

ANNEE 2026

Caractérisation du renouvellement médical rural en Bourgogne Franche-Comté

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 12/10/2026

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Spécialité : Médecine Générale

par Sylvain VEREYCKEN--LAZOU

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2026

Caractérisation du renouvellement médical rural en Bourgogne Franche-Comté

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 12/10/2026

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Spécialité : Médecine Générale

par Sylvain VEREYCKEN--LAZOU

Année Universitaire 2026-2027
au 1^{er} Septembre 2026

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
M.	Louis	ARNOULD	Ophtalmologie
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique (Mise à disposition)
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie – transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Olivier	CHEVALLIER	Radiologie et imagerie médicale
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie viscérale et digestive
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
M.	Pierre-Henry	GABRIELLE	Ophtalmologie
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	David	GUILLIER	Anatomie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
Mme	Delphine	HUDRY	Gynécologie obstétrique
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie

M.	Sylvain	MANFREDI	Hépto-gastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Maxime	NGUYEN-SOENEN	Anesthésie réanimation
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie viscérale et digestive
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique (Détachement)
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Cédric	ROSSI	Hématologie transfusion
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie (Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/05/2028)
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
----	------------	---------------	----------------------

PROFESSEURS EMERITES

M.	Alain	BRON	(01/09/2025 au 31/08/2030)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2024 au 31/08/2027)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2027)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2023 au 14/12/2026)
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	(01/09/2026 au 31/08/2029)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/08/2028)
M.	Pierre	JOUANNY	(01/09/2026 au 31/08/2029)
M.	Jean-Michel	PETIT	(01/09/2025 au 31/08/2030)
M.	Frédéric	RICOLFI	(01/09/2026 au 31/08/2029)
M.	Emmanuel	SAPIN	(20/12/2023 au 19/12/2026)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(20/12/2023 au 19/12/2026)
M.	Bruno	VERGÈS	(01/09/2026 au 31/08/2029)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	Alexandre	AL-HALABI	Odontologie (termine le 31/10/2026)
Mme	Inès	BEN GHEZALA	Ophtalmologie
Mme	Anastasia	DEMINA	Addictologie (Mobilité 01/11/2026 au 31/10/2026)
M.	Gauthier	DULOQUIN	Neurologie
M.	Mehdi	ISSAD	Chirurgie Orale
M.	Tuan	LE VAN	Neurochirurgie
M.	Arnaud	MAGALLON	Bactériologie
M.	Simon	PIRODDI	Médecine palliative
Mme	Caroline	RACINE	Génétique médicale (Mobilité jusqu'au 31/10/2026)
M.	Thomas	RENONCOURT	Gériatrie
M.	Quentin	THOMAS	Neurologie (Mobilité jusqu'au 31/10/2026)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Jérémy	BARBEN	Gériatrie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie (Mobilité 01/09/2026 au 31/08/2027)
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
M.	Jean-David	FUMET	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Anaïs	GOUTERON	Médecine physique et réadaptation
Mme	Hélène	GREIGERT	Médecine vasculaire
Mme	Nawale	HADOUIRI	Rééducation neurologique
Mme	Marine	JACQUIER	Réanimation médicale
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Mathieu	LEGENDRE	Néphrologie
M.	Damien	LELEU	Biochimie
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Mélanie	LOISEAU	Médecine légale
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale (Mission temporaire mai à octobre 2026)
Mme	Raphaëlle	MOTTOLESE	Pédopsychiatrie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	André	RAMON	Rhumatologie (Mobilité 01/11/2026 au 31/10/2027)
Mme	Alexia	ROULAND	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (Mobilité 01/09/2026 au 31/08/2027)
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES - TERRITORIAL

M.	Thomas	MALDINEY	Réanimation Médicale
----	--------	-----------------	----------------------

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Pascal	INCAGNOLI	Médecine d'Urgence
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Benoît	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Mélanie	BARIOD	Médecine Générale
M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
Mme	Marie	CHEVALDONNÉ	Médecine Générale
M.	Pascal	DACHEZ	Médecine Générale
M.	Romain	DESVIGNES	Médecine Générale
M.	Raphael	GALEA	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale
M.	Michaël	TAROUX	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES D'ODONTOLOGIE

M.	Laurent	ARAUJO	Odontologie
Mme	Rita	EID	Odontologie
Mme	Fodda	EL HOMSY	Odontologie
M.	Raphael	HAINOT	Odontologie
Mme	Carine	KOEKELCORENT	Odontologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	Davy	LAROCHE	Orthoptie
Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Bertrand	COLLIN	Radiopharmacie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

PROFESSEUR EMERITE

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
-----	---------	--------------	-------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

Composition du Jury

Président : Pr. Jean-Pierre QUENOT

Membres : Dr. Thomas MALDINEY
Dr. Cécile LUMIERE
Dr. Nacéra OUNNAS-VERSPIEREN
M. Christian PAUL

Serment d'Hippocrate

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

Dédicaces et Remerciements

La réalisation de cette thèse a été rendue possible grâce au concours précieux de plusieurs personnes, à qui je souhaite adresser mes sincères remerciements.

En premier lieu à Cécile Lumière, ma directrice et à l'ensemble de mon jury ;

À l'ensemble des répondants et acteurs rencontrés ;

À mes maîtres et mentors ;

À mes confrères, mes collègues, mes amis et ma famille ;

À ma fille, Barbara.

Sommaire

Sommaire.....	9
Table des tableaux.....	10
Table des figures.....	11
Liste des sigles ou abréviations utilisés.....	12
I. Introduction.....	13
1. Problématisation.....	13
2. État des lieux.....	14
3. Justifications & objectifs.....	17
II. Matériel et méthode.....	18
1. Type d'étude.....	18
2. Population étudiée.....	18
3. Recueil des données.....	19
4. Analyse des données.....	20
5. Considérations éthiques et réglementaires.....	21
III. Résultats.....	22
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	22
2. Analyse thématique des entretiens individuels.....	24
IV. Discussion.....	32
1. Synthèse des principaux résultats.....	32
2. Discussion de la méthode.....	34
3. Bilan et perspectives.....	35
V. Conclusions.....	36
VI. Recommandations aux décideurs.....	37
VII. Conclusions signées de la thèse.....	38
VIII. Bibliographie.....	39
IX. Annexes.....	46
1. Précisions sur la méthode.....	46
2. Caractéristiques socio-démographiques des informants.....	64
3. Graphiques de codages.....	67
4. Banque de verbatims par sous-thèmes et synthèse des thématiques.....	79
X. Table des matières.....	118
XI. Résumé et mots clés.....	121

Table des tableaux

Tableau 1 - Caractéristiques de l'échantillon (Informateurs clefs)	65
Tableau 2 - Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (population médicale)....	66

Table des figures

Figure 1 - Diagramme de flux de la population médicale	22
Figure 2 - Politique de confidentialité	46
Figure 3 - Consentement à l'étude	47
Figure 4 - Consentement à l'enregistrement de la visioconférence.....	47
Figure 5 - Certificat bonnes pratiques cliniques ICH E6(R3)	48
Figure 6 - Diagramme réseau	52
Figure 7 - Courrier électronique de recrutement	56
Figure 8 - Diagramme de flux du questionnaire de recrutement de la population médicale	59
Figure 9 - Diagramme de flux du questionnaire de recrutement des informateurs clefs	61
Figure 10 - Cartographie des bassins de vie ruraux en BFC	63
Figure 11 - Arbre de codage (médecins)	67
Figure 12 - Nuage de mots (médecins)	68
Figure 13 - Diagramme en barres empilées du nombre d'occurrence de code par EI (médecins)	69
Figure 14 - Carte thermique codage population médicale	70
Figure 15 - Diagramme radial hiérarchique des occurrences de code par caractère (médecins)	71
Figure 16 - Diagramme en barre de l'importance des codes sur l'ensemble des EI par nombre de caractère (médecins).....	72
Figure 17 - Arbre de codage (informateurs clefs)	73
Figure 18 - Nuage de mots (informateurs clefs)	74
Figure 19 - Diagramme en barres empilées du nombre d'occurrence de code par EI (informateurs clefs)	75
Figure 20 - Carte thermique codage informateurs clefs	76
Figure 21 - Diagramme radial hiérarchique des occurrences de code par caractère (informateurs clefs)	77
Figure 22 - Diagramme en barre de l'importance des codes sur l'ensemble des EI par nombre de caractère (informateurs clefs)	78

Liste des sigles ou abréviations utilisés

APL : Indicateur d'accessibilité potentielle localisée

ARS : Agences régionales de santé

BDD : Base de données

BFC : Bourgogne Franche-Comté

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPP : Comité de protection des personnes

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

EI : Entretien individuel semi-directif

IA : Intelligence artificielle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSU : Praticien agréé maître de stage des universités

PETR : Pôle d'équilibre territorial et rural

SIA : Système d'intelligence artificielle

UFR : Unité de formation et de recherche

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

ZAC : Zone d'action complémentaire

ZFRR : Zone France ruralités revitalisation

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

I. Introduction

1. Problématisation

L'équité d'accès aux professionnels de santé permet de faire correspondre l'offre de soin aux besoins des populations, en particulier vulnérables(1). Pour les territoires ruraux, son enjeu est double. D'une part, elle contribue à niveler par l'action publique les différences que nous considérons socialement inéquitables et injustes pour notre modèle de santé(2) : vivre en zone médicalement sous-dense est en effet corrélé à un retard diagnostic et à un accroissement de la mortalité¹(3–6) ; d'autre part, la qualité du réseau de professionnels de santé participe au développement économique et à la pérennité des communautés implantées dans les territoires ruraux(7).

La répartition géographique des effectifs médicaux est inégale dans tous les pays(8) et de nombreux travaux ont mesuré ce phénomène sur le territoire français ces dernières décennies(9). Elle semble la plus problématique dans les territoires ruraux périurbains(10,11). La désertification médicale peine à se définir consensuellement, et plusieurs indicateurs peuvent se recouper et se contredire. Pour définir ces territoires sous-denses, nos travaux se sont appuyés sur l'accessibilité potentielle localisée (APL), un indicateur prenant en compte les mobilités, les besoins de la population et la production de soins disponible. Cet indicateur comporte une part d'arbitraire et donc d'imprécision, il n'est pas internationalisé(11). Afin de le compléter et de tendre vers une vision d'ensemble, une récente cartographie de l'accessibilité aux soins de premiers recours a proposé une vision d'ensemble multidisciplinaire² : elle a mis en exergue une typologie communale davantage défavorable en Bourgogne, qui se distingue par une plus faible accessibilité aux soignants et un processus de désertification le plus important du territoire français(12).

Si l'augmentation du nombre de médecins formés apparaît comme un prérequis nécessaire, cette mesure isolée semble, cependant, insuffisante pour améliorer leur répartition sur le territoire. Cette théorie, dite du « ruissellement », ne s'est pas confirmée dans la pratique et la saturation des espaces correctement dotés ne conduit pas à une autorégulation efficiente de la profession(8). L'Ordre des Médecins rapportait ainsi, au 1^{er} janvier 2026, une augmentation de + 1.9 % d'inscriptions par rapport à 2025, mais avec d'importantes disparités territoriales, conduisant à aggraver les déséquilibres existants(13). Des politiques publiques complémentaires semblent donc nécessaires(14), ce qui a incité le législateur français à mettre en place des mesures interventionnistes dès 2009(15–20).

Ces dispositifs incitatifs sont, aujourd'hui, jugés coûteux et inefficaces par la Cour des comptes(21) motivant le législateur à s'orienter vers des mesures plus contraignantes³ pour le corps médical comme la régulation à l'installation ou le rétablissement de l'obligation de permanence des soins(22). Cet avis rejoint les recommandations internationales, qui ont estimé les aides financières comme incertaines pour l'amélioration durable de répartition des effectifs médicaux et proposent un registre d'interventions visant à une meilleure distribution de l'offre de santé dans les zones mal pourvues(14,23,24) :

¹ Naître en ruralité est associé à une perte d'espérance de vie de deux ans par rapport aux départements urbains avec une représentation plus importante de cause externe de décès (notamment suicide) et aux comportements de santé (alcool, tabac, alimentation).

² Cette cartographie communale repose sur une analyse de l'accessibilité des professionnels de santé de proximité (médecin généraliste, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et services d'accueil des urgences), des services de proximité intermédiaire (laboratoires, cabinets de radiologies) mis en perspective des besoins de la population en matière de santé.

³ Projet de loi adopté en première lecture à l'Assemblée nationale par les 27 députés régionaux : 3 votes pour, 24 absents.

- La régulation de l'exercice : permettant une distribution plus équilibrée sans éviter les pénuries locales ;
- Le soutien professionnel et personnel aux effectifs sur les territoires mal pourvus.
- La formation initiale :
 - Augmenter les capacités de formation comme prérequis à un manque global d'effectif ;
 - Augmenter l'acquisition de compétences en lien avec la médecine rurale ;
 - Rapprocher les lieux de formation des zones sous-denses et y proposer des stages ;
 - Prioriser, à performance égale, la sélection d'étudiants issus de communautés défavorisées en terme d'accès aux soins ou souhaitant s'y installer.

La formation initiale est portée au premier rang dans la lutte contre les inégalités territoriales, en termes d'efficacité et de durabilité. Elle est, pourtant, peu représentée dans les politiques publiques régionales et peu de recherches ont décrit les populations médicales qui viennent s'installer dans la ruralité en Bourgogne-Franche-Comté (BFC).

En BFC, durant la dernière décennie, la patientèle « médecin traitant » moyenne a continué d'augmenter de 23.2%(25) malgré une diminution de 4.9% du nombre de médecins généralistes(26). Conséquence de cette augmentation de patientèle opposée à des amplitudes de travail conservées, le temps médical disponible se réduit (5,5 actes annuels de médecine générale par patient en 2004, versus 4,2 en 2020)(11). L'insatisfaction professionnelle ressentie est à mettre en perspective avec la dégradation de la qualité des soins relevée dans les zones moins dotées(27) et de la santé mentale des médecins(28). La population en BFC a davantage vieilli qu'en moyenne en France, avec une part de la population de 65 ans et plus qui dépasse désormais celle de moins de 20 ans(29).

Pourtant, malgré ce constat, le nombre d'installations de médecins généralistes en zones sous-dotées ne cesse de croître en BFC(25). En dehors de tout schéma de régulation à l'installation, ce chiffre interpelle : quels sont ces jeunes médecins qui font la démarche de s'installer volontairement dans nos ruralités ?

2. État des lieux

2.1 De la ruralité en BFC

En BFC, la ruralité concerne 95% de ses territoires(30), et près des trois quarts de la population vivent en zone médicalement sous-dense(31). La ruralité régionale est plurielle et peut différemment influencer le choix d'exercice des médecins. Afin de prendre en compte ces spécificités, nos travaux reposeront sur la typologie des 114 bassins de vie ruraux proposés en 2022 dans l'étude MOBIPRIM PA BFC(32). Ce travail a permis d'identifier 4 typologies de bassins de vie ruraux, dont la cartographie est présentée en annexe :

- A. Zones densément peuplées, socialement favorisées, avec un recours aux soins de proximité fréquent et des indicateurs de santé favorables ;
- B. Zones peu densément peuplées, avec moins de personnes âgées vivant seules que la moyenne, connaissant une certaine précarité, éloignées des services d'urgences mais assez bien pourvues en service de soins de proximité, en surmortalité pour les causes accidentelles ;
- C. Zones assez densément peuplées, avec une part de personnes âgées isolées plus élevée que la moyenne, des temps d'accès aux services d'urgence et services courants plutôt courts, et un recours à certains soins préventifs faibles, tout comme le taux de bénéficiaire ayant déclaré un médecin traitant ;

- D. Zones très peu peuplées, avec une part élevée de personnes âgées, socialement défavorisées, des temps d'accès aux services de soins longs au regard de ceux de la moyenne, un recours aux soins plus faible, des indicateurs de santé défavorables.

2.2 Des médecins ruraux

Pour mieux appréhender les leviers volontaristes de réduction des iniquités territoriales, la caractérisation de l'installation des jeunes médecins a régulièrement fait l'objet d'études mais leur nombre est limité lorsqu'il s'agit d'aborder la ruralité. De manière générale, les nouvelles générations médicales se féminisent (plus de 60% des médecins en exercice projetés en 2034), apportent une offre de travail plus faible par rapport aux anciennes générations et opteraient davantage pour l'exercice mixte ou salarié que libéral(33).

Les travaux de géographes ont permis une caractérisation statistiquement forte. Seuls 25% des étudiants en médecine français sont issus de la ruralité (lieu de naissance ou scolarisation jusqu'en second degré) comparativement aux 33% de la population générale française. Ce quart d'étudiants a pourtant davantage tendance à se spécialiser en médecine générale à l'issue de l'externat, et à s'éloigner des aires urbaines dans son choix d'exercice(34). Les étudiants vivant en ruralité ou semi-ruralité ont une plus forte probabilité d'installation en ambulatoire(35). Les étudiants en médecine sont également plus à même d'exercer à proximité de leur lieu de naissance(36,37). L'immigration médicale contribue davantage à améliorer l'offre de santé en ruralité : les médecins diplômés à l'étranger s'y installent à 39.9%, pour seulement 10.5% des médecins diplômés en France(38). Un gradient d'âge existe chez les médecins généralistes selon la densité urbaine : à l'exception de Paris, les médecins âgés sont sur-représentés en milieux ruraux tandis que les plus jeunes le sont dans les grands centres urbains(39).

Le choix d'exercice rural est également favorisé par la réalisation d'au moins un stage de formation en médecine en milieu rural et d'avoir remplacé pendant au moins trois mois sur ces territoires(40). La présence de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) influence positivement l'installation pérenne de jeunes médecins généralistes en zone sous dense comparée aux cabinets isolés(41), les jeunes favorisant désormais largement l'exercice en groupe pluridisciplinaire afin de répondre aux difficultés précédemment mentionnées(42).

Plusieurs études qualitatives se sont attachées à préciser les facteurs favorisant l'installation des médecins en ruralité en recueillant leur point de vue. Ces études sont plus faibles et moins exhaustives.

La qualité du réseau de correspondants semble avoir une influence positive pour l'installation de nouveaux médecins généralistes en zone sous-dense(43–45). L'installation en ruralité est motivée par la polyvalence et la diversité d'exercice par rapport au tissu urbain, un cadre de vie et une qualité d'environnement supérieurs, une qualité jugée meilleure de la relation médecin-patient, un statut de médecin plus valorisant pour le suivi de sa patientèle(43,46,47). L'implantation rurale serait favorisée par la proximité avec une vie citadine. L'activité mixte (salarial / libéral) et le travail autour d'un projet de santé dynamique permettraient un meilleur équilibre de vie professionnelle et personnelle. La ruralité semble marquée par davantage d'opportunités professionnelles(47) et de liberté d'organisation(48).

Si le tissu économique rural dépend de l'offre de soin disponible, il influence aussi l'arrivée de médecins libéraux : parmi les facteurs d'installation se démarque la proximité d'établissements scolaires et garderies (52% des répondants), les services de proximité (48 %), la proximité des transports en commun (32%) et les pôles de loisirs (26%)(49–51). Les opportunités professionnelles du conjoint influencent le territoire d'installation(45).

A contrario, comme vu précédemment, l'exercice en milieu rural est associé à une charge de travail plus importante (7% d'augmentation d'actes par rapport aux médecins exerçant en ville)(27). Les médecins généralistes interrogés rapportent un exercice plus difficile, sous pression, l'insatisfaction de ne pas correctement faire leur travail et un épuisement professionnel(52). Cette charge est régulièrement présentée comme un frein à l'installation de jeunes médecins, tout comme l'appréhension à trouver un médecin remplaçant(49,53–55). L'isolement professionnel et personnel, la notoriété et la méconnaissance des spécificités de la médecine rurale sont également cités comme des freins à l'installation(47,55)

2.3 Des élus locaux

L'État, représenté par les agences régionales de santé (ARS), porte l'organisation des soins et donc des équités en santé. Bien que ces compétences ne leur soient dévolues, les élus locaux cherchent à s'en investir car ils sont directement interpellés par les habitants sur les difficultés d'accès aux soins dans leurs territoires(56). En effet, l'accès aux soins est devenu une préoccupation centrale pour les habitants des bassins de vie ruraux et polarise le débat public depuis près de deux décennies(32,57). L'accessibilité à l'offre de soins est aujourd'hui devenue la première attente des français (70 %), devant la sécurité des biens et des personnes (68 %) et la lutte contre les incivilités (62 %)(58), ce qui incite les élus locaux à se positionner sur une politique de santé malgré l'absence de compétences propres(59). La présence de médecins généralistes est particulièrement sensible en ruralité : Si plus de 35% des bourgs ruraux n'ont pas d'omnipraticiens, la part monte à 88% pour le milieu rural à habitat dispersé et près de 97% pour l'habitat très dispersé(60).

L'installation de médecins en ruralité relève désormais d'une triangulation, constituée d'une part de l'État, de l'autre des professionnels de santé et désormais des collectivités territoriales – non compétentes mais soucieuses que leurs intérêts soient pris en compte.

Dans ce nouvel équilibre, les ARS entretiennent des relations jugées déséquilibrées avec les élus, qui les sollicitent sur des projets par nature extra-légaux et donc non financés⁴. Plutôt que d'éloigner les différentes collectivités territoriales de l'organisation du système de santé, ces tensions conduisent à une proposition de réforme des ARS afin de renforcer leur échelon départemental et de réduire l'asymétrie institutionnelle avec les préfetures et conseils départementaux. L'objectif attendu est d'étendre le pouvoir de dérogation de l'autorité en charge des politiques sanitaires pour mieux s'adapter aux territoires et élus locaux(11).

L'influence, en ruralité, des pouvoirs publics et en particulier des collectivités sur le projet d'installation des médecins a été très peu étudiée dans la littérature, alors que les réformes vont dans l'accroissement de pouvoir des élus locaux dans l'organisation des soins premiers. Certaines recherches mettent en avant l'aspect positif d'une synergie construite avec les élus locaux(61), d'autres pointent la fragilisation par les collectivités locales des dynamiques d'installation ou de restructuration mises en place par les ARS et les caisses primaires d'assurances maladies (CPAM)(62), pouvant par exemple aboutir à la création de MSP initiée par les collectivités territoriales sans projet ou professionnels de santé(63).

⁴ Citons en exemple local la création, sous l'impulsion de la municipalité de Nevers, des *flying doctors*, pont aérien avec le Centre Hospitalier de la ville et Dijon, permettant la venue de praticiens sur un roulement hebdomadaire afin d'enrichir l'offre de spécialistes faisant localement défaut. Le dispositif a été initié en 2023 et n'est pas financé par l'ARS BFC.

3. Justifications & objectifs

Afin de réduire les iniquités dans l'accès aux soins, les recommandations internationales proposent plusieurs leviers d'actions. L'amélioration de la formation initiale est désignée comme mesure la plus efficace, malgré des retombées plus longues(14,23,24). Une de ces mesures concerne la priorisation des étudiants souhaitant s'installer en ruralité. Obtenir une meilleure connaissance du profil des jeunes médecins ayant fait le choix d'exercer en ruralité en BFC permettrait de mieux les identifier parmi les futures promotions médicales, d'influencer leur formation initiale, pérenniser leurs installations et améliorer *in fine* la répartition médicale en ruralité.

Fort de ce constat, nous nous sommes attaché à caractériser le renouvellement médical en BFC et en préciser les dénominateurs sociologiques permettant d'identifier les profils les plus propices à exercer dans nos ruralités.

L'ensemble des différents échelons organisationnels et leurs mutations, qu'ils soient régionaux, départementaux ou locaux, pèsent sur l'organisation du tissu médical rural de la région. Ils influencent de la formation initiale à la pérennisation d'une installation ou l'organisation d'un réseau professionnel. Les bilans de ces actions sur l'installation pérenne de médecins ruraux sont cependant peu étudiés.

Nous avons donc souhaité mettre en perspective les attentes des jeunes médecins rencontrés avec celles des acteurs territoriaux en BFC.

Des éventuelles tensions émergeant de l'analyse de ces deux populations, nous avons souhaité en rédiger des recommandations, afin de favoriser l'installation pérenne et volontariste de jeunes médecins ruraux en BFC.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

La compréhension des déterminants à l'exercice en milieu rural a relevé d'une recherche qualitative en santé(64), permettant l'exploration d'une problématique complexe et de produire « des données qui ne sont pas issues de procédures statistiques ou d'autres moyens de quantification »(65). Outre ses capacités exploratoires, la sociologie permet de mettre en perspective la question de recherche à une échelle sociétale. Ainsi, dans une analogie de la démarche clinique, P. Bourdieu définit l'intérêt de la sociologie pour la démocratie comme connaissance et compréhension des « véritables causes du malaise qui ne s'exprime au grand jour qu'au travers de signes sociaux difficiles à interpréter ». La compréhension serait également remède pour « contrecarrer les tendances immanentes de l'ordre social » productrice de « violences inertes ». L'éclaircissement étiologique par l'outil sociologique permettrait ainsi de « contribuer à une action politique réellement démocratique » en donnant « une place déterminante à l'éducation [comme] condition majeure de l'accès à l'exercice véritable des droits du citoyen »(66).

Nous avons réalisé une étude qualitative transversale dans une approche par théorisation ancrée reposant sur la perception des « informants », par le biais d'entretiens individuels semi-directifs (EI).

1.1 Déroulement

Le recrutement des médecins a été effectué pendant cinq mois (janvier à mai 2026) par diffusion d'un court questionnaire en ligne à l'ensemble des médecins exerçant une activité médicale autonome en BFC, quel que soit leur statut. Le recrutement des informateurs clefs a été initié dans un second temps, afin de pouvoir utiliser les données issues de la population de médecin, et a duré trois mois (mi-avril à mi-juin 2026). Les EI ont été initiés dès le processus de recrutement. La retranscription et l'analyse des données ont été réalisées simultanément au recrutement, afin d'ajuster les nouveaux EI et confronter les théories émergentes aux informateurs suivants.

2. Population étudiée

2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

La population principale étudiée était celle des médecins exerçant de manière autonome sur au moins un site en milieu rural en BFC. Toutes les spécialités médicales et chirurgicales étaient incluses. La durée cumulée d'exercice autonome ne devait pas excéder six ans, quelles que soient les modalités y compris en dehors d'une installation (remplacement, adjuvat, collaborateur, salarié, libéral, ville, hôpital). La ruralité était définie d'après la grille communale de densité établie en 2025 par l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et correspondait aux communes peu denses ou très peu denses(67).

Les informateurs clefs, constituant la population secondaire, ont été identifiés en raison de leur engagement dans l'installation des médecins en milieu rural, à différents échelons territoriaux de la BFC, que ce soit à un niveau exécutif ou législatif. Une large distribution de l'éventail politique actuel a été favorisée quant aux élus interrogés.

3. Recueil des données

3.1 Recrutement

a) Médecins exerçants en zone rurale

L'échantillonnage de la population médicale a été essentiellement non orienté. Un courrier électronique a été diffusé par l'intermédiaire des listes de diffusions des instances régionales suivantes : l'union régionale des professionnels de santé (URPS) de BFC, les scolarités du 3ème cycle des études médicales de Dijon et Besançon, les associations représentatives étudiantes régionales. À l'échelon départemental, ont été sollicités : les CPAM, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Il a été complété par un échantillonnage dit boule de neige (*snowball sampling*) par le réseau professionnel des chercheurs afin d'accroître le nombre de répondants requis.

La population cible a été invitée à compléter un questionnaire en ligne⁵ (moyenne de complétion de 2 minutes 32 secondes) permettant de recueillir le consentement à l'étude, leurs coordonnées et les variables sociologiques les caractérisant. Afin de limiter la collecte de données personnelles, le questionnaire a été construit avec un algorithme permettant d'écarter dans la base de données (BDD) les interrogés ne répondant pas aux critères d'inclusion (absence d'activité professionnelle ; activité professionnelle supérieure à six ans ou en dehors de la BFC). Le dernier critère d'inclusion (exercice sur au moins un site rural) n'a pas été automatisé pour préserver l'acceptabilité du questionnaire et limiter le taux d'abandon de complétion. La dernière étape d'inclusion aux EI a été effectuée par recoupement manuel des codes communes d'exercice sur la grille de densité de l'Insee établie en 2025.

Tous les informants répondant aux critères d'inclusions ont été sollicités et ont été interviewés.

b) Informateurs clefs

Les informateurs clefs ont été recrutés selon un échantillonnage raisonné avec critère de variation maximale (*purposive sampling*), puis de convenance (réseau des chercheurs) pour les maires en zone rurale et les présidences de pôle d'équilibre territorial et rural (PETR). Le recrutement a été non orienté pour les élus suivants en BFC : sénateurs, députés, conseillers régionaux, conseillers départementaux, directeurs des CPAM et ARS.

Les informateurs clefs ont été sollicités par mail. En cas de réponse favorable, les répondants ont été invités à compléter un questionnaire en ligne permettant de recueillir le consentement à l'étude, leurs coordonnées et les variables sociologiques les caractérisant.

3.2 Entretiens individuels semi-directifs

En amont des EI, un guide d'entretien a été rédigé en groupe de recherche pour les deux populations étudiées, d'après les travaux de recherches antérieurs. Les guides ont été progressivement ajustés pour approfondir les données collectées des précédents EI, au fur et à mesure qu'émergeaient de nouvelles hypothèses. Ils sont annexés à l'étude dans leur forme finale. La tenue en présentiel ou par visioconférence des EI n'étant pas de nature à en altérer la qualité(68), nous avons opté pour un échange numérique par commodité organisationnelle et considération écologique. L'enquêteur et le répondant étaient situés à leur domicile ou sur le lieu de travail, dans un environnement calme afin de permettre une captation sonore de qualité. Trois EI ont été réalisés avec des interruptions d'un enfant du doctorant (17 mois). La saturation des données a été validée en groupe de recherche au fur et à mesure du déroulé des EI.

⁵ Formbricks GmbH. (2025). Formbricks (Version 4.2.0) [Logiciel]

a) Médecins exerçant en zone rurale

Un entretien individuel semi-directif (EI) a été réalisé par le doctorant pour chaque participant par visioconférence⁶. Chaque EI a été enregistré par la plateforme en fichier vidéo .webm puis converti⁷ en .mp3. Les images captées lors de la visioconférence n'ont pas été analysées. Les enregistrements audio ont été traités numériquement⁸ (normalisation dynamique) avant d'être transmis à la directrice de thèse pour écoute. Chaque enregistrement a été retranscrit mot pour mot, dans le respect des méthodes sociologiques(69). La retranscription a été initialement effectuée par système d'intelligence artificielle (SIA)⁹, puis complétée d'une réécoute pour correction humaine (doctorant et sous-traitant).

Un EI a été réalisé par conférence téléphonique en raison d'un dysfonctionnement du microphone de l'informant, l'enregistrement a été effectué par l'ordinateur⁶ du doctorant.

b) Spécificité aux informateurs clefs

Le même protocole de réalisation des EI a été proposé aux informateurs clefs. Les modalités de captation ont été plus hétérogènes pour correspondre aux préférences et nécessités techniques des informants :

- Par visioconférence comme précédemment décrit ;
- Par visioconférence avec la plateforme privilégiée de l'institution de l'informant et captation de l'audio par l'ordinateur du doctorant ;
- Par conférence téléphonique avec captation par l'ordinateur⁶ du doctorant ;
- En présentiel avec captation par les fonctionnalités locales de dictaphone du téléphone portable du doctorant (excluant tout transfert de données en nuage), sur le lieu de travail ou au domicile du répondant.

Avant la tenue des premiers EI, certains informateurs clefs ont souhaité consulter les questions qui leurs seraient posées. Après discussion en groupe de recherche, les thèmes du guide ont été adressés à l'ensemble des participants, en amont de leur EI (confer annexes).

4. Analyse des données

Les retranscriptions ont été traitées avec assistance logicielle¹⁰. Chaque EI a bénéficié d'un codage ouvert (étiquettes et propriétés), regroupé autour d'un codage axial à partir des participants de chaque population étudiée (sous-catégories et catégories). Les co-occurrences de codes ont été observées pour mesurer l'influence de thématiques entre elles. L'analyse intégrative a permis de faire émerger un modèle théorique pour chaque population. La mise en perspective de ces modèles a résulté en une série de recommandations.

Le travail des chercheurs a été assisté d'une analyse fondée par SIA, selon les recommandations publiées par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)(70). Les modalités d'utilisation de SIA sont précisées en annexe (logiciels, modèles de langages et prompts).

⁶ Karlitschek, F. (2026). Nextcloud Hub (Version 32.0.6) [PHP et JavaScript; Informatique en nuage]. Nextcloud GmbH. <https://github.com/nextcloud/server>

⁷ Kempf, B., Carré, R., & Kühne, F. P. (2026). VLC media player (Version 3.0.23) [C, C++ et Objective-C; Logiciel]. VideoLAN. <https://code.videolan.org/videolan/vlc>

⁸ Roger, B., Dannenberg, & Mazzoni, D. (2025). Audacity (Version 3.7.7) [C++ et C; Logiciel]. Muse Group. <https://github.com/audacity/audacity>

⁹ Drödge, K. (2025). noScribe. AI-powered Audio Transcription (Version 0.7) [Logiciel]. <https://github.com/kaixxx/noScribe>

¹⁰ Curtain, C., & Drödge, K. (2026). QualCoder (Version 3.8.2) [Logiciel]. <https://github.com/ccbogel/QualCoder>

5. Considérations éthiques et réglementaires

5.1 Pseudonymisation et anonymisation

Une base de données (BDD) de l'ensemble des informants médecins a été générée par le logiciel de questionnaire, chaque entrée étant associée à une pseudonymisation, dans le respect des recommandations de sécurité numérique en vigueur(71). Une seconde BDD pseudonymisée a été réalisée sur le même principe pour les informateurs clefs. Afin de pouvoir mener les EI, seul le doctorant a pu inverser la pseudonymisation des données.

Les données ont été anonymisées lors de la publication de la thèse suivant les critères de non-individualisation (impossibilité d'isoler un individu dans le jeu de données), non-corrélation (impossibilité de relier les individus aux verbatims) et non-inférence (impossibilité de déduire de nouvelles informations sur un individu). Pour correspondre à cette exigence d'anonymat, certaines données sociodémographiques des répondants ont été restreintes, et les verbatims en annexes biffés.

