoir trouver un remplaçant plus facilement.

## 7 : autres :

- 1 médecin souhaiterait « se libérer de la permanence des soins qui est imposée aux ruraux alors que les praticiens de ville font ce qu'ils veulent car ils ont SOS médecin ».
- 1 médecin propose que la PDSA débute à 19h au lieu de 20h pour pouvoir débaucher plus tôt.
- 1 médecin installé en groupe souhaiterait pouvoir gérer son emploi du temps plus facilement.
- 1 médecin souhaiterait faire moins de visites à domicile.
- 1 médecin souhaiterait que la téléconsultation se développe.

### III.6.4. Avez-vous des projets de changement d'exercice dans les 2 ans à venir ?

Figure 52 : Projet de changement d'exercice



29% des répondants ont un projet de changement d'exercice dans les 2ans à venir (n : 15).

- 2 médecins, installés en groupe, ont pour projet de s'installer au sein d'une MSP.
- 2 médecins installés seuls cherchent à s'associer avec un autre médecin.
- 1 médecin installé au sein d'une MSP a pour projet de s'associer avec 1 médecin supplémentaire.
- 1 médecin installé au sein d'un cabinet de groupe a pour projet de s'installer seul.
- 1 médecin a pour projet proche de partir 1 année complète en vacances.
- 1 médecin devrait partir en retraite.
- 1 médecin a pour projet de devenir MSU.
- 2 médecins ont pour projet d'arrêter complètement le libéral pour trouver un poste de médecin salarié.
- 1 médecin a pour projet de se déconventionner.
- 1 médecin a pour projet de trouver un poste salarié à l'hôpital et de ne garder qu'un mi-temps en libéral.
- 1 médecin estime que selon l'évolution s'il n'arrive pas à se dégager un salaire décent correspondant à sa charge de travail, il cherchera un poste de médecin salarié.
- 1 médecin n'a pas de projet défini mais avoue qu'il ne pourra pas tenir longtemps à cette cadence.

## IV. Discussion

---

### IV.1. Discussion sur la méthode

#### IV.1.1. : Type d'étude

Nous avons réalisé cette étude épidémiologique descriptive afin de recueillir l'opinion des médecins généralistes récemment installés en zone rurale ou semi-rurale du Limousin, quant à leurs choix d'exercice.

Afin de réaliser ce recueil d'opinion, nous avons essayé d'explorer le maximum de domaines de l'exercice professionnel, sans pour autant être exhaustif.

Cette enquête nous a permis de recueillir l'opinion des répondants concernant :

- Leur mode d'installation
- Leur relation médecin/patient
- Leurs secrétariats
- La polyvalence de la profession
- La permanence des soins
- Les tâches administratives
- La facilité à se faire remplacer
- Le sentiment d'isolement
- La charge de travail
- Le plateau technique avoisinant
- La gestion des soins non programmés
- Les équipements de loisirs et scolaires avoisinants
- Les aides à l'installation
- Leur équilibre de vie professionnel/personnel
- Leurs revenus

L'objectif de cette enquête est de savoir si les répondants s'installeraient au même endroit et dans les mêmes conditions si cela était à refaire. En fait, ce travail évalue la satisfaction professionnelle des nouveaux médecins généralistes installés en secteur rural ou semi-rural en Limousin.

Enfin, nous avons cherché à savoir quels seraient les facteurs qui permettraient d'améliorer les conditions de travail des répondants et de connaître leurs éventuels projets de changement d'exercice dans les 2 ans à venir.

#### IV.1.2. Les points faibles et les biais de notre étude

Notre analyse est basée sur les réponses d'un nombre restreint de médecins. En effet, 51 réponses ont été analysées. La taille modérée de notre région est une explication à cet effectif limité puisque notre population cible est également restreinte.

Le CDOM de la Haute-Vienne a accepté de nous fournir la liste des médecins généralistes installés dans le département depuis janvier 2015. Nous avons alors pu contacter par téléphone ces médecins pour leur expliquer notre travail et pour leur demander leur adresse mail afin de leur transmettre notre questionnaire.

Les CNOM de la Corrèze et de la Creuse, par souci d'anonymat, ont adressé directement par mail notre questionnaire aux médecins installés dans leur département depuis janvier 2015.

Il est probable que les taux de participation dans ces 2 départements soient inférieurs à celui de la Haute -Vienne car ces médecins n'ont pas été joints par téléphone avant de recevoir le questionnaire par mail. Cela ne peut être vérifié car la collecte des réponses était anonyme et notre questionnaire ne recherchait pas le département d'appartenance des répondants. De plus, lorsque nous avons joint par téléphone les médecins Haut-Viennois, nous leur avons demandé de nous confirmer qu'ils étaient bien installés depuis janvier 2015. Or, pour les médecins Corrèziens et Creusois, cela n'a pas pu être réalisé et on pourrait supposer que les CNOM de la Creuse et de la Corrèze aient adressé par erreur notre questionnaire à quelques médecins installés avant janvier 2015. Cela n'a pas pu être vérifié.

Notre étude comporte également des biais de non-réponse. Tous les médecins de notre population cible n'ont pas reçu notre questionnaire par mail :

Certains n'ont pas donné suite aux messages laissés à leur secrétariat, peut-être par manque de temps ou d'intérêt. D'autres étaient en congé maternité et n'étaient par conséquent pas joignables. On peut également supposer que quelques médecins de notre population cible n'aient pas reçu notre mail car ils ne disposaient pas d'adresse mail ou que celle-ci n'était pas connue par les CNOM de la Corrèze ou de la Creuse.

Parmi les médecins ayant reçu notre questionnaire par mail, certains n'y ont pas répondu. Probablement par manque de temps, d'oubli ou de désintérêt. Ces non-réponses sont par conséquent à l'origine d'un biais de sélection.

Nous avons également croisé plusieurs résultats dans notre étude, ce qui est susceptible d'entraîner des biais de confusions.

Un point faible de notre étude est que l'on ne sait pas depuis combien de temps les répondants sont installés. Il serait tout à fait envisageable que l'opinion des médecins installés depuis moins de 1 an soit différente de l'opinion des médecins installés depuis plus longtemps. Mais l'effectif des nouveaux médecins généralistes installés en Limousin étant réduit, une différence par ancienneté d'installation de moins de 1 an à moins de 5 ans n'aurait sans doute pas donné de résultats significatifs.

On ne connaît pas non plus le nombre de répondants installés en tant que collaborateur libéral. Ce statut présente des avantages et des inconvénients et l'opinion de ces médecins collaborateurs pourrait être différente des autres médecins installés de façon traditionnelle. A notre connaissance et d'après les données des CDOM de l'ex-région Limousin, le nombre de jeunes médecins généralistes installés sous le statut de collaborateur libéral est extrêmement réduit.

### **IV.1.3. Les points forts de notre étude**

Il s'agit d'une étude innovante. Nous n'avons pas retrouvé d'enquêtes s'intéressant à l'opinion des médecins généralistes nouvellement installés en libéral, d'autant moins en zone rurale et semi-rurale du Limousin.