5.2 Bonnes pratiques de la recherche & protection des données

Le doctorant a été formé aux bonnes pratiques cliniques de l'ICH E6(R3). La présente recherche scientifique relevant du champ des sciences humaines et sociales, et ces questions ne pouvant induire un risque psychologique pour les informants, l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été requis et n'a pas été sollicité. L'étude a respecté, de sa conception à son déroulement, les règles de sécurité et les pratiques validées par la loi informatique et liberté pour la recherche scientifique hors santé(72). Les informants ont consenti de manière libre et éclairée pour leur participation à l'étude, ils n'ont pas été rétribués.

Afin d'accéder à l'enquête de recrutement en ligne, la population médicale a successivement validé :

- Un formulaire de consentement afin que les données à caractère personnel les concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche (politique de confidentialité).
- Un formulaire de consentement pour participer à l'étude et d'être contactés par les organisateurs.

Ces documents ont été partagés aux informateurs clefs et rappelés verbalement pour ceux n'ayant pas complété le questionnaire en amont de l'EI. Les participants aux EI ont validé un formulaire de consentement à l'enregistrement en accédant au logiciel web pour les visioconférences. Le consentement a été notifié verbalement pour les EI réalisés par conférence téléphonique ou en présentiel. Afin d'obtenir un consentement éclairé, les entretiens ont été systématiquement précédés d'une brève introduction par le doctorant, rappelant le contexte de l'étude, les modalités et la destination des enregistrements.

Conformément aux bonnes pratiques appliquées à la recherche, en particulier de transparence et d'équité, il a été proposé à l'ensemble des participants une communication des résultats après la clôture officielle de l'étude.

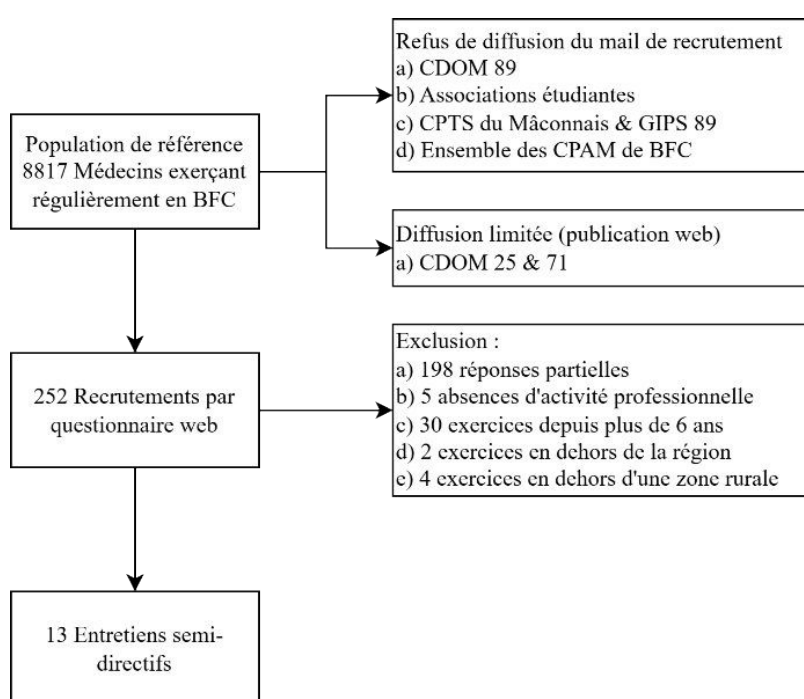
III. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

1.1 Médecins exerçant en milieu rural

La BFC comptait 8 817 médecins inscrits à l'Ordre et en activité au 1^{er} janvier 2026. Ce chiffre n'inclut pas les médecins exerçant une activité régulière et non inscrits concernés par l'étude tels que les étudiants disposant d'une licence de remplacement. 252 médecins ont répondu au questionnaire de recrutement. Après exclusion des informants ne correspondant pas aux critères d'inclusions, les 13 informants restant ont tous été sollicités pour participer aux EI et ont constitué la population de l'échantillon.

Le taux de réponse au questionnaire de recrutement de la population étudiée est de 2.85%. Ce pourcentage est à minorer du nombre de médecins non connu exerçant une activité régulière et non inscrits à l'Ordre des médecins.



L'échantillon était composé de sept femmes et six hommes, âgés de 29 à 38 ans avec une moyenne d'âge de 32 ans, tous médecins généralistes. Deux praticiens exerçaient en institution ou centre hospitalier (gériatrie) avec une activité salariée, les autres exerçaient en ville, dont deux en salariat par le biais de centres de santé départementaux. La répartition départementale d'exercice des répondants était ainsi : huit de la Nièvre, deux de la Côte-d'Or et un pour le Doubs, le Jura et la Saône-et-Loire.

Figure 1 - Diagramme de flux de la population médicale

À l'exception des deux médecins Côtes-d'Ors, dont un exerçait en zone d'action complémentaire (ZAC), les répondants exerçaient en zone d'intervention prioritaire (ZIP). L'accessibilité potentielle localisée moyenne (APL) des sites d'exercice des répondants allait de 1.5 à 5.2, avec une moyenne à 3.34. Tous les médecins répondants étaient installés. Six des treize répondants étaient issus de la ruralité (par leur lieu de naissance ou leur résidence jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire). Une répondante exerçant en zone urbaine intermédiaire a été incluse, car le bassin de vie de la commune d'exercice était classifié comme rural. *A contrario*, une autre répondante a été exclue car ses communes d'exercice ne relevaient pas de la ruralité, mais leurs bassins de vie étaient pourtant classifiés en rural. Deux répondants avaient réalisé leurs études médicales à l'étranger.

Neuf des treize répondants sont issus des professions intermédiaires, un répondant du milieu agricole, un répondant de parent artisan/commerçant et quatre des cadres et professions intellectuelles supérieures. En 2006, 40% des médecins généralistes étaient enfants de cadres

supérieurs (contre 51% pour les autres spécialités), 20% étaient issus de parents artisans/commerçants et de professions intermédiaires(73).

La durée des EI a été en moyenne de 60 minutes (*minima* de 48 minutes et *maxima* de 91 minutes).

1.2 Informateurs clefs

La région BFC compte 3 467 communes rurales regroupées au sein de 94 bassins de vie ruraux dans 15 PETR et huit départements. La représentation nationale de la région est assurée par 28 députés et 18 sénateurs.

Les 46 représentants législatifs ont été sollicités : cinq ont répondu favorablement et ont été intégrés à l'étude, deux sénateurs et deux députés ont refusé (contraintes d'agenda), deux sénateurs ont abandonné (indisponibilités).

Un élu du conseil régional a répondu favorablement et été intégré à l'étude.

Les huit cabinets de conseils départementaux composant la BFC ont été sollicités : deux élus et trois techniciens ont été intégrés à l'étude pour trois départements, un conseil départemental a refusé (non-volonté de communication sur leurs actions).

Huit cabinets de PETR ont été sollicités : un président et un chargé de mission de deux PETR ont répondu favorablement et ont été intégrés à l'étude, deux cabinets ont refusé en raison de la période électorale.

Trois maires ruraux ont été sollicités et ont répondu favorablement : deux ont été intégrés.

Une préfecture a été sollicitée et a répondu favorablement.

Une direction d'ARS a été sollicitée, a répondu favorablement et a été intégrée à l'étude.

Huit CPAM ont été sollicitées : deux agents d'un département ont répondu favorablement et ont été intégrés à l'étude, un département a refusé (non-pertinence perçue du répondant à sa participation à l'étude).

L'échantillon était composé de 18 informateurs clefs, composé de onze femmes et sept hommes, âgés de 29 à 78 ans avec une moyenne d'âge de 53 ans. Six répondants vivaient en ruralité. La répartition départementale d'action des répondants était ainsi : neuf de la Nièvre, trois de la Côte-d'Or, deux du Doubs, du Jura et de l'Yonne.

La durée de EI a été en moyenne de 46 minutes (*minima* de 25 minutes et *maxima* de 71 minutes).

2. Analyse thématique des entretiens individuels

2.1 Médecins exerçant en zone rurale

a) Un profil sociologique homogène à la littérature

La plupart des répondants ont été exposés pendant leur enfance ou leurs études à un modèle médical, souvent individualisé. Ce modèle de mentorat est souvent cité comme moment clef à la création de leur vocation.

L'ensemble des jeunes médecins n'ont pas eu un vécu satisfaisant de leurs études médicales, en particulier de l'externat. Les thématiques qui reviennent de manière récurrente étaient le rejet de la course à l'excellence, le paternalisme des enseignants au Centre hospitalier universitaire (CHU) et la violence propre au milieu hospitalier, la charge de travail, le manque de responsabilité et le sentiment d'inutilité. Cette projection négative a pu être compensée par la création de nouvelles interconnaissances estudiantines, en particulier pour les répondants issus de la ruralité pour certains marqués par la rupture avec leur milieu antérieur. Ce ressenti a évolué durant l'internat avec davantage de construction du sens et d'identification au métier de médecin.

Le déroulement de l'internat, en particulier de médecine générale, imposait aux étudiants une mobilité semestrielle qui a pu être source d'insécurité. En particulier, il ressortait des entretiens que l'isolement dans des territoires ruraux (pas d'interconnaissances locales ou estudiantines) a contribué à une remise en question de l'installation du praticien dans un espace bien plus étendu que la seule zone de stage. Ce concept pose la question de la responsabilité des conditions d'accueil des étudiants souvent laissées à l'appréciation de commune et de quelques praticiens agréés maîtres de stage des universités (MSU) alors que l'impact pourrait couvrir l'échelle d'une intercommunalité ou d'un PETR.

Le déracinement à la ruralité au travers de l'exode urbain étudiant a pu être vécu initialement avec insécurité, sidération et conduit les répondants à régulièrement réintégrer leur milieu d'origine, phénomène qui a décru avec la création de nouvelles interconnaissances urbaines.

Afin de découvrir et préciser les contours de leur projet professionnel, les répondants ont débuté par des stages et remplacements sur un territoire donné avant d'y envisager leur installation. Plusieurs années ont ainsi pu s'écouler entre la fin des études et l'installation du médecin, correspondant à un temps d'expérimentation et d'approche des pratiques (la douzième année après l'internat, environ 96% des médecins exercent dans la même commune que l'année précédente)(37).

Les aides financières liées à l'installation en zone sous-dense n'ont pas été présentées comme déterminantes dans le projet d'installation des médecins. Elles étaient évoquées au mieux comme facilitatrices, voir péjorativement comme un abus. Ces représentations sont à prendre avec le recul d'une attitude ambivalente que peuvent présenter, de manière générale, les médecins partagés entre une démarche libérale et une « éthique de modération » (qui rejoint l'interdiction déontologique de « faire commerce »)(39).

b) Le rapport à la ruralité

Si les médecins ont évoqué la disparité culturelle et d'offres de services de proximité en ruralité, il ne semblait pas s'agir d'une thématique particulièrement influençante sur leur choix d'installation, en particulier pour les répondants issus de la ruralité. Lorsqu'elle était évoquée avec appréhension ou sur une connotation négative et freinante, elle était mise en relation avec le conjoint ou mise en perspective avec d'autres ruralités voisines qui seraient moins bien desservies (même dans le cas où le répondant exerce dans un bassin de vie rural de classe D). L'accessibilité aux services était associée à la dépendance aux transports.

La mobilité était une thématique récurrente des EI. Lorsqu'elle était présentée comme une contrainte, c'était en particulier par considération écologique et pour la vie de famille, en association au conjoint. Cela peut s'expliquer par une difficulté d'employabilité du conjoint non-médecin dans un périmètre proche, dont nombre relèvent des professions intellectuelles supérieures, obligeant à un exode plus important.

Les médecins évoquaient à la marge des conflits inter-ruralités, que ce soit entre collectivités locales ou parfois entre professionnels. Sur ce second aspect, les conflits renvoyaient à une concurrence entre professionnels pour la conservation de sa patientèle – représentations anciennes facilement critiquées.

Les médecins retournant à la ruralité après le cursus universitaire semblaient présenter des traits sociologiques particuliers qui s'expliqueraient en premier par l'âge des répondants. La plupart avaient déjà construit une unité familiale et un tissu d'interconnaissances urbaines, soulevant des attentes spécifiques de logement, d'employabilité du conjoint, d'accès à un mode de garde des enfants et de reconstruction de liens amicaux (en particulier pour ceux qui n'étaient pas issus du territoire d'exercice, la perte d'interconnaissances initiales liée à l'exode urbain étudiant ne semblait pas particulièrement affecter les médecins). La dynamique d'adaptation des couples à la construction d'un projet de vie est souvent genrée, avec une fréquente adaptation de la femme au projet de son conjoint : les médecins interviewés ne semblaient pas épargnés par ce phénomène. Ces résultats sont cohérents avec les recherches antérieures qui ont montré un rapprochement des modèles de genre sur la génération *millennial* mais toujours marqué par une inégale distribution des rôles familiaux(74).

L'exercice en ruralité s'accompagnait d'une recherche de cadre plus qualitatif par rapport à l'urbain. Le pouvoir d'achat y était décrit comme plus important, la qualité des interconnaissances plus importante. L'initiation de l'installation en ruralité était fréquemment associée à la parentalité.

c) Médecin des villes, médecin des champs

L'exercice de la ruralité était représentée en miroir de la ville : plus humaine, plus qualitative, « utile » et centrée sur le patient ; qui s'éloigne du consumérisme du soin.

L'identification à l'ethos de médecin en ruralité semblait s'accompagner d'une dévotion laïque très présente dans les retranscriptions, d'une recherche d'utilité et de sens à un exercice d'engagement. Cette dévotion était parfois la recherche d'une image de respectabilité qui semblait moins présente en milieu urbain.

Le recours aux spécialistes et deuxième recours y étaient décrits comme davantage compliqués mais obligeant à une forme de bricolage et de créativité de son propre exercice. Si cette représentation peut être décrite négativement, elle semblait également apporter une satisfaction professionnelle dans le sens où elle permettait au praticien d'enrichir ses compétences et d'approfondir son rôle, qui n'était pas réduit à un « adressage ». Les professionnels interrogés évoquaient tous l'opportunité de créer leur propre exercice grâce à la distance de l'offre de soins. Par ailleurs, la formation de leur propre réseau faisait partie intégrante de la construction de leur installation.

La perte d'anonymat était ressentie comme le pendant de l'exercice en ruralité. Si elle pouvait être associée à une recherche de notoriété et une valorisation de l'ethos médical et de la quête de sens du métier, elle s'associait fréquemment à des appréhensions de redirection vers le modèle de « disponibilité permanente » qui semblait perdurer dans l'imaginaire des populations rurales, où à une gêne liée à la perte d'objectivité et de distance entre le patient et le médecin.

Certains l'associaient au risque de perte d'un modèle de respectabilité d'une trop grande connaissance de l'intimité du médecin.

Les répondants manifestaient régulièrement leur regret d'une formation universitaire qui ne prendrait pas en compte les spécificités de la médecine en ruralité, souvent rapportées comme celles d'un exercice plus complexe qu'en ville et auxquelles ils ont été confrontés après leur installation. La centralisation des formations (Dijon pour la Bourgogne) a également été pointée comme un frein à la ruralisation du métier de médecin généraliste.

d) Remplaçabilité & équilibre de vie personnelle

La remise en cause du modèle de « disponibilité permanente » est amorcée depuis plus de vingt ans, et s'il a été longtemps lié à la féminisation du métier il n'est pas exclusivement déterminé par ce processus. Ce modèle, historiquement lié à la masculinité du médecin, était permis par la décharge totale de la gestion de la vie quotidienne (notamment sur la conjointe) et à un lieu d'exercice (la salle de consultation) au sein du domicile familial. La régulation des temps de travail touchait l'ensemble des nouvelles générations médicales, mais il s'exprimait différemment en fonction des appartenances sexuées : la notion d'équilibre renvoyait davantage, chez les femmes, au lien entre travail et famille (« injonction à la conciliation ») là où elle s'exprimait comme bien-être personnel chez les hommes. L'articulation des temps de vie renvoyait à une contestation de modèle de « disponibilité permanente » qui continue de peser en héritage culturel sur l'ethos du médecin(75,76).

Cette reconstruction des temps de vie, qui a été initiée il y a une vingtaine d'années, a amené les jeunes praticiens à développer des stratégies d'exercice afin de ne plus être la seule réponse médicale d'un territoire : tout ne doit pas porter sur le praticien, qui a régulé son activité pour conserver un espace de vie privée et donc a limité l'impact de son changement de mode de vie ou d'exercice.

De manière plus générale, ces attentes étaient celles de la génération Y ou *millennials* (naissance entre 1980 et 1995) : recherche d'un management de proximité, de missions porteuses de sens et plus de flexibilité organisationnelle(77).

Cette approche différente du modèle de « disponibilité permanente » a mis en exergue la fragilité de certains projets professionnels. Dans ce modèle, l'installation n'était pas conçue comme une finalité, et l'acte d'engagement et de dévotion exprimé par les répondants pour un projet en ruralité ne s'opposait pas à sa remise en question pour maintenir une articulation des temps de vie jugée acceptable.

De manière plus générale, chez les médecins, la plainte du « trop » de travail renverrait à la perception d'un excès de confrontations aux difficultés du corps social, de charges administratives, de stress dans le planning de travail et d'insuffisance de vie familiale(78).

Chez les répondants, la fatigabilité du métier n'était pas une thématique très prégnante des EI. Elle apparaissait chez les médecins exerçant en bassin de vie rural de type C et D. Les médecins qui l'exprimaient l'évoquaient comme une expérience passée, qu'ils ont jugulée, ou une appréhension future.

Malgré l'engagement rural et la complexité ressentie à se créer un réseau de pairs, cette modularité se poursuivait dans la volonté de non-régulation de l'exercice médical (à l'exception d'un répondant qui exerce en bassin de ruralité de classe D).

e) Modularité

Les médecins, en particulier libéraux, ont été décrits comme bénéficiant d'une « souveraineté temporelle » à la différence des autres corps de métiers y compris à niveau de vie équivalent.

Ce concept renvoie à la capacité des médecins d'assez facilement moduler leur temps de travail et leurs activités professionnelles selon d'autres engagements et événements de vie personnelle(76).

Cette modularité s'exprimait chez les répondants par la mise en place de stratégies d'arrangements temporels, de création et d'optimisation de protocoles, d'éducation à la patientèle, de libération de charges mentales (typiquement administratives), de structurations de réseaux professionnels et de lieu d'exercice. Les répondants exprimaient souhaiter un exercice qui soit plus modulaire, avec leur propre spécificité. Sous ce prisme, les fragilités du milieu rural deviennent un territoire d'opportunité : l'absence de ressources locales permettrait aux médecins d'apporter une plus-value et de se spécialiser selon leurs intérêts personnels (sport, urgence, hospitalier, examens complémentaires).

L'exercice de la médecine salariée peut être à ce sens recherché pour le travail en équipe permis par le regroupement, la réduction des tâches administratives par rapport à l'exercice libéral, la non-gestion du personnel qui incombe à l'employeur, l'installation facilitée clé en main(79). Dans notre étude, les médecins salariés interviewés se différenciaient des libéraux sur davantage de cloisonnement professionnel/personnel (aller au « bureau » et maîtriser ses horaires en accédant aux 35 heures et congés comme le reste des salariés en France). Ils souhaitaient également davantage être libérés d'une responsabilité vis-à-vis de la patientèle (comme peut l'être le libéral remplaçant) et conserver ainsi une possibilité de mobilité : les patients seraient toujours suivis par d'autres salariés et non dépendants du médecin.

f) Créativité pour une nouvelle technicité

Les médecins répondants exprimaient régulièrement une volonté de construction de leur propre norme, que ce soit professionnelle ou personnelle. Ils étaient conscients d'accepter de s'éloigner d'une excellence technique réservée au monde universitaire au profit d'un nécessaire espace de créativité en limitant les contraintes et cadres jugés restrictifs.

Les médecins répondants ont ainsi fait référence aux territoires ruraux comme une opportunité de se créer une spécificité professionnelle médicale inaccessible en ville. L'installation en milieu rural leur offrait une fenêtre d'opportunité pour développer la technicité à laquelle ils aspiraient et rendue nécessaire par les carences des zones déficitaires.

Ces thématiques étaient souvent associées au regret de ne pas avoir pu bénéficier durant leur cursus universitaire de formations aux compétences spécifiques et nécessaires à leur exercice rural.

g) Un rôle support des collectivités et élus locaux

Nous avons observé une distance, si ce n'est une absence de reconnaissance des médecins dans le rôle et les choix pris par les collectivités locales. Elle s'illustre pour certains répondants par l'impression d'une surmédiation de recherche du médecin de famille qui ne prendrait pas en compte un plan sanitaire d'ensemble, de décisions d'ouverture de centres de santé départementaux jugées arbitraires mais plus généralement par une incompréhension entre deux « mondes » - par le langage, les objectifs et les temps de mise en place.

Certains répondants abordaient une récupération politique de leur projet ou de contraintes sur leur parcours étudiant ou professionnel. Le médecin se ressent parfois limité à une ressource patrimoniale, dont la gestion relèverait des collectivités.

Certains répondaient exprimaient, à la marge, d'attendre des collectivités et élus un rôle support pour l'accompagnement de leur projet professionnel.

2.2 Informateurs clefs

a) Construire ou porter un discours

Répondre à une attente des citoyens est une des principales thématiques ressortie des EI, que ce soit par sa fréquence (12 des 19 répondants) ou son importance (8^{ème} thématique en nombre de caractères). Lorsqu'elle est prise en compte avec la description des rapports à la santé de la population, il s'agissait de la première thématique des répondants. Les informateurs clefs avaient conscience que le sujet était devenu prioritaire pour les citoyens qu'ils représentaient. Lorsque leur mandat ne relevait pas des compétences sanitaires, certains répondants se déclaraient concernés par la problématique de démographie médicale depuis les années 2000 à 2010, mais en général ils s'étaient principalement emparés du sujet vers 2015 et décrivaient une forte accélération en 2020 avec la crise sanitaire du SARS-CoV-2.

Contrairement aux EI des médecins, dont le déroulé faisait apparaître de nouvelles thématiques jusqu'à obtention d'une certaine saturation, les informateurs clefs ont eu des EI contradictoires en terme de contenu les uns aux autres. Ces contradictions semblaient supporter deux approches, celle d'un discours construit (les « constructeurs ») et d'un discours porté (les « porteurs »), dont la différence principale semblait reposer sur l'origine de la perception du médecin en ruralité.

Ces contradictions soulèvent une problématique dans la valorisation que faisaient les élus de ces représentations, pas forcément objectivée, et des politiques qui en découlaient. La construction du discours des répondants se faisait, au moins pour partie, par leur représentation médicale individuelle et pose la question de prise de recul voire d'actualisation.

Nous avons observé une progressivité du point de vue pour les « constructeurs », notamment ceux dont le parcours leur a permis une connaissance plus approfondie du corps médical, en dehors de leurs fonctions (conjoint ou ex-conjoint de médecin, professionnel de santé) ou qui se sont emparés plus tôt de la problématique de démographie médicale.

Les « porteurs » véhiculaient un discours plus polarisé, que nous développons ci-après. Ce discours semblait marqué par un biais d'ancrage, et l'écoute de la perception individuelle du médecin paraissait moins forte que les représentations véhiculées par les médias ou par la population. L'ancrage sur ces représentations ne semblait pas leur permettre de se construire leur opinion, ce qui expliquerait le manque d'attente exprimé vis-à-vis du rôle du médecin en ruralité durant les EI.

b) Décalage de la représentation des médecins

Nous avons observé chez les répondants un décalage temporel dans la représentation du médecin, marqué par un retard dans la prise de conscience des changements du métier et des aspirations des praticiens par rapport à leurs expériences personnelles.

La représentation de la féminisation de la profession médicale en France était un marqueur intéressant pour mesurer ce retard, car il est documenté depuis au moins 25 ans(80). Le processus de féminisation s'est observé tout au long du XX^{ème} siècle avec une importante accélération dans les années 1970 : la part des femmes représentait plus de 40 % des étudiants en médecine en 1974, et près de 69 % en 2003(81). La réforme de l'internat de 1982 a, en particulier, influencé l'orientation vers la médecine générale des médecins femmes(80).

Ce processus de transition semblait pourtant constituer un élément plus récent pour partie des répondants. Ce décalage de représentation a pu s'associer à une méconnaissance du fonctionnement du système de santé français, des études médicales et du métier de médecin en particulier généraliste. Ces résultats rejoignant la littérature, un travail doctoral ayant en 2025 montré que les élus municipaux et techniciens en milieu rural avaient une définition de la santé

généralement réduite à des dimensions corporelles ou médicales, omettant sa dimension transversale, positive et quotidienne comme définies depuis 1946 par l'OMS(82).

Une autre illustration de ce problème d'actualisation et de temporalité, fréquemment cité dans les EI, était la difficulté d'accès à un dermatologue dans les territoires ruraux en BFC et en particulier dans la Nièvre. Cette problématique était présente dans les doléances des citoyens, elle était véhiculée par plusieurs répondants. Cette réalité impactait au moment de l'étude pourtant moins le suivi des patients en ruralité que l'accès à d'autres spécialités : des solutions de télé-expertise publiques et privées existaient et sont accessibles depuis une dizaine d'années aux soignants (médicaux et para-médicaux) permettant d'avoir un avis précis en quelques jours, avec en cas de nécessité une structuration de réseaux de proximité pour l'exérèse de lésions suspectes.

L'influence d'un modèle ancien de médecin, que nous avons précédemment décrit, était prépondérant dans la construction du discours des répondants (première co-occurrence des codages). Les représentations de la jeune génération médicale étaient non seulement nouvelles pour les répondants, en décalage d'une vingtaine d'années, et très fréquemment opposées avec la représentation d'un exercice rural ancien et probablement mythifié¹¹. Ce décalage dans la représentation des médecins pouvait s'expliquer par la chronologie plus récente de médiatisation de la démographie médicale déficitaire. Elle a obligé partie des répondants à prendre position sur un sujet qui leur était relativement nouveau et à ajuster leur représentation à l'arrivée des nouvelles générations médicales en ruralité, avec un référentiel en mouvement.

L'aspect technique de l'évolution des compétences professionnelles des médecins n'était souvent pas commenté par les répondants. *A contrario*, il est intéressant de remarquer l'expression quasi systématique d'un point de vue, que ce soit en soutien ou en désapprobation, sur l'organisation nouvelle du temps de travail des médecins, de leur recherche d'équilibre personnel et plus généralement du modèle de « souveraineté temporelle » précédemment décrit¹².

Cette prise de position peut s'expliquer dans la manière assez générale où le médecin était vu par les répondants, en particulier les collectivités locales, comme une plus-value patrimoniale. « L'équipement » d'un médecin rayonnerait sur l'aménagement d'un territoire au-delà de la seule compétence en santé. Sa disponibilité serait alors mesurée en fonction de son apport pour le territoire.

Certains répondants portaient une vision dégradée du médecin généraliste, par son manque de compétence (il ne serait pas assez bon pour se spécialiser) ou par son manque de dévotion (en miroir d'une représentation du praticien sur le modèle de « disponibilité permanente »), qu'il serait intéressant d'approfondir.

c) Marketing territorial

La principale composante de discours des informateurs clefs, que ce soit en terme de fréquence de code ou en volumes de caractères, portait sur ce que nous avons conceptualisé comme « marketing territorial » (terme spontanément utilisé par plusieurs informants). Cette thématique regroupait les discours permettant « la vente » d'un territoire auprès d'un médecin,

¹¹ Les représentations du modèle de « disponibilité permanente » du médecin de campagne serait un objet d'étude à approfondir. L'exercice en ruralité dans les années 80 sur les territoires étudiés a été présenté au doctorant par des médecins d'une soixantaine d'années comme moins fatigant qu'aujourd'hui, grâce au nombre de praticiens, plus important, disponibles à l'époque, leurs permettant plus de visites à domicile et des journées moins denses, et une patientèle plus jeune.

¹² Modèle pourtant déjà présent dans l'exercice des médecins avant la féminisation de la profession.

identifié comme « client ». Il se déclinait à différents niveaux et selon les mêmes processus, de la commune locale à la collectivité régionale.

Il reposait sur un besoin d'analyse et de meilleure compréhension du « client » médecin, de ses besoins, de son comportement et de son parcours, afin et d'attirer leur attention et faire une proposition de « vente » d'un territoire. Ce besoin d'analyse a été exprimé par plusieurs répondants dès les premières minutes d'entretiens, en soulignant l'utilité de notre travail de recherche pour mieux cibler le médecin afin de s'en doter. La thématique du marketing territorial présentait une forte co-occurrence de code avec le besoin de dotation de médecins.

Cette thématique était essentiellement portée par les collectivités locales, et faisait moins partie de la construction de discours à l'échelle de la représentation nationale.

Le marketing territorial semblait être une réponse privilégiée à l'impossibilité de coercition du corps médical, y compris par le salariat en centre de santé départemental : puisqu'il n'y a pas de contrainte possible pour répondre à une attente identifiée par la collectivité, il deviendrait nécessaire de séduire. Ce marketing territorial posait plusieurs problématiques : la première est qu'elle met en concurrence les territoires et collectivités entre eux, avec un risque d'échappement et de surenchère⁽²¹⁾. Elle pouvait aussi être source de frustration lorsqu'on la mettait en perspective des précédents éléments de recherche : la collectivité territoriale cherchait à obtenir un médecin, en répondant à ses attentes, qui n'étaient peut-être pas en adéquation avec les besoins sanitaires du territoire ou les représentations actuelles d'exercice des médecins¹³. Le marketing territorial présenté par les répondants se focalisait sur la dotation de médecin, mais posait peu la question de la projection future. La « pose de plaque » d'un médecin rural était souvent vue comme une finalité et les années de pérennisations ou de développement de l'activité du praticien n'étaient pas pensées. Nous sentions ici l'émergence de deux visions s'opposer : d'abord celle d'une représentation ancienne du corps médical, véhiculée par la population et critiquée par les répondants, dont l'installation fixait le producteur de santé sur un territoire, face aux aspirations plus fluides des nouvelles générations médicales, qui mettaient leur recherche d'équilibre personnel avant une « fidélité » à un territoire ou un mode d'exercice.

Le marketing territorial comporte :

- La valorisation des qualités propres à la ruralité (cadre, nature, facilité d'accès au foncier), souvent en miroir d'une description péjorative du tissu urbain. À l'exception des problématiques d'enclavement et de mobilité qui semblent faire consensus chez une majorité des répondants, un seul des répondants a apporté des éléments de description plus réservés sur la ruralité ;
- un accompagnement au projet de vie des médecins poussé jusqu'à la « conciergerie départementale » (accessibilité des édiles ; facilités d'accès aux services familiaux et employabilité du conjoint), un soutien au développement du foncier (subvention aux pôles de santé), la création de structure de salariat (essentiellement départementale) ;
- les aides financières à l'installation, qui étaient fréquemment critiquées, en particulier les zones France ruralité revitalisation (ZFRR) qui amèneraient une mercantilisation des médecins¹⁴ ;
- la contribution au développement des territoires (mobilités, services de proximité) et au foncier des projets de santé ;

¹³ Par exemple la volonté d'une municipalité rurale d'installer un médecin seul dans un cabinet, alors que les jeunes praticiens ont tendance à privilégier l'activité de groupe sur des pôles de santé intercommunaux.

¹⁴ Les termes utilisés ne sont pas sans évoquer la description des médecins intérimaires « mercenaires » lors du plafonnement de leur rémunération en 2023.

- La lutte contre l'exode rural ;
- l'amélioration de la communication entre professionnels de santé et pouvoirs publics ;
- la création d'un tissu familial local et d'interconnaissances rurales ;
- le développement de la formation en ruralité, en contribuant à la délocalisation de l'enseignement et à l'apprentissage des spécificités de la médecine rurale ;
- Une forme de publicité du médecin, invité à s'impliquer dans la vie locale. Le médecin présent doit montrer qu'il est là et qu'il s'investit dans la vie publique.

d) Organisation territoriale du monde médical

Un ensemble de thématiques faisait référence à l'organisation territoriale du monde médical souhaité par les collectivités. Ces dernières voulaient que leurs connaissances (d'un territoire, d'une population) influent sur une politique de santé publique, depuis l'organisation individuelle d'exercice de la profession de soignants à des campagnes de santé publique et à la réforme des métiers. Lorsque les répondants prenaient conscience de sortir du cadre légal qui délimite leurs actions publiques, ils justifiaient l'élargissement de leur périmètre par l'intérêt général de leur territoire dont chaque collectivité serait garante.

Une manifestation de cette volonté d'organisation était la critique récurrente par partie des répondants du rôle des CPTS, de la charge administrative supplémentaire qu'elles feraient supporter à un territoire, leur manque de transparence et de leur coût. Ces critiques pouvaient également se lire par cette volonté d'administration des affaires en santé, les CPTS étant des organisations financées par l'Assurance Maladie pour l'organisation territoriale entre professionnels de santé, et sans pouvoir décisionnaire de la part des collectivités locales.

Cette volonté d'organisation du monde médical pouvait s'expliquer par les désaccords exprimés par partie des répondants sur la manière dont s'articulait la profession. Ces critiques concernaient surtout le mode de vie des soignants, en comparaison avec un modèle plus ancien de la médecine générale rurale, mais certains répondants (non soignants) allaient jusqu'à remettre en question le professionnalisme médical. Les critiques portaient aussi sur le corporatisme des soignants, au détriment de l'intérêt général de la population. Cependant, de manière générale, les soignants étaient portés comme des acteurs privilégiés de la construction de politique publique.

Les répondants se décrivaient comme porteurs d'initiatives, parfois sur des cadres extra-légaux. La fragilité des projets était souvent mentionnée.

e) Centralisation délétère à la ruralité

Trois thématiques étaient souvent représentées dans le discours des informateurs clefs lorsqu'ils étaient interrogés sur la médecine en ruralité : la centralisation des dispositifs en métropole, le blocage des initiatives par les pouvoirs au niveau urbain, l'inadéquation de politiques verticales ou nationales.

La centralisation des dispositifs dans les grands centres urbains faisait fréquemment référence à la formation en CHU des spécialités autres qu'en médecine générale, et les difficultés ressenties à répartir ces professionnels sur les zones rurales.

Ces blocages étaient décrits par rapport au pouvoir décisionnaire dont la collectivité n'a pas la compétence : un maire en ruralité reprochait un blocage au conseil régional sur un investissement immobilier, qui lui-même reprochait à l'université de ne pas favoriser une décentralisation de l'enseignement.

L'inadéquation des politiques nationales s'exprimait pour partie des répondants par l'inertie administrative et le manque de lisibilité des dispositifs.

Une thématique récurrente des répondants, en particulier en lien ou ayant été en lien avec des responsabilités nationales, était l'absence ressentie de planification.

IV. Discussion

1. Synthèse des principaux résultats

L'analyse thématique des EI des médecins ayant récemment fait le choix d'exercer en ruralité en BFC concordait avec la littérature existante décrite en introduction. Le portrait sociologique dressé par notre étude a également permis d'observer des traits nouveaux, dépassant l'origine géographique et sociodémographique des médecins et que nous nous attacherons de préciser ici.

Le parcours initial de ces jeunes médecins était particulier. Ils ont fréquemment eu un vécu négatif du premier et second cycle des études médicales, lié à une perte de sens du métier et un rejet du milieu hospitalo-universitaire. Il leur a souvent fallu attendre l'entrée dans le troisième cycle de leurs études, l'internat, pour leur permettre de se construire un ethos professionnel satisfaisant. Cette étape en creux du parcours initial du médecin semblait déterminante dans le cheminement vers la ruralité. La recherche initiale de technicité des répondants était jugée insatisfaisante lorsqu'elle se heurtait au modèle des CHU, ce qui les a conduit ensuite à une vision globale du métier, permis grâce à la médecine générale, où se questionnait la ruralité. Ce processus nous a fait suspecter qu'une présentation précoce de l'exercice en ruralité ne serait pas pertinente. Il était au contraire régulièrement mentionné le regret d'une formation spécifique à la médecine rurale, dont les compétences sont ressenties différentes de la pratique urbaine.

Le rapport à la ruralité de ces médecins était marqué par la problématique de mobilité et de disparité culturelle et d'offres de services de proximité, davantage par rapport à l'acceptabilité pour le conjoint, dont la question d'employabilité et d'intégration est centrale. Les répondants décrivaient facilement l'évolution de leurs attentes. Le cadre de vie rural n'aurait pas été adapté à leur vie universitaire, mais il était en adéquation à un besoin sur une tranche de vie particulière car l'installation correspondait souvent à une construction familiale, elle-même sur une dynamique nouvelle qu'il serait intéressant d'explorer (sociologie sur l'évolution de la structure familiale et notamment de la dimension monoparentale).

La ruralité leur permettait de répondre à plusieurs attentes professionnelles qu'ils n'estimaient pas accessibles en ville : davantage de modularité et de créativité. Ces médecins se caractérisaient en effet par la recherche d'une pratique jugée plus « humaine », avec plus de liberté et de sens, une meilleure qualité de vie en s'éloignant d'une forme d'« industrie » du soin (tout en souhaitant conserver un certain niveau de revenus et de compétences). En ce sens, la ruralité était perçue bien souvent comme une opportunité professionnelle plutôt qu'un espace de difficultés.

Nous observons que ces médecins avaient une recherche plus longue que d'autres corps de métiers d'un équilibre de vie personnelle et professionnelle. Cet équilibre pouvait être compromis par l'influence externe (pression sociétale et politique quant à la représentation professionnelle attendue). Les médecins ressentaient que cette forte attente sur leur métier et leur mode de vie leur laissait peu de marge de manœuvre pour planifier leur installation.

C'est à cet égard que les médecins pouvaient porter leurs attentes vis-à-vis des collectivités locales, en rôle support de leur installation. Nous observons cependant une asymétrie des rapports avec deux couloirs d'échanges sur les problématiques de santé en ruralité qui restaient, dans l'ensemble, assez verticaux, descendants et assez étanches l'un à l'autre :

- Un échange entre élus nationaux, collectivités locales et citoyens, sous influence médiatique ;
- Un échange entre institutions (ARS, CPAM) et professionnels de santé ;

De manière générale, les élus échangeaient peu avec les professionnels de santé et les institutions, et s'approprièrent un rôle qui ne leur était pas reconnu par les médecins. Le dialogue était interpersonnel avec les collectivités locales et les professionnels de santé, ce qui pouvait poser une problématique contournable dans l'axe institutionnel.

Notre étude a mis en avant plusieurs raisons pouvant expliquer cette limite de dialogue :

- Les médecins n'ont pas été acclimatés durant leurs études à travailler avec les collectivités ;
- Les médecins ressentaient une pression de la part des collectivités et des habitants lorsqu'ils manifestaient un projet d'installation ;
- La démographie médicale était une problématique récente à l'échelle des collectivités, qui découvraient avec un décalage temporel les évolutions de l'ethos médical amorcées à la fin du XX^{ème} siècle ;
- De ce retard a découlé une méconnaissance des aspirations de la nouvelle génération ;
- La forte représentation patrimoniale du médecin rural par les collectivités locales engendrait un discours marketing territorial qui s'intéressait davantage à répondre à une attente citoyenne (se doter d'un médecin) qu'à répondre aux attentes professionnelles.

Ce dialogue semble nécessaire pour aborder la temporalité de l'aide à l'installation qui ne se cantonne pas au moment de poser sa plaque, actuel angle borgne des politiques publiques.

Les politiques de soutien à l'installation actuelle sont essentiellement financières : elles étaient critiquées tant par les informateurs clefs que les médecins. Ces aides ne prennent pas en compte la temporalité de l'installation, qui s'étend sur plusieurs années (création de réseaux, découverte et appropriations de ses propres modalités d'exercice, enracinement personnel et familial). Cette étape est peu travaillée dans la littérature et correspondrait, en sociologie des organisations, à la période d'incertitude entourant l'installation professionnelle. Il existe une probable inadéquation entre la temporalité des médecins qui s'installent et l'accompagnement des pouvoirs publics. Cette période d'incertitude représente une étape clef dans la décision du médecin de rester ou de partir. La place que prend le politique pendant cette phase peut être décisive, dans un sens comme dans l'autre.

Nous avons en effet présenté dans notre étude plusieurs stratégies d'installation en ruralité, dont certaines passent par les pairs (CPTS), mais cette étape franchie nous avons perçu un regret chez les médecins répondants qui exprimaient un sentiment d'isolement. Ce sentiment soulève la question de l'accompagnement possible afin d'éviter que l'installation du praticien, déconnecté du territoire, périclite.

2. Discussion de la méthode

Cette étude se distingue par sa thématique de recherche, peu explorée en BFC. L'analyse croisée entre les deux populations étudiées a permis de faire émerger de nouvelles hypothèses quant aux difficultés d'installation en milieu rural qui n'étaient pas présentes dans la littérature antérieure, offrant de nouvelles pistes de recherches futures.

2.1 Population étudiée

L'étude s'est intéressée à l'exercice en milieu rural de médecins avec au plus six ans d'activité professionnelle. Elle a donc fait l'impasse dès sa conception sur des profils exerçant depuis davantage d'années en zone rurale, voir d'éventuelles reconversions de médecins, plus âgés, qui ont dédié partie de leur carrière à la ruralité malgré un parcours antérieur et initial urbain, dont il serait intéressant d'étudier l'impact.

L'échantillonnage des populations définies par la méthode de l'étude ne visait pas une saturation exhaustive de par sa nature exploratoire, cependant certaines zones d'ombres peuvent subsister. Nous estimons cependant qu'une saturation a été obtenue dans les deux populations étudiées avec l'absence d'émergence de nouvelles thématiques aux derniers EI. Concernant la population médicale, l'échantillon défini en amont devait comporter toutes spécialités médicales confondues, il n'a cependant été constitué que de médecins généralistes.

L'échantillonnage des informateurs clefs, quand ils s'agissaient d'élus, n'a pas pris en compte leur affiliation politique.

2.2 Recrutement

Concernant la population médicale, le recrutement a été limité par l'absence de relance du courrier électronique de recrutement. Il n'a pas été possible de consulter la méthodologie de diffusion des instances et le respect des critères d'inclusions. Le CDOM du Doubs et de Saône-et-Loire n'ont pas souhaité transmettre le courrier électronique et l'ont publié sur leur site internet, avec un impact attendu moindre sur la population cible. Plusieurs instances ont refusé de participer à la campagne de recrutement : le CDOM de l'Yonne, les CPTS GIPS 89 et du Mâconnais, les différentes CPAM et les associations représentatives étudiantes de BFC.

Afin de recruter suffisamment de médecins, l'échantillonnage dit boule de neige par le réseau professionnel des chercheurs a induit un biais de sélection en surexprimant les répondants nivernais. Un répondant a été écarté par erreur de l'étude alors qu'il correspondait aux critères d'inclusions.

2.3 Réalisation de l'étude

L'inexpérience du doctorant dans la conduite d'EI, investigateur principal de cette étude et première occurrence dans la réalisation d'entretiens, a pu avoir un impact sur la qualité et la diversité des thématiques recueillies auprès des médecins et informateurs clefs et constituer un biais d'investigation. Correspondant lui-même aux critères d'inclusions de l'étude, et engagé depuis plusieurs années à titre personnel, syndical et politique sur les problématiques d'accès aux soins en ruralité, sa participation a pu exposer l'analyse à des biais d'interprétation. Ces biais ont pu être modérés par l'analyse en groupe de recherche.

La mise en place d'un plan de secours par conférence téléphonique a été limitant dans la collecte d'éléments lors des EI, en particulier non verbaux. Plus généralement, l'absence de traitement des éléments visuels issus des EI a induit une perte dans l'authenticité des données collectées.

L'absence de double codage a réduit l'objectivité de l'étude.

2.4 Thématiques identifiées

Au sein de la population médicale, les thématiques en rapport avec les collectivités locales, le rapport aux élus ont probablement été surexprimés en raison de la représentation plus importante des acteurs politiques dans l’imaginaire médical. En effet, la période de conduction de leurs entretiens se superposait à la période d’élections municipales. Cette même période a pu surexprimer, pour les informateurs clefs, la perception de pression citoyenne quant à l’accessibilité des médecins.

L’exploitation des données par le SIA est difficilement reproductible, même à paramètres constants. Les analyses ont cependant été conservées au vu du caractère exploratoire de l’étude.

3. Bilan et perspectives

À l’issue de cette étude, plusieurs ouvertures se dessinent. Il serait intéressant d’approfondir par une recherche complémentaire exploratoire auprès des autres spécialités médicales exerçant en ruralité, qui n’ont pas pu être incluses, afin de vérifier si le profil sociologique est similaire ou si d’autres déterminants à l’installation émergent.

Les EI évoquent plusieurs profils de médecins susceptibles de contribuer à l’accessibilité en ruralité et qui mériteraient d’être étudiés afin de mieux en cerner les attentes et accompagner leur projet professionnel :

- La reconversion de médecins passés 40 à 50 ans, quittant le milieu urbain pour venir s’installer en ruralité sur une tranche de vie où leurs enfants et proches ne dépendent plus quotidiennement d’eux. Cette population contribuerait à l’hypothèse que les jeunes médecins s’installent plutôt en milieu urbain contrairement aux médecins plus âgés.
- Les médecins ayant validé leurs diplômes à l’étranger. La littérature antérieure montre qu’ils ont davantage tendance à s’installer en ruralité.

La régulation médicale était une thématique récurrente des EI parmi les deux populations étudiées. Elle composera peut-être un volet dans l’ensemble des mesures nécessaires à l’amélioration de l’équité d’accès aux soins, mais risque d’obtenir des résultats en deçà d’une démarche volontariste. En provoquant des rotations plus rapides d’effectifs de professionnels plus jeunes et moins expérimentés, elle maintiendrait une inégalité territoriale dans la prise en charge des populations. Au vu des résultats de notre étude et des données antérieures, la régulation semble cependant intéressante en complément d’autres mesures, pour approfondir la connaissance du rural et acquérir les compétences propres à l’exercice de la médecine dans ces territoires. La récente 4^{ème} année de médecine générale semble apporter une réponse dans cette direction, les décrets d’application tendant à la réalisation prioritairement dans les zones sous-denses(83) et dont il serait intéressant de mesurer les effets sur des installations pérennes.

V. Conclusions

Cette étude qualitative, menée auprès de médecins ayant fait le choix d'exercer en ruralité depuis moins de sept ans, a identifié des dénominateurs sociologiques singuliers permettant de mieux identifier les profils les plus propices à exercer en milieu rural en BFC.

Conformément à la littérature, ces médecins sont originaires de la ruralité, ils ont étudié ou remplacé en milieu rural avant de s'y installer, leur exercice est groupé. Les aides financières les ont peu influencés, ils appréhendent la disparité d'offre et de service de la ruralité, la difficulté de mobilité et l'employabilité davantage pour leur conjoint et famille que pour eux-mêmes. Ces médecins étaient représentatifs de la génération *millennial*, le modèle d'unité familiale a évolué et a modifié l'ancrage territorial. Au-delà des caractéristiques déjà décrites dans la littérature, notre étude met en évidence un ethos médical particulier semblant indépendant de l'origine géographique ou sociodémographique. Le vécu souvent difficile des études médicales, marqué par un rejet du modèle hospitalo-universitaire, produit une pratique favorisant la créativité à la technicité, une modularité dans l'exercice avec la création de sa propre normativité, davantage d'équilibre de vie personnelle et une remplaçabilité en contrepoint du modèle antérieur de « disponibilité permanente ». Leur installation s'inscrit dans une ruralité qui leur procure un cadre qualitatif qui semble vécu comme une opportunité professionnelle et personnelle.

L'étude cherchait à identifier une distance, voire une incompréhension suspectée entre ces médecins et les informateurs clefs composés d'élus et techniciens impliqués dans l'installation en milieu rural en BFC. La problématique de démographie médicale rurale est un sujet complexe qui s'intègre dans un écosystème en souffrance et dont les enjeux dépassent la seule production de soin. Les collectivités locales se sont souvent récemment emparées du sujet, propulsé en avant par les médias et la pression citoyenne. Ils doivent composer avec des représentations anciennes et parfois dégradées du généraliste, marqué par un décalage temporel des représentations médicales d'au moins deux décennies contribuant aux malentendus avec le corps médical, lui-même non acclimaté à cette collaboration. Afin de répondre à l'attente citoyenne, et en l'impossibilité d'appliquer un modèle coercitif que certains répondants souhaiteraient appliquer, *a minima* en organisant la temporalité des médecins, leur principale réponse est la valorisation d'un « marketing territorial » afin d'attirer les professionnels de santé. Cette approche comprend une valorisation des qualités propres à la ruralité, l'accompagnement au projet de vie des médecins, des aides financières à l'installation, un soutien au foncier des exercices groupés, la lutte contre l'exode rural et le développement de la formation en ruralité. Le marketing territorial met en concurrence les collectivités. En raison du décalage temporel, les collectivités peuvent peiner à s'adapter aux aspirations plus fluides et modulaires des nouvelles générations médicales.

Au vu des entretiens, il semble important de dépasser les relations en silo entre d'un côté professionnels et institutions, et de l'autre citoyens, collectivités et élus nationaux, afin de correctement décliner des politiques publiques jugées verticales, centralisées et déconnectées des problématiques locales. À ce titre, la prise en compte de la temporalité de l'aide à l'installation semble être une piste d'amélioration majeure afin de faciliter la connexion du praticien au territoire. Par la formulation de recommandations, cette étude ouvre des perspectives pour repenser l'attractivité des zones rurales, non seulement comme un enjeu de dotation médicale, mais comme un projet sociétal plus global. La santé en ruralité ne peut se limiter à une question de ressources humaines et s'inscrit dans une dynamique territoriale, porteuse de sens pour les professionnels comme pour les populations.

VI. Recommandations aux décideurs

Objectif : proposer des mesures permettant d'améliorer le recrutement et la pérennisation des installations de médecins en zone rurale en BFC, à partir des résultats de l'étude. Ces recommandations font office de pistes de réflexions basées sur la perception subjective d'un groupe de chercheurs d'une situation complexe aux multiples paramètres. Ces mesures sont transversales.

Renforcer la formation médicale

- Favoriser le recrutement d'étudiants issus de la ruralité.
- Intégrer et valoriser les spécificités de l'exercice en ruralité dans la formation initiale et continue : sa polyvalence, sa modularité d'exercice et ses enjeux sociétaux.
- Poursuivre la décentralisation des lieux de formations, du concours d'admission en médecin à l'internat, en lien avec les acteurs locaux : ouverture d'antennes universitaires, partenariats avec les collectivités, centres hospitaliers de proximité et tissu socioculturel.
- Développer la recherche en milieu rural, clef de compréhension des enjeux.

Accompagner l'installation

- Mieux cartographier les trajectoires professionnelles et personnelles des médecins.
- Faciliter l'intégration professionnelle et personnelle des médecins selon leur projet de vie.
- Prendre en compte les spécificités sociologiques des jeunes médecins ruraux, notamment dans la construction familiale et la modularité de leur pratique.
- Prendre en compte et améliorer la qualité de vie au travail
- Prendre en charge la temporalité spécifique de l'installation en réévaluant les besoins et en ajustant l'accompagnement proposé en développant et rendant fonctionnels les outils créés par les organismes institutionnels

Améliorer le dialogue et la coordination entre les différents acteurs (universitaires, praticiens, collectivités et citoyens)

- Former élus et agents administratifs aux nouvelles représentations médicales.
- Revaloriser l'image des médecins généralistes auprès des élus afin que leur vision d'ensemble soit prise en compte dans les actions politiques locales.
- Créer des espaces de dialogue et de pédagogie entre citoyens, collectivités, institutions et médecins selon les zones d'influences médicales, délimitées par les flux de population.
- Définir l'attractivité pour un territoire et ses médecins

Améliorer la politique publique en santé pour les ruralités

- Faire évoluer la politique de l'installation vers une politique de la fidélisation.
- Planifier et prendre en compte les spécificités rurales en donnant plus d'autonomie aux acteurs locaux (élus, médecins).
- Décentraliser la prise de décision, favoriser l'innovation et expérimentation territoriale pour mieux s'ajuster aux réalités locales.
- Repositionner les zonages selon les nécessités d'exercice professionnel. L'évaluation de la démographie médicale devrait être repensée afin de programmer les installations selon les choix professionnels des praticiens et non pas par contrainte d'acquisition de patientèle.

THESE SOUTENUE PAR M. VEREYCKEN--LAZOU SYLVAIN

CONCLUSIONS

Cette étude qualitative, menée auprès de médecins ayant fait le choix d'exercer en ruralité depuis moins de sept ans, a identifié des dénominateurs sociologiques singuliers permettant de mieux identifier les profils les plus propices à exercer en milieu rural en BFC.

Conformément à la littérature, ces médecins sont originaires de la ruralité, ils ont étudié ou remplacé en milieu rural avant de s'y installer, leur exercice est groupé. Les aides financières les ont peu influencés, ils appréhendent la disparité d'offre et de service de la ruralité, la difficulté de mobilité et l'employabilité davantage pour leur conjoint et famille que pour eux-mêmes. Ces médecins étaient représentatifs de la génération millennial, le modèle d'unité familiale a évolué et a modifié l'ancrage territorial. Au-delà des caractéristiques déjà décrites dans la littérature, notre étude met en évidence un ethos médical particulier semblant indépendant de l'origine géographique ou sociodémographique. Le vécu souvent difficile des études médicales, marqué par un rejet du modèle hospitalo-universitaire, produit une pratique favorisant la créativité à la technicité, une modularité dans l'exercice avec la création de sa propre normativité, davantage d'équilibre de vie personnelle et une remplaçabilité en contrepoint du modèle antérieur de « disponibilité permanente ». Leur installation s'inscrit dans une ruralité qui leur procure un cadre qualitatif qui semble vécu comme une opportunité professionnelle et personnelle.

L'étude cherchait à identifier une distance, voire une incompréhension suspectée entre ces médecins et les informateurs clefs composés d'élus et techniciens impliqués dans l'installation en milieu rural en BFC. La problématique de démographie médicale rurale est un sujet complexe qui s'intègre dans un écosystème en souffrance et dont les enjeux dépassent la seule production de soin. Les collectivités locales se sont souvent récemment emparées du sujet, propulsé en avant par les médias et la pression citoyenne. Ils doivent composer avec des représentations anciennes et parfois dégradées du généraliste, marqué par un décalage temporel des représentations médicales d'au moins deux décennies contribuant aux malentendus avec le corps médical, lui-même non acclimaté à cette collaboration. Afin de répondre à l'attente citoyenne, et en l'impossibilité d'appliquer un modèle coercitif que certains répondants souhaiteraient appliquer, a minima en organisant la temporalité des médecins, leur principale réponse est la valorisation d'un « marketing territorial » afin d'attirer les professionnels de santé. Cette approche comprend une valorisation des qualités propres à la ruralité, l'accompagnement au projet de vie des médecins, des aides financières à l'installation, un soutien au foncier des exercices groupés, la lutte contre l'exode rural et le développement de la formation en ruralité. Le marketing territorial met en concurrence les collectivités. En raison du décalage temporel, les collectivités peuvent peiner à s'adapter aux aspirations plus fluides et modulaires des nouvelles générations médicales.

Au vu des entretiens, il semble important de dépasser les relations en silo entre d'un côté professionnels et institutions, et de l'autre citoyens, collectivités et élus nationaux, afin de correctement décliner des politiques publiques jugées verticales, centralisées et déconnectées des problématiques locales. À ce titre, la prise en compte de la temporalité de l'aide à l'installation semble être une piste d'amélioration majeure afin de faciliter la connexion du praticien au territoire. Par la formulation de recommandations, cette étude ouvre des perspectives pour repenser l'attractivité des zones rurales, non seulement comme un enjeu de dotation médicale, mais comme un projet sociétal plus global. La santé en ruralité ne peut se limiter à une question de ressources humaines et s'inscrit dans une dynamique territoriale, porteuse de sens pour les professionnels comme pour les populations.

Le Président du jury,



Pr Jean-Pierre QUENOT

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 31.08.2026
Le Doyen



Pr M. MAYNADIÉ

VIII. Bibliographie

1. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations [Internet]. 2010 [cité 28 août 2024];71. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/44369>
2. Barsanti S, Salmi LR, Bourgueil Y, Daponte A, Pinzal E, Ménival S. Strategies and governance to reduce health inequalities: evidences from a cross-European survey. *Glob Health Res Policy*. 2017;2:18. doi:10.1186/s41256-017-0038-7 PubMed PMID: 29202086; PubMed Central PMCID: PMC5683456.
3. Gardy J, Wilson S, Guizard AV, Bouvier V, Launay L, Alves A, et al. Access to primary care and mortality in excess for patients with cancer in France: Results from 21 French Cancer Registries. *Cancer*. 1 déc 2024;130(23):4096-108. doi:10.1002/cncr.35519 PubMed PMID: 39163260.
4. Laborde C, Crouzet M, Carrère A, Cambois E. Contextual factors underpinning geographical inequalities in disability-free life expectancy in 100 French départements. *Eur J Ageing*. 30 oct 2020;18(3):381-92. doi:10.1007/s10433-020-00589-0 PubMed PMID: 34483802; PubMed Central PMCID: PMC8377077.
5. Fournel I, Bourredjem A, Sauleau EA, Cottet V, Dejardin O, Bouvier AM, et al. Small-area geographic and socioeconomic inequalities in colorectal tumour detection in France. *Eur J Cancer Prev*. juill 2016;25(4):269-74. doi:10.1097/CEJ.000000000000175 PubMed PMID: 26067032.
6. Lyon RM, Cobbe SM, Bradley JM, Grubb NR. Surviving out of hospital cardiac arrest at home: a postcode lottery? *Emerg Med J*. sept 2004;21(5):619-24. doi:10.1136/emj.2003.010363 PubMed PMID: 15333549; PubMed Central PMCID: PMC1726412.
7. McGrail MR, Wingrove PM, Petterson SM, Humphreys J, Russell D, Bazemore AW. Measuring the attractiveness of rural communities in accounting for differences of rural primary care workforce supply. *Rural and Remote Health*. 28 avr 2017;17(2). doi:10.22605/RRH3925
8. Polton D, Chaput H, Portela M, Leffeter Q, Millien C, BAUER-EUBRIET V. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale. BAUER-EUBRIET V, éditeur. DRESS. 2021; Les dossiers de la DRESS(89):78.
9. Dumontet M, Samson AL, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? *Revue française d'économie*. 2016;(4):221-67. doi:10.3917/rfe.164.0221
10. Chevillard G, Mousquès J. Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. *Cybergeog: European Journal of Geography*. nov 2018. doi:10.4000/cybergeog.29737
11. GRUNY P, PANTEL G, BRULIN C. Rapport d'information relatif à la réforme des Agences régionales de santé (ARS). Sénat; mai 2026. (Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation). Rapport n°: 657.
12. Bonal M, Padilla C, Chevillard G, Lucas-Gabrielli V. Accessibilité des patients aux soins de premier recours en France : quelles configurations territoriales ? Padilla C, Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, éditeurs. *Questions d'économie de la sante (irdes)* [Internet]. 4 juin 2026;(308):8p. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la->

sante/308-accessibilite-des-patients-aux-soins-de-premier-recours-en-france.pdf

13. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2026. Conseil national de l'ordre des médecins.

14. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses [Internet]. Paris: OCDE; avr 2014 [cité 28 août 2024]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-imbalances-in-doctor-supply-and-policy-responses_5jz5sq5ls1wl-en doi:10.1787/5jz5sq5ls1wl-en

15. République française. LOI n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (1). 2015-991. août 2015.

16. République française. Article L.1434-14. Code de la santé publique. 14 sept 2018.

17. République française. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774. juillet 2019

18. République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879. juillet 2009.

19. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales. 2010-735. juin 2010.

20. Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

21. Les aides à l'installation des médecins libéraux [Communication à la commission des affaires sociales du Sénat]. Cour des comptes; 2025.

22. Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux [Internet]. T.A. n°110. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/117t0110_texte-adoptee-seance

23. World Health Organization - 2010 - Increasing access to health workers in remote and .pdf [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014_eng.pdf?sequence=1

24. Barriball L, Bremmer J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, et al. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Commission Européenne; 2015. Rapport EB-02-15-512-EN-C.

25. Observatoire de l'accès aux soins (indicateurs sous forme de datavisualisations) [Internet]. Assurance Maladie; [cité 19 juin 2026]. Disponible sur: https://data.ameli.fr/pages/acces-aux-soins-territoire/?refine.reg_code=27

26. Médecins en activité en France au 1er janvier 2025 [Internet]. DREES; [cité 19 juin 2026]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/250728-DATA-demographie-des-medecins>

27. Silhol J, Ventelou B, Zaytseva A, Marbot C. Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ? Revue française des affaires sociales. 7 août 2019;(2):213-49. doi:10.3917/rfas.192.0213

28. Frajerman A, Deflesselle E, Colle R, Corruble E, Costemale-Lacoste JF. Santé mentale des médecins libéraux français pendant la deuxième vague de COVID 19. L'Encéphale. 1 avr

2024;50(2):192-9. doi:10.1016/j.encep.2023.01.013

29. Le Guyader S. La diversité des ruralités. *La Santé en Action*. 3 mars 2026;(472):5-7.

30. Logeais C, Loones F. Bourgogne-Franche-Comté - Première région rurale de France. Insee Flash Bourgogne-Franche-Comté. 2021;(123).

31. Zones éligibles aux aides à l'installation de médecins en Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. 2025 [cité 15 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/actualisation-zones-eligibles-aides-installation-medecins-bfc>

32. Bonnet C, Butard A, Foglia T, Griffond-Boitier A, Lambert B, Martin Y, et al. MOBIPRIM PA BFC Accès aux soins primaires et mobilités en Bourgogne-Franche-Comté : caractérisation et qualification des territoires de proximité ruraux et des populations âgées [Etude] [Internet]. Dijon: Laboratoire d'économie de Dijon (Ledi) Université de Bourgogne; 2022. Disponible sur: <https://www.orsbfc.org/publications/mobiprim-pa-bfc-acces-aux-soins-primaires-et-mobilites-en-bourgogne-franche-comte/>

33. BACHELET M, ANGUIS M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Etudes et Résultats* [Internet]. 2017 [cité 20 juin 2026];(1011). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>

34. Dumontet M, Chevillard G. Geographical Origins of Medical Students: Impact on Preferred Practice Locations. *Post-Print* [Internet]. 2024 [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/hal/journal/hal-04571485.html>

35. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. *Santé Publique*. 24 mars 2015;27(1):49-58. doi:10.3917/pub.151.0049

36. Silhol J. Geographical Distribution of Interns in General Practice: A Tool for Regulating Place of Settlement? *Ecostat*. 4 juin 2024;(542):17-36. doi:10.24187/ecostat.2024.542.2109

37. SILHOL J. Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat. *Insee Première*. 2024.

38. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger contribuent à renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées. *Questions d'économie de la santé*. 2023;282.

39. Géraldine B, François-Xavier S. *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP; 2010. (Métiers Santé Social).

40. Nedelec P, Beviere L, Chapron A, Esvan M, Poimboeuf J. Rural general practitioners have different personal and professional trajectories from those of their urban colleagues: a case-control study. *BMC Medical Education*. 7 nov 2023;23(1):842. doi:10.1186/s12909-023-04794-0

41. Chevillard G, Mousquès J. Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? *Social Science & Medicine*. 1 oct 2021;287:114358. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114358

42. Marie A, Maxime B, Jacques P, Noémie V, Hélène C. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques.

Les dossiers de la DREES [Internet]. 26 mars 2021 [cité 20 juin 2026];(76). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>

43.Veyriras Chemille A, Prevost M. Critères d'installation en secteur rural ou semi-rural des femmes médecins généralistes exerçant en Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2008.

44.Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013 [Internet]. Université Angers; 2015 [cité 20 juin 2026]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune3923>

45.Dautremay C, Duriez S. Lancement d'un observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice]. [1967-...., France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2013.

46.Bleau F, Vignon G. Facteurs ayant favorisé l'installation en zone rurale en Champagne Ardenne des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [1967-...., France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2010.

47.RAMALHO LR. Installation et désinstallation des jeunes médecins généralistes en ambulatoire dans les déserts médicaux : freins et leviers. Exemple du Lot-et-Garonne, étude qualitative [Exercice]. [Agen]: Université de Bordeaux; 2026.

48.AMBERT V. Bien-être au travail et installation pérenne des médecins généralistes en milieu rural : une étude qualitative [Thèse d'exercice]. Université Clermont Auvergne; 2019.

49.Libera M, Pham BN. Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne: devenir après six ans de la cohorte de 2011 [Thèse d'exercice]. [1967-...., France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2018.

50.Lemoine P, Couvreur VincentC Yannick. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives : enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008) [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2014 [cité 20 juin 2026]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-4435>

51.Thouraud de Lavignère M, Duisit L. Les freins à l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu semi-rural et rural: enquête, en Aquitaine, auprès des médecins généralistes récemment installés en milieu semi-rural ou rural, et des internes en médecine générale en fin de 3ème cycle [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2012.

52.Dumesnil H, Lutaud R, Bellon-Curutchet J, Deffontaines A, Verger P. Dealing with the doctor shortage: a qualitative study exploring French general practitioners' lived experiences, difficulties, and adaptive behaviours. *Fam Pract.* 2 déc 2024;41(6):1039-47. doi:10.1093/fampra/cmae017 PubMed PMID: 38521970.

53.COPPOLANI E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne [Exercice] [Internet]. [Rangueil]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 20 juin 2026]. Disponible sur: <https://utheme.utoulouse.fr/s/fr/item/30528>

54.Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin [Internet]. 7 nov

2011 [cité 20 juin 2026];90. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00639242>

55.Esnault G. Facteurs déterminants à l'installation des médecins généralistes en milieu rural dans le secteur bas-normand: étude qualitative auprès de médecins généralistes récemment installés dans le Calvados, La Manche et l'Orne [Exercice]. Université de Caen - Normandie; 2022.

56.MOUILLER P, SCHILLINGER P. Rapport d'information relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins. Sénat; oct 2021. (Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation). Rapport n°: 63.

57.Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 2017;Les dossiers de la DREES(17).

58.PERNET AM. La connaissance et les attentes de Français sur les compétences des maires en matière de santé. Consumer Science & Analytics; 2025.

59.Stromboni C. Santé : les maires interpellés sur l'accès aux soins. Le Monde. 17 févr 2026:12.

60.Base permanente des équipements [Internet]. INSEE; 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/operation/s2155/presentation>

61.Cantiran V. Évaluation par les médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne de l'impact des mesures incitatives et initiatives locales sur leur lieu d'installation [Internet]. 2019 [cité 21 juin 2026]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02459345>

62.Martinez-Valentin E, Chapuis P. Déterminants à l'installation de jeunes médecins généralistes en zone sous-dotée en Isère, chez les signataires du dispositif d'aide à l'installation du département de l'Isère [Thèse d'exercice] [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2022 [cité 21 juin 2026]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03888291>

63.Blaise L, Evain A, Fredj K, Hainaut G, Jaouen M, Lefebvre L, et al. La place des élus dans l'accompagnement de projets de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : décideurs ou facilitateurs ? EHESP; 2017.

64.Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 19(84):142-5.

65.GLASER B, STRAUSS AL. The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. AldineTransaction. United States; 1967. 271 p.

66.Bourdieu P. Sociologie et démocratie. Zellige. 1996;Service Culturel, Scientifique et de Coopération de l'Ambassade de France au Maroc(3).

67.Cristina D, David L, Théodore R. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations [Internet]. Edition 2021. 29 avr 2021 [cité 14 janv 2026];Insee RéférencesEdition 2021. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>

68.Moussavou J. Mobiliser la visioconférence dans les entretiens de recherche qualitative : Une revue intégrative. Recherches en Sciences de Gestion. 6 oct 2023;157(4):419-44. doi:10.3917/resg.157.0419

69.Rioufreyt T. La transcription d'entretiens en sciences sociales [Internet]. 28 juin 2016 [cité

27 mars 2026]. Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs-01339474>

70. Atlan H, Bourgain C, Chneiweiss H, Eisinger F, Vidal C, Lesaulnier F, et al. Recommandations de bonnes pratiques suite à l'analyse des questions éthiques soulevées par l'utilisation de l'Intelligence Artificielle dans la recherche à l'Inserm. [Internet]. 2025 [cité 6 mai 2026]. Disponible sur: <https://inserm.hal.science/inserm-04975393>

71. Recherche scientifique (hors santé) : enjeux et avantages de l'anonymisation et de la pseudonymisation [Internet]. [cité 27 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherche-scientifique-hors-sante-enjeux-et-avantages-de-lanonymisation-et-de-la-pseudonymisation>

72. Recherche scientifique (hors santé) [Internet]. [cité 6 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/thematiques/recherche-scientifique-hors-sante>

73. BREUIL-GENIER P, SICART D. L'origine sociale des professionnels de santé. Etudes et Résultats. 2006;(496).

74. Bully D. Les enfants d'Hippocrate : modèles professionnels et renouvellement générationnel en médecine générale [Thèse] [Internet]. [Besançon]: Besançon; 2016 [cité 20 août 2026]. Disponible sur: <https://theses.fr/2016BESA1011>

75. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales. 2005;(1):59-81. doi:10.3917/rfas.051.0059

76. Feuvre NL, Lapeyre N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? Enfances Familles Générations Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine [Internet]. mars 2013 [cité 7 août 2026];(18). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/efg/3278>

77. Weber C. Attractivité et fidélisation du personnel : le défi d'un centre hospitalier gériatrique à l'aune des nouvelles générations [Mémoire de fin d'étude]. [Rennes]; 2020.