Nous avons vu que la grande majorité des internes envisageait une installation en libéral mais que dans les faits seulement un petit nombre fait ce choix d'installation. L'installation en libéral, et notamment en zone rurale et semi-rurale, est donc redoutée par les nouveaux médecins. Ce mode d'exercice leur est moins familier et par conséquent, est souvent à l'origine d'un certain nombre de questions : Vais-je être isolé ? Débordé de travail ? Vais-je pouvoir combiner vie professionnelle et familiale ? Partir en vacances ? Et mes revenus ? ...

Cette étude permet d'apporter des réponses à ces questions et pourrait permettre de réduire les craintes des nouvelles générations quant à l'installation libérale en zone rurale et semi-rurale.

Elle apporte de nombreuses informations sur le mode d'exercice des répondants et va parfois à l'encontre d'idées reçues sur l'exercice rural et semi-rural.

Avec 51 questionnaires analysables et un taux de réponse de 68%, la participation est importante. Cela est probablement lié au fait qu'une partie des médecins ait pu être jointe par téléphone avant de recevoir le questionnaire par mail.

### **IV.1.4. La définition de rural et semi-rural**

Jusqu'en 2011, l'INSEE déclinait le territoire en plusieurs catégories : l'espace à dominante rurale (les petites unités urbaines et les communes rurales) et l'espace à dominante urbaine (les pôles urbains, les couronnes périurbaines et les communes multipolarisées).

Depuis octobre 2011, le zonage en aires urbaines partage le territoire en quatre grands types d'espaces : espace des grandes aires urbaines, espace des autres aires, autres communes multipolarisées et communes isolées, hors influence des pôles.

Ainsi, comme la distinction en zone rurale, zone semi-rurale et zone urbaine était parfois floue et comme la définition n'est plus d'actualité depuis 2011, nous avons fait le choix de laisser les médecins estimer eux-mêmes s'ils exerçaient en rural, semi-rural ou urbain.

## **IV.2. Discussion sur les résultats**

### **IV.2.1. Caractéristiques de l'échantillon et mode d'exercice**

#### **IV.2.1.1. Une majorité de femmes jeunes**

Les médecins de notre échantillon, installés en zone rurale et semi-rurale du Limousin (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse) depuis janvier 2015 sont principalement des femmes jeunes. En effet, 65% des répondants ont moins de 40 ans et 61% sont des femmes.

Les réponses collectées sont sous forme de tranche d'âge. Cela ne nous permet pas de déterminer leur moyenne d'âge exacte mais seulement une approximation. Nous aurions pu demander l'âge exact quitte ensuite à regrouper les médecins par tranche d'âge de 3 ou 5 ans.

En 2017, au niveau national, l'âge moyen de première installation des médecins libéraux était de 37 ans. Les femmes s'installant en moyenne 3 ans plus tôt que les hommes. (1)

Dans notre enquête, la tranche d'âge des moins de 34 ans compte une majorité de femmes à hauteur de 67%. Cette différence homme/femme tend à se réduire avec l'âge puisque parmi les plus de 50 ans, 55% sont des femmes.

Ces chiffres sont concordants avec la tendance à la féminisation de la profession médicale puisque les effectifs d'internes de Médecine Générale finissant leur cursus se féminisent.

Depuis toujours, les femmes médecins sont minoritaires. Mais la féminisation de la profession tend à inverser ce rapport. Depuis cette année, les femmes médecins généralistes en activité régulière sont majoritaires à 50.4%, elles représentent même 59% des moins de 39 ans. (2)

Les nouveaux installés en médecine générale, en zone rurale et semi-rurale du Limousin sont donc majoritairement des femmes jeunes. Il était attendu que l'on observe une majorité de jeunes. Mais concernant les femmes, cela va à l'encontre de l'étude réalisée par l'URML Rhône-Alpes en 2003 (3) et de certaines idées reçues sur les pratiques des femmes médecins parfois cataloguées comme cherchant un emploi salarié et plutôt en secteur urbain.

#### **IV.2.1.2. L'installation en groupe privilégiée et l'essor des MSP**

En France, en 2018, on comptait 34 706 médecins généralistes installés au sein d'un cabinet de groupe (54.6%) contre 28 895 au sein d'un cabinet individuel (45.4%). (4)

Dans notre enquête, 69% des médecins ont fait le choix d'une installation en groupe (dont 29% au sein d'une MSP). Ce chiffre atteint même 82% (dont 33% en MSP) chez les moins de 40 ans.

Notre étude est concordante avec les données du CNOM et montre que l'installation en groupe, et notamment en MSP, est de plus en plus privilégiée par les nouveaux installés.

82% des médecins interrogés estiment que leur mode d'installation a répondu (totalement ou plutôt) à leurs attentes, sans qu'il n'y ait de différence statistiquement significative entre ceux installés seuls, en groupe ou en MSP. 4 médecins sur 5 sont donc satisfaits par leur mode d'installation ce qui est plutôt rassurant pour les futurs médecins désirant se lancer dans un exercice libéral, rural ou semi-rural.

Les résultats de notre enquête ne permettent pas de savoir s'il s'agissait d'une première installation, ni de connaître le parcours de ces médecins avant leur installation (remplacement ? Installation dès la fin de l'internat ? Changement du lieu d'installation ? Activité salariée ?) car ces questions ne leur ont pas été posées.

16% des répondants (soit 8 sur 51), ont plus de 55 ans. Il pourrait s'agir de médecins ayant changé de résidence professionnelle (par exemple, un changement de département implique une nouvelle demande d'inscription au tableau du conseil départemental de l'Ordre des Médecins), ou bien des médecins ayant effectué des remplacements durant de longues

années ou encore d'anciens médecins salariés débutant une activité libérale. L'objectif prioritaire de notre travail restait de savoir s'ils étaient satisfaits de leur installation sans explorer les motivations de celle-ci.

Il serait intéressant de requestionner ces médecins dans quelques années pour savoir s'ils sont toujours autant satisfaits de leur mode d'installation.

#### **IV.2.1.3. Un développement de l'activité mixte**

Parmi les médecins nouvellement installés de notre échantillon, 28% ont une activité mixte : libérale et salariée.

Notre enquête ne permet pas de connaître le statut de ces médecins : praticien hospitalier à mi-temps ? Salarié d'une structure ? Assistant ? Attaché ?

En France en 2018, parmi les 102 466 médecins généralistes recensés : (4)

60 214 exerçaient une activité libérale exclusive (58.8%).

7 856 exerçaient une activité mixte (7.7%).

18 961 exerçaient une activité salariée hospitalière (18.5%).

15 435 exerçaient une activité salariée autre (15%).

Les résultats de notre enquête sont cohérents avec les chiffres sur la démographie médicale de la DRESS qui rapportent une baisse de l'exercice libéral exclusif et la tendance à travailler de plus en plus en activité mixte.

Les hommes de notre enquête sont significativement plus investis dans une activité salariée complémentaire. En effet, 45% des hommes de notre étude exercent une activité mixte contre 16% des femmes de notre étude ( $p : 0.04467$ ).

Ce chiffre n'est pas retrouvé à l'échelle nationale puisque 11% des hommes médecins généralistes libéraux exercent une activité mixte contre 12% des femmes. (4)

Les jeunes médecins libéraux s'investissent donc de plus en plus dans des activités mixtes. Pour diversifier leur activité ? Pour des besoins personnels ? Pour le besoin des structures ? Nous ne pouvons répondre à ces questions car la méthode du questionnaire n'explore que les réponses aux questions posées.

#### **IV.2.1.4. Des médecins plutôt satisfaits de leur secrétariat, notamment du secrétariat physique**

Dans notre enquête, les tâches administratives sont jugées comme contraignantes ou très contraignantes par la quasi-totalité des médecins (98%). Pour gérer cette charge administrative, l'organisation du travail est primordiale et le secrétariat médical a un rôle capital dans cette organisation.

Les tâches que peuvent réaliser les secrétaires pour décharger les médecins sont nombreuses et dépendent du type de secrétariat.

Parmi les médecins généralistes libéraux ayant répondu à notre questionnaire, 11% ne possèdent aucun secrétariat et assurent directement la prise des rendez-vous.

Selon une enquête de l'URPS médecins de Rhône-Alpes sur le secrétariat (5), 23% des médecins libéraux ne disposent pas de secrétariat et les deux tiers de ces médecins sont satisfaits de leur organisation. Parmi les raisons du non-recours à un secrétariat figurent d'abord le coût, mais aussi l'absence de besoin, d'envie et de place.

Nos jeunes installés en Limousin sont donc moins nombreux que leurs confrères de Rhône Alpes à exercer sans aucun secrétariat. Peut-être que cette plus jeune génération privilégie un confort d'exercice moins prisé par leurs aînés.

63% des médecins ayant répondu à notre enquête disposent d'un secrétariat téléphonique.

La principale mission du télésecrétariat consiste à la gestion de l'agenda avec prise des rendez-vous. La tarification d'une secrétaire médicale à distance oscille entre 15 et 35 € de l'heure (soit environ 5% des recettes brutes), ce qui est moins onéreux qu'un secrétariat physique. (5)

45% des médecins de notre échantillon disposent d'un secrétariat physique. Ce chiffre est en adéquation avec celui de l'étude de l'URPS précédemment citée qui révèle que 45% des médecins libéraux disposent d'un secrétariat au sein de leur cabinet.

D'après cette même étude, les médecins employeurs consacrent en moyenne entre 10 et 15 % de leurs recettes brutes à la rémunération des secrétaires.

Les tâches effectuées par une secrétaire sur place sont également plus nombreuses : gestion des appels téléphoniques avec prise de rendez-vous ou conseils, accueil du patient, organisation des dossiers médicaux. Certaines secrétaires médicales effectuent aussi la numérisation des documents, la gestion du matériel médical et non médical, la comptabilité, le ménage ou certaines tâches déléguées par le médecin.

Il aurait été intéressant de connaître le nombre d'heures de travail hebdomadaire de la secrétaire présente au cabinet par médecin généraliste.

84% des médecins de notre enquête disposant d'un secrétariat en sont satisfaits (complètement ou plutôt).

Les médecins disposant d'un secrétariat physique, sont plus satisfaits que ceux disposant d'un secrétariat téléphonique seul et physique + téléphonique. Malgré un tarif plus élevé, le secrétariat physique répond probablement davantage aux attentes des médecins, qu'elles soient techniques ou relationnelles.

On pourrait supposer qu'avoir un secrétariat physique dans son cabinet puisse permettre de déléguer certaines tâches administratives, rendant ainsi ce travail moins contraignant. Or,

notre enquête montre que les médecins disposant d'un secrétariat physique ne considèrent pas les tâches administratives comme moins contraignantes que les autres. Néanmoins ce résultat mériterait d'être approfondi.

#### **IV.2.1.5. De nombreux maîtres de stage universitaire**

Le maître de stage universitaire (MSU) accueille des étudiants dans son cabinet pour lui enseigner la médecine de ville. L'intérêt pour le médecin est de partager ses connaissances et d'échanger avec la nouvelle génération. Le MSU perçoit des honoraires compris entre 300 et 600 par mois à se partager entre les différents MSU d'une même maquette.

Pour devenir MSU, le médecin généraliste doit, la plupart du temps, exercer en libéral depuis au moins un an pour accueillir un étudiant de 2<sup>ème</sup> cycle et au moins 3 ans pour accueillir un interne de 3<sup>ème</sup> cycle.

Il doit également suivre une formation de maître de stage organisée par les collèges régionaux des généralistes enseignants afin d'obtenir un agrément universitaire. (6)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, 10 736 MSU accueillent et forment des étudiants en France (second cycle, troisième cycle en phase socle et en SASPAS) soit 13.8% de plus qu'en 2018. (7)

Si on rapporte ce chiffre aux 87 015 médecins généralistes en activité régulière exerçant en France en 2019, on observe que 12.3% des médecins généralistes sont des MSU. (2) Puisque 62.5% des médecins généralistes en activité régulière exercent en libéral, on constate que 19.7% des médecins généralistes libéraux en activité régulière sont MSU.

En Limousin, parmi les 798 médecins généralistes libéraux exerçant en 2020 (8), 135 sont des MSU (9), soit 16.9%.

Cette proportion pourrait même être plus importante si on excluait les médecins généralistes installés en libéral mais ne pratiquant pas la médecine générale (exemple : nutrition, écho doppler...).

Dans notre étude, 28% des répondants sont MSU, ce qui est bien supérieur au niveau régional et national. Parmi les répondants de moins de 40 ans, 33% sont MSU.

Ce résultat laisse supposer que les jeunes médecins généralistes, sont plus enclins à devenir MSU que leurs aînés.

Cela pourrait s'expliquer par l'augmentation depuis plusieurs années des stages ambulatoires lors de la formation des étudiants. Ces étudiants ayant fait un stage ambulatoire avec un MSU pourraient avoir davantage envie de devenir MSU une fois installés. Ils en perçoivent sans doute l'utilité et la qualité de formation. Il pourrait être intéressant de demander aux jeunes installés pourquoi ils choisissent ou non ce statut de MSU.

La thèse du Dr COUJARD de LAPLANCHE révèle différents freins à devenir MSU. (10) Parmi eux : les modalités d'accès au statut de MSU, l'organisation et la charge de travail supplémentaire, la modification de la relation médecin/patient et l'obligation de formation.

Notre enquête révèle une différence statistiquement significative entre le mode d'installation et le statut de MSU.

Les MSU sont principalement installés au sein d'une MSP.

On pourrait expliquer cela par le fait que les médecins installés en MSP recherchent davantage le travail collaboratif, celui-ci pouvant être favorisé par l'accueil d'étudiants.

De plus, pour être reconnue comme telle par l'ARS, une MSP doit compter au moins un MSU.

A l'inverse, on observe peu de MSU parmi les répondants installés seuls.

On pourrait supposer que les médecins installés seuls sont moins attirés par le travail collaboratif. Ou encore que ce mode d'exercice soit moins propice à l'accueil d'étudiants car la charge de travail est peut-être déjà trop importante.

Enfin, on pourrait supposer qu'être maître de stage permet de se constituer un réseau de jeunes médecins dans une perspective de remplacements. Or, d'après notre enquête les MSU n'arrivent pas à se faire remplacer plus facilement que les non MSU. Néanmoins, cette question mériterait d'être approfondie.

#### **IV.2.1.6. Crise du covid-19 : tremplin pour les téléconsultations ?**

Le ministère des Solidarités et de la Santé a créé depuis 2012 un Pacte Territoire Santé.

Ce pacte est destiné à améliorer l'accès, pour tous les Français, à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national.