78. MICHEAU J, MOLIERE E. L'emploi du temps des médecins libéraux : diversité objective et écarts de perception des temps de travail. Dossiers Solidarité et Santé. 17 mai 2010;(15).

79. Uhrig O. Évaluation du ressenti après installation, des médecins généralistes salariés français, face aux différents déterminants les ayant influencés initialement à exercer en centre de santé [other] [Internet]. Université de Lorraine; 2023 [cité 21 juin 2026]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517134>

80. Hardy-Dubernet AC, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Roy FL, Blanc MA. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins. 2001.

81. Hardy-Dubernet AC. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? Revue française des affaires sociales. 2005;(1):35-58. doi:10.3917/rfas.051.0035

82. Guilpain M. Intégrer la santé dans les projets d'espaces publics ruraux. Pour une transformation des pratiques de conception [Theses]. Université Rennes 2; 2025. doi:10.70675/46af54bfz5924z4d2aza3b5zb0fc27d54577

83. Mise en œuvre de la quatrième année du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale [Instruction interministérielle] [Internet]. Bulletin officiel. 2026 [cité 21 juin 2026]. Disponible sur: <https://bulletins-officiels.social.gouv.fr/instruction-interministerielle-ndeg->

dgosrh2dgesip202644-du-21-mai-2026-relative-la-mise-en-oeuvre-de-la-quatrieme-annee-du-diplome-detudes-specialisees-des-de-medecine-generale

84.Sécurité : Sécuriser les sites web [Internet]. [cité 23 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/securite-securiser-les-sites-web>

85.Boukind A, Abou-Hafs H. Contribution de l'Intelligence Artificielle à la Performance des Projets de Recherche Scientifique. *European Scientific Journal, ESJ*. 31 déc 2024;20:190. doi:10.19044/esj.2024.v20n34p190

86.Radford A, Kim J, Xu T, Brockman G, McLeavey C, Sutskever I. Robust Speech Recognition via Large-Scale Weak Supervision. 2022. doi:10.48550/arXiv.2212.04356

87.Friese S. From Coding to Conversation: A New Methodological Framework for AI-Assisted Qualitative Analysis [SSRN Scholarly Paper] [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2025 [cité 19 août 2026]. Disponible sur: <https://papers.ssrn.com/abstract=5232579> doi:10.2139/ssrn.5232579

88.Lieder FR, Schäffer B. Reconstructive Social Research Prompting. Distributed Interpretation between AI and Researchers in Qualitative Research [Internet]. SocArXiv; 2025 [cité 9 mai 2026]. Disponible sur: https://osf.io/preprints/socarxiv/d6e9m_v2/ doi:10.31235/osf.io/d6e9m_v2

89.Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):50-4. doi:10.1016/j.kine.2014.11.005

IX. Annexes

1. Précisions sur la méthode

1.1 Cadre méthodologique

a) Considérations déontologiques

Afin de respecter un cadre numérique souverain et plus respectueux de l'environnement, tout en garantissant la sécurité et la déontologie de la recherche, la collecte, le transit, le traitement et la conservation des données numériques ont été entièrement hébergés chez le doctorant, dans la Nièvre en Bourgogne-Franche-Comté. L'ensemble des logiciels et systèmes d'exploitation utilisés par l'infrastructure numérique étaient sous licence libre, excepté pour les pilotes propriétaires des processeurs graphiques nécessaires aux calculs des SIA (NVIDIA Tesla générations T4 et P4) et des commutateurs réseaux (IBM). L'architecture réseau a répondu aux critères de sécurité attendus pour ce type d'infrastructure⁽⁸⁴⁾ mais n'a pas fait l'objet d'un audit indépendant. Les SIA ont utilisé des modèles de langage léger, tant par limitation financière d'accès aux technologies plus avancées que pour tendre vers un usage énergétique frugal.

Le jeu de données a été pseudonymisé durant l'enquête, et anonymisé pour la publication. À l'issue de deux ans de conservation pour les besoins de publication, l'ensemble des données à caractère personnel seront détruites, incluant sauvegardes, logiciels et systèmes d'exploitation. L'exposition des données personnelles a été limitée lors de la sous-traitance (retranscription) par signature d'une clause de confidentialité et l'usage d'une passerelle d'accès chiffrée avec suivi des historiques permettant le travail sur le jeu de données tout en limitant les possibilités d'extraction malveillante.

Politique de confidentialité

Les informations recueillies dans le questionnaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par M. VEREYCKEN--LAZOU Sylvain, auteur de cette thèse. La base légale du traitement est le consentement libre, éclairé, motivé et univoque de participer à cette étude. Les données marquées par un astérisque dans le questionnaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, votre participation à l'étude ne pourra pas être retenue. Les données collectées seront communiquées aux seuls organisateurs de la recherche. Les données à caractère personnel des professionnels de santé participant à la recherche seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du procès-verbal de soutenance de thèse. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données ; Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données ; Vous pouvez également exercer votre droit à la portabilité de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter M. Sylvain VEREYCKEN--LAZOU [REDACTED]. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

☐

Je consens que les données à caractère personnel me concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche

Suivant

Figure 2 - Politique de confidentialité

Consentement à l'étude

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire. Elle consiste en la réalisation de ce questionnaire, éventuellement suivi d'un entretien en visioconférence enregistré.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Une partie des données pourront être traitée avec l'assistance de modèle d'intelligence artificielle générative. Ces calculs seront réalisés localement, en Bourgogne Franche-Comté dans la Nièvre, tout comme le recueil et la conservation des données de l'étude, afin de respecter un cadre numérique souverain et plus respectueux de l'environnement.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

☐ J'accepte de participer à l'étude et d'être contacté par les organisateurs

Retour

Suivant

Figure 3 - Consentement à l'étude

L'appel peut être enregistré.



L'enregistrement peut inclure votre voix, la vidéo de votre caméra et le partage d'écran. Votre consentement est requis avant de rejoindre l'appel.

☒ Consentir à l'enregistrement de cet appel

Figure 4 - Consentement à l'enregistrement de la visioconférence



Hereby Certifies that

SYLVAIN VEREYCKEN--LAZOU

has completed the e-learning course

**LES BONNES PRATIQUES
CLINIQUES DE L'ICH E6(R3)**

with a score of

95%

on

29/03/2026

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.

Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning
Certificate Number 83e683fb-40bf-4ce2-8aa5-c9e69d8c7107 Version number 0

Figure 5 - Certificat bonnes pratiques cliniques ICH E6(R3)

b) SIA

Le travail de recherche a exploité de l'IA générative. Par ses capacités de manipulation du langage et d'analyses approfondies de larges banques de données, cette technologie améliore la recherche qualitative en faisant émerger de nouvelles significations et donc de nouvelles hypothèses et modèles de raisonnement(85). Les progrès rapides de l'IA générative sont à mettre en perspective du faible recul de la communauté scientifique sur la pertinence et reproductibilité des données produites, des considérations déontologiques et écologiques soulevées par son usage. En l'absence de capacités de calculs pouvant être mis à disposition de la recherche par l'université Bourgogne Europe, les jeux de données analysés et les calculs ont été réalisés localement, tel que détaillé ci-après dans la partie *Architecture numérique*. Les modèles employés dans le cadre de cette recherche sont dits distillés, en incluant moins de paramètres et de complexité, afin de se rendre compatibles avec les capacités personnelles de calcul à disposition du doctorant. Cette distillation a pu significativement réduire les capacités de raisonnement des modèles utilisés par rapport aux modèles originaux, dans une mesure difficilement quantifiable en l'état des connaissances et l'absence de standardisation des échelles de mesure de ces nouvelles technologies.

Malgré ces limitations, l'apport de l'IA générative a été jugé pertinent afin de prolonger le caractère exploratoire de cette recherche.

Transcription vocale

Les enregistrements audio issus des EI ont été transcrits par le logiciel noScribe, conçu pour le journalisme et la recherche qualitative. Le modèle de langage de grande taille Whisper a été choisi pour sa spécialisation dans la reconnaissance vocale automatique et la traduction(86). La dernière version, Large-V3 publiée en novembre 2023, a été entraînée sur plus de cinq millions d'heures d'enregistrement et représente aujourd'hui un des modèles les plus fiables pour la transcription non spécialisée, en particulier en présence d'argot, d'accent ou de bruits parasites. Nous avons utilisé une version distillée de ce modèle (Whisper large-v3-turbo), plus frugale en ressource et compatible avec les capacités de calcul d'une carte graphique NVIDIA Tesla P4. Le passage à quatre couches de décodage au lieu des trente-deux initiales s'est accompagné d'une dégradation légère des prédictions avec davantage d'erreurs de transcriptions. Tout en permettant un gain de temps substantiel, chaque transcription automatisée a été complétée d'une correction humaine (doctorant et sous-traitance).

Analyse des données

Les transcriptions des EI ont été analysées via le logiciel QualCoder pour la codification ouverte, axiale puis l'analyse intégrative. Au travers du même logiciel, l'analyse humaine du jeu de données par le groupe de recherche a été simultanément complétée par de l'IA générative.

Deux modèles de langage de grande taille ont été utilisés :

1. Multilingual E5 Text Embeddings, publié en février 2024 (600 millions de paramètres) avec une fenêtre de contexte (max tokens) de 512. Mise en calcul sur une carte graphique NVIDIA Tesla P4 ;
2. Magistral Small 1.2, publié en septembre 2025 (24 milliards de paramètres), avec les hyperparamètres suivants : température 0.7, Top p 0.9, fenêtre de contexte (max tokens) de 40k (40960). Mise en calcul sur une carte graphique NVIDIA Tesla T4 (94 %) et 80 cœurs virtuels d'un Intel Xeon E5-2699 v4 cadencé à 2.20 GHz (6 %).

Le premier modèle a traduit le jeu de données textuel non mathématique (transcription, codage, notes de recherches...) en plongements vectoriels, correspondant à des représentations de

données complexes exploitables par le second modèle. Ce dernier a ensuite intégré les représentations vectorielles du jeu de données via la technologie de génération augmentée par récupération (RAG), lui permettant de raisonner à partir du jeu de données plutôt que des connaissances issues de son entraînement antérieur.

Les verbatims des EI ont été soumis à une analyse textuelle afin de faire émerger des idées et thématiques supplémentaires durant la phase de codage. Deux séries de prompts déjà utilisés en recherche qualitative ont été employés :

Extraction d'une liste de thèmes(87):

Please analyze the provided qualitative data, which may include interview transcripts, focus groups, reports, open-ended responses, and observational notes. Identify and list between 2 and 10 recurring themes. Each theme should be distinct and not overlap with others. For each identified theme, provide the following information:

Theme 'n': 'Title': Where 'n' is the sequential number of the theme and 'Title' is a concise, descriptive label for the theme.

Description: A detailed explanation of the theme, elaborating on its significance, context, and any nuances present in the data.

Ensure that each theme is unique, clearly defined, and reflective of the most prevalent patterns in the data.

« Reconstructive Social Research », analyse complète basée sur la méthode documentaire(88):

Methodological background: The empirical material is interpreted using the documentary method. The empirical materials can be interviews, group discussions, etc. The documentary method is a procedure where you can work out individual orientations with interviews and collective orientations with group discussions. People act based on fundamental orientations. Orientations are based on practical, implicit knowledge embedded in action and, therefore, difficult to verbalize. Orientations are divided into basic orientation frameworks and action orientations. Orientation frameworks refer to the primary way in which someone or a group perceives themselves and the world. Expressed attitudes and opinions are based on the basic orientation framework. Action orientations, on the other hand, refer to questions about which orientations can be worked out concerning concrete action practices. Orientation frameworks and action orientations are reconstructed with interviews and group discussions by interpreting corresponding transcripts. The documentary method distinguishes theoretical knowledge from orientations and practical logic of action. For example, someone can use a narrative to develop action orientations against the background of an orientation framework without having any explicit theoretical knowledge since action orientations and orientation frameworks are created as implicit knowledge documented in a narrative's content.

*Your first task: In ****formulating interpretation****, the content is concisely summarized in clear, generally understandable language. The question of what is said in the text material is answered. In addition, an overall topic is selected for the entire passage, and then various successive sub-topics are selected in a detailed structure. It is essential to give proper references from the source text for the various sub-topics to maintain the sequence in which the topics unfold and formulate headlines for the sub-topics. In other words, the aim is to reconstruct the order in which the persons under investigation organize the text material and to reformulate what these persons say. What the investigated persons do is not essential. Stay with what is being said only, and do not jump to conclusions. Stay in the system of relevance for the persons under investigation. Do not consider any context knowledge and formulate every sub-topic for itself. Summarize the whole passage in a body text.*

*Your second task: The ****reflecting interpretation**** aims to explain how something is said in the transcript, i.e., how the persons under investigation deal with the topic. How the topics are dealt with refers to the implicit collective orientations within which the identified topics are processed. These implicit processing methods are documented in the narratives and descriptions of the investigated individual's practical experiences. The narratives represent sequences of actions and events with a beginning and an end. They deal with a singular event characterized by specific time and place references. Narratives typically begin with a reference to time and are often continued with words such*

as 'and ... then'. Descriptions are generally characterized by depicting recurring sequences of actions or fixed facts (a picture, a machine). Typical references to such descriptions are 'always' or 'often'. An implicit logic of action can be derived from the narrated or described experiences, which cannot be derived at the explicit level but must be interpreted by you. In the reflecting interpretation, you try to generate hypotheses about the implicit logic of the action practice as documented in the narrated and described experiences. You also try to generate hypotheses about similarities between the people that go beyond the immediate context. The hypotheses could provide information about possible orientation frameworks of the persons. However, you are not trying to draw any conclusions about a person's motives. Support your hypotheses with verbatim quotes from the transcript with references to the source.

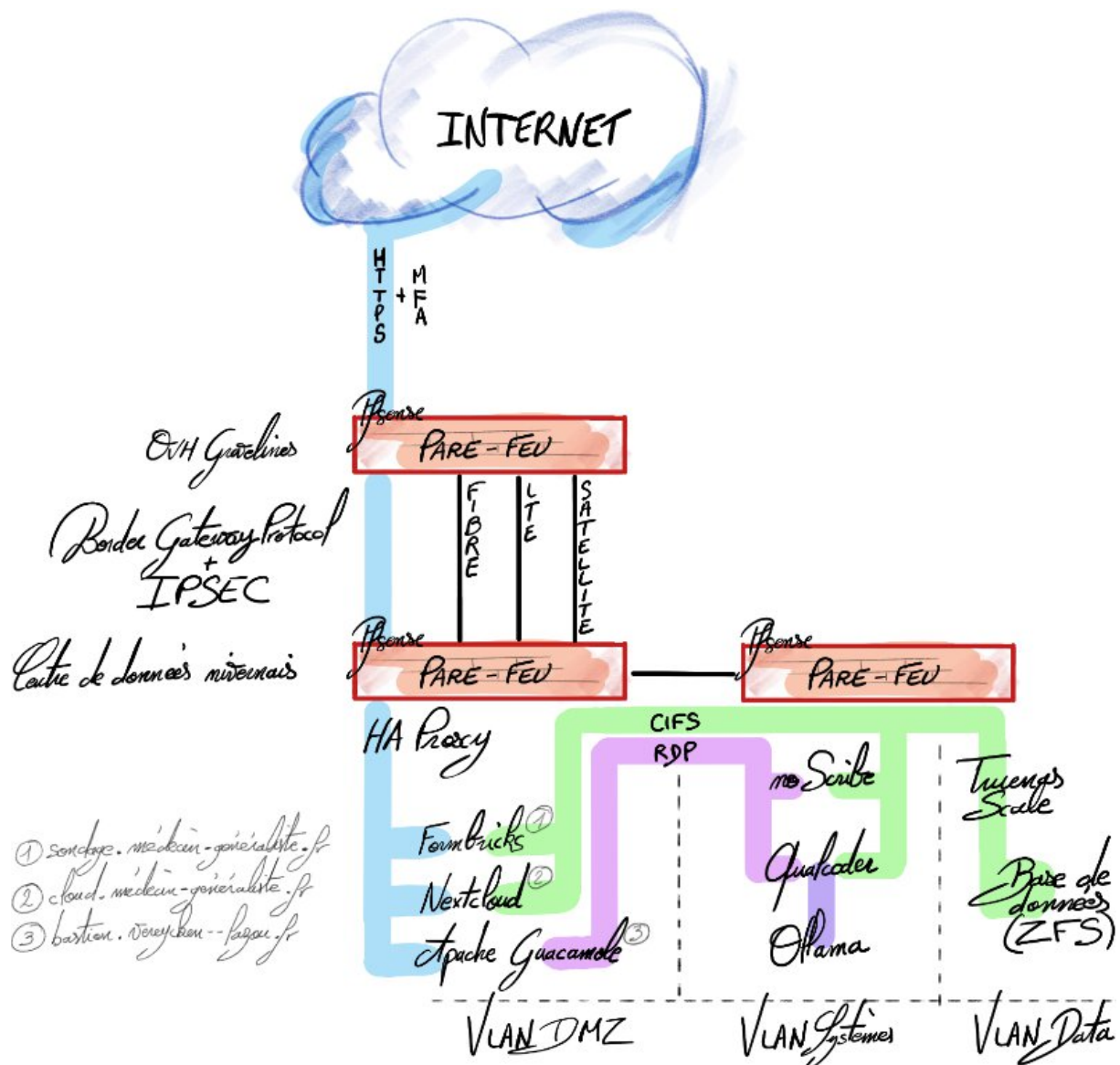
c) Architecture numérique

Le point d'accès numérique public du centre de données était supporté par la société française OVH sur son site de Gravelines. Le serveur virtuel privé hébergeait un premier pare-feu (Pfsense) relié par VPN (tunnels IPSEC) au centre de données du doctorant via un répartiteur (Border Gateway Protocol) pour accroître la résilience sur plusieurs fournisseurs d'accès (fibre, LTE et satellite). Participants, chercheurs et sous-traitants accédaient par un proxy inverse (HAProxy) situé en aval du deuxième pare-feu aux différentes web applications les concernant :

- sondage.médecin-généraliste.fr : site web pour le recueil du questionnaire de recrutement et réalisation de la pseudonymisation (accessible aux participants et chercheurs), utilisant l'application Formbricks.
- cloud.médecin-généraliste.fr : site web collaboratif pour la tenue et l'enregistrement des entretiens en visioconférence ainsi que le traitement du jeu de données et la rédaction des documents de recherche (accessible aux participants et chercheurs), utilisant l'application Nextcloud.
- bastion.vereycken--lazou.fr : passerelle d'accès web aux machines virtuelles par protocole RDP pour le traitement spécifique du jeu de données (accessible aux chercheurs et sous-traitants), utilisant l'application Apache Guacamole.

Leurs accès nécessitaient le protocole HTTPS, renforcé par une authentification multi-facteur (MFA) pour les chercheurs et sous-traitants. Ces services web appartenaient à un premier réseau logique indépendant (VLAN DMZ), communiquant au travers d'un troisième pare-feu au VLAN Systèmes (accès aux machines virtuelles distinctes hébergeant Qualcoder et noScribe) ou au VLAN Data (accès au jeu de donnée hébergé sur un pool ZFS géré par l'application TrueNAS Scale et mis à disposition par protocole CIFS). Pour ses besoin d'analyses qualitatives spécifiques, l'application Qualcoder accédait aux services d'Ollama, moteur local d'exécution de modèle d'IA et dont le conteneur exploitait les capacités de calcul d'une carte graphique NVIDIA Tesla T4. La machine virtuelle exécutant l'application noScribe disposait des ressources d'une carte graphique de génération précédente NVIDIA Tesla P4 afin d'effectuer la première retranscription localement assistée par IA. L'ensemble des applications et systèmes étaient virtualisés par la plateforme Proxmox. Afin d'augmenter la résilience de l'infrastructure et d'éviter le point de défaillance unique, le matériel serveur utilisé incluait trois serveurs HP Proliant 360 Gen 8 et deux commutateurs réseaux classe 3 IBM G8052. L'administration et la maintenance à distance étaient réalisées par un accès VPN (protocole OpenVPN).

Figure 6 - Diagramme réseau



d) Bilan financier analytique de la recherche

La présente recherche n'a pas bénéficié de financement public, excepté par la prise en charge fiscale des frais professionnels. Les charges ont été supportées par le doctorant, sur la base de son activité libérale de médecin généraliste en qualité de remplaçant & d'adjoint. Ne figurent pas dans ce bilan financier les valorisations en nature suivantes : bénévolat de compétence des encadrants, mise à disposition bénévole du doctorant, dépenses engagées en amont de la recherche pour l'étude de faisabilité.

Les frais relatifs au centre de données du doctorant, déjà en fonction pour d'autres missions, ont été mesurés sur une période de 6 mois d'activité.

Poste de dépense	Montant (euros)
Sous-traitance salariée (retranscription)	2 130,37
Frais de déplacement et mission	1 217,00
Acquisition de matériel informatique	783,54
Électricité (centre de données)	1 271,16
Accès internet, location nom de domaine et serveur d'accès public	792,72
Impressions et reliures	77,03
Total	6 271,82

1.2 Guide d'entretien

Les guides d'entretien ont été ajustés durant le recueil des EI à mesure qu'émergeaient de nouvelles hypothèses. Les versions ont été travaillées en groupe de recherche par quinzaine durant la phase de réalisation des EI.

À la demande d'un certain nombre d'informateurs clefs, qui ont exprimé le souhait de consulter la liste de questions afin de préparer en amont leurs EI, il a été décidé en groupe de recherche de transmettre à chaque informant, pour cette population, les thématiques explorées.

a) De la population médicale

1. LE CONTEXTE ANTERIEUR

- Description des origines socio-économiques [pré-conditionnées par le questionnaire de recrutement], personnelle et jusqu'aux ascendants n+2
- Représentation de la médecine, de son engagement (avant, pendant et après le cursus étudiant)
- Projection professionnelle / projet de vie

2. LA REPRESENTATION RURALE & URBAINE

- Description en miroir, selon le contexte antérieur (Enfance rurale > quelle représentation urbaine & inversement)
- D'ordre médicale
- D'ordre sociétal
- D'ordre personnel

3. L'APPRENTISSAGE PRATIQUE

- Qu'est-ce qui vous a orienté vers ce cursus médical spécifique
- Comment se sont déroulés vos stages de formations ? En particulier, les stages en zone sous dense / milieu rural ?
- Quelles ont été vos appréhensions ?
- Quel bilan ? Pour quel impact sur votre trajectoire de vie ?

4. LA PROJECTION PROFESSIONNELLE

- Qu'est-ce qui vous a amené à vous inscrire sur ce territoire ?
- Comment s'est passé / construit l'installation ? Quels autres scénarios, les pour et les contres ? Qu'est-ce qui vous a fait basculer ?
- Comment votre apprentissage et votre cursus étudiant a modifié vos projections professionnelles et personnelles ?
- Comment le territoire a-t-il impacté votre projection ? (Habitants, infrastructures, collectivités)
- Quelle projection dans 15 ans ?

5. OUVERTURE

b) Des informateurs clefs

GUIDE D'ENTRETIEN UTILISE LORS DES EI

1.	LE CONTEXTE ANTERIEUR
-	Description des origines socio-économiques
-	Description de la ruralité (vécue ou représentée selon les origines) d'ordre personnel et sociétal
2.	LA REPRESENTATION MEDICALE
-	Regard sociétal contemporain du rôle du médecin et de la santé : Selon vous, quel est le rôle du médecin aujourd'hui dans la société ? Qu'est-ce que vous en attendez dans le système de santé ?
-	Description de la problématique médicale en milieu rural : Quelle particularité / spécificité pour la médecine rurale ?
-	Médecine de ville versus médecine rurale
-	Qu'est-ce que l'attractivité pour les médecins en milieu rural ?
-	Qu'est-ce qui influence leur installations ? A quel moment du parcours de vie du médecin / de l'étudiant ?
-	L'articulation entre le monde médicale et l'informateur (sa fonction) : Comment travaillez-vous avec le monde médical ? De par votre fonction, quelles sont les difficultés que vous identifiez par rapport à ces sujets ?
3.	L'IMPACT DE L'INFORMANT
-	Description de son implication
-	Si vous aviez tous pouvoir, que feriez-vous pour la santé en milieu rural ?
-	De par vos fonctions, vous manque-t-il des outils, pouvoirs ou légitimités à développer des actions ?
-	Selon vous, quelle est la compréhension de votre rôle par la population / administrés / médecins ?
4.	LES ACTIONS
-	Quelles seraient les actions à mettre en place pour favoriser les installations en milieu rural ?
-	Quelle projection pour les 15 prochaines années ?
5.	OUVERTURE

GUIDE D'ENTRETIEN PRESENTE EN AMONT DES EI

1. Le contexte antérieur
 - Trajectoires antérieures de l'interviewé
 - Description de la ruralité
2. La représentation médicale de l'interviewé dans son territoire
3. L'impact de la fonction de l'interviewé sur la santé
4. Les actions sur l'installation des médecins

1.3 Terrain, échantillonnage et recueil des données

a) Courrier électronique de recrutement de la population médicale



Perspectives démographiques médicales rurales en Bourgogne Franche-Comté : les caractéristiques du renouvellement de l'offre de soin

Dans le cadre de **ma thèse d'exercice en médecine générale** à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon, je sollicite votre participation à une enquête s'attachant à mieux **décrire le renouvellement professionnel dans les territoires ruraux de Bourgogne Franche-Comté.**

L'accès aux soins en est un enjeu important, qui pèsera dans les orientations politiques tant locales que nationales des prochains cycles électoraux. Appréhender ce qui **amène les médecins à s'inscrire sur ces territoires** permettra d'établir une série de recommandations à destination des publics et de **porter des leviers d'action volontaire plutôt que par contrainte** en santé publique **dans la lutte contre la désertification.**

Votre témoignage est donc essentiel pour améliorer les conditions d'exercice des prochaines générations médicales.

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés en deux phases :

- 1) Questionnaire de recrutement en ligne diffusé auprès des médecins de Bourgogne Franche-Comté **≈ 5 à 10 minutes**
- 2) Entretien enregistré par visioconférence pour une partie des participants **≈ 45 à 60 minutes**

Participer à l'étude

Étude menée par Sylvain VEREYCKEN-LAZOU – UFR des Sciences de Santé de Dijon
contact : [REDACTED]

Figure 7 - Courrier électronique de recrutement

b) Questionnaire de recrutement de la population médicale

Les éléments suivants sont extraits du questionnaire diffusé aux médecins en vue de leur recrutement. Le diagramme ci-après précise l'articulation des questions selon la complétion des participants. Afin de limiter la collecte de données personnelles aux participants susceptibles de participer aux EI, l'algorithme du questionnaire a permis une première exclusion automatique des médecins :

- sans activité professionnelle ;
- en activité professionnelle depuis plus de six ans ;
- en activité professionnelle en dehors de la BFC.

Le dernier critère d'inclusion (exercice sur au moins un site rural) n'a pas été automatisé pour préserver l'acceptabilité du questionnaire. L'inclusion aux EI a été effectuée dans un second temps par recoupement des codes communes d'exercice sur la grille de densité de l'Insee établie en 2025.

Quel est votre avancement dans vos études médicales ?

- Externe
- Interne en phase socle
- Interne en phase d'approfondissement
- Docteur Junior
- DES validé
- Autre (Veuillez préciser)

Exercez-vous actuellement une activité professionnelle médicale ? Hors cadre de formation, et quel que soit le statut d'exercice (libéral, salarié, titulaire d'une licence de remplacement, en tant que médecin thésé, etc...)

- Oui
- Non

Depuis quand exercez-vous une activité professionnelle médicale de manière autonome ? Hors cadre de formation et quel que soit le statut d'exercice (libéral, salarié, titulaire d'une licence de remplacement, en tant que médecin thésé, etc...). Veuillez indiquer le nombre d'années de pratique. Indiquer « 10 » si supérieur ou égal à 10 ans.

- 0 à 10

Exercez-vous en Bourgogne Franche-Comté ? Hors cadre de formation, et quel que soit le statut d'exercice (libéral, salarié, titulaire d'une licence de remplacement, en tant que médecin thésé, etc...). Veuillez indiquer le nombre de communes différentes dans lesquelles vous exercez. Si vous n'exercez dans aucune commune en Bourgogne-Franche-Comté, merci d'indiquer « 0 ».

- 0 à 10

Veuillez renseigner les communes d'exercice en Bourgogne-Franche-Comté. Un volet par commune, selon l'importance décroissante que vous lui accordez.

- Commune
- Code postal

Quel est votre UFR des Sciences de Santé de rattachement ?

- Bourgogne (Dijon)
- Franche-Comté (Besançon)
- Autre (Veuillez préciser)

Dans quelle subdivision effectuez-vous principalement votre internat ?

- Bourgogne (Dijon)
- Franche-Comté (Besançon)
- Autre (Veuillez préciser)

Dans quelle subdivision avez-vous principalement effectué votre internat ?

- Bourgogne (Dijon)
- Franche-Comté (Besançon)
- Autre (Veuillez préciser)

Quelles sont vos coordonnées ? Ces données seront uniquement utilisées afin de vous solliciter pour un éventuel entretien par visioconférence, et seront détruites à l'issue du recueil de l'étude.

- Prénom
- Nom de famille
- Courriel
- Téléphone

Quel âge avez-vous ?

- Nombre

Quel est votre lieu de naissance ?

- Ville
- Code postal
- Pays

Quelle est votre identité de genre ?

- Féminin
- Masculin
- Autre (Veuillez préciser)

Dans combien de communes françaises avez-vous résidé avant d'intégrer votre cursus universitaire ? Si vous n'avez pas vécu en France avant d'intégrer votre cursus universitaire, merci d'indiquer « 0 ».

- 0 à 10

Veuillez renseigner ces communes. Dans l'ordre chronologique de votre résidence, de la plus ancienne à la plus récente.

- Commune
- Code postal

Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Célibataire
- Union libre
- PACS
- Mariage
- Divorce
- Veuvage

Quelle est la situation professionnelle de votre conjoint.e ?

- Etudiant
- Sans emploi
- Actif (Veuillez préciser)

Quel est le niveau d'étude de vos parents ? Jusqu'à deux réponses possibles.

- Enseignement primaire
- Enseignement secondaire du 1er cycle (niveau collège)
- Enseignement secondaire du 2nd cycle (CAP, Baccalauréat, etc.)
- Enseignement post-secondaire non supérieur (capacité en droit, DAEU, etc.)
- Enseignement supérieur de cycle court (BTS, etc.)
- Enseignement supérieur de niveau licence ou équivalent
- Enseignement supérieur de niveau master ou équivalent (y compris doctorat de santé)
- Enseignement supérieur de niveau doctorat ou équivalent (hors doctorat de santé)

Avez-vous des enfants et/ou des personnes à charge ? Veuillez saisir le nombre d'enfant(s) et personne(s)

- 0 à 10

Avez-vous des frères ou sœurs ? Veuillez saisir le nombre d'enfants dans la fratrie, vous inclus.

- 0 à 10

Votre spécialisation est :

- Médicale
- Chirurgicale

Sélectionnez votre spécialité chirurgicale. Par ordre alphabétique.

- Liste DES chirurgical

Sélectionnez votre spécialité médicale. Par ordre alphabétique.

- Liste DES médical

Souhaitez-vous être tenu informé des résultats de cette étude ?

- Oui
- Non

Votre adresse de contact. Ces données ne seront pas conservées après transmission des résultats de l'étude.