L'engagement numéro 9 du Pacte Territoire Santé est de favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents. (11)

La téléconsultation est une consultation entre un professionnel médical « téléconsultant » et un patient, qui peut ou non être accompagné par un professionnel de santé, par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. (12)

En théorie, les avantages de la téléconsultation sont nombreux pour le patient et le médecin.

En effet, la téléconsultation garantirait aux patients un accès aux soins renforcé, notamment dans les déserts médicaux. Ce nouveau type de consultation ferait également gagner du temps aux médecins : il a été estimé qu'une téléconsultation durait en moyenne 30% moins longtemps qu'une consultation classique et que 20% du temps de travail des médecins pourrait être fait par téléconsultation. Enfin, depuis 2018, les téléconsultations sont prises en charge par l'Assurance Maladie. (13)

On voit bien dans notre étude que la pratique des téléconsultations est très peu répandue dans notre région puisque seulement 4% (n : 2) des répondants déclarent y avoir eu recours.

Mais notre question d'étude portait sur la réalisation de téléconsultation avant l'épisode de covid-19.

On a vu que le recours aux téléconsultations a explosé depuis le début de la crise sanitaire et le premier confinement de 2020.

En effet, en mars 2020, 486 369 téléconsultations ont été facturées à l'Assurance Maladie pendant la semaine du 23 au 29 mars contre moins de 10 000 par semaine avant début mars. Fin mars, les téléconsultations constituaient plus de 11% de l'ensemble des consultations contre moins de 1% avant la crise. Cette croissance a été exponentielle puisque pour la semaine du 23 mars, 44% de médecins généralistes ont effectué une téléconsultation contre 11% la semaine précédente. (14)

La crise du covid-19 va-t-elle servir de tremplin pour le développement des téléconsultations ?

Les médecins et les patients vont-ils continuer à avoir recours aux téléconsultations ? Et dans quelles circonstances ? Notre enquête n'explorant pas ces questions, nous ne pouvons y répondre.

## **IV.2.2. Rythme de travail**

### **IV.2.2.1. Un rythme de travail dans la moyenne des médecins généralistes libéraux**

D'après une étude menée par la DRESS en mai 2019 sur 3300 praticiens, les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures par semaine toute activité confondue sur 9.5 demi-journées. Ils prennent 6.2 semaines de vacances chaque année. De plus, 60% des médecins généralistes déclarent que leurs horaires s'adaptent bien à leur vie privée. (15)

Dans notre enquête, 45% des répondants travaillent entre 46 et 55h par semaine en libéral hors garde. 35% travaillent moins et 20% travaillent plus. 73% des répondants travaillent entre 8 et 10 demi-journées par semaine.

On ne connaît pas la moyenne exacte d'heures de travail car les réponses ont été collectées sous forme de tranches horaires. De plus dans l'étude de la DRESS il s'agissait d'une moyenne où les gardes étaient incluses. Cependant, on peut dire que les médecins de notre étude travaillent approximativement autant que la moyenne des médecins généralistes libéraux. Nous entendons souvent dire que les médecins installés en zone rurale ou semi rurale font des horaires à rallonge (16) ou que la nouvelle génération de médecins travaille moins que leurs aînés (17). Notre travail ne confirme pas ces dires.

Une autre étude réalisée par la DRESS en 2001, estimait que les femmes médecins travaillaient en moyenne 6 heures et 11 minutes de moins par semaine qu'un homme. (18) Or, notre étude ne va pas dans ce sens et montre que les femmes de notre enquête font approximativement les mêmes horaires que les hommes.

Les médecins de notre enquête ne négligent pas les congés puisque la plus grande partie (43%) déclarent prendre entre 5 et 6 semaines de congés annuels et 35% prennent plus de 7

semaines de congés à l'année. Ces données se rapprochent là-aussi de la moyenne nationale des généralistes libéraux.

Comparé aux 5 semaines légales de congés payés des salariés, les médecins généralistes libéraux prennent plus de vacances.

On observe que les répondants travaillant le plus sont ceux qui ont tendance à prendre moins de vacances. Cela pourrait être expliqué par la charge de travail plus importante qui impose de travailler plus longtemps et de partir moins souvent en vacances pour assurer des soins à chacun ou par manque de remplaçants ou par choix personnel. Ces motivations n'ont pas été explorées dans notre travail.

#### **IV.2.2.2. Une forte participation à la permanence des soins ambulatoires**

D'après le CNOM, le taux de participation des médecins généralistes à la PDSA varie fortement d'un département à l'autre, allant de moins de 10% pour certains à 100% pour d'autres. (19)

Au niveau national, 38,1% des médecins ont participé à la PDSA en 2019. Elle est assurée à 89% par des médecins libéraux installés. (20)

On constate dans notre enquête que le taux de participation est bien supérieur puisque 84% des répondants affirment participer à la PDS.

On pourrait penser que la faible densité médicale en zone rurale et semi rurale du Limousin oblige une plus grande proportion des généralistes à participer à la PDSA, comparativement à certaines grandes villes. De même on suppose que les 16% des répondants ne participant pas à la PDSA travaillent à proximité d'une grande ville et qu'ils n'ont, par conséquent, pas l'obligation de prendre des gardes.

La PDSA est majoritairement évaluée par nos répondants comme moyennement ou peu contraignante.

L'étude de l'URML Rhône-Alpes précédemment citée (3) avait montré que les femmes participaient moins aux gardes libérales. Or, dans notre enquête, les femmes sont significativement plus nombreuses à participer à la PDSA que leurs confrères masculins. Ce résultat va donc à l'encontre de l'hypothèse que la nouvelle génération de femmes médecins généralistes aurait une offre de soins inférieure à celle des hommes.

#### **IV.2.2.3. Des remplaçants difficiles à trouver**

Dans ma pratique personnelle de jeune médecin remplaçant, j'ai pu constater les difficultés rencontrées par les médecins installés à trouver un remplaçant. Cette difficulté est confirmée par notre enquête puisque 74% des répondants déclarent ne pas avoir toujours réussi à trouver un remplaçant à chaque fois que cela était nécessaire.

On pourrait supposer que les médecins ayant des difficultés à se faire remplacer prennent par conséquent moins de congés. Cette hypothèse est appuyée par la figure 23 de notre étude.

### **IV.2.3. Qualité de vie professionnelle/personnelle**

#### **IV.2.3.1. Une charge de travail supportable, un bon équilibre de vie et peu d'isolement**

De nombreuses études, dont la thèse des Dr Thiron et Arnaud (21), révèlent que parmi les freins à l'installation et notamment en zone rurale et semi-rurale, on retrouve : la crainte d'une charge de travail trop importante, d'un mauvais équilibre de vie et le sentiment d'isolement.

Dans notre étude, aucun des médecins n'estime avoir une activité professionnelle trop insuffisante. Il y a donc du travail pour les médecins en zone rurale et semi rurale du Limousin, et cela dès le début d'installation.

73% des répondants estiment ne pas avoir une charge de travail trop importante. Celle-ci est jugée comme importante mais supportable par 65% des répondants.

La figure 25 de nos résultats montre que la charge de travail (définition subjective dans notre enquête) n'est pas corrélée au nombre d'heures travaillées par semaine. En effet, 33% des répondants travaillant 45 heures ou moins estiment leur charge de travail trop importante contre 30% des répondants travaillant 56 heures ou plus par semaine.

En revanche, on note une différence statistiquement significative entre le mode d'installation et la charge de travail. Les répondants installés seuls ont une charge de travail plus importante que les autres. Le travail collaboratif de groupe pourrait expliquer cette réduction de la charge de travail.

71% des médecins interrogés évaluent leur équilibre de vie professionnel/personnel comme bon ou plutôt bon.

On note une différence statistiquement significative entre le mode d'installation et l'équilibre de vie. Les répondants installés seuls ont un moins bon équilibre de vie que les autres. Cela est probablement lié à la charge de travail plus conséquente empiétant sur la vie de famille.

73% des répondants ne se sentent jamais ou alors parfois isolés. Ce sentiment d'isolement est aussi significativement plus fréquent chez les répondants installés seuls.

Concernant cet isolement : La majorité des répondants sont satisfaits du plateau technique, des équipements de loisirs et scolaires avoisinant leur lieu de travail.

Ainsi, la plupart des médecins libéraux, récemment installés en zone rurale et semi-rurale du Limousin, ne se sentent pas submergés de travail. Ils sont majoritairement satisfaits de leur équilibre de vie et ils se sentent peu isolés.

Néanmoins la charge de travail, l'équilibre de vie et le sentiment d'isolement sont significativement moins bons chez les répondants installés seuls.

#### **IV.2.3.2. Une médecine polyvalente avec une bonne relation médecin/patient**

La thèse, précédemment citée, des Dr Thiron et Arnaud (21), montre que la médecine rurale est synonyme d'une relation médecin/patient privilégiée et d'une grande polyvalence.

Notre enquête confirme cela puisque 82% des répondants sont très ou plutôt satisfaits par leur relation médecin/patient. Et 90% sont très ou plutôt satisfaits par la polyvalence de leur profession.

Ces données sont rassurantes quant à la satisfaction des médecins généralistes peu de temps après leur installation libérale.

#### **IV.2.4. Aides à l'installation et revenus**

##### **IV.2.4.1. Des aides à l'installation souvent touchées mais peu déterminantes**

Ces dernières années, les pouvoirs publics ont multiplié les aides financières afin d'inciter les médecins à s'installer dans les zones sous dotées.

Il y a, d'une part les aides de l'Assurance Maladie (CAIM, CSTM, COSCOM, COTRAM), les aides de l'Etat (le CESP, le PTMG, le PTMA), les aides des collectivités locales et les exonérations fiscales.

Pratiquement la moitié des médecins de notre étude déclarent avoir bénéficié d'une aide lors de leur installation. Les aides touchées sont principalement le CAIM (aide de 50 000euros) et le PTMG (revenu minimum garanti).

Les médecins n'ayant pas bénéficié d'une aide à l'installation sont-ils installés hors d'une zone sous dotée ? N'avaient-ils pas connaissance de ces aides ? Ne remplissaient-ils pas les critères d'obtention ? Notre questionnaire n'explorait pas ces questions.

Les médecins ayant bénéficié de ces aides ne jugent pas leurs revenus comme meilleurs que les autres.

Seulement 22% des médecins de notre enquête déclarent que les aides ont influencé le choix de leur lieu d'installation. Ce résultat est cohérent avec les résultats de la thèse du Dr Laforêt qui avait observé que ces aides étaient insuffisantes pour susciter une installation. (22)

Finalement, si ces aides sont fréquemment touchées, elles ne paraissent pas déterminantes dans le choix d'installation libérale des médecins de notre échantillon.

#### **IV.2.4.2. Des revenus satisfaisants**

80% des médecins de notre échantillon jugent leurs revenus très bons ou bons.

Dans notre étude, l'évaluation des revenus est à peu près similaire quel que soit le mode d'installation. Les répondants exerçant une activité salariée complémentaire n'évaluent pas leurs revenus comme meilleurs que les autres. De même, les répondants ayant bénéficié d'une aide à l'installation ne jugent pas leurs revenus comme meilleurs. Enfin, les répondants qui travaillent le plus ne sont pas ceux qui estiment avoir les meilleurs revenus.

#### **IV.2.5. Et si mon installation était à refaire ?**

La grande majorité des médecins de notre étude sont satisfaits de leur lieu d'installation et de leurs conditions de travail.

En effet, 80% (n : 41) des répondants ont déclaré qu'ils s'installeraient au même endroit si cela était à refaire et 69% (n : 35) feraient le choix de s'installer dans les mêmes conditions.

Les répondants qui feraient le choix de s'installer au même endroit mettent en avant leurs bonnes relations avec les patients (cité 8 fois), la bonne entente avec les autres professionnels de santé (cité 7 fois), un environnement agréable (cité 6 fois), une bonne qualité de vie (cité 6 fois).

Vient ensuite : un environnement agréable, une bonne qualité de vie et de travail, un bon épanouissement personnel, la polyvalence des actes réalisés, l'accès facile au lieu de travail, la vocation et la proximité familiale.

Parmi les critères cités une seule fois on note : la proximité avec les commerces et avec la ville, les charges peu élevées, la présence de locaux neufs, la création nouvelle d'une MSP et le travail dès le début de l'installation.

Malgré tout, tous les répondants à notre enquête ne sont pas satisfaits par leur installation.

On constate que les répondants qui feraient le choix de ne pas s'installer dans les mêmes conditions se sentent davantage isolés, ils ont une moins bonne relation avec leurs patients et ont un moins bon équilibre de vie que les autres. Les répondants installés seuls et ceux ayant une charge de travail trop importante semblent également moins satisfaits de leurs conditions de travail bien que ces derniers résultats ne soient pas statistiquement significatifs.

Parmi les répondants qui feraient le choix de s'installer dans un autre endroit ou dans d'autres conditions :

- 6 médecins changeraient du fait d'une charge de travail trop importante.
- 2 médecins installés seuls choisiraient de s'installer en groupe.
- 1 médecin ferait le choix de s'installer dans un cabinet de 3 ou 4 médecins, plutôt que dans un cabinet de 2 médecins.
- 2 médecins regrettent leur installation en groupe et trouvent ce mode d'installation trop contraignant.
- 1 médecin regrette son installation en MSP et trouve ce mode d'installation trop contraignant.
- 1 médecin regrette de s'être installé en libéral.

- 1 médecin s'installerait ailleurs du fait d'une mauvaise ambiance au sein du cabinet.
- 1 médecin regrette de s'être installé trop tôt et de ne pas avoir suffisamment vu comment cela fonctionnait ailleurs.
- 1 médecin regrette de s'être installé pendant l'épidémie de covid-19 et d'avoir dû informatiser tous les dossiers médicaux.

Du fait de la baisse constante des effectifs des médecins en activité régulière, il est probablement plus facile de nos jours de changer de lieu et de conditions d'exercice car une vaste partie du territoire est en pénurie de médecins et on est par conséquent pratiquement assuré d'avoir une activité suffisante dès le début de son installation.

29% des répondants ont un projet de changement d'exercice dans les 2 ans à venir. Tous ces projets sont différents et aucun n'est cité plus de 2 fois.

#### **IV.2.6. Facteurs qui permettraient d'améliorer les conditions de travail des médecins récemment installés en zone rurale et semi-rurale du Limousin.**

##### Réduire les tâches administratives

Les tâches administratives qui incombent aux médecins libéraux sont nombreuses, chronophages, elles empiètent sur le temps d'examen et elles ne sont pas appréciées.