- Courriel

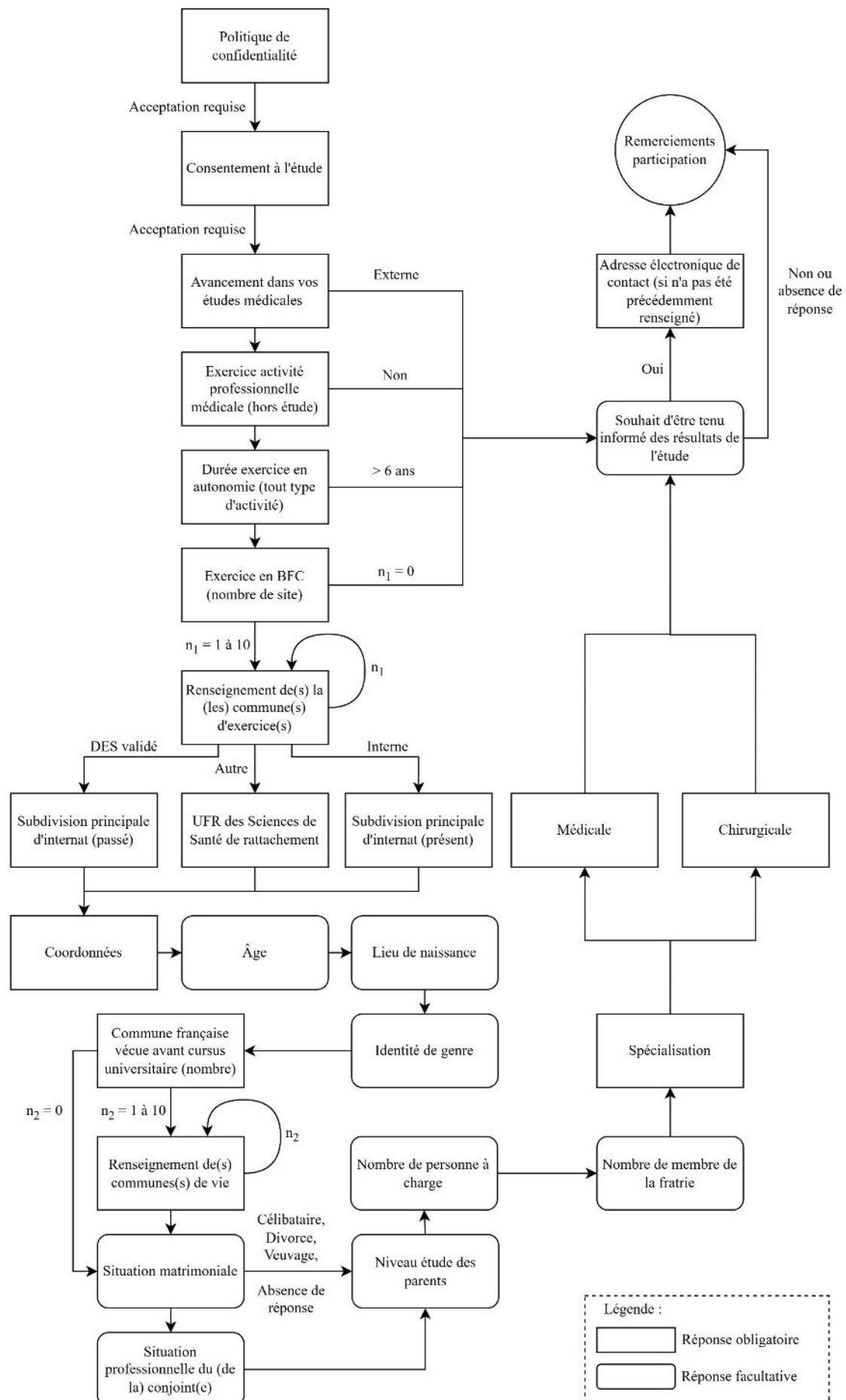


Figure 8 - Diagramme de flux du questionnaire de recrutement de la population médicale

c) Questionnaire de recrutement des informateurs clefs

Les éléments suivants sont extraits du questionnaire diffusé aux informateurs clefs recrutés en vue de préparer leur entretien, recueillir les variables sociologiques et leur consentement. Le diagramme ci-après précise l'articulation des questions selon la complétion des participants.

Quelles sont vos coordonnées ? Ces données seront uniquement utilisées afin de vous solliciter pour un éventuel entretien par visioconférence, et seront détruites à l'issue du recueil de l'étude.

- Prénom
- Nom de famille
- Courriel
- Téléphone

Quel âge avez-vous ?

- Nombre

Quel est votre lieu de naissance ?

- Ville
- Code postal
- Pays

Quel est votre lieu de résidence principal ?

- Ville
- Code postal
- Pays

Quelle est votre identité de genre ?

- Féminin
- Masculin
- Autre (Veuillez préciser)

Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Célibataire
- Union libre
- PACS
- Mariage
- Divorce
- Veuvage

Quelle est la situation professionnelle de votre conjoint.e ?

- Etudiant
- Sans emploi
- Actif (Veuillez préciser)

Quel est le niveau d'étude de vos parents ? Jusqu'à deux réponses possibles.

- Enseignement primaire
- Enseignement secondaire du 1er cycle (niveau collège)
- Enseignement secondaire du 2nd cycle (CAP, Baccalauréat, etc.)
- Enseignement post-secondaire non supérieur (capacité en droit, DAEU, etc.)
- Enseignement supérieur de cycle court (BTS, etc.)
- Enseignement supérieur de niveau licence ou équivalent
- Enseignement supérieur de niveau master ou équivalent (y compris doctorat de santé)
- Enseignement supérieur de niveau doctorat ou équivalent (hors doctorat de santé)

Avez-vous des enfants et/ou des personnes à charge ? Veuillez saisir le nombre d'enfant(s) et personne(s)

- 0 à 10

Avez-vous des frères ou sœurs ? Veuillez saisir le nombre d'enfants dans la fratrie, vous inclus.

- 0 à 10

Souhaitez-vous être tenu informé des résultats de cette étude ?

- Oui
- Non

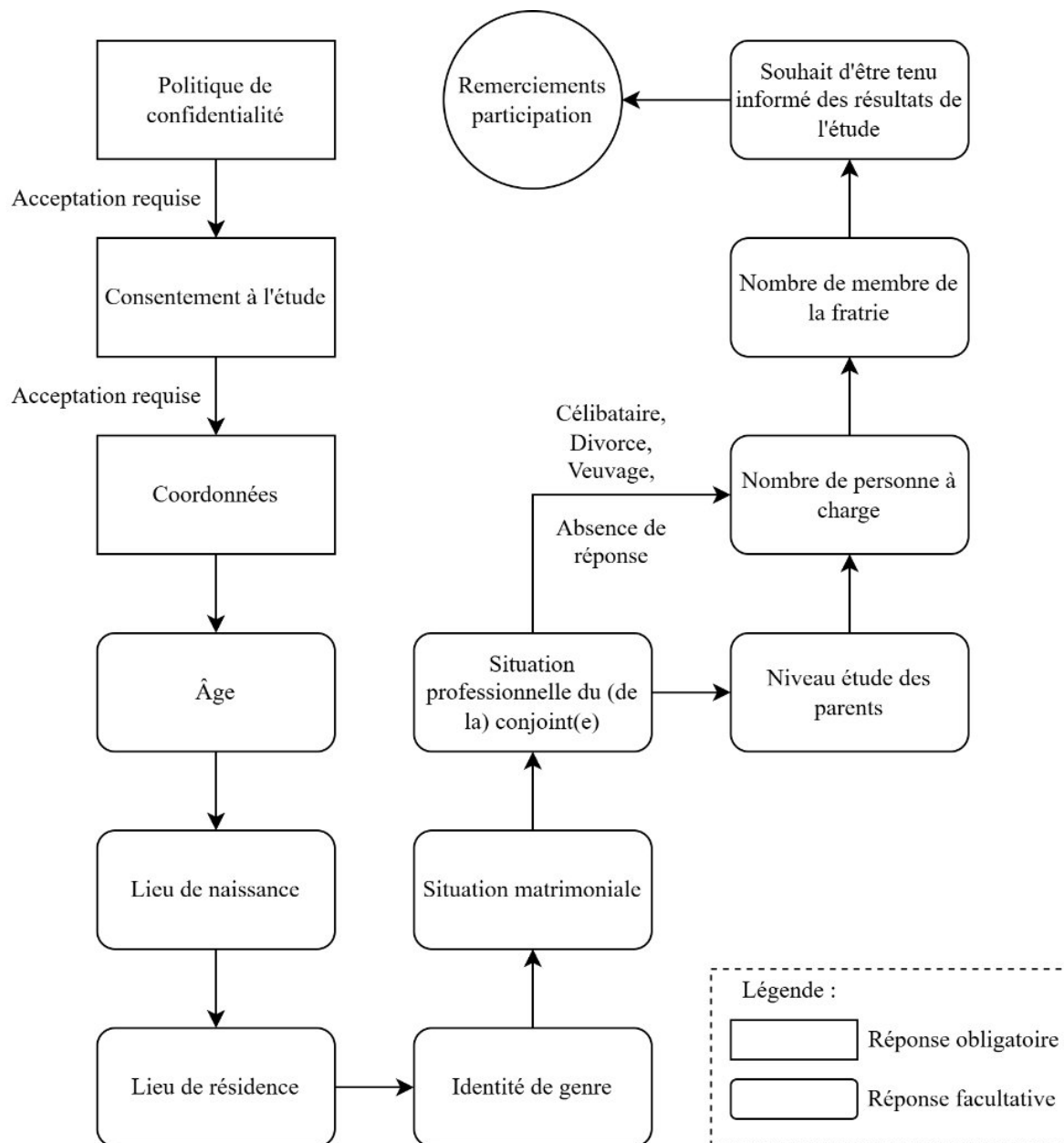


Figure 9 - Diagramme de flux du questionnaire de recrutement des informateurs clefs

d) Grille COREQ

Application des lignes directrices COREQ (*COsolidated criteria for REporting Qualitative research*) à la présente recherche(89)

N°	Item	Description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Doctorant
2.	Titres académiques	Interne en médecine générale
3.	Activité	Médecin adjoint & remplaçant, libéral en zone rural
4.	Genre	Masculin
5.	Expérience & formation	Formation limitée préalable de l'enquêteur, encadrement par sociologue dans le groupe de recherche
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Relation professionnelle avec 5 médecins et 9 informateurs clefs
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Présentation préalable écrite et orale de l'objet de la recherche
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Issu de la ruralité, exerce en ruralité, investi politiquement sur la réduction des inégalités en santé.
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Approche par théorisation ancrée
Sélection des participants		
10.	Echantillonnage	Médecins : non orienté puis boule de neige Informateurs clefs : Critère de variation maximale puis de convenance
11.	Prise de contact	Courriel standardisé, relance téléphonique
12.	Taille de l'échantillon	Médecins : 13 Informateurs clefs : 18
13.	Non participation	2.85% de médecins ont répondu au questionnaire de recrutement. Les informateurs clefs ont répondu favorablement : 11% des sénateurs & députés ; 13% des PETR et des CPAM, des ARS et des préfectures ; 38% des conseils départementaux Les raisons du refus de participation ou abandon étaient le manque de disponibilité, le refus de communiquer sur les actions des institutions, la période électorale et la non pertinence perçue de leur rôle dans l'objet d'étude.
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Les données ont été perçues en visioconférence, sur le lieu de travail ou au domicile des répondants
15.	Présence de non-participants	3 EI ont été réalisés en présence de l'enfant du doctorant (17 mois)
16.	Description de l'échantillon	Confer tableaux en annexe
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Le guide d'entretien a été travaillé en groupe de recherche et n'a pas été testé au préalable
18.	Entretiens répétés	Tous les EI ont été individuels et unique.
19.	Enregistrement audio/visuel	La captation était en audiovisuel par visioconférence, et audio pour les EI en présentiel. Seuls les enregistrements audio ont été analysés.
20.	Cahier de terrain	Un cahier de terrain a été initié de l'élaboration de la question de recherche jusqu'à la tenue du dernier EI
21.	Durée	Médecins : moyenne de 60 minutes (minima de 48 minutes et maxima de 91 minutes) Informateurs clefs : moyenne de 46 minutes (minima de 25 minutes et maxima de 71 minutes)
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a été validé en groupe de recherche
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants pour modification ou correction.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	2 personnes (doctorant et directrice de thèse)
25.	Description de l'arbre de codage	Confer annexe
26.	Détermination des thèmes	Thématiques suspectée selon la littérature, et déterminés par le codage des données
27.	Logiciel	Qualcoder
28.	Vérification par les participants	Pas de sollicitation des répondants pour validation des résultats
Rédaction		
29.	Citations présentées	Chaque extrait de verbatim était associé aux caractéristiques sociodémographiques du répondant
30.	Cohérence des données et des résultats	Les données présentées sont cohérentes avec les résultats
31.	Clarté des thèmes principaux	Définis en groupe de recherche & assistés par SIA
32.	Clarté des thèmes secondaires	Définis en groupe de recherche & assistés par SIA

e) Typologie des différents bassins de vie ruraux

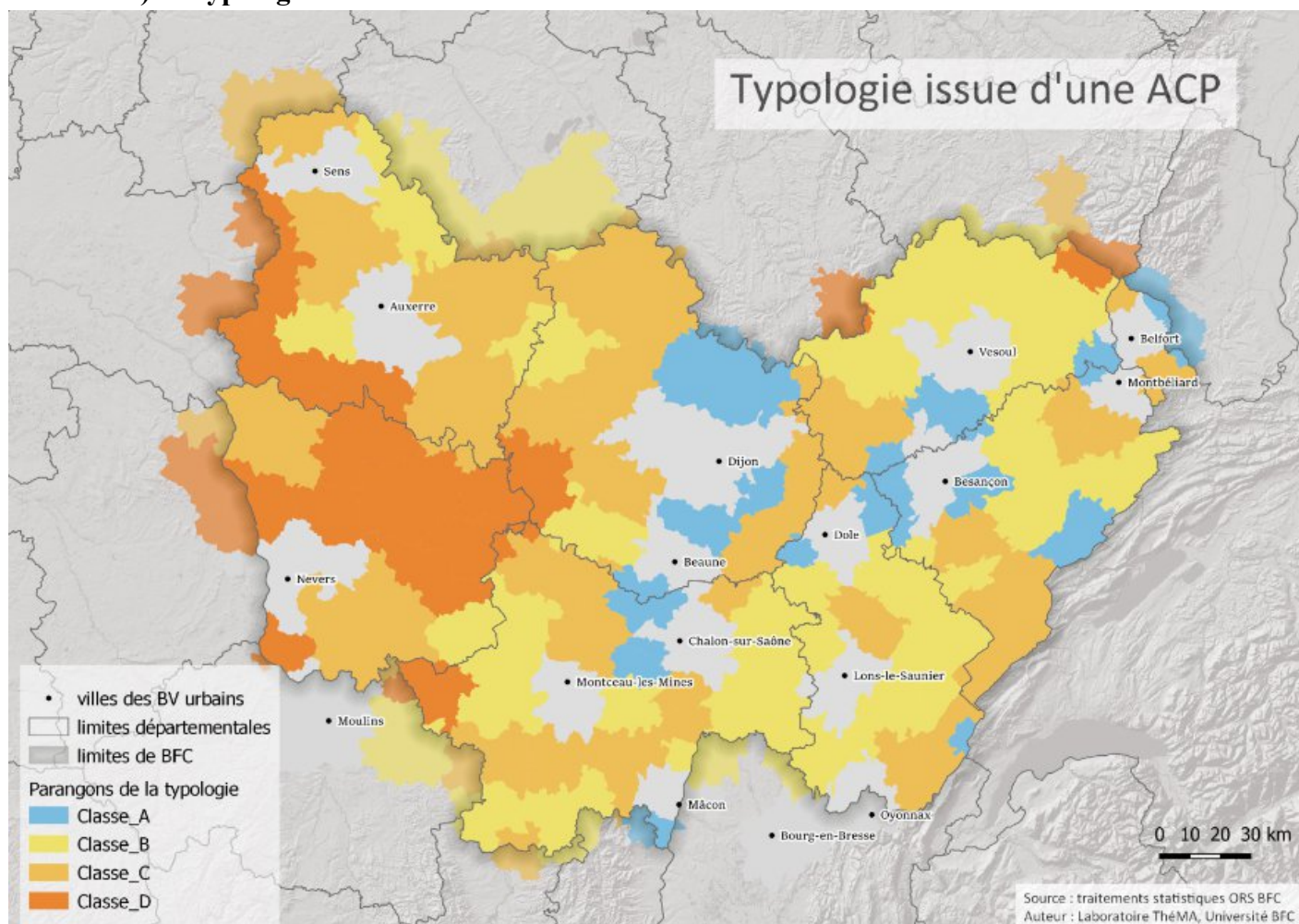


Figure 10 - Cartographie des bassins de vie ruraux en BFC

La typologie des bassins de vie ruraux a été construite à partir de 12 indicateurs :

- Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus ;
- Pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules ;
- Indice de désavantage social ;
- Pourcentage des ménages en précarité énergétique due à la mobilité ;
- Pourcentage de ménages sans voiture dont la personne de référence est retraitée ;
- APL aux médecins généralistes ;
- Temps moyen d'accès aux services d'urgences ;
- Temps moyen d'accès aux professionnels de proximité consultés par les habitants de 65 ans et plus ;
- Pourcentage de recours à des soins infirmiers pour les habitants de 65 ans et plus ;
- Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus sans médecin traitant ;
- Pourcentage de bénéficiaires d'une affection de longue durée de 65 ans et plus.

2. Caractéristiques socio-démographiques des informants

Catégorie socioprofessionnelle¹⁵ :

- 10 : Exploitants / Exploitantes de l'agriculture, sylviculture, pêche et aquaculture ;
- 21 : Artisans / Artisan(e)s ;
- 22 : Commerçants / Commerçantes et assimilés ;
- 31 : Profession libérales ;
- 34 : Professeurs / Professeures et professions scientifiques supérieures ;
- 38 : Ingénieurs / Ingénieures et cadres techniques d'entreprises ;
- 42 : Professions de l'enseignement primaire et professionnel, de la formation continue et du sport ;
- 43 : Professions intermédiaires de la santé et du travail social ;
- 45 : Professions intermédiaires de la fonction publique (administration / sécurité) ;
- 46 : Profession intermédiaires administratives et commerciales des entreprises ;
- 47 : Techniciens / Techniciennes ;
- 52 : Employés administratifs / Employées administratives de la fonction publique, agents / agentes de service et auxiliaires de santé ;
- 54 : Employés administratifs / Employées administratives d'entreprise ;
- 56 : Personnels des services directs aux particuliers

Niveau de densité des communes (Insee 2025) :

- 1 = Urbain dense
 - 11 = Grands centres urbains
 - 12 = Grands centres urbains intermédiaires
- 2 = Urbain intermédiaire
 - 23 = Petites villes
 - 24 = Ceintures urbaines
- 3 = Rural
 - 35 = Bourg ruraux
 - 36 = Rural à habitat dispersé
 - 37 = Rural à habitat très dispersé
- NC = Non concerné (né ou ayant résidé à l'étranger)

¹⁵ Selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Insee – PCS 2020

Entretien individuel	Genre	Densités commune de résidence	Mandat / Fonction
cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0	M	35	Maire
cmoinu9s80015qv011k8d7upp	F	22	Technicien - CPAM
cmojq7xbw0017qv01h8i7tvno	F	11	Technicien - PETR
cmok8nb7i0019qv01b9r8l0us	F	24	Technicien – Conseil départemental
cmokdicob001bqv01spm0dexo	M	22	Élu – Conseil départemental
cmoljdyl001dqv01tvp7vm3j	F	11	Élu - Conseil régional
cmon9q14n001hqv019q5a4c8h	M	36	Maire
cmotxybdw001rqv01rlwwajir	F	22	Élu – Représentation nationale
cmovj781d001xqv01ahdky9ft	M	22	Direction - CPAM
cmp75sg24002dqv01ay09435n	F	35	Préfecture
cmpc98fwv002gqv01snbpp9pr	F	22	Élu – Représentation nationale
cmpf1rb2i002nqv01akovp74t	F	11	Direction - ARS
cmpl18rrp0001qv01ik20dcdy	F	36	Élu – Représentation nationale
cmpo6dptz0005qv017npsat6x	M	37	Élu – Représentation nationale
cmpp84cdr0007qv011u6wc6ta	F	11	Technicien – Conseil départemental
cmpvniwd50001qv01hrprckq6	F	11	Élu – Représentation nationale
cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07	M	36	Élu – Conseil départemental
cmpx2jmr0005qv01empyr12s	M	22	Direction – Conseil départemental

Tableau 1 - Caractéristiques de l'échantillon (Informateurs clés)

F : féminin ; M : masculin ; CPAM : caisse primaire d'assurance maladie ; PETR : pôle d'équilibre territorial et rural ; ARS : agence régional de santé

Entretien individuel	Genre	Âge	Catégories socioprofessionnelles des parents	Situation matrimoniale	Catégorie socioprofessionnelle du conjoint	Composition de la fratrie	Nombre d'enfants	Années d'exercice	Type d'exercice	Densité commune de naissance	Densités communes résidences pré-universitaire ¹⁶	Densité commune d'exercice	APL	Classe de bassin de vie rurale d'exercice
cmjimes8b000yqv01s79es3rx	F	29	34/34	Mariage	21	5	2	1	Libéral	11	35	35	1.7	D
cmjimsvsz0011qv01np15hs7k	F	29	52/56	Union libre	46	3	0	1	Libéral	23	23	23	1.5	C
cmjijt4d1g001iqv0191ytotb0	M	34	22/56	Union libre	31	2	0	4	Libéral	NC	NC	35	3.7	D
cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc	F	32	31/31	Mariage	34	4	2	5	Salariat (Ville)	22	22	36	2.6	C
cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q	F	29	10/52	Union libre	38	3	0	2	Libéral	22	37	35	5.2	B
cmk6jy06g0005qv01kl0pjh71	F	30	31/31	Célibat		4	0	4	Salariat (Hôpital)	11	36/35	35	4.2	B
cmkfokhpp0016qv01gn4ai23w	F	30	47/45	PACS	38	3	0	3	Libéral	11	11/22/35/36	35	3.6	B
cmkgit2pm001sqv01ya06x0y7	F	35	42/42	Union libre	38	4	2	3	Mixte (Ville)	NC	NC	35	3.3	B
cmkky860y002jqv017t1yx2ze	M	30	45/46	Mariage	34	3	0	3	Libéral	11	11/23/22	35	3.2	A
cmkqnchts0036qv01lqpzh2u	M	30	45/34	Célibat		3	0	1	Libéral	35	35/22	36	2.8	D
cml40ey8z003zqv01i3zx5i7n	M	38	52/52	Mariage	31	2	1	3	Libéral	22	22/23/11	35	3.2	A
cmmwilev50015qv01kgrnbq6y	M	32	45/43	Mariage	43	2	0	5	Libéral	22	23/35/22	36	3.2	C
cmq2jaox20009qv01a2ysqa30	M	36	43/45	Mariage	31	3	2	6	Salariat (Hôpital)	11	11	35	5.2	B

Tableau 2 - Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (population médicale)

F : féminin ; M : masculin

APL : Accessibilité potentielle localisée

A : Bassin de vie rural densément peuplé, socialement favorisé, avec un recours aux soins de proximité fréquent et des indicateurs de santé favorables

B : Bassin de vie rural peu densément peuplé, avec moins de personnes âgées vivants seules que la moyenne, connaissant une certaine précarité, éloigné des services d'urgences mais assez bien pourvu en service de soins de proximité, en surmortalité pour les causes accidentelles

C : Bassin de vie rural assez densément peuplé, avec une part de personnes âgées isolées plus élevée que la moyenne, des temps d'accès aux services d'urgence et services courants plutôt court, et un recours à certains soins préventifs faible, tout comme le taux de bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant

D : Bassin de vie rural très peu peuplé, avec une part élevée de personnes âgées, socialement défavorisées, des temps d'accès aux services de soins longs au regard de ceux de la moyenne, un recours aux soins plus faible, des indicateurs de santé défavorables

¹⁶ Par ordre chronologique, de la plus ancienne à la plus récente

3. Graphiques de codages

3.1 Population médicale

Figure 11 - Arbre de codage (médecins)

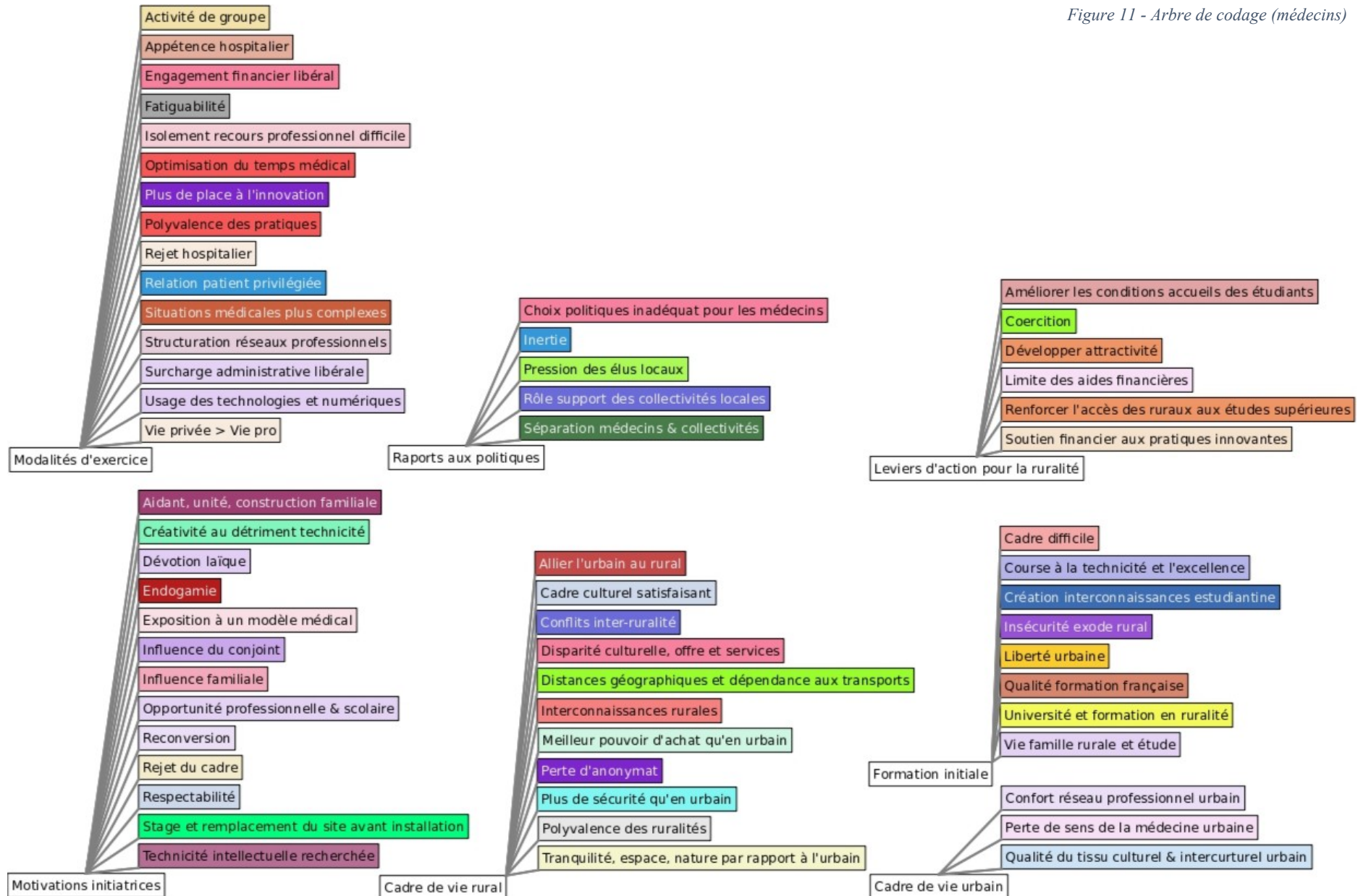




Figure 13 - Diagramme en barres empilées du nombre d'occurrence de code par EI (médecins)



Figure 14 - Carte thermique codage population médicale



Figure 15 - Diagramme radial hiérarchique des occurrences de code par caractère (médecins)

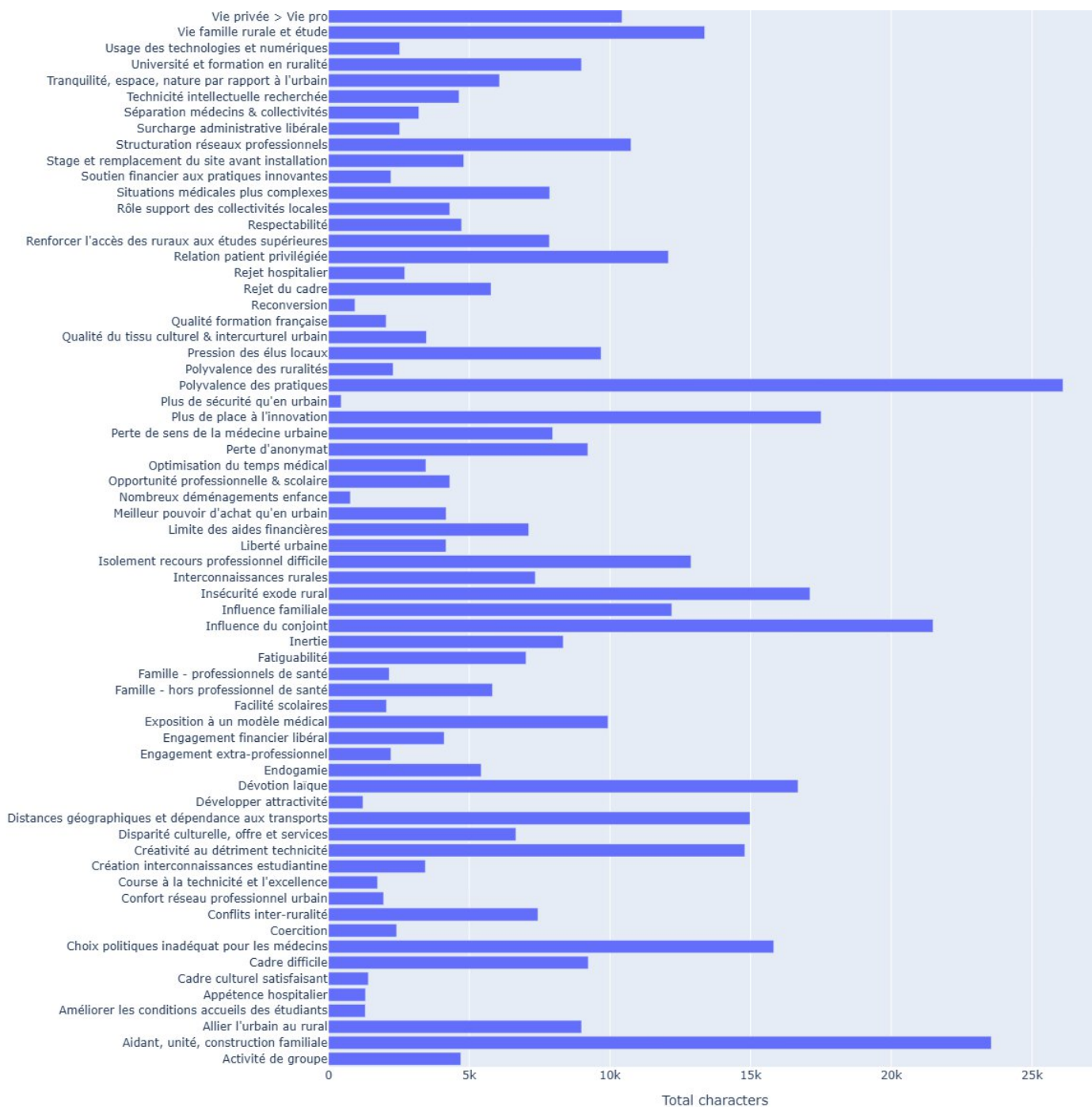
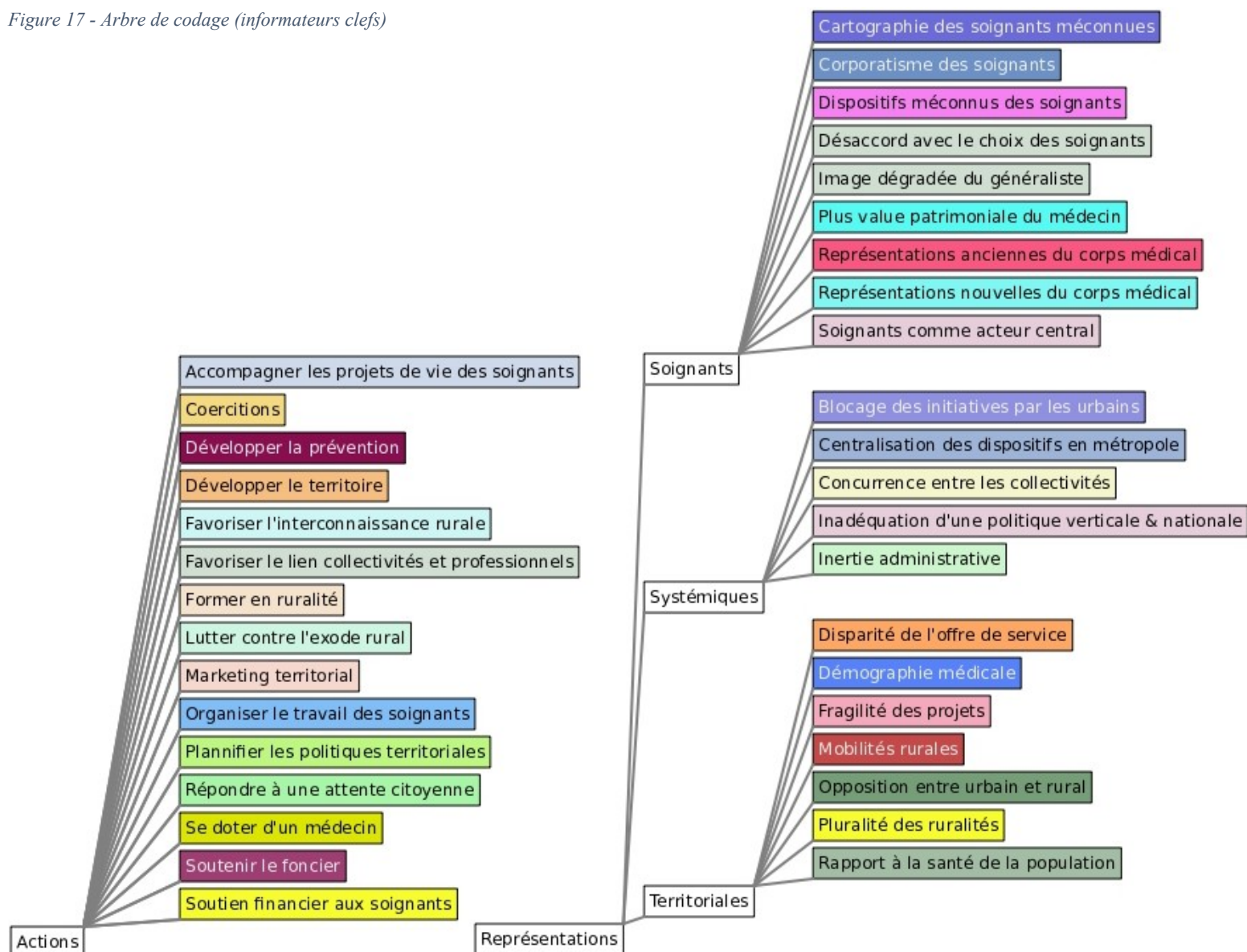


Figure 16 - Diagramme en barre de l'importance des codes sur l'ensemble des EI par nombre de caractère (médecins)

3.2 Informateurs clefs

Figure 17 - Arbre de codage (informateurs clefs)