98% des répondants jugent ces tâches administratives comme très ou plutôt contraignantes.

9 médecins de notre enquête ont déclaré qu'avoir moins de tâches administratives permettrait d'améliorer leurs conditions de travail. Il est très probable que si la question avait été fermée, un bien plus grand nombre de médecins ait répondu cela.

1 médecin propose de rémunérer le travail administratif. Cela ne permettrait pas de le réduire mais il serait alors probablement jugé moins contraignant.

2 médecins proposent de confier ce travail administratif à un assistant médical.

Le travail d'assistant médical est une nouvelle profession créée en 2019 à la suite des mesures du plan de réforme « Ma santé 2022 » dans le but de libérer du temps de consultation aux médecins. Nous avons vu dans notre enquête que le fait de disposer d'un secrétariat physique au sein de son cabinet ne permet pas d'alléger les tâches administratives. Qu'apporterait de plus un assistant médical au niveau administratif ? Nous n'avons pas encore suffisamment de retours d'expérience pour répondre à cette question.

##### Augmenter la densité médicale

Ce constat est unanime et ressort clairement au travers de cette étude. La densité médicale des généralistes et des spécialistes sur le territoire rural et semi-rural du Limousin est

insuffisante pour un grand nombre de médecins interrogés, rendant la charge de travail souvent trop importante et l'accès aux spécialistes difficile.

Plusieurs médecins ont déclaré qu'augmenter la densité médicale sur le territoire et/ou qu'avoir un associé supplémentaire permettrait d'améliorer leurs conditions de travail.

L'accès aux spécialistes est jugé difficile par de nombreux médecins généralistes libéraux. On pourrait penser qu'en augmentant leur densité sur le territoire et en créant davantage de lignes d'appel directes cela pourrait permettre de faciliter cet accès.

On l'a vu, l'effectif de médecins en activité continuent à diminuer et il faudra attendre 2025 pour voir cette tendance s'inverser avec des effectifs entrants supérieurs aux sortants. Il faudra donc attendre plusieurs années pour que cette densité médicale revienne à un niveau suffisant.

#### Avoir une meilleure coopération

Avoir un travail plus collaboratif permettrait d'améliorer les conditions de travail de plusieurs répondants.

Le gouvernement a bien compris cela et a mis en place plusieurs projets pour favoriser ce travail collectif (développement des MSP, création de CPTS...). De plus, les « hôpitaux de proximité » voulus par le plan « Ma Santé 2022 » ont comme mission de renforcer le lien ville/hôpital.

Néanmoins, on constate dans notre étude que ce travail collaboratif ne convient pas à tout le monde et qu'il présente certains inconvénients.

#### Autres facteurs cités qui pourraient permettre d'améliorer les conditions de travail des répondants

- Changement du type ou de l'efficacité du secrétariat.
- Avoir des meilleurs revenus : en augmentant le prix des consultations ou en diminuant les charges.
- Trouver plus facilement un remplaçant.
- Alléger la PDSA.
- Faire moins de visites.
- Développer les téléconsultations.

## Conclusion

---

La baisse du nombre de médecins en activité régulière associée aux inégalités de répartition de ces derniers sur le territoire favorisent le développement des déserts médicaux. Ce sont principalement les zones rurales et semi-rurales qui sont les plus touchées, souvent considérées comme des endroits isolés, où la charge de travail est trop importante et où il est impossible de concilier vie de famille et vie professionnelle.

Les pouvoirs publics ont mis en œuvre des mesures visant à inciter les médecins à s'installer dans ces zones sous dotées, en les rendant plus attractives et en essayant de répondre aux attentes des nouvelles générations de médecins.

Quelle est l'opinion des médecins généralistes libéraux, installés depuis moins de 5 ans, en zone rurale et semi-rurale du Limousin ? S'installeraient-ils au même endroit si cela était à refaire ? Dans les mêmes conditions ?

Notre travail a essayé de répondre à ces questions et a également cherché à connaître les facteurs qui permettraient d'améliorer leurs conditions de travail et leurs éventuels projets de changement d'exercice dans les 2 ans à venir.

Malgré le nombre restreint de nouveaux médecins installés en zone rurale et semi-rurale du Limousin depuis janvier 2015, nous avons pu collecter 51 réponses analysables. Notre enquête apporte de nombreuses informations sur le mode d'exercice des répondants et s'oppose parfois à certains préjugés sur l'exercice rural et semi-rural.

Les médecins interrogés sont majoritairement des femmes jeunes. Ce résultat va à l'encontre de certaines idées reçues sur les pratiques des femmes médecins parfois cataloguées comme cherchant un emploi salarié et plutôt en secteur urbain.

La majorité des répondants a fait le choix d'un exercice en groupe (cabinet de groupe ou MSP). Plus d'un quart pratiquent une activité mixte (libéral et salarié).

Ils ont été nombreux à bénéficier d'une aide à l'installation mais celle-ci a été déterminante que pour un médecin sur cinq.

Le télésecrétariat est privilégié par nos répondants, probablement du fait de son coût plus réduit. Néanmoins, le secrétariat physique semble mieux répondre aux attentes des médecins interrogés car ceux-ci en sont davantage satisfaits.

Plus d'un quart des nouveaux médecins généralistes libéraux de notre enquête sont MSU.

Les téléconsultations, avant l'épisode de covid-19, étaient très peu répandues.

Les médecins interrogés sont globalement satisfaits de leur installation. En effet, 80% d'entre eux feraient le choix de s'installer au même endroit si cela était à refaire et 69% s'installeraient dans les mêmes conditions. Ils mettent en avant leurs bonnes relations avec les patients, la bonne entente avec les autres professionnels de santé, un environnement agréable et une bonne qualité de vie.

Ils ne travaillent pas plus que la moyenne nationale des médecins généralistes libéraux et trois quarts estiment que leur charge de travail n'est pas trop importante. Dans notre enquête, les femmes travaillent autant que les hommes.

De même, les trois quarts des médecins interrogés ne se sentent jamais ou parfois isolés et la majorité est satisfaite du plateau technique, des équipements de loisirs et scolaires avoisinants.

La grande majorité est très ou plutôt satisfaite des relations médecin/patient et de la polyvalence dont ils ont à faire preuve dans leur profession. De même, la plupart des répondants jugent leurs revenus comme très bons ou bons.

Quatre médecins interrogés sur cinq prennent au moins 5 semaines de congés par an. On remarque que ce sont les répondants qui travaillent le plus qui prennent le moins de vacances.

On constate une forte participation à la PDSA, notamment chez les femmes. Celle-ci étant majoritairement jugée moyennement ou peu contraignante.

Sept médecins répondants sur dix estiment avoir un équilibre de vie professionnel/personnel bon ou plutôt bon.

Notre étude révèle également des critères d'insatisfaction puisque 98% des répondants estiment que les tâches administratives sont très ou plutôt contraignantes. De plus, Il est certainement dommageable que trois quarts de ces médecins n'ont pas toujours réussi à trouver un remplaçant à chaque fois qu'ils le souhaitaient.

Les médecins de notre échantillon installés seuls jugent leur charge de travail plus importante, ils se sentent davantage isolés et ils ont un moins bon équilibre de vie professionnel/personnel.

Les médecins interrogés qui ne s'installeraient pas dans les mêmes conditions si cela était à refaire ont un moins bon équilibre de vie. Ils se sentent davantage isolés et ont une moins bonne relation médecin/patient. Il semblerait également qu'ils aient une charge de travail plus importante et qu'ils soient majoritairement installés seuls.

De nos jours, du fait de la pénurie de médecins, il est probablement bien plus aisé de changer de lieu et de conditions d'exercice qu'autrefois.

Afin d'améliorer leurs conditions de travail, plusieurs médecins aimeraient faire moins de tâches administratives, avoir un accès facilité aux spécialistes et aux hôpitaux, trouver plus facilement un remplaçant et augmenter la coopération entre médecins. Nombreux sont ceux qui souhaiteraient que la densité médicale soit plus importante afin de réduire leur charge de travail.

Un tiers des médecins de notre étude ont un projet de changement d'exercice dans les 2 ans à venir.

Finalement, ce travail pourrait rassurer un jeune médecin désirant s'installer en zone rurale ou semi-rurale du Limousin tout en lui offrant des pistes pour réussir son installation.

## Références bibliographiques

---

1. Informations de la CARMF n°64, décembre 2017, statistiques médecins cotisants [Internet]. (Consulté le 9 nov 2020). Disponible sur : <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/64-2016/infocarmf.php?tete=stat03>
2. Démographie médicale 2020, Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. (Consulté 9 sep 2020). Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)
3. Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes, étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact, octobre 2003 [Internet]. (Consulté le 24 sep 2020). Disponible sur : [https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/6\\_ETUDES-2003-Feminisation-de-la-profession.pdf](https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/6_ETUDES-2003-Feminisation-de-la-profession.pdf)
4. La démographie des médecins (RPPS) au 1<sup>er</sup> janvier 2018, data Dress [Internet]. (Consulté le 22 juin 2020). Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/tableView.aspx?ReportId=3806>
5. Secrétariat : comment se débrouillent les médecins libéraux ? legeneraliste.fr, 16/09/2014 [Internet]. (Consulté le 4 oct 2020). Disponible sur : <https://www.legeneraliste.fr/archives/secretariat-comment-se-debrouillent-les-medecins-liberaux>
6. Devenir maître de stage, conseil National de l'Ordre des médecins, 2 mai 2019 [Internet]. (Consulté le 9 nov 2020). Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/devenir-maitre-stage>
7. Plus de 10 000 maîtres de stage en médecine générale...mais pas assez d'heures de formation, legeneraliste.fr, 19/04/2019 [Internet]. (Consulté le 9 nov 2020). Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/plus-de-10-000-maitres-de-stage-en-medecine-generale-mais-pas-assez-dheures-de-formation>
8. Cartes départementales, nombre de médecins généralistes libéraux, Ordre Nationale des pharmaciens, 1<sup>er</sup> dec 2020, [Internet]. (Consulté le 14 nov 2020). Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-de-medecins-generalistes-liberaux>
9. Maîtres de stage Universitaires Coordonnateurs Novembre-Mai 2020-2021, département universitaire de médecine générale de Limoges [Internet]. (Consulté le 14 nov 2020). Disponible sur : [http://www.unilim.fr/internat\\_limousin/wp-content/uploads/sites/4/2020/09/MSU-novembre-2020.pdf](http://www.unilim.fr/internat_limousin/wp-content/uploads/sites/4/2020/09/MSU-novembre-2020.pdf)
10. Coujard de Laplanche E. Quels sont les freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage universitaire ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2016.

11. Un pacte pour lutter contre les déserts médicaux, Ministère des solidarités et de la santé, 20 juin 2017 [Internet]. (Consulté le 13 oct 2020). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/un-pacte-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>
12. La téléconsultation, généralités, Ministère des solidarités et de la santé, 10 janv 2020 [Internet]. (Consulté le 13 oct 2020). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/la-teleconsultation/article/generalites>
13. 5 raisons de passer à la téléconsultation, MACSF, 5 oct 2020 [Internet]. (Consulté le 13 oct 2020). Disponible sur : <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/Exercer-au-quotidien/cinq-raisons-de-passer-a-la-teleconsultation>
14. Croissance record du recours à la téléconsultation en mars, communiqué de presse 31 mars 2020, l'Assurance Maladie [Internet]. (Consulté le 15 oct 2020). Disponible sur : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/20200331\\_-CP\\_Teleconsultations\\_Covid\\_19.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/20200331_-CP_Teleconsultations_Covid_19.pdf)
15. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine, Drees, mai 2019, numéro 1113 [Internet]. (Consulté le 12 sept 2020). Disponible sur : [https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-05/2019-DREES\\_tps-travail-liberaux.pdf](https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-05/2019-DREES_tps-travail-liberaux.pdf)
16. Mairie cherche médecin généraliste : pourquoi est-ce si difficile pour les communes rurales de recruter un médecin ? BRM conseil, 13 mai 2020 [Internet]. (Consulté le 16 dec 2020). Disponible sur : <https://brm-conseil.fr/2020/05/13/mairie-cherche-medecin-generaliste-pourquoi-est-ce-si-difficile-pour-les-communes-rurales-de-recruter-un-medecin/>
17. Les jeunes médecins veulent travailler moins pour vivre mieux, le quotidien du médecin.fr, 20 juin 2013 [Internet]. (Consulté le 16 dec 2020). Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/les-jeunes-medecins-veulent-travailler-moins-pour-vivre-mieux>
18. Nathalie Lapeyre, Nicky Le Feuvre, féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé [Internet]. (Consulté le 29 nov 2020). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art05.pdf>
19. Bilan de la permanence des soins 2018, Conseil national de l'Ordre des médecins, 25 mars 2019 [Internet]. (Consulté le 15 oct 2020). Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2018>
20. Bilan de la permanence des soins 2019, Conseil national de l'Ordre des médecins, 13 fev 2020 [Internet]. (Consulté le 15 oct 2020). Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2019>
21. Arnaud C, Thiron P, Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Grenoble, 2013.
22. Laforêt C, Impact des différentes mesures incitatives sur le choix du lieu d'installation ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2018.

**Annexes**

---

Annexe 1. Questionnaire .....93

## Annexe 1. Questionnaire

### Et si mon installation était à refaire?

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes libéraux installés depuis janvier 2015 en zone rurale et semi-rurale du Limousin.