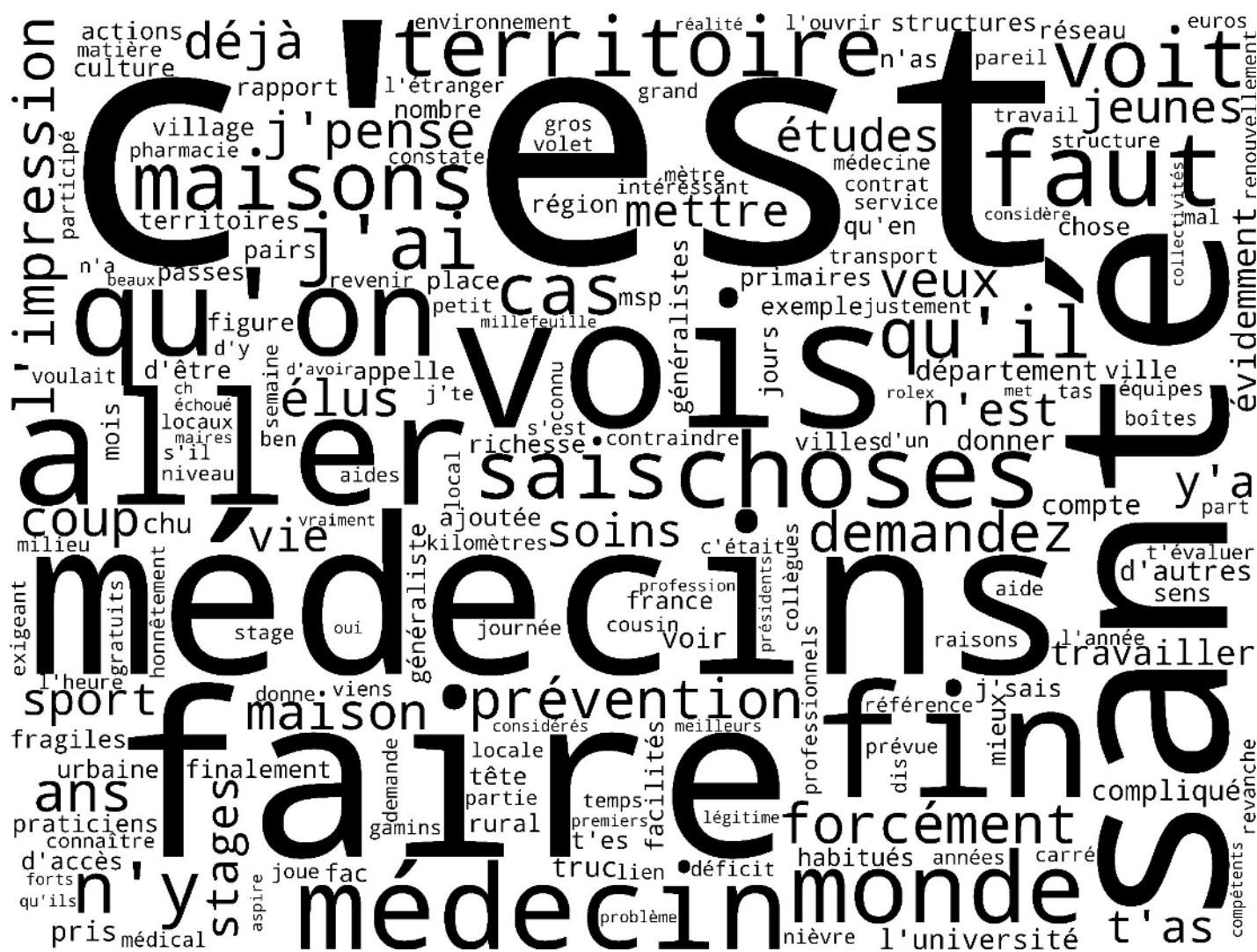


Figure 18 - Nuage de mots (informateurs clefs)



Figure 19 - Diagramme en barres empilées du nombre d'occurrence de code par EI (informateurs clés)

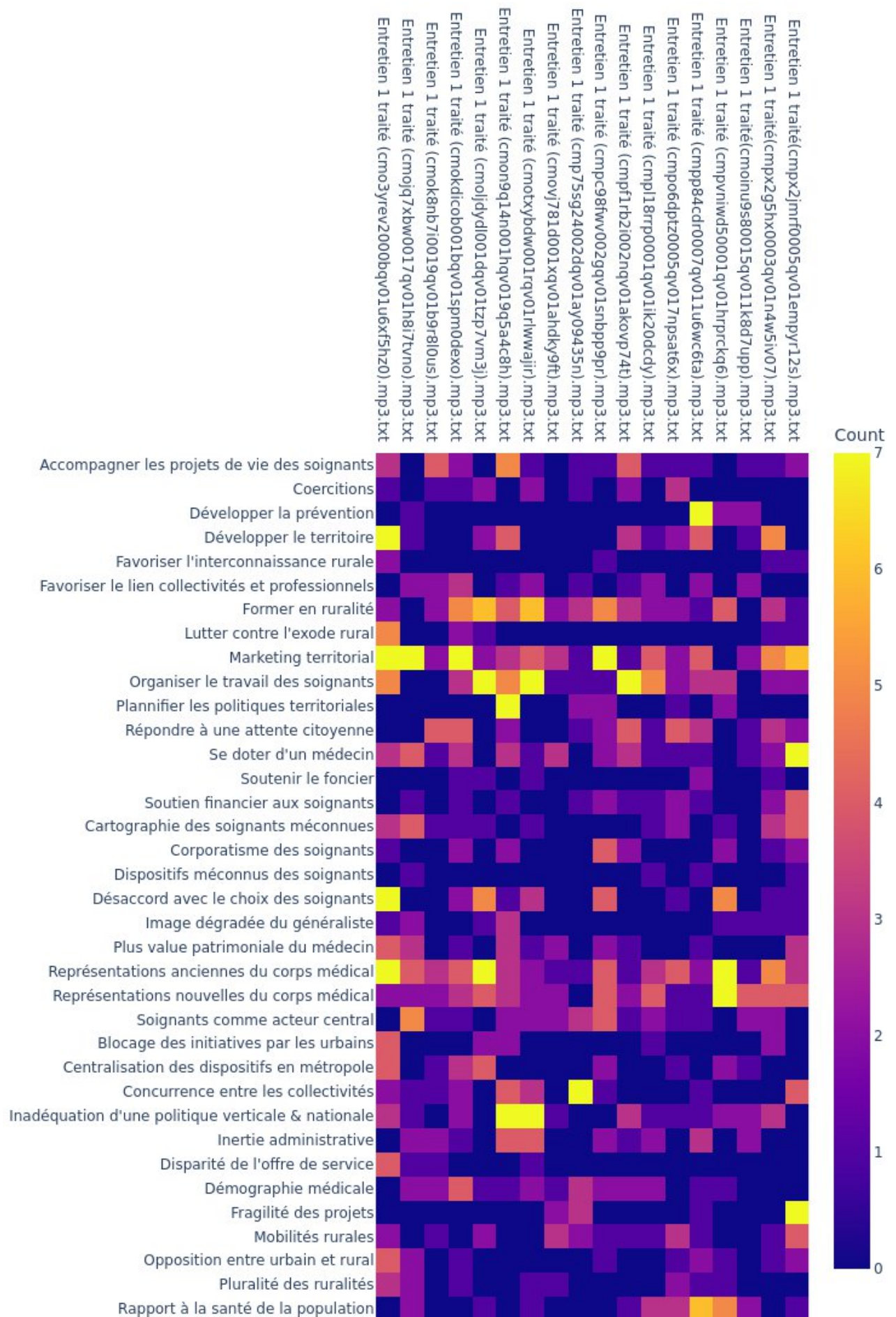


Figure 20 - Carte thermique codage informateurs clefs

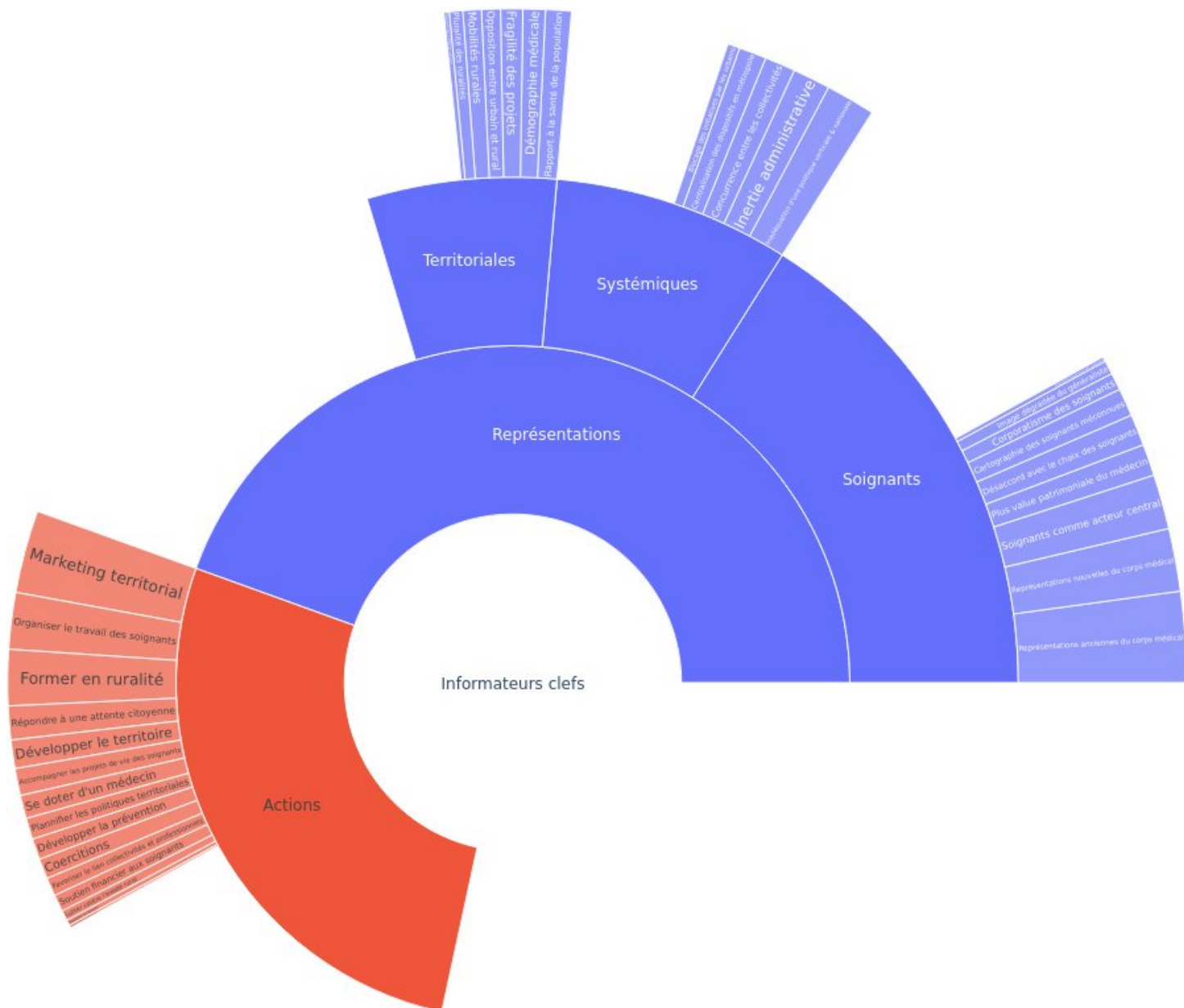


Figure 21 - Diagramme radial hiérarchique des occurrences de code par caractère (informateurs clefs)

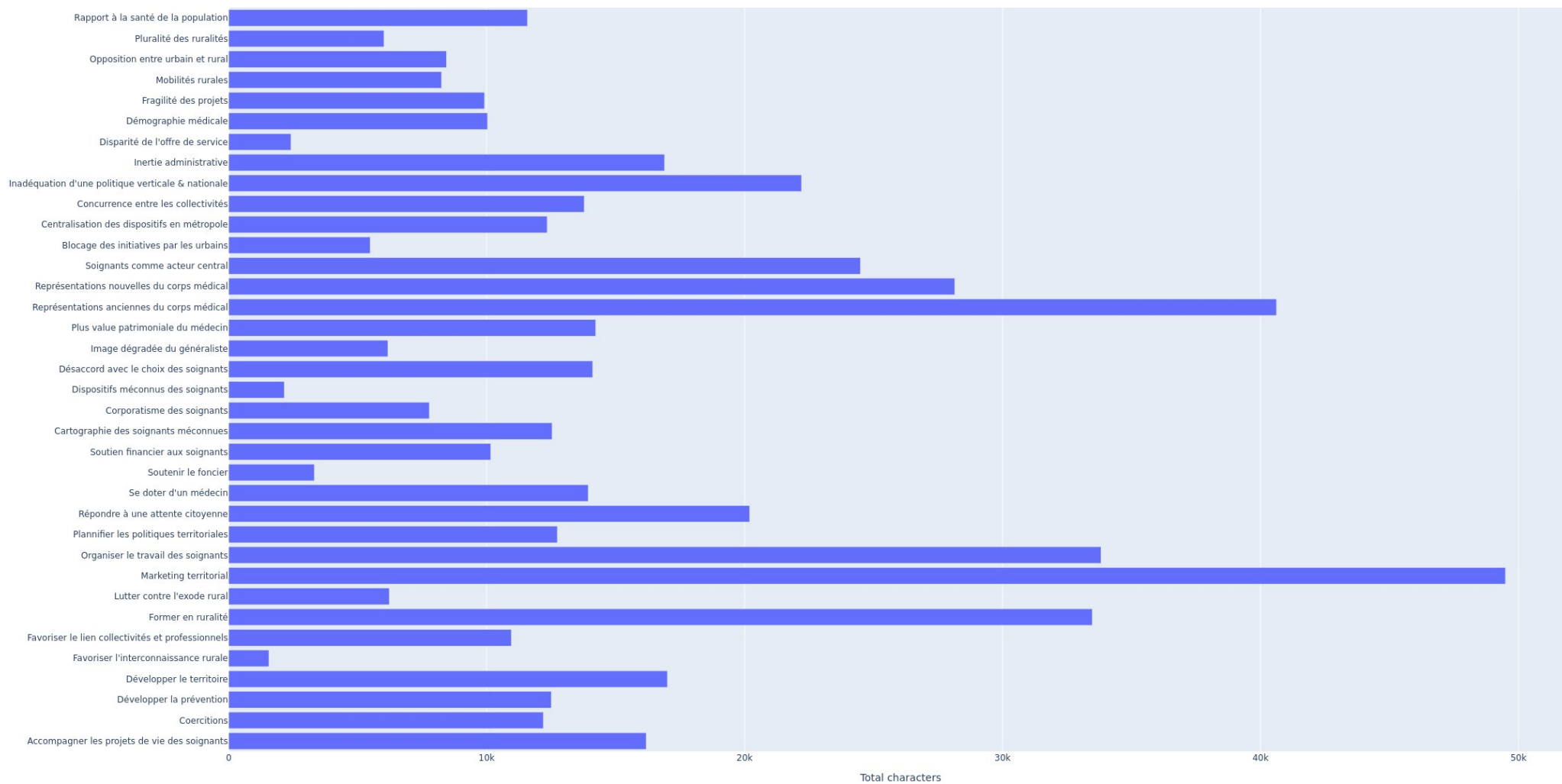


Figure 22 - Diagramme en barre de l'importance des codes sur l'ensemble des EI par nombre de caractère (informateurs clefs)

4. Banque de verbatims par sous-thèmes et synthèse des thématiques

4.1 Population médicale

a) Un profil sociologique homogène à la littérature :

Mentorat

En Italie, pendant l'externat, dans son stage, un de mes profs m'avait dit qu'il faut trouver, en chirurgie, il faut trouver un maître [...]. Il fallait trouver un maître. Et quand je suis arrivé à [REDACTED], j'ai euh, j'ai trouvé le mien.[...] j'ai retrouvé quelqu'un qui examinait le patient, qui savait énormément de choses. Qui, même si parfois, était un peu rude dans sa façon d'être, il connaissait parfaitement ses patients. Et il se rapprochait bien d'eux. Et voilà, je me suis dit, c'est comme ça que je vois la médecine. Et la relation entre les médecins et les, les... les patients – cmjtt4d1g001iqv0191ytotb0

Pendant mon semestre de gériatrie d'interne. Je suis tombée sur une médecin euh, géniale, géniale. Quelqu'un de très euh, je ne sais pas, c'est quelque chose de bête, mais c'est la, c'est la première médecin qui, qui nous, qui nous avait dit euh, euh... On a analysé la situation d'un patient qui était arrivé dans le service de gériatrie. Elle nous a dit, « alors à votre avis, là, donc là, il a une sonde urinaire. Ok, pourquoi il a une sonde urinaire ? Parce que, il était en globe, ouais, ok. Pourquoi il était en globe ? » Euh... Bon, on réfléchissait au profil, on donne deux-trois réponses et on dit, rien d'autre. « Comment ça, rien d'autre ? Il n'y a pas autre chose ? Vous pensez à rien d'autre ? Ben non. Vous n'êtes pas dit que le monsieur, il était trop poli pour demander à ce qu'on l'accompagne aux toilettes et qu'il s'est retenu et que comme personne l'a accompagné, il s'est mis en globe ? Ah oui, mais et si on avait pris deux minutes pour accompagner la personne aux toilettes, on lui évite le globe urinaire ». [...] Euh, je sais que c'est la course aux urgences, je ne critique pas le travail de mes collègues urgentistes, mais est-ce que quelqu'un avait pensé deux minutes à l'accompagner aux toilettes ? Pas du tout. Et en fait, je me suis dit, ah oui, ok, j'avais jamais vu la médecine comme ça. [...] Donc, en fait, elle avait une approche comme ça et je me suis dit, ah, j'avais jamais vu la médecine comme ça. (rire) – cmk6jy06g0005qv01kl0pjh71

Des études difficiles à vivre

Ça m'avait un peu dégoûtée plusieurs fois en P2. Je me rappelle, je me disais, mais j'aurais pas dû faire ça. J'aurais dû partir en droit. Donc, il y avait cette difficulté à laquelle je m'attendais pas parce qu'on me disait beaucoup, « PACES c'est dur, PACES, c'est dur. Mais c'était que PACES, après, t'es tranquille ». J'ai pas du tout trouvé que j'étais tranquille après.[...] Enfin, c'est l'internat qui m'a vraiment fait euh, comprendre le système hospitalier, les relations humaines aussi entre collègues et tout ça. Je sais pas, j'étais pas tout à fait adaptée, je pense, euh, au niveau des relations sociales professionnelles. [...] J'ai l'impression que l'hôpital, c'était pas mon truc. Euh quand j'étais externe, c'était pas mon truc. On était beaucoup... Avoir des tâches qui me paraissaient insignifiantes. Je voyais pas, en tout cas, externe, je voyais pas la beauté de la médecine comme je me l'étais imaginée. Interne, plus. Une fois que vraiment, on avait nos responsabilités... J'ai recommencé à adorer la médecine quand j'étais interne. Mais les six premières années, elles m'ont un peu, un peu dégoûtée – cmjimes8b000yqv01s79es3rx

C'est très compliqué parce que, moi j'suis pas trop fait pour tout ce qui est hiérarchi euh, euh en vrai j'ai passé des études de médecine où j'ai eu pas mal de déboires, euh où ça a été plutôt compliqué. Donc en fait mon image c'est un petit peu dégradé mais pas de la profession mais plus des études, euh qui m'ont pas vraiment plu. J'aime pas trop ce côté paternaliste euh, qui existe régulièrement au niveau de l'enseignement – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

C'est là où tu déchantes aussi hein quand t'arrives en médecine, c'est que quand tu vas à l'externat [...] à [REDACTED], où dès qu'on arrive en quatrième année, nous, c'est, on nous rabâche que euh, le concours, c'est super dur, super important, qu'il faut travailler tout le temps, toute la journée, tout le temps, que si on ne travaille pas pendant une heure, c'est sans place perdue aux ECN, etc. Il y a cette idée-là qu'il faut tout le temps travailler, même si c'est euh peu qualitatif, il faut la quantité de travail énorme, euh surtout dans un gros CHU comme ça aussi, où en service euh, c'est beaucoup de, euh beaucoup de paperasses, beaucoup de secrétariats, etc quand t'es externe, t'es un peu traité là-dedans – cmkky860y002jqv017t1yx2ze

Je pense qu'il y a aussi un biais, euh, très fort [...] de l'excellence, mais pas forcément de l'excellence dans le sens positif [...]. Il y a une espèce de concurrence un peu, un peu malsaine que j'ai pas très très bien vécu, euh, où c'est difficile, justement, de s'affirmer, où il y a... Ouais, la compétition, oula c'est tellement compétente ! Les gens, ils ont un... je trouve qu'il y a un égo qui est surdimensionné alors que, alors que, alors que, qu'on est juste étudiant quoi, j'ai trouvé ça fort, très fort mmh – cmk6jy06g0005qv01kl0pjh71

La création de nouvelles interconnaissances estudiantines

J'ai commencé à sortir, à vivre une vie étudiante euh. Et là, je me suis dit, ah oui, là, j'ai commencé vraiment à me dire, c'est trop bien euh, je peux, je descends euh dans la rue, je fais même pas un kilomètre, je retrouve les copains pour boire un coup. – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

Une qualité de stage en ruralité déterminante

Et l'autre raison, c'est parce que je me sentais seule. Fin, clairement euh, euh le semestre d'été, à vivre euh au-dessus de la mairie, à [REDACTED], clairement, ça n'a pas été facile. Donc euh, et puis, je voyais tous mes amis, euh mes amis internes, même [REDACTED], qui était à [REDACTED], qui était dans une grande ville, qui se faisaient des amis euh dans les soirées d'internat, euh qui euh, étaient en coloc. Euh pareil, mes autres amis qui vivaient seuls dans leur appart, mais qui se faisaient des liens avec leur co-interne, qui euh, qui développaient une très bonne relation avec leur chef parce qu'ils étaient souvent dans les mêmes stages. Et moi, je me suis dit, ben moi, j'ai pas... j'ai vraiment eu ce sentiment de solitude. Et c'est pour ça que j'ai voulu partir à l'internat de [REDACTED] où je savais qu'il y avait un internat et qu'il y avait beaucoup plus de monde, qu'il y avait la fête, que ça allait être plus fun, quoi – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

J'ai pas aimé non plus les relations qu'on pouvait avoir avec l'ARS qui nous prenait quand même pour des enfants jusqu'à la fin euh, jusqu'à la fin en soi je crois que c'est même jusqu'à la fin de l'internat, euh où on nous pousse dans des endroits deux semaines, bah je veux dire deux semaines avant on ne sait même pas où on va aller, sans vraiment penser à notre euh, à tout côté social, toute la vie privée qu'on a autour parce que c'est quand même pas si facile de bouger tous les six mois – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

L'exode urbain étudiant des ruraux

C'est là où j'ai découvert, genre, les lignes de bus et euh... Fin, que tu pouvais te déplacer sans avoir ta mère à côté en voiture, quoi (rire). [...] C'était ma, ma première incursion en, où je trouvais qu'il y avait beaucoup de monde, que les gens étaient très fiers. Ce n'était clairement pas mon, clairement pas mon monde. Les deux, trois premières années, je n'étais pas forcément à l'aise – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Hormis ma mère qui a changé, qui était à Paris, etc. mais du côté de mon père et mes grands-parents paternels, c'était de l'angoisse de... Ah, bah, elle part à la ville euh, c'est angoissant, la ville euh, on ne connaît pas, voilà. Mais c'était léger hein.[...] Mais j'avais jamais pris... Je crois que j'avais jamais pris le train, presque, de ma vie. Le TER, j'avais jamais pris. Le tram, pareil. Donc ça, c'était un petit peu, donc, de stress, mais c'était... J'étais contente. Mais je pense que les premières semaines ont été difficiles. Moi, j'ai le souvenir de rentrer dans mon appartement le premier soir, parce que j'avais fait une pré-rentree à Médical à la prépa. Euh c'est, j'avais pleuré, quoi. C'était... J'étais loin de tout.[...] Mais j'ai le souvenir que je restais pas tous les week-ends à [REDACTED]. Je rentrais euh tous les week-ends. Je pouvais pas rester toute seule euh. C'était difficile pour moi de rester toute seule le week-end dans mon appart. J'avais, j'avais besoin de...[...] Je bossais dans mon bureau ici, mais euh je rentrais. Et j'ai les souvenirs du dimanche soir à la gare de [REDACTED]. Franchement, c'était dur, quoi. Je pleurais souvent, mais après, quand je me remettait dedans, voilà, ça allait, mais c'était pas facile – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

Interrogé : J'ai passé de petite ville à grande ville, d'un coup. J'avoue, [REDACTED], ça faisait vraiment le côté universitaire. J'sentais que j'arrivais... C'est vraiment comme si c'était la personne de campagne qui arrive dans la grande ville, d'un coup. Tu vois, c'est, c'est un peu grandiose, tout ça. J'avoue que ça faisait donner un peu cet aspect-là. En plus, il y avait le tramway qui arrivait pile à ce moment-là, en plus. Donc, ça faisait vraiment euh... La grande ville, quoi. J'étais... Ça faisait beaucoup, beaucoup, mais j'étais ravi de voir tout ça. Je sentais que j'arrivais dans quelque chose de grand.

SVL : donc plutôt des, des euh, des sensations positives ?

Interrogé : Voilà, c'est ça. J'avais pas trop peur, au contraire, je voulais découvrir en plus la vie comme ça. Donc, je connaissais pas. Donc, j'étais ravi, au contraire – cmkqnchts0036qv01lqplh2u

Ça été, après un peu comme tout, tout jeune qui est propulsé dans une ville qu'il connaît pas, dans un futur qu'il ne connaît pas euh... Toutes les nouveautés qu'on peut avoir euh, de découvrir une nouvelle ville, chercher un appartement. Voilà en soi ça s'est bien passé parce que j'ai des parents qui sont, qui sont quand même bien présents. Après c'est vrai que j'arrivais dans une ville que je ne connaissais pas, euh avec des amis qui n'allaient pas forcément comme je t'ai dit à la faculté de [REDACTED] mais plus, plus à [REDACTED]. Mais j'ai quand même pu m'en sortir parce que socialement j'suis pas, j'suis pas un ours. Mais voilà c'était une découverte donc c'est toujours un petit peu quand même angoissant. Moi qui ai un tempérament quand même au fond stressé même si ça se voit pas forcément. C'est anxiogène, bah voilà c'est quand même, c'est quand même un moment assez anxiogène euh, ces découvertes. C'est à la fois excitant mais aussi voilà assez terrifiant – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

Un temps préalable de découverte avant l'installation :

Et en gros, les conditions de mon remplacement, c'était quasiment les conditions de mon installation. Je remplaçais euh trois jours par semaine et là, je me suis installée en bossant trois jours par semaine. Oui, c'est ça aussi, je me sens bien parce que je ne bosse pas euh cinq jours sur sept[...]. Je ne me serais jamais installée euh dans un cabinet où je n'avais pas remplacé avant. Donc, je, je remplaçais depuis longtemps, je voyais comment ça se passait, j'ai... fin je voyais que tout roulait, que... il n'y avait pas de souci, je n'avais pas de pression de rajouter euh plein de rendez-vous, voilà, mais jamais je ne me serais installée dans un endroit où je n'avais pas remplacé, par contre. Parce que là, pour le coup, je pense qu'il peut y avoir des mauvaises surprises – cmkfokhpp0016qv01gn4ai23w

J'ai choisi tous mes stages, enfin, tous les stages en périphérie, je les ai tous choisis dans [REDACTED] euh, dans cette arrière-pensée euh déjà que j'avais de me projeter dans la [REDACTED] je voulais essayer de connaître le réseau. [...] Tout ça, mais c'était aussi dans l'idée de faire du réseau – cmjy3nxb003gqv01ye86dc8q

Et en fait, c'est que du coup, comme je suis arrivé en tant que médecin adjoint euh à [REDACTED] en fait, j'ai pu voir comment ça se passait. et c'est là où j'ai vu un peu plus aussi l'esprit d'équipe, on va dire euh, euh de la maison de santé. Ça m'avait beaucoup plu, tout en gardant une activité un peu de libéral. J'connais pas du tout – cmkqnchts0036qv01lqpzh2u

Rapport des aides financières sur le projet d'installation

J'avais pris le CESP assez facilement parce que c'est assez large, en fait. Le CESP, tu peux bosser. Il y avait certains quartiers de [métropole] qui étaient éligibles. Donc, ça, ce n'était pas une question pour moi, le CESP, c'était... À partir du moment où j'ai décidé de faire de la médecine générale, c'était évident pour moi qu'il fallait le prendre et que ce serait... Enfin, voilà. Je ne voyais pas pourquoi passer à côté alors que ça permettait de bosser à peu près partout. Par contre, [le département], c'est quand même beaucoup plus... sélectif. Euh donc, ça, par contre, ça nous engageait dans un projet de, de vie. Mais quand je l'ai pris, en fait, je n'étais pas certaine de le faire. Euh, on l'a prit, donc bien sûr, j'étais déjà mariée, donc ça s'est décidé conjointement de le prendre ou pas le prendre. Et puis, en fait, quand on a regardé décisions, les euh, conditions d'annulation, c'était simplement de rembourser ce qu'on avait touché, ce qui paraît assez logique. Mais je veux dire, il n'y avait pas de pénalité, il n'y avait pas de... Donc, voilà, on s'est dit au pire, on ira. Et puis, voilà, tant mieux, on aura touché... Parce qu'en plus, c'était une période compliquée. Quand on s'est mariés, on était tous les deux étudiants, donc il n'y avait pas de salaire hein.[...] Je trouve que ce n'était pas... Comment dire ? Euh... je sais, j'ai pas le mot en tête, mais tu vois, ce n'était pas bloquant quoi. Ce n'était pas trop sévère les conditions d'annulation. Donc, ça nous permettait de faire le choix assez facilement. Et en même temps, le fait d'avoir pris cette bourse, je pense que ça a aussi un petit peu rajouté un argument dans la balance – cmjimes8b000yqv01s79es3rx

Moi, je, je suis convaincu que, toi, les aides économiques, ça fait toujours plaisir, mais c'est pas, c'est pas ça qui fait rester à la campagne – cmjyt4dlg001iqv019lytotb0

J'ai une collègue, enfin, une copine qui est à [REDACTED], qui va s'installer. Tant mieux pour elle, c'est bien. Avec la ZIP, elle va avoir une... Elle est exonérée d'impôt pendant 5 ans, elle a une prime à l'installation. Mais en fait, je me dis, mais on fait le même métier, quoi, au final. Donc, juste parce qu'elle fait le choix d'aller dans une zone où, en plus, c'est des zones euh, fin, je comprends... Enfin, pour moi, ça ne se justifie pas d'aller donner un billet de 50 000 et d'exonérer les gens d'impôt, euh pendant 5 ans là-dessus parce que tu fais cet effort d'aller t'installer dans un territoire, en plus, un territoire où elle aurait forcément fini parce que toute sa famille est là-bas et que son projet n'aurait pas changé qu'il y ait ses aides ou pas. Donc euh, pour moi, c'est des choses qui, qui fonctionnent pas. Quand j'étais en SASPAS, j'allais à B., il y avait des sujets avec A. où ils avaient fait une maison de santé, ils avaient débauché parce que sur A., ils étaient en ZRE et pas à B. Donc, il y a les médecins du B. qui sont partis au A. et qui, au final, 5 ans après, se sont barrés comme des euh, comme des lâches. Au final, ça ne marche pas, ces trucs-là – cml40ey8z003zqv01i3zx5i7n

Mais je ne les ai pris qu'au partir du moment où je savais que j voulais revenir dans [le département]. J'avais pris aucun contrat d'installation avant, parce que je ne voulais pas me bloquer, justement euh,

dans un choix éventuel que je savais pas, fin pour lequel je n'avais pas encore pris de décision donc euh. Donc euh, ça a été finalement un motivateur, dans le sens où, une fois que j'ai pris ma décision, bon bah c'est du bonus, donc je prends quoi – cmmwilev50015qv01kgrnbq6y

C'était vraiment euh, c'était vraiment euh, une expérience qu'on a voulu tenter. Il n'y avait pas du tout de, on n'a pas cherché des aides ou autre chose comme ça. On a surtout cherché un endroit où on voulait s'installer après euh, les aides financières ça a pas... En tout cas chez nous ça a pas joué – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

b) Le rapport à la ruralité

Disparité culturelle et d'offre de service

Après, il n'a pas encore fait l'expérience. Lui, il est quand même plutôt sur des a priori. Il va voir. Il se laisse quand même la possibilité de d'être surpris positivement. Mais euh... C'est plutôt ça, ses freins, quoi. Il a vraiment peur de s'ennuyer – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

C'est plus tout ce qui est à côté, qui va être limitante, parce que, voilà, il faut aussi avoir une vie à côté, et ça qui est plus difficile à la campagne, sans s'habituer à un certain style de vie – cmjtt4dlg001iqv0191ytotb0

Ce qui me manque, c'est, euh il me manque euh des magasins. Ça paraît, ça paraît superflu, mais ça ne l'est pas. C'est par exemple, un exemple, fin genre, quand [REDACTED], elle a commencé à marcher, il a fallu que j'achète des barrières pour mettre sur mon escalier. Tu sais que pour acheter des barrières pour mettre sur mon escalier, il fallait que j'aille à [REDACTED] – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Alors moi, un critère qui euh, pour lequel, tu vois, j'aurais du mal à m'installer dans n'importe quelle bourgade de ruralité, c'est une boulangerie. Si j'ai pas une boulangerie dans là où j'habite ou pas très loin de là où j'habite, c'est rédhibitoire, quoi. Parce que euh, ben voilà, ça doit être la fibre bon français, mais avoir une bonne boulangerie, pour moi, c'est capital, quoi. Et euh, et ça, finalement, tu l'as de moins en moins dans les communes. Et il est hors de question que je prenne ma voiture pour aller chercher une baguette de pain quoi – cml40ey8z003zqv01i3zx5i7n

Mobilité

Je finissais, donc, souvent à 18h30, on va dire.[...] C'était ça, d'ailleurs, l'horaire, 8h30, 18h30[...], même un peu plus tard, donc plutôt vers 19h, ça me faisait rentrer chez moi vers 20h15, et j'enchaînais avec mes responsabilités familiales. Donc, ça, c'était dur. Parce qu'en plus, la route, elle est horrible. Moi, je vois pas très bien dans le noir et tout, donc ça, c'était pas facile. Mais bon, ça, c'est fait hein – cmjimes8b000yqv01s79es3rx

Tu vois les, des fois, les gens, nos copains, ils nous disent, « Ah, ben, on revient de l'ouest, on va vers l'est, on peut s'arrêter chez vous. » Mais en fait, s'arrêter chez nous, ça fait trois heures de détour. (rire) – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Donc comme moi, on a fait le choix aussi d'avoir qu'une seule voiture, euh ben moi, j'suis souvent à vélo, donc je voulais que pouvoir graviter, faire des visites en vélo, mais euh dans un... avec un territoire quand même assez restreint, de façon à pas non plus avoir des amplitudes horaires de malade, parce que je vais avoir pas mal de trajets sur mon vélo pour aller voir les patients, en sachant que, bon, ben on n'est pas non plus près de la Méditerranée, donc il pleut quand même régulièrement. donc je voulais quelque chose où je puisse faire de la visite, de façon à pas dire non aux gens, mais avec des modalités qui soient raisonnables et acceptables pour eux comme pour moi – cml40ey8z003zqv01i3zx5i7n

Des conflits inter-ruralités

Il y a A. et B., il y a un peu un (rire) un, une rivalité. Je ne sais pas, il y a quelque chose d'ancien et moi, en tant qu'enfant, on m'avait mis dans la tête que B., c'était vraiment tout pourri [...] et puis même les habitants, j'ai eu des euh remarques pas très bienveillantes. Alors que on est d'accord, j'habite à A., je vais à B. tous les matins. Donc, c'est pas si compliqué de venir faire se soigner à B., mais bon, moi, je dis ça comme ça. [...] c'est abusé c'est fou je sais pas ce qu'il s'est passé mais c'est comme s'il y avait un grand mur et il y a toute une partie de la population ils y pensent même pas à passer le mur. [...] On a du mal à juste euh se parler de euh de collègue à collègue, de faire équipe, en fait. et il y a toujours une question de euh (inspire) J'ai, Je ressens comme ça derrière que ya, qu'on n'arrive pas à passer outre la méfiance de piquer des patients, du machin, de « il va me préférer », de j'en sais rien, fin j'en saire rien, mais en tout cas euh, avec les professionnels de santé de A., on n'arrive pas à faire ça. On n'arrive pas à... à se tenir au courant, à être bienveillant, à juste euh essayer de travailler ensemble euh. C'est ça ne marche pas, quoi. Et ça, je ne sais pas si c'est euh. Est-ce que c'est parce que la ruralité euh a plus de mal à évoluer sur ces choses-là et que, du coup, on a un train de retard parce que euh. Bah parce que il y avait encore euh, y a, il y a peu de temps, c'était encore les vieux médecins qui avaient cette manière de faire qui étaient les plus nombreux. Sauf qu'en fait, ils s'en vont tous.— cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Moi j'aimerais bien que on arrête aussi, que tout ce qui est les frontières com-com etc. puissent un peu dégager et que des fois il y a des projets de territoire un peu plus global puissent se faire mais, mais voilà on joue comme ça. Mais c'est vrai que j'trouve que des fois on est un peu enfermés dans ce côté, « Ah c'est pas la bonne com-com c'est l'autre com-com etc. Gna gna gna » – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

La construction de l'unité familiale avant la vie active

Peut-être qu'ils peuvent découvrir et, et aimer, mais bon, t'as le côté euh conjoint tout ça, quand t'as commencé déjà à faire ta vie parce que euh après 10 années de médecine euh bon en général euh, à 27 ans ou 30 ans euh si t'as redoublé des années, t'as quand même commencé en général à faire une partie de ta vie euh, d'avoir euh, une femme ou un mari et éventuellement des enfants hein, beaucoup en internat qui a des enfants. Je pense que t'es déjà bien avancé et euh... Et euh... Bah là pour le coup, venir dans [] quand euh, alors j'parle quand tu viens de [], c'est euh, euh si t'es pas originaire d'ici, c'est plus compliqué – cmmwilev50015qv01kgrnbq6y

Quand t'as 30 ans, tu te dis, si je veux, si je veux avoir euh, je sais pas, des enfants, faire ma vie, construire une vie avec quelqu'un, euh il faut que tu vives ensemble. Enfin, je veux dire, en tout cas, c'est un peu ce qu'on s'est dit, il faut qu'on soit, qu'on fasse l'expérience du quotidien ensemble pour voir si ça se passe bien. Et euh du coup, on s'est organisé en se disant, bon, je vais, je vais travailler où est-ce qu'on peut vivre ensemble, du coup, en étant comme ça, éloigné. Et on a essayé de réfléchir et, et moi,

je me suis dit, bon, à [REDACTED], il y a un mode de fonctionnement qui pourrait me permettre euh de faire ma vie euh professionnelle à [REDACTED] et faire un temps de vie commun à [REDACTED] [...]. En attendant que lui, son entreprise, ça soit fini, parce qu'en gros, lui, moi, je suis tenue par une durée avec mon contrat [du département], mais lui, il est tenu par une durée avec son entreprise où il doit encore mener la barque pendant au moins 4-5 ans. Et euh moi, je suis un peu plus libre que lui. du coup, l'idée, c'était bah, je travaille 3 semaines à [REDACTED] ou je travaille 4 jours par semaine. Eux, ça qui est intéressant à [REDACTED], c'est qu'ils ont un mode de fonctionnement [...], ça pourrait me permettre de, de travailler 4 jours par semaine à [REDACTED], faire des grands week-ends à [REDACTED], euh ou avoir euh travaillé à fond pendant 3 semaines et avoir une semaine off euh, où je peux vivre avec lui euh. Fin voilà, c'est un peu euh, c'est un casse-tête hein, au final, fin, on ne va pas se mentir, c'est compliqué. On essaye de trouver euh, de trouver un, un, des, du quotidien, du commun euh, mais évidemment euh, quand tu es à, 400 kilomètres euh, c'est compliqué. [...] J'commence à essayer de le projeter ailleurs, parce que pour moi, ce n'était pas, ce n'était pas dans mon logiciel de penser, pour moi, j'allais être là, j'allais rester là, enfin, tu vois bien un peu la mentalité euh de campagne, quoi, en plus, moi, je suis d'un milieu rural c'est euh, t'es née ici, tu restes ici, tu meurs ici, quoi – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

D'un côté, j'étais motivée. Mais de l'autre côté, effectivement, bah mon conjoint, il n'a pas de travail. Malheureusement, bah lui, quand on était à la campagne, c'était quand même... Moi, j'étais à 15 minutes, lui, c'était quand même à 40 minutes, parce qu'il a travaillé juste dans les villes, dans les grandes villes. [...] C'est la discussion que j'ai faite avec mon conjoint, mais je n'arrive pas à avoir de réponse. Je ne devrais pas dire comme ça, mais bon. Ça va dire qu'il y a aussi, je ne m'installe pas. Parce que normalement, ça, c'est peut-être installé en Bourgogne. Probablement installé en Bourgogne, mais... vu qu'on vient d'acheter, il faudra payer le prix. Mais dans la réalité des choses euh, c'est surtout que son travail, je ne sais pas. D'un côté, il veut rester où il est, mais de l'autre côté, il veut quand même changer – cmkgit2pm001sqv01ya06x0y7

SVL : Mhh. Oui, c'est cet autre ressenti qui est intéressant de comment... À t'entendre par rapport à ce que tu dis depuis le début, c'est euh... Professionnellement, ça aurait été plus simple [REDACTED], euh mais qu'en fait, ce qu'a primé, c'est la vie de famille et du coup, la ruralité, parce que c'était mieux.

Interrogé : Bah clairement, clairement et uniquement. Ah oui, oui, oui. Moi, j'ai eu l'impression de faire euh, de faire un... une vraie concession professionnelle. Fin pour moi, j'ai prié, j'ai j'ai priorisé ma vie privée complètement. Ah oui, oui. Ma vie privée et ma famille – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Je suis partie en [REDACTED], euh, à l'époque, j'étais avec un ami qui voulait faire gynéco-obstétricien, donc, il y avait pas beaucoup de place, tout simplement, euh, sur les choix d'internat, et dans les quelques villes qui restaient, il y avait [REDACTED], il se trouve que j'ai aussi des cousins, des oncles et tantes en [REDACTED], donc, en fait, bah voilà, ça s'est trouvé être le... euh, euh, un point de ralliement un petit peu, euh, logique, en fait, euh, et puis le retour à [REDACTED], c'était euh, euh, c'était... euh, c'était... c'était aussi pour les raisons du cœur [...], c'était pour retrouver, du coup, euh, mon nouveau compagnon – cmk6jy06g0005qv01kl0pjh71

Les interconnaissances rurales

L'activité sportive régulière avec les mêmes groupes de personnes, etc., ça, ça m'a permis de rencontrer du monde. Parce que la campagne, ce n'est pas forcément l'endroit où tu rencontres le plus du monde si tu te balades. Du coup, il fallait trouver une activité. Ça tombait bien qu'il y avait le foot. Euh ça tombait bien que j'avais un niveau qui était supérieur à celui qui, des joueurs qui jouaient. Et du coup, ça, ça a permis une intégration très facile parce que du coup, j'ai joué, j'ai marqué des buts. Et du coup,

les gens étaient contents. Et même les supporters, ils venaient aussi pour me connaître, etc. Du coup, j'ai rencontré du monde – cmjtt4d1g001iqv0191ytotb0

Tous mes amis les plus proches habitent aussi euh, dans, en campagne dans les villages aux alentours – cmkfokhpp0016qv01gn4ai23w

On s'installe dans un endroit où ben notre vie sociale n'est pas développée du tout parce que tous nos amis sont, sont euh dans différents endroits, dans les quatre coins de la France. Donc il faut se refaire un tissu social, c'est il s'avère que même si le tissu associatif est très riche, pas si évident de de, quand on peut-être quand on a un certain âge, quand on a des enfants ou je sais pas mais de de, de retrouver euh, de retrouver des repères avec euh certaines personnes, voilà je pense que je, je sais si, je sais pas j'avais être honnête, je sais pas si la catégorie socio-professionnelle qui est potentiellement euh, différente en ruralité et en ville joue peut-être je sais pas. Mais euh, mais en tout cas c'est vrai que parfois ce n'est pas si évident de trouver, trouver le le bon pote ou la bonne copine qui fait que finalement on se fait des soirées etc – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

J'ai rencontré mon copain aussi dans le village d'où je viens. Donc, je ne voulais pas m'éloigner, en fait – cmkfokhpp0016qv01gn4ai23w

Un cadre de vie privilégié

J'ai redécouvert de façon très positif, le fait des, des gens qui sont... qui sont difficiles à connaître, mais après, ce sont des vraies, des vraies personnes, il n'y a pas des, pas de, pas de masque; je trouve dans la campagne, beaucoup moins. Et du coup, voilà, c'est pour ça que les territoires, et je parle des territoires, je parle aussi des personnes, parce que les deux, pour moi, ça s'intègre dans le même euh chose. On peut pas, ça peut pas exister un territoire sans personne, et vice versa. Si, si il y avait personne à ■■■■, ça peut être le plus bel endroit du monde, mais je me serai pas installé – cmjtt4d1g001iqv0191ytotb0

Pouvoir d'achat

Le prix de l'immobilier, il est, euh... Fin, quand tu es habitué à être ici sur un minimum mille mètres carrés avec des maisons, euh... XXL, et que tu vois qu'à ■■■■ en dessous de 300 000 euros, tu trouves rien de correct. Euh... Parce que du coup, moi, j'avais quand même mis comme grosse contrainte le fait d'être à moins de dix minutes à pied de la gare pour pouvoir faire les allers-retours. Euh... Que certes, t'as tout ce que tu veux en ville, mais à quel prix ? Parce que franchement, les activités, euh... Elles sont à des prix de dingue. Genre, je sais que ■■■■ il adore tout ce qui est le secteur de l'aéronautique. Et à ■■■■, en fait, c'est juste impossible de passer un permis euh, avion. C'est au moins 2 à 3 000 euros plus cher qu'à ■■■■ [...] Si on veut des enfants en termes de moyens de garde et tout ça, les crèches, c'est hyper cher à ■■■■. C'est hyper bouché – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Le fait d'avoir une maison à la campagne qui soit assez grande euh, euh tranquille, pas trop chère du coup, parce que la ■■■■, ça coûte pas cher, qui nous permettent aussi d'avoir un niveau de vie euh assez intéressant derrière pour pouvoir, bah bouger, voir des amis, partir en vacances. Euh bah pas être regardant sur les dépenses qu'on va faire pour notre vie de tous les jours quoi. Parce que bon, quand tu euh, t'achètes une maison ailleurs, dans d'autres régions, ça coûte quand même plus cher. À partir

du moment où tu as la pression de ton crédit qui est plus importante, c'est peut-être plus compliqué pour euh, faut faire plus de choix quoi – cmmwilev50015qv01kgrnbq6y

Oui, parce qu'après, la, la qualité de vie, après on...on, je pense qu'on est, on l'utilise trop comme argument, mais ça resterait la qualité de vie à la campagne, qui largement meilleure. Moi, j'ai du monté, formation ce week-end à Paris, euh... tu profites pas de Paris, parce que tu es stressé tout le temps quand tu conduis et etc. Là, tu, tu es libre, tu... tu vois tu peux profiter de ton le jardin, tu peux profiter de tes, de tes à-côté, de tes bois, de, de du lac, et aussi vivre vraiment comme tu veux, par la simplicité qui peut te permettre d'organiser les choses comme, comme tu te sens – cmjtt4d1g001iqv0191yotb0

Le rythme, le rythme et le... le calme, et, euh, et le vert, la nature. Je trouvais ça fou d'avoir un bruit de fond, un bruit de fond permanent, mais qui soit un bruit artificiel. À la campagne, il y a toujours un bruit de fond aussi, mais c'est, enfin, voilà, c'est, c'est du bon dans les arbres, c'est des petits oiseaux, c'est des animaux, c'est tout ça. Le bruit de fond de ville, moi, ça m'a, ça m'a, ça m'a fini par me taper un peu sur le système – cmk6jy06g0005qv01kl0pjh71

La parentalité comme retour à la ruralité

J'ai trouvé que j'avais eu une enfance euh parfaite en milieu rural et j'ai voulu offrir la même chose comme cadre. enfin voilà, d'un coup, en fait, je me suis mise à ne plus supporter les transports en commun, à ne plus... Puis je pense que la ville avait changé aussi, petit à petit, elle s'est chargée, beaucoup de bouchons, beaucoup de... finalement, je finissais par voir plus que le négatif, quoi. Je sais pas si la ville a changé ou si c'est moi qui ai devenu moins tolérante, je sais pas. Mais en tout cas, voilà, d'un coup, voilà, les transports en commun, être tous collés comme ça, et ça me... c'était quelque chose qui était devenu vraiment difficile pour moi, alors que je l'ai fait pendant mes six années d'études, hein, sans problème. (.) Les bouchons aussi, je supportais plus, le monde partout, trop chargé, trop de pollution, trop de... ça m'allait plus, et puis surtout, voilà, c'était en rapport avec ma propre enfance que j'avais trouvé très épanouissante. [...] Bon, il y a quand même le fait que mes parents étaient là aussi, qui a joué beaucoup, hein, parce que quand on a des enfants, on a un peu cette euh, pas tout le monde, mais on a un peu cette tendance à vouloir revenir vers ses euh, vers ses parents. Déjà, pour avoir un... réseau d'aide familiale, si je puis dire. Et puis euh, je ne sais pas, surtout premier enfant euh, j'avais besoin de ma mère à côté, moi. Donc, c'est aussi ça qui m'a fait revenir en milieu rural, pas que les avantages du monde rural – cmjimes8b000yqv01s79es3rx

Bah c'est le fait d'avoir des enfants. On a eu euh, on eu [] quand on était encore à [] et euh c'est vrai qu'assez rapidement, le fait de euh. Euh (souffle) quand elle a appris à marcher, elle attrapait tous les mégots sur le trottoir.[...] Quand elle avait envie de jouer, bah il fallait aller au parc. Enfin, voilà. Moi, ce n'était pas l'enfance que j'avais vécue. Et j'avoue que ça m'embêtait un peu de faire vivre cette enfance-là à mes enfants, quoi. Voilà. Et puis, du coup, une espèce de euh vigilance permanente, de sur-stimulation, de euh fin, voilà. Puis trop d'offres qui, finalement, étouffent un peu. Enfin, quand on est... Je trouve que quand on est jeune parent, on a beaucoup, beaucoup de choix à faire, beaucoup de choses à réfléchir. Est-ce que c'est bien de faire ça ? Est-ce qu'il faut proposer plus ? Est-ce qu'il faut proposer moins ? Et en fait, il y a trop de choix. (rire) Ça simplifie, finalement, les choses.[...] c'est quand on a des enfants, être vers ses parents, c'est quand même drôlement pratique – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

J'espère qu'on aura des enfants. En tout cas, on en veut. Euh et après, je sais qu'avec mes horaires, ça pourrait être compatible euh. Il y a des crèches euh sur la route du travail ou même à côté du travail.

Donc, voilà, moi, j'ai des horaires entre guillemets 8h30, c'est de bureau. Et lui, il finit vers 17h, 17-18h. Enfin, il pourra s'occuper des enfants le soir, les soirs où je finis plus tard. Et après, je sais que mes collègues ont des enfants, ils ont les mercredis pour l'instant. Euh quand euh, fin si moi, j'ai des enfants, ils me proposeront aussi d'alterner les mercredis ou les emplois du temps. Enfin, on s'entend vraiment bien – cmkfokhpp0016qv01gn4ai23w

c) Médecin des villes, médecins des champs :

Une meilleure qualité de la relation médecin-patient en ruralité

Et avec des patients qui te suivent et qui te font directe euh, directe confiance. C'est pas le genre de patient qui est tout le temps en train de rechecker sur Internet tout et rien – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Oui, pendant la visite, euh, « bah tenez, prenez un petit chocolat, prenez un petit café », etc. Il y a un côté... En fait, c'est une dimension que je trouve euh... Euh... J'ai quand même pas fait des visites à domicile pour aller chercher un chocolat ou un café, hein, mais... (rire) Mais dans l'approche relationnelle d'une consultation, je trouve que ça change quand même beaucoup de choses malgré tout – cmk6jy06g0005qv01kl0pjh71

Parce que les gens me paraissent plus simples en milieu rural, plus authentique. Euh il y a peut-être plus de respect aussi. Que des fois, en ville, les gens sont aussi plus exigeants et te voient plus, finalement, comme un service comme un autre. Alors qu'en médecine rurale, bah, tu vois vraiment tout ton intérêt en tant que médecin, quoi – cmmwilev50015qv01kgrnbq6y

Respectabilité

Il y avait un peu le le prestige, tu vois, un peu le... J'sais pas si je suis bien clair, mais euh c'est... C'est-à-dire... Voilà, on va être docteur, on va avoir une... Il va y avoir un certain prestige, entre guillemets, euh... Avec euh... Euh, le fait de pouvoir faire quelque chose que les autres ne peuvent pas faire – cmkqnchts0036qv01lqpzlh2u

C'était une image euh, ouais, beaucoup de soins, beaucoup être avec les patients, beaucoup euh... euh beaucoup de réflexion, beaucoup d'argent aussi, quand on en parlait avec les gens autour, tu sais euh, t'as ce côté, le médecin, c'est le médecin qui a la grande maison, tu sais euh. Euh donc, pour moi, il y avait forcément une question euh de mérite là-dedans, tu vois, donc euh, voilà, c'est ça qui m'y a, qui m'y a, qui m'y a, tous les éléments qui m'y a emmenés, quoi, globalement – cmkky860y002jqv017tlyx2ze

Recours aux spécialistes et deuxième recours

Ouais, peut-être, c'est peut-être ça la différence, c'est la facilité à déléguer, enfin, à déléguer, j'aime pas ce mot parce qu'en fait, le SPÉ, il a toute sa place, mais à envoyer vers le SPÉ peut-être plus facilement en ville que à la campagne – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

On se retrouve à faire des choses dont on n'est pas forcément sûr sûr où on aurait bien aimé qu'il soit vu par quelqu'un. Fin tu vois ce que je veux dire ? Je trouve que ça nous fait prendre, déjà, il y a cette

histoire de peut-être perte de chance pour le patient potentiel, mais je trouve que ça nous fait prendre un risque aussi, en fait. Ça ne nous fait pas travailler en toute sécurité – cmjimes8b000yqv01s79es3rx

Déjà, le fait qu'il y ait peu de spécialistes et le fait que ceux qui sont présents ne sont pas forcément fiables, moi, ça m'inquiétait beaucoup, parce que ça voulait dire que moi, il fallait que je compense ces trucs-là – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Perte d'anonymat

J'ai eu des appréhensions, j'ai eu euh dans le sens où je suis un peu l'enfant du village, quoi. Donc euh, tout le monde sait qui est [REDACTED], tout le monde. On consulte, franchement, sur 30 consultations, si y en a, y en a bien 20 dans la journée qui connaissent ou mon père, ou ma mère, ou qui a travaillé avec mon grand-père, ou qui connaît ma grand-mère, ou mon oncle, ou mes soeurs. (rire) Donc euh, il y a un peu ce côté-là. Il y a des consultations où euh, quand les gens, au début de la consultation, ils me disent, oui, je connais votre père, et que c'est des hommes. Et moi, je sais que, par exemple, passé 50 ans, je demande assez facilement aux patients masculins s'ils ont des troubles de l'érection. S'ils commencent la consultation en disant ça, je sais que des fois, je me sens plus gênée à poser la question. Alors que s'ils me le disaient à la fin, de toute façon, la question, elle a été posée. J'ai eu la réponse. Et euh j'ai fait la prise en charge qu'elle est avec. Et du coup, il y a un peu des, comment dire, des censures, euh qui ne sont pas encore, parce que je veux faire la même médecine pour tout le monde. Mais je sais qu'il y a des choses ou euh des profs que j'ai pu avoir. Clairement, pour le suivi gynéco, je leur demande d'avoir une sage-femme, alors que les autres patients, je leur dis, dans trois mois, j'ai ma table gynéco, on fera le frottis. Donc, il y a quand même un peu cette notion de euh, il y a des choses où moi-même, je me freine, que je ne vais pas proposer aux patients – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Tout le monde se connaît, du coup, c'est facile de... de savoir, voilà, les choses. Moi j'aime bien le côté familial un peu. Tu vois je ne suis absolument pas gêné de rencontrer mes patients en faisant les courses. Au contraire, de pouvoir m'arrêter, discuter avec euh sur des petits bricoles, etc., sans rentrer trop dans le médical, mais ça, ça me fait plaisir. le fait qu'ils amènent encore des choses, de leurs jardins, etc – cmjijt4dlg001iqv0191ytotb0

J'appréciais vachement l'anonymat à [REDACTED], le fait de savoir que si je croisais un de mes patients, c'était vraiment du hasard et ce n'était pas souvent. Et ici, je vais acheter mon pain et la boulangère, elle me dit « en fait, j'ai toujours mal à l'épaule ». Enfin, tu vois, c'est euh... Voilà, je fais mon marché tranquillement et la dame qui me vend des œufs, elle me dit euh « bah le médecin de ma maman, elle vient de partir à la retraite, vous ne voudriez pas » Fin... Et moi euh, moi c'est, ça, c'est un truc qui est difficile pour moi et ça fait aussi partie des raisons pour lesquelles j'ai choisi [REDACTED]/..., pour le salariat et [...] pour essayer de séparer un poil ma vie privée de ma vie perso, quoi. Moi, j'ai vraiment besoin quand je ne suis pas euh, fin, je fais du temps partiel et c'est justement pour pouvoir séparer les choses et j'ai besoin que quand je ne suis pas au travail euh bein, personne ne me parle de ça, quoi. (inspire) Et ça, euh en ruralité, c'est vachement plus difficile parce que tu croises tes patients partout et puis tes amis, fin, tes patients peuvent devenir tes amis, tes amis peuvent devenir tes patients. Enfin, c'est euh. Tout est mélangé – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Les enfants de mes copines qui viennent quand même à [REDACTED], je ne veux pas suivre euh leurs enfants parce que... En fait, j'ai peur de passer à côté d'un truc. Fin, je ne me sens pas à l'aise quand c'est des gens que je connais trop bien – cmkfokhpp0016qv01gn4ai23w

Moi, j'aime bien quand même avoir mon petit côté euh... Mon petit côté où je suis un anonyme, tu vois. Ça, c'est ce côté introverti que j'ai depuis euh toujours, il y a des choses qui changent pas hein. Mais euh... Puis bon bah voilà, tu peux faire des trucs sans être jugé, sans que derrière, les gens disent « je viens de voir médecin si » ou alors qu'ils viennent me voir. Quoi que ça m'est arrivé à Carrefour que j'ai rencontré des patients qui commençaient à me parler de leur bilan et puis qu'ils allaient revenir me voir, machin. Et toi, t'es là en train de faire tes courses tranquilles. Ça va, j'étais dans le rayon bio, donc du coup, je n'étais pas en train d'acheter du saucisson avec du vin.

Quête de sens

Il faut faire un métier bah qui a du sens, qui est utile – cmjimes8b000yqv01s79es3rx

T'as des personnes euh... Qui ont des revenus qui sont corrects, qui font des boulots, fin, t'as quand même beaucoup de cadres et de choses comme ça. Et après, j'ai été à [REDACTED], où là, t'as quand même plus de personnes qui sont à la C2S, euh beaucoup beaucoup de C2S, comme ce que j'ai à [REDACTED], en fait. Et ça, c'est un autre niveau de médecine rurale, avec les patients beaucoup plus rustres qu'ont l'accent de la campagne, quoi. Et euh ces personnes-là, moi, je les affectionne quand même beaucoup, parce que euh, bah, c'est un peu, c'est un peu les délaissés. [...] Donc non, ce serait pas pour me mettre dans un endroit euh... Fin, je pense que j'ai besoin euh que, il y ait un besoin de moi en tant que médecin. Parce que du coup, c'est ça qui euh... C'est ça qui fait que t'as des patients hyper intéressants et c'est ça qui euh... Qui, qui me fait kiffer, quoi. C'est ça qui fait que, la... Avec les patients, c'est trop cool parce que tu te démènes pour essayer de trouver des... Des solutions et euh que t'envoies pas un patient à [REDACTED] euh... Parce que tu sais pas et que t'as pas envie de te creuser la tête, parce que tu sais très bien que le patient, lui, derrière, ça lui fait 4 heures de route, des frais, des trucs comme ça et euh... Et voilà. En plus, y en a ils n'ont pas de voiture. – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Après, ce qui m'a fait rester, c'est vraiment le travail. Je me suis dit que, euh je ne me voyais pas faire euh toute ma vie un travail que je n'aimais pas. Ça, je l'aimais bien – cmjtt4d1g001iqv0191ytotb0

Rapidement, dans mon cursus, j'avais en tête, ah bah oui, non, mais il faut aller dans [REDACTED] c'est inadmissible euh, c'est injuste, il y a une inégalité d'accès aux soins qui... J'avais très vite cette notion d'injustice euh et je voulais essayer d'aider pour améliorer ça très vite – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

En ville j'imagine qu'elle y est aussi, mais c'est vrai qu'il y a pas ce même ressenti, il y a ce, il y a ce côté très familial des hôpitaux, euh rural qui est, qui est très intéressant, qui est hyper chaleureux, qui est très appréciable, euh comparé aux grosses machines [...] des villes qui sont quoi qu'il en soit nécessaire parce que il faut, c'est sûr que il y a quand même un accès aux spécialités.[...] Mais en tout cas voilà la différence que je vois entre la ruralité et le côté euh, et le côté ville c'est vraiment euh, c'est vraiment euh... De travailler de façon encore plus humaine parce que voilà on est, on est, j'ai l'impression qu'on est vraiment moins dans un système faut que ça tourne, faut que ça tourne, on est plus euh à prendre en charge le patient dans sa globalité – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

Consommérisme

J'avais pas fait 10 ans d'études pour voir ça. Pour rassurer la nainette euh, qui a oublié sa... Fin, qui a... Qui vient pour sa pilule tous les 3 mois. Euh alors qu'ici, la pilule, tu fais direct une ordonnance d'un an, parce que tu sais que t'auras pas le temps de les revoir. Et que si la nainette, elle prend bien sa pilule, euh... Fin, t'as rien à dire, quoi. Et clairement, la jeune, j'l'ai vue, elle est venue pour refaire son renouvellement 3 mois de pilule. Et euh j'lui ai dit, mais vous voulez pas que je vous mette un an ? Parce que là, enfin, on a rien à se dire. Votre dépistage IST est bon, vous fumez pas, vous faites du sport, fin, vous avez pas de soucis de santé euh. Et il y a un peu ce côté en ville, de de, de revoir les patients pour revoir les patients, quoi – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Fin, moi, là, l'expérience que j'ai eue [en centre urbain], c'était quelqu'un qui euh était très lite, quoi. Il faisait le... Pas le strict minimum, mais tu vois que, il ne voulait pas s'embrêter à faire des choses qui dépassaient ses compétences et il n'était pas trop dans, dans une euh... Dans une envie de de s'dév, de développer ses compétences euh dans d'autres domaines.[...] C'était pas en profondeur les prises en charge. Très vite, on voyait qu'il y avait plus de spécialistes qui étaient dans les boucles, euh même pour des patients qui, à mon avis, ne nécessitaient pas forcément des avis de spécialistes – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

Il y a beaucoup de... De ce schéma où les patients viennent, disent, « ben voilà, j'ai rendez-vous chez tel spécialiste. Euh... Faites-moi un courrier ». Euh... Bon, on est... On est... Franchement le prestataire de service, quoi. Donc, il y a, il y a je trouve que dans la mentalité citadine, il y a plus un côté... « Tout m'est dû », un côté... Un côté... Euh... Consommation, médecine de consommation, très fort. En milieu rural, beaucoup moins, comme il y a moins l'accès immédiat. Où il faut faire plus de... De route, de distance. Euh... Il y a un peu plus la notion de la valeur de... Ok, si je vais sur une consultation, c'est parce que... Euh... J'en ai besoin, finalement – cmk6jy06g0005qv01kl0pjh71

Médecine rurale plus complexe que la médecine urbaine

Les dossiers étaient très complexes parce que j'ai eu quand même d'un coup, alors pas tous, mais quand même beaucoup de dossiers de gens qui n'étaient plus suivis depuis longtemps. Donc, tu vois, des diabètes qui traînaient depuis 3-4 ans qui n'étaient pas traités euh... Donc, ça, ça a été euh... Bah, d'ailleurs, là, je ne prends plus de nouveaux pendant un temps parce qu'il faut déjà que j'absorbe cette euh, ces dossiers complexes où c'est des gens que je revois toutes les semaines pendant quelques temps et puis après, ça y est, ça roule – cmjimes8b000yqv01s79es3rx

C'est une médecine qui est, en fait, qui est totalement à part quand tu la découvres, pour moi, euh... Parce que la médecine de, de [ville], avec des gens hum... Avec les gens que je te décrivais, c'était un peu la médecine comme dans les livres, où tu vas suivre les recos, tu vas faire de la, de l'entretien motivationnel hyper facilement, et tu sens que tu parles la même langue avec les gens. Et euh la médecine, comme beaucoup de patients que j'ai ici, euh tu dois apprendre quand même une nouvelle façon de voir les choses. Euh il y a des patients avec qui je suis beaucoup plus paternaliste, alors que c'est pas comme ça que je me vois exercer la médecine, mais où je vois que, pour l'instant, tout ce qui va être entretien motivationnel, en fait, ils vont pas comprendre.[...] Et après, c'est des patients souvent qui sont quand même très polypatho, et moi, j'adore euh, toutes les nouvelles consultes que je vois là, avec des patients euh qui n'ont pas eu de suivi depuis 5 ans, où il faut tout reprendre et tout ça, c'est hyper intéressant sur le plan intellectuel – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Formation à la médecine rurale

Ils ont commencé à développer les CH de proximité alors quand j'étais en D4 ils ont ouvert les stages sur le CH [REDACTED] donc ça reste quand même un gros CH mais après ils ont ouvert à tous les petits CH de périphérie et ben je sais qu'il y a beaucoup de personnes qui sont allées en stage dans ces CH de périphérie qui maintenant en fait se disent « ah ben en fait moi je voudrais exercer là-bas » [...] donc c'est des zones qui sont quand même euh, euh, on reste sur des secteurs plus, plus ruraux mais tu vois ça c'est des choses ça a été un peu pari gagnant quand même d'ouvrir aussi un petit peu ça de quitter le, de quitter le CHU euh, euh, très tôt finalement dans l'ouverture des stages et l'ouverture aussi des stages libéraux par exemple des stages de gynéco-libéral de pédiatrie libérale.[...] J'ai pas connu mais je sais que ça a été le cas pour les étudiants suivants et ça a été très très très apprécié euh, très apprécié aussi donc ça c'est des choses qui font du, ouais qui font du bien – cmk6jy06g0005qv01kl0pjh71

Par exemple sur le DMG de Dijon, euh ils veulent absolument que toutes ces formations ça se fasse à Dijon, que ces groupes de travail à chaque fois reviennent à Dijon. En plus là où est situé Dijon en Bourgogne c'est complètement euh décalé c'est pas du tout central. Et qui, ils arrivent pas à changer de point de vue là-dessus, j'trouve que c'est vraiment hyper dommage – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

d) Remplaçabilité & équilibre de vie personnel

Activité de groupe

Je ne voulais pas travailler toute seule. Je voulais travailler de sûr avec des secrétaires en présentiel, euh d'autres collègues. Euh voilà, pour qu'on puisse se relayer avec la prise en charge des patients, que quelqu'un puisse regarder, quand même, mes bios, s'il y avait un problème quand je suis en off – cmkfokhpp0016qv01gn4ai23w

Je voulais travailler en, en groupe, pas forcément en maison de santé, mais en groupe avec deux médecins. J'me voyais pas m'installer euh seul. Euh... Parce que j'ai fait hein, dans un cabinet, dans des cabinets où j'étais tout seul, bah c'est un peu triste quand même quand il y a que les patients qui viennent et que tu n'as personne après pour discuter, même si je ne prends pas le café tous les jours avec mes collègues mais, mais on se croise, on discute deux minutes euh. C'est toujours plus sympa que d'être tout seul, d'enchaîner ses patients quoi. Fin pour moi, en tout cas, c'est ce que j'trouvais – cmmwilev50015qv01kgrnbq6y