#### Généralités et choix du mode d'exercice

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

- Moins de 34 ans    35 à 39 ans    40 à 44 ans  
 45 à 49 ans    50 à 54 ans    55 à 59 ans  
 60 à 64 ans    Plus de 65 ans

2. Votre sexe:

- Masculin    Féminin

3. Etes-vous installé?

- Seul    En groupe    En MSP

4. Ce mode d'exercice a-t-il répondu à vos attentes?

- Totalement    Plutôt    Plutôt pas    Pas du tout

5. Exercez-vous une activité salariée complémentaire?

- Oui    Non

6. Si "Oui", précisez :

7. Exercez-vous une (ou plusieurs) activité complémentaire? (homéopathie, ostéopathie, médecin pompier, nutrition ... ?)

- Oui    Non

8. Si "oui", laquelle (lesquelles)?

9. Etes-vous maître de stage universitaire?

- Oui    Non

10. Faites-vous de la téléconsultation? (avant l'épidémie de covid 19)

- Oui    Non

11. Avez-vous un secrétariat?

- pas de secrétariat    Secrétariat physique  
 Secrétariat téléphonique    Secrétariat par internet

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

12. Etes vous satisfait du fonctionnement de votre secrétariat?

- Complètement    Plutôt    Plutôt pas    Pas du tout

#### Rythme de travail

13. Combien d'heures par semaine travaillez-vous en libéral? (Hors gardes)

- < 36h    36h à 45h    46h à 55h    56h à 65h  
 66h à 75h    >75h

14. Combien de demies journées travaillez-vous par semaine?

- <6    7    8    9    10    11 ou plus

15. Combien de samedi matin travaillez-vous par mois?

- 0    1    2    3    Tous

16. Participez-vous à la permanence des soins dans votre département?

- Oui    Non

17. Si "Oui" : en tant que :

- Effecteur fixe    effecteur mobile    Régulateur

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

18. Comment qualifieriez vous la charge de travail représentée par la permanence des soins?

- Très contraignante    Moyennement contraignante  
 peu contraignante    Non contraignante

19. Combien de semaines de congés prenez-vous à l'année?

- 0    1 à 2    3 à 4    5 à 6    7 à 8  
 9 à 10    Plus de 10

20. Globalement, depuis que vous êtes installé, avez vous réussi à trouver un remplaçant autant de fois que vous le souhaitiez?

- Oui, facilement  
 Oui, difficilement  
 Non, pas en totalité  
 Non, pas du tout  
 Je ne cherche jamais à me faire remplacer

21. Comment évaluez-vous votre charge de travail?

- Trop importante  
 Importante mais supportable  
 Peu importante mais suffisante  
 Trop insuffisante

22. La gestion des soins non programmés vous posent-ils problème? (ex : otite de 18h)

- Jamais    Parfois    Souvent    Toujours

#### Aides et revenus

23. Avez-vous bénéficié d'aides à l'installation?

- Oui    Non

24. Si 'oui', précisez :

25. Celles-ci ont elles déterminées le choix du lieux de votre installation?

- Pas du tout d'accord    Plutôt pas d'accord  
 Plutôt d'accord    D'accord

26. Comment jugez-vous vos revenus?  
 Très bons  Bons  Moyens  Faibles

### Qualité de vie au travail

27. Êtes-vous satisfait de la qualité de votre relation Médecin/Patient?

- Très satisfait  Plutôt satisfait  
 Moyennement satisfait  Non satisfait

28. Êtes-vous satisfait par la polyvalence dont vous devez faire preuve dans votre profession?

- Très satisfait  Plutôt satisfait  Peu satisfait  
 Non satisfait

29. Comment jugez-vous les tâches administratives que vous effectuez?

- Très contraignantes  Plutôt Contraignantes  
 Peu contraignantes  Non contraignantes

30. Vous sentez-vous isolé professionnellement?

- Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

31. Êtes-vous satisfait de plateau technique qui vous entoure? (Hôpital, radiologie, laboratoire, IDE, kiné)

- Très satisfait  Plutôt satisfait  
 Moyennement satisfait  Non satisfait

32. Que faudrait-il améliorer?

33. Combien de kilomètres y a-t-il entre votre domicile et votre travail?

- Moins de 5 km  Entre 6 km et 10 km  
 Entre 11 et 20 km  Entre 21 et 35 km  
 Entre 36 et 50 km  Plus de 50 km

34. Les équipements des loisirs autour de votre lieu de travail vous conviennent-ils?

- Beaucoup  Assez  Peu  
 Pas du tout  Non utilisés

35. Les équipements scolaires autour de votre lieu de travail vous conviennent-ils?

- Beaucoup  Assez  Peu  
 Pas du tout  Non utilisés

36. Comment évaluez-vous votre équilibre vie professionnelle/vie personnelle?

- Bon  Plutôt bon  Plutôt pas bon  Mauvais

### Et si c'était à refaire...

37. Si cela était à refaire, choisiriez-vous de vous installer au même endroit?

- Oui  Non

38. Pourquoi?

39. Dans les mêmes conditions?

- Oui  Non

40. Si 'Non', pourquoi? :

41. Quels facteurs vous permettraient d'améliorer vos conditions de travail?

42. Avez-vous des projets de changement d'exercice dans les 2 ans à venir?

- Oui  Non

43. Si 'Oui', lesquels :

## 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.

## Et si mon installation était à refaire ? Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes récemment installés en zone rurale et semi-rurale du Limousin.

---

**Introduction :** L'exercice libéral est de plus en plus délaissé, notamment dans les zones rurales et semi-rurales. Pour lutter contre cette désertification, différentes mesures ont été adoptées afin de rendre ces territoires plus attractifs.

**Objectifs :** Cette étude vise à connaître l'opinion des médecins généralistes libéraux, installés depuis moins de 5 ans, en zone rurale et semi-rurale du Limousin, quant à leurs choix d'exercice.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude descriptive, quantitative en utilisant un questionnaire adressé par mail aux médecins libéraux, installés depuis janvier 2015, en zone rurale et semi-rurale du Limousin.

**Résultats :** 80% des répondants s'installeraient au même endroit si cela était à refaire et 69% dans les mêmes conditions. 73% estiment que leur charge de travail n'est pas trop importante, 73% ne se sentent jamais ou parfois isolés et 71% estiment avoir un bon ou plutôt bon équilibre de vie. La lourdeur des tâches administratives, les difficultés d'accès aux spécialistes et la difficulté de se faire remplacer sont les principales insatisfactions révélées par notre étude.

**Conclusion :** Les médecins interrogés sont globalement satisfaits de leur installation. Augmenter la densité médicale, réduire les tâches administratives, faciliter l'accès aux spécialistes et améliorer la coordination entre médecins sont des critères qui permettraient d'améliorer leurs conditions de travail.

---

Mots-clés : [installation libérale, médecin généraliste, rural et semi-rural, satisfaction]

## What if I could start my career in general practice all over again? Opinion survey amongst general practitioners recently implanted in rural and semi-rural areas of the Limousin region.

---

**Introduction :** The number of self-employed GPs is declining, especially in rural and semi-rural areas. To tackle this phenomenon, various measures have been introduced to make such areas more attractive.

**Objectives :** This study aims to gather the opinions of self-employed GPs, implanted for less than 5 years in rural and semi-rural areas of the Limousin, on their choices of practice.

**Method :** We conducted a descriptive, quantitative study using a questionnaire sent by e-mail to self-employed GPs, working in rural and semi-rural areas of the Limousin since January 2015.

**Results :** 80% of the respondents would set up practice in the same place if they had to do it again and 69% would do so in the same conditions. 73% feel that their workload is not excessive, 73% never or sometimes feel isolated and 71% feel that they have a good or fairly good work/life balance. The main dissatisfactions revealed by our study are the large amount of paperwork, the difficulty in accessing specialists and the difficulty in finding locums.

**Conclusion :** The doctors who took part in the survey are globally satisfied with their choice of practice. Increasing the density of medical services, reducing administrative tasks, facilitating access to specialists and improving the coordination between practitioners are all factors that would improve their working conditions.

---

Keywords : [Self-employed general practitioner, rural and semi-rural, satisfaction]