Remplaçabilité

J'ai besoin qu'on m'écoute. Et par exemple, pourquoi euh j'ai choisi [REDACTED] ? [...] Mon premier contact, ça a été avec docteur [REDACTED], [...] je l'ai appelé il y a 3-4 ans à la fin de mon internat pour discuter un peu sur son mode de vie. Il me dit, « mais écoute, t'inquiète hein, il fait, moi, je prends le train deux fois dans la semaine, j'ai ma vie privée à [REDACTED] euh, ça fait 5 ans que je travaille à [REDACTED], voilà, ça se passe très bien. ». [...] Donc, de voir quelqu'un qui te dit, faire autrement, c'est OK, ça marche, que d'être pieds et mains liés à un, un, un territoire euh, à une ville, à un mode de vie euh, fin, voilà, de voir qu'autrement, c'est possible. Et l'autre chose très importante, c'est la coordinatrice. [...] Quand elle discute avec toi, elle est en mode euh, « de toute façon, vous faites ce que vous voulez, vous travaillez comme vous voulez, euh, c'est à moi de m'adapter, c'est à, on va dire que, tant qu'on peut, c'est à moi et à la maison de santé de s'adapter à comment tu veux bosser » [...]. Et c'est d'avoir quelqu'un qui t'écoute et qui comprend que ce n'est pas une trahison de quitter une maison de santé ou je ne sais pas, voilà, c'est un peu ça – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

Bah dans 15 ans, il n'y aura plus mes collègues donc euh, ça risque de, je sais pas trop encore euh, me projeter à ce moment-là, mais si on retrouve euh, euh des personnes pour s'installer avec nous, bon, j'me vois bien y rester hein, à [REDACTED]. Si j'me retrouve tout seul, ça sera peut-être différent, j'me poserais peut-être la question d'aller ailleurs, je sais pas. Mais dans le coin hein, ailleurs dans le coin, soit [REDACTED], soit, pour le coup, par rester dans la maison, dans une grande maison médicale, mais tout seul comme médecin, c'est peut-être une question qui s'posera à ce moment-là – cmmwilev50015qv01kgrnbq6y

Fatigabilité

Ma mère a eu beaucoup de sollicitations quand je suis arrivée. Ça a été assez lourd pour elle.[...] C'était presque du harcèlement. Euh... Mais du coup, elle a renvoyé tout le monde vers la secrétaire, ce que je lui ai dit. Fin, il est hors de question euh que tu t'engages euh pour moi. Fin, les gens, ils vont très bien le comprendre. Mais j'attends l'effet qui se coule de quand je vais dire que je ne prends plus de patients. Euh des gens qui vont être là, oui, mais on la connaît, qui vont essayer de repasser par ma mère et tout ça. Euh et ça, j'apprends un petit peu, ouais. Le euh "Oui, mais nous, on la connaît, donc euh on veut, on la veut elle euh" – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Ah bah il y a un moment où j'en voyais euh 40, j'ai failli faire un burn-out, enfin, j'étais en train de faire un burn-out. J pense, mais je m'en suis rendu compte assez vite, et euh du coup euh, j'ai réduit, parce que c'était pas possible, j'avais y laisser ma santé. donc euh, entre 30h et 35h, c'est déjà pas mal, les soirs quand j'ai fini après les paperasses en plus et tout, la tête déjà bien pleine – cmmwilev50015qv01kgrnbq6y

Je pense que c'est une des choses qui font peur à la campagne. c'est que [...] Dr. [REDACTED] elle part. Je me retrouve avec 1 400 patients sous le carreau. Euh... Je ne peux pas les acheter. Parce que, sauf, il faut mettre un lit dans mon cabinet. Bah, je ne pourrais pas. Et voilà, je pense que c'est des choses qu'on fait semblant de ne pas voir – cmjtt4d1g001iqv0191ytotb0

J'ai eu un temps où j'étais presque en burn-out, je dirais, avant les vacances de Noël, là, euh qui m'a obligée, en fait, à me réorganiser, donc à dire à mon assistante de ne plus prendre quand il n'y a plus de place, il n'y a plus de place. Parce qu'en fait, on se retrouvait toujours à rajouter des gens. Là, j'en rajoute encore. je ne vais pas dire que je n'en rajoute pas, mais je ne rajoute que les trucs vraiment, vraiment nécessaires, quoi – cmjimes8b000yqv01s79es3rx

Coercition

Ouais bah... bah après nous en tant qu'étudiant on trouvait ça scandaleux qu'on n'ait plus le choix d'aller ailleurs que dans [REDACTED] hein. Quand on passe de l'autre côté la barrière on se dit bah ouais mais les gars (rire) – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Bah en fait, si moi, ça me revient aux oreilles, que ce soit par un patient ou par la mairie, euh qu'on me fait la moindre réflexion par rapport au fait que je suis à [REDACTED], je leur dirais, de toute façon, pour moi, c'est pas très compliqué. Je peux déplaquer, aller replaquer ailleurs. Et en fait, le problème, il sera résolu. C'est-à-dire [...] qu'il est hors de question que j'ai un poids sur les épaules de la sensation que

j'ai pas, que je perds la liberté de ce que j'ai envie de faire. Ça, c'est vraiment le truc numéro un qui pourrait me faire quitter un endroit. C'est vraiment cette sensation, euh, fin, en fait, je fais ce que je veux et c'est tout. Fin, y a pas d'autres euh, y'a pas d'autres termes à apporter à ça – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

e) Modularité

Dans le mode de vie

D'ailleurs, en fait, finalement on, je trouve qu'on se retrouve presque dans une situation schizophrénique. Je trouve, quand on part de la campagne, c'est dur au début. Après, on s'habitue. On a toujours ce projet de revenir à la campagne parce que ça tient à cœur [...] Mais tu ne sais pas trop où est ta place, tu ne sais pas, tu ne sais pas finalement, où est-ce que tu vas être le mieux, c'est comme si, tu es à la campagne, il va te manquer quelque chose, du coup, comme ça me manque, je retourne un peu à la ville, par exemple, là, je suis à la campagne, l'anonymat va me manquer un peu, je vais aller à la ville, tu vois – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

j'sais pas si c'est l'âge qui fait ça, mais en vieillissant euh, je suis plus amené à, dans un intérêt, fin, le côté rural, fin, j'sais pas si on peut dire qu'il m'attire, mais fin, j'voulais un compromis entre être pas trop loin de, de la vie citadine et puis avoir ce confort de, de, d'une population rurale – cml40ey8z003zqv01i3zx5i7n

Je trouve que ça me gêne. Je trouve que ça ne donne pas un bon message, c'est un signal faible de ça ne va pas bien se passer par la suite parce qu'en fait, on ne t'écoute pas. On ne t'écoute pas, on ne sait pas comment tu aimes travailler, comment tu veux travailler, et au bout d'un moment, fin ça ne va pas le faire, quoi – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

Dans l'exercice

Si j'étais en libéral, fin je ferais tourner mon truc à moi et je ferais ce qui est bien pour ma pratique et point. Fin, tu vois, j'aurais plus d'énergie pour faire ce qui est autour. Si je peux penser à tout ça et proposer des choses à tout ça, c'est parce que je suis salariée, justement, et que euh. Et ça m'enlève quand même plein de trucs. Alors, tu vois, je sais pas, un truc con aujourd'hui, pas d'informatique, je me suis occupée de rien. Fin, tu vois, c'est pas moi qui règle le problème euh, problème de euh j'entends vite fait de loin que la Sécu de machin est pas à jour que truc. C'est pas mon problème. Fin, tu vois, ça me concerne pas – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Polyvalence des pratiques

C'est hyper difficile, je trouve, l'accès aux pneumos. En tout cas, moi, là, de [REDACTED], euh l'accès est vraiment pas facile du tout. Et donc, tu te retrouves un peu obligé, en fait, de te former à davantage de choses, à te former en spirométrie, par exemple, pour au moins avancer les bilans ORL. Quand la plainte, c'est juste "juste" (ton sacastique) euh une baisse de l'audition chez quelqu'un qui est un peu âgé. Alors, certes, c'est pas urgent, mais quand t'as un délai de 7-8 mois, en 7-8 mois, la personne, elle perd en sociabilisation et on sait ce que ça coûte quand c'est une personne qui est âgée, le fait de ne pas vouloir faire répéter les autres, donc de se désengager des conversations, etc. Donc, c'est pareil, je réfléchis aussi à me former en audiométrie. J'ai l'impression que c'est même pas quelque chose qui m'intéresse, en vrai, mais bon, j'ai l'impression qu'on n'a pas vraiment le choix, quoi, de se former dans plus de choses et donc d'être plus équipé aussi – cmjimes8b000yqv01s79es3rx

J' compte me former, ça, c'est sûr. Je sais que, j' voudrais faire euh une formation sur l' apnée du sommeil parce qu' il y en a quand même beaucoup qui, qui demandent euh. Il y a des gens avec qui on découvre des apnées qui font des syndromes d' apnée du sommeil. Euh... Il y avait aussi la formation euh, pour les permis de poids lourd. Il y avait de ça aussi. Euh et ça c' était, ça, j' avais déjà commencé à voir ça avec les médecins de ■■■ qui qui font, il y en a deux sur les trois qui font ça. Ils me disaient qu' il y avait des gens de loin qui venaient de ■■■, qui venaient jusqu' ici pour euh, pour faire ça parce qu' il y a très peu de monde qui ont cette formation-là. Et il y a très récemment un patient qui m' a demandé si je le faisais parce que c' est vrai qu' il y a beaucoup, c' est comme un coin où il y a beaucoup de camionneurs hein finalement – cmkqnchts0036qv01lqpzlh2u

Je fais des Holters, je fais du dépistage d' application du sommeil, j' ai un dermatoscope. Fin, du coup, plus ça va, plus tu fais de choses. Et euh, et là, la maison de santé va permettre aussi de travailler différemment avec d' autres corps de métier. Donc euh, franchement, c' est top, quoi. Et même pour tes, fin pour les patients à qui tu peux faire bénéficier de tout ça, t' as l' impression quand même d' avoir une qualité de prise en charge où tu laisses moins d' incertitudes dans la nature, quoi – cml40ey8z003zqv01i3zx5i7n

f) Créativité pour une nouvelle technicité

Un rapport négatif à la spécialisation technique urbaine

Quand j' étais en MG avec les maîtres de stage. Je trouvais que chaque journée, euh... Il y avait vraiment des choses incroyables. Que en plus, tu pouvais faire ce que tu voulais, comme tu voulais. Si ça t' intéresse, tu pousses. Si ça t' intéresse pas, tu refiles au spé. Euh... Et donc, j' aimais vraiment ce côté où tu te crées ton métier dans le métier, quoi. Tu... Et je trouvais que ça, c' était beaucoup moins possible, euh... Dans de la médecine de spé. Ou sinon, après, tu te retrouvais à faire des sur-spé. Et quand tu montrais une automesure tensionnelle au neurologue qui était sur-spécialisé dans le Parkinson. En fait, ils savaient pas la lire. J' étais en mode, moi, enfin, c' est pas ce médecin que je veux être, quoi. J' ai pas envie d' être le référent de dix personnes en France qui étaient très bons dans ce qu' ils faisaient, hein. Mais du coup, dès que ça sortait de son... De sa sur-sur-spécialisation, il savait pas répondre, ou en tout cas, il s' engageait pas là-dedans – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

la médecine d' hôpital, je trouvais que c' était un peu de la médecine de décharge qui me plaisait pas non plus. Parce que dès qu' il y a un truc euh, le patient, il tousse, t' appelle le pneumo. Euh... Le patient, il tape à 110, t' appelle le cardio. Mais en fait, tout passe par le SP de l' organe. Et je trouvais que c' était... C' était très déresponsabilisant. Et ça... Enfin, ça correspondait pas du tout à ce que je voulais euh du boulot, quoi. Et ça, je l' ai encore plus vu. Et j' en ai encore plus souffert pendant l' internat – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Cet espèce d' entonnoir à la spécialisation. On va demander aux gens d' aller toujours se spécialiser, et alors, quand je vois que, maintenant, on demande au cardio de choisir entre aller faire de la coro ou aller faire de la rythmo, fin, on n' en finit plus, quoi. Un chirurgien, maintenant, en ortho, quand on le forme, on le forme, et le pauvre, on lui dit, tu fais du membre inférieur ou du membre sup, et puis après, dans le membre inférieur, qu' est-ce que tu veux faire, du genou ou de la hanche ? Bah le mec qui se retrouve à faire que des hanches toute sa vie, merci, quoi. J' ai envie de dire, c' est, c' est un peu comme le travail à la chaîne. On dit aux gens, il faut arrêter de faire ça. et puis, au final, on forme les gens qu' à ça, quoi. Donc euh, c' est sûr, c' est sûrement le mec qui fait ça très bien. Mais alors, l' épanouissement personnel, je pense qu' il est quand même pas génial. Donc, moi, je ne voulais surtout pas ça. C' est pour

ça que j'ai aussi choisi la médecine générale, au final. J voulais un truc où je sache pas forcément ce que le patient a prêt à aller me dire, quoi. Et où, des fois, même pour un renouvellement, traitement anti-hypertenseur, eh bien, tu peux te retrouver à discuter avec la personne et t'apercevoir que, sur le plan du moral, ça va pas, ou alors, je ne sais pas, ou il y a autre chose qui va se déclarer. [...] Ce côté-là, ce côté imprévu, moi, plutôt que m'insécuriser, comme pas mal de confrères, des fois, euh bah moi, je m'amuse plutôt, quoi. Entre guillemets, m'amuser, bien sûr – cml40ey8z003zqv01i3zx5i7n

Une ruralité qui laisse plus de place à l'innovation

Ce qui est positif, c'est que j'ai l'impression que dans une ruralité, chacun a la place de prendre sa place. C'est-à-dire que si tu as envie de faire des choses, eh ben, tu pourras prendre la place pour les faire. (inspire) Et euh c'est pas comme en ville où tout est déjà fait, où il y a déjà des trucs super pros, où tous tu as déjà été mis en place, les programmes culturels, les trucs les machins... et ici, tu vois quelque chose qui manque et bah qu'est-ce qui t'empêche de d'essayer de le mettre en place, quoi. Du coup, ça, je trouve ça cool. Je trouve que c'est épanouissant, que ça laisse une place euh, ça laisse une place, ouais, à l'initiative, à la responsabilité – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Y'avait un projet d'ouverture de l'hôpital de jour, rééduque, moi, je suis arrivé depuis le moment où ils voulaient le faire, et, en fait, du coup, on a monté ça, et ça, pour le coup, c'est un truc que j'adore, parce que c'était une équipe, qui est une petite équipe en plus, c'est vraiment le mode de fonctionnement que j'aime beaucoup, et ça, pour le coup, on va aller sur un hôpital de proximité, effectivement, avec une équipe, tu vois, (.) alors, que je vois choisir, si tu me laisses carte blanche, je choisis mon équipe, je considère que je choisis mon équipe, avec une équipe que je choisis, etc., c'est un truc que, oui, que j'aurais complètement pu faire et que je pourrais complètement faire un jour.[...] Et tu vois, je pense que t'as plus de facilité à faire ça là-dedans, que, imaginons, tu vois, à Dijon, en plein centre-ville, aller ouvrir un centre, il faut aller construire des murs, ou récupérer un truc, et à ton concurrence avec tous les gens qui sont autour, t'as quand même beaucoup plus de difficultés à avoir une patientèle, je pense, enfin, quoi que tu me diras, je pense que tout le monde est trop sans compte, mais par contre, effectivement, je pense que t'as plus de facilité à ouvrir ça – cmkky860y002jqv017t1yx2ze

Dans tous ces hôpitaux tu avais l'impression que pour monter des choses parce qu'il y a toujours des personnes qui veulent être un peu moteurs, et ça me semble bien, et bah si tu ne leur laisses pas, si tu montres pas que t'as envie, s'il y a toujours des problématiques, des freins qui sont faits par la direction ou par autre ou de la guerre de chefferie parce que ça aussi ça peut arriver malheureusement, euh, et bah ça donne tout de suite moins envie. Donc euh voilà j'te dis quand j'ai fait ces remplacements à [REDACTED] on m'avait proposé il y avait un projet de monter un, un hôpital de proximité et d'ouvrir des lignes médecines. Moi c'était quand même un peu en tant que gériatre, le la médecine que, que j'projetais de faire c'était vraiment quelque chose, quelque chose qui se fait vraiment au maximum au lit du malade, d'où la réalisation de mon DU d'échographie pour essayer de débrouiller le maximum de situations. Et euh, c'est vrai que, que cette médecine en hôpital rurale et bah c'est, en hôpital de proximité, c'est vraiment quelque chose que je projetais quand même au moment où je travaillais dans des grosses machines et où je voyais les, les problématiques qu'il pouvait y avoir. Tu vois par exemple à [REDACTED] c'est tout bête mais [...] qui est pas sur le plateau technique du CHU, bah mine de rien nos patients ils en faisaient quand même un sacré paquet des voyages juste pour faire une échographie euh, euh sur le plateau technique. Donc c'est des choses tu vois qui m'ont au fur et à mesure un peu, j'trouvais un peu dommage – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

Une volonté de liberté

Après, j'ai quitté, j'ai fait une sorte de rupture parce que franchement euh, ce qui m'a saoulée, c'était la sur-sollicitation des élus, des locaux, des élus locaux. Ça euh, ça a eu un effet négatif, je pense, sur euh la suite parce que, et puis, d'être sur-sollicité tout le temps par les patients qui disent, ah bah cette sorte de pression de, "Ah bah vous allez rester, vous allez rester euh." [...] tu sens une espèce de pression sur toi comme ça, et à la fin, c'est juste pénible.[...] Ça vient aussi de des médecins en eux-mêmes. Par exemple, moi, docteur ■■■■, il mettait pas là de la pression, mais ce qu'il disait, tu vois, ça me saoulait. [...] Je sentais qu'il ne me demandait pas simplement mon avis. On sentait qu'il voulait pas m'inclure dans le truc, mais essayer de, de voilà, de voir de voir si j'étais intéressée. Pareil euh là, la dernière fois, j'ai eu une discussion avec euh, avec ■■■■ et qu'on parlait, on parlait de C., « je ne comprends pas pourquoi il est parti à ■■■■. Quand même, il avait la patientèle de sa mère, franchement, il est bizarre ». En fait c'est cette euh, pas cette malveillance, c'est un peu poussée comme mot, mais ce truc de, bah j'sais pas comment dire. Je trouve qu'on commence, c'est de laisser la liberté aux gens de ce qu'ils veulent faire. Et, ça, j'sais pas, ça, ça, je trouve que ça me gêne. Je trouve que ça ne donne pas un bon message, c'est un signal faible de ça ne va pas bien se passer par la suite parce qu'en fait, on ne t'écoute pas. On ne t'écoute pas, on ne sait pas comment tu aimes travailler, comment tu veux travailler, et au bout d'un moment, fin ça ne va pas le faire, quoi – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

J'étais salariée du centre de santé du département. J'ai fait deux ans et demi. C'était pratiquement considéré comme une installation. Mais j'avais pas forcément des possibilités d'explorer quoi que ce soit parce que, bah, c'était eux qui décidaient les consultations. Donc euh, c'est quand même un petit peu limitant – cmkgit2pm001sqv01ya06x0y7

g) Un rapport distant aux collectivités et élus locaux

Incompréhensions

Je pense que je... Pff j'sors peut-être un petit peu des sentiers battus aussi euh, par le le profil d'exercice qui m'intéresse. 'Fin travailler dans les EHPAD euh, de personnes qui ont soit des troubles cognitifs, soit des maladies psychiatriques, je pense que c'est pas euh, c'est pas toujours les niches plébiscitées, donc il y a juste déjà des manques un peu à combler, euh donc euh, je pense que c'est pas les sujets les plus flagrants en « tête d'affiche » de toutes ces instances – cmk6jy06g0005qv01kl0pjh71

Pour moi, c'est pas pratico-pratique en fait euh... Leurs réalités sont pas la, la réalité que bon fin... En tout cas, c'est pas la représentation que moi j'en ai euh, de de, du terrain quoi. Pour moi c'est, c'est c'est on vit pas dans le même monde quoi – cml40ey8z003zqv01i3zx5i7n

Fin concrètement, moi, à chaque fois, j'ai eu des réunions avec des élus, genre le, le CLS, là je sais pas combien de réunions je suis allée pour le CLS, truc avec la RS, des machins, et que ils demandent alors qu'est-ce qu'il faudrait faire et moi, je réponds ça à chaque fois et en fait, ça semble être une mission impossible – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Choix politiques jugés inadéquats

Les départements aussi, c'est pareil, c'est des choix politiques. J'ai l'impression que c'est vraiment politique. [...] Par exemple, ils ouvrent les cabinets dans un village plutôt qu'un autre, selon, selon les parties politiques de maire, si ça correspond ou pas au président du département, ça ouvre, si ça, si ça correspond pas, ça ouvre pas.[...] C'est pour ça qu'ils ont travaillé autour de ■■■■, il y avait quand

même des cabinets qui étaient vides, mais le conseil départementale a décidé [...] d'aller dans un village plutôt qu'un autre, juste par rapport [au] partie politique du maire, alors qu'il y avait quand même des cabinets qui étaient déjà montés, prêts à être utilisés [...] mais c'est juste un tel est de droite, de gauche, donc euh il a le droit d'avoir son médecin ou pas son médecin – cmkgit2pm001sqv01ya06x0y7

Moi j'avais pas parler politique. J'trouve que les maires et les élus sont complètement à la ramasse sur ce qu'il faut faire de la ruralité, qu'ils comprennent absolument pas les enjeux actuels, euh aujourd'hui. Alors pas tous hein faut pas généraliser bien sûr. Mais euh, c'est vrai que je, on, beaucoup de personnes se plaignent de de, que la ruralité on les laisse tomber etc – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

L'arrêt de [REDACTED], il a sauté, je ne sais pas pourquoi, donc euh... Juste, ça, j'ai été me renseigner, j'ai été voir un peu sur le site des députés, machin [...], j'étais en mode, mais en fait, on veut des gens dans nos campagnes, on veut des médecins, on veut des entreprises, mais par contre, on coupe des lignes de train – cmjy3nxlo003gqv01ye86dc8q

Les politiques ont tellement envie qu'il y a un truc là-bas c'est pas une volonté des professionnels donc ils finissent par réussir à faire un truc un peu mais forcément ça tient pas vu que c'était pas la volonté des professionnels donc... – cmjtz1b260037qv01rt0tnwrc

Inertie

Pour moi, c'est un peu le problème de l'administration en France euh où on crée des trucs avec du service public. Mais comme il n'y a aucun organisme de contrôle ou alors l'organisme de contrôle, il est là juste pour la forme parce que euh, au fond, il sert à rien parce que personne ne fait vraiment ça. Bah on se retrouve à faire des réunions à 25 autour de la table. Euh il y en a 24, c'est des, c'est des administratifs donc [...], ils viennent à des réunions très volontiers. Mais moi, je suis libéral. Euh quand je viens, ben voilà, on m'a indemnisé 80 euros à l'après-midi de, de, de réunion. Un, ça ne m'a rien apporté. Ça ne va pas, ça va me rapporter 80 euros sur un après-midi que je vais avoir ruiné en consulte. Ça n'a pour moi aucun intérêt. Et euh... Et puis euh... Et puis bon bah quand après, on me dit, vous avez créé une maison de santé, ce qui nous intéresse, c'est de venir la visiter. Bon, ok, super, c'est bien, c'est gentil, moi, j'ai autre chose à faire. [...] On va faire des réunions, on va se réunir, on va se mettre autour de la table, on va boire un café, manger un gâteau. Puis à la fin qu'est-ce qui, en fait qu'est-ce qu'il reste ? Ça n'est pas grand-chose. on n'a pas fait avancer grand-chose. Et quand on discute de faire des choses pour les, pour les gens gens, c'est jamais très pratico-pratique ou alors, ça part dans des méandres administratifs qui demandent une autorisation pour demander des budgets à une autre autorisation qui va aller se référer à l'ARS. Puis l'ARS va dire, bah non, vous voyez avec le CPTS parce qu'on lui a donné des sous pour faire ça. Puis le CPTS va dire, bah oui, mais on peut aussi demander à ça parce que du coup, ça fait appel à ça. Voilà, c'est le genre de truc où moi, ça me... Je dit, c'est bon, on va se débrouiller quoi – cml40ey8z003zqv01i3zx5i7n

Contraintes

C'est l'année où [la bourse départementale] est sortie que j'ai pu le signer. Euh et après, ils ont commencé [...] à dire que les gens qui étaient bousiers [du département], ce serait bien qu'ils fassent leur stage dans le département. Moi, je n'étais pas très d'accord avec cette idée et j'aime pas trop qu'on me dise ce que je dois faire. Donc, j'ai pris la solution la plus simple, c'est-à-dire que j'ai signé pour l'internat à [REDACTED]. Comme ça bah j'étais pas contrainte de venir faire des stages à [REDACTED] vu que je n'étais pas concernée. Et aussi, j'avais peur de, en faisant mes stages ici, de plus savoir à la fin si c'était moi

qui voulais être ici ou si c'était juste que je m'étais fait embarquer dans un truc et que je ne maîtrisais pas trop le, pas trop mon parcours. [...] Et après, il y a un peu, je pense euh, [la maire] qui s'approprie le fait que je vienne, euh... Sur A., euh... Comme étant, genre, son projet alors que elle a rien à voir là-dedans. Euh... Parce qu'elle vend beaucoup le fait qu'on ait quatre médecins et demi. Mais pour moi, elle a rien à voir [...] dans la mienne.[...] Par exemple là ce matin euh comme [mon conjoint] il va commencer à B. Moi, je veux faire, donc, une journée d'activité à B.. Et je me suis dit, je vais demander au département s'ils ont besoin et tout ça. Et il y avait une activité de PMI qui m'intéresse. Parce que la PMI, je pense que c'est hyper sympa et tout ça. Du coup, ça... Ça peut, euh... Enfin, ça peut être trop bien. Et donc, il m'a dit, « mais vous voulez faire la PMI dans quel secteur ? » J'ai dit, « bah, à B., vu que mon conjoint est à B. » Et le premier truc qu'il m'a dit, il m'a dit, « bah, il faudra qu'on le dise aux élus qui croient pas que, on vous a euh... Fin convoqué en mode on vous a volé à A. » Mais j'étais en mode, « bah, je fais ce que je veux quand même ». Enfin, ils m'ont dit, « bah, oui, oui, vous faites ce que vous voulez. Mais après, fin, ça sera peut-être pas vécu comme ça ». Et moi, j'étais en mode, franchement, ça, c'est des trucs, ça me dépasse – cmjimsvsz0011qv01np15hs7k

Mais voilà, on voulait pas se, se bloquer avec des en plus des démarches administratives, etc. Pour en avoir vu euh, et puis bon bah, mes collègues, ils étaient pas chaud non plus donc euh. Après, il faut engager une coordinatrice euh de MSP pour euh faire des comptes rendus. Il faut se réunir obligatoirement alors qu'on le fait déjà mais de manière informelle et puis on ne se met pas de contraintes mais on le fait pour la SM déjà. Mais là c'est... Fin bon, j'ai, on n'aime pas trop l'idée du contrôle, du tout contrôle quoi.[...] Quand tu dois rendre des comptes moi j'trouv, fin j'pense que c'est une contrainte. Comme euh, bah pfff, j'sais pas, aujourd'hui, je le vois comme une contrainte, mais par exemple, de vouloir euh, fin qu'on prenne des assistantes médicales parce que la Sécu, ils nous font souvent, enfin bon la moins, ils me proposent moins, mais il y a eu un moment donné où bah, fin presque ils me harcelaient avec ça. Mais euh... Mais j'trouve que bah déjà t'engages une secrétaire, donc euh tu as déjà une salariée. Enfin moi à la base je n'ai pas fait médecine pour être un chef d'entreprise et avoir j'sais pas combien de salariés. Ensuite gérer si il y a des arrêts maladie, des choses comme ça. Enfin, bon, déjà... Quand ta secrétaire elle est malade ou elle est pas là, c'est compliqué donc euh. Donc si en plus je dois dépendre d'autres personnes euh pour ma pratique, si j'ai pris des rendez-vous et que la personne est malade et qu'il faut annuler tous les rendez-vous et machin alors que j'ai déjà moi mes patients en plus à gère fin. Même si j'ai la secrétaire et si c'est les deux qui tombent malades en même temps alors là, je pense que c'est la fin du monde. Non, non, euh du coup euh, d'avoir trop de contraintes, moi, j'aime bien avoir un exercice libre. Je trouve qu'on en est déjà suffisamment avec toutes les démarches administratives qu'on doit faire quand on s'installe – cmmwilev50015qv01kgrnbq6y

Rôle support

J'ai été approché, c'est moi qui me suis approché d'eux, plus tôt, euh par la communauté de commune de [REDACTED]. [...] Pour essayer de de les connaître un petit peu, pour voir un petit peu qu'est-ce qui est, qu'est-ce qui est envisageable euh... Au niveau aide-installation, parce que je ne savais pas trop comment ça se passait, aide-installation euh, pour essayer de les connaître. Fin, pour moi, ça me semblait normal que que, que j'vois un petit peu qui, qui étaient, qui étaient ces personnes-là, forcément. Parce qu'ils essaient d'avoir une attractivité aussi médicale, donc je voulais voir un peu qui c'était.[...] J'l'ai vécu plutôt bien. Euh c'est des gens qui euh, qui étaient à l'écoute de ce que je propose. On discutait, de ce que je proposais. Euh... Non, ça s'est plutôt bien passé. En tout cas voilà, ils ont, ils m'ont demandé où est-ce que je voulais ça, où est-ce que j'habitais, où est-ce que j'envisageais d'avoir un logement plutôt dans le coin. J'ai dit oui, donc oui, ils ont commencé à chercher, savoir s'il y avait un logement disponible dans le coin. C'était plutôt bienvenu, en tout cas. J'ai pas mal vécu – cmkqnchts0036qv01lqpzh2u

C'est vrai que nous à [REDACTED] on a eu la chance d'avoir du coup euh, une maire qui a quand même porté le projet qui a, qui a relancé, harcelé je pense les ARS régulièrement pour euh, pour ce projet. Donc j pense que les élus ont une place assez, assez importante. Ils ont aussi une place potentiellement encore une fois pour faire du lien, on leur demande pas forcément ils peuvent pas, ils peuvent pas, avoir des médecins comme ça mais en tout cas il faut être, il faut être proactif, il faut aller rencontrer les médecins, il faut régulièrement leur demander si ça va, s'ils ont besoin euh, euh de tel ou tel équipement, s'il y a des choses à changer. J pense qu'il faut vraiment, régulièrement les revoir les re-rencontrer pour rediscuter, euh voilà, pour évaluer euh, pour évaluer les besoins et aussi essayer d'anticiper euh, d'anticiper les choses. Et j pense que c'est vrai que quand t'es élu et que t'as quand même, cette compétence médicale, cette compétence de de connaître les études, j pense que c'est toujours un plus d'avoir euh, un professionnel de santé dans une équipe municipale. Et je pense que c'est pour ça qu'il faut s'investir euh, il faut s'investir et que voilà que, que, que les personnes qui ont des compétences que ce soit dans le médical, que ce soit dans le tourisme, qu'ils s'y aillent et qu'ils s'investissent vraiment euh, au niveau électoral. Parce que l'associatif c'est bien mais j pense qu'à un moment donné il y a des limites et il faut, il faut aller dans la case politique pour essayer vraiment de, de faire évoluer les choses et de convaincre – cmq2jaox20009qv01a2ysqa30

4.2 Informateurs clefs

a) Construire ou porter un discours

Répondre à une attente citoyenne

Déjà il y a quelque chose qui a beaucoup évolué moi je trouve, c'est que, les élus sont autour de la table. Jusqu'à encore très récemment, euh quand on échangeait sur des projets, fin au niveau de l'assurance maladie, même localement on n'avait pas d'élus autour de la table. Et aujourd'hui euh voilà, ils sont très présents parce que, euh la santé euh, euh voilà ça fait euh, ils ont beaucoup de sollicitations de la part de leurs concitoyens, sur des problèmes d'accès aux soins ou de recherche de médecins traitants – cmoinu9s80015qv011k8d7upp

On était quand même pas mal hâtés parfois des administrés sur euh, sur les sujets justement de la démographie médicale, en lien aussi avec les élus locaux hein, où les maires ont, ont très vite aussi, été euh, euh de plus en plus hein. On a vu un basculement euh... C'est d'ailleurs souvent ce qui est monté. C'est que y a 30 ans en arrière, les élus locaux euh, étaient appelés pour trouver un stage de troisième pour leur enfant. Là où maintenant euh, les maires vont être sollicités pour essayer de trouver un médecin, assez rapidement pour les habitants. Eeuh, donc en fait je pense que ça a été motivé euh, pour ça. Il y a aussi euh, la période de Covid aussi. Ça a été comme une euh, un peu accélérateur aussi pour notre président. Se dire voilà euh, il va falloir aussi qu'on, qu'on s'accélère sur le sujet de la santé – cmok8nb7i0019qv01b9r8l0us

Progressivité de la représentation

Je pense qu'il faut quand même accompagner euh aussi les évolutions des aspirations des professionnels. Euh c'est-à-dire euh, en fait je pense qu'on peut pas aller contre une tendance sociologique ou d'aspiration. C'est-à-dire que, euh les jeunes générations de médecins aspirent plus à des postes partagés, euh peut-être réduire le nombre d'heures, euh quitte à gagner moins, euh ce qui était moins les choix qui étaient faits peut-être il y a 40 ans mais en tout cas qui sont ça. Et moi je pense que, fin ça sert à rien d'essayer de se mettre euh les bras en croix contre cette évolution. De fait euh, de fait, je pense qu'on a plutôt à essayer de trouver des solutions, qui vont dans ce sens-là, au regard du du, de, du système tel qu'il est organisé aujourd'hui – cmpf1rb2i002nqv01akovp74t

C'est qu'à un moment donné effectivement on peut s'installer généraliste, au mieux à 27-28 et plutôt à 33-34, j'ai l'impression que c'est un peu ça. Et, et là, la question qui se pose c'est de la famille éventuellement c'est du conjoint, et peut-être que, il y a peut être quelque chose à faire – cmpo6dptz0005qv017npsat6x

Je pense que vraiment changement générationnel aussi, et le, le temps passé au travail en fait. Maintenant on est quand même... On le voit aussi nous avec les installations et les professionnels qu'on accompagne. Euh, on est quand même sur des gros horaires en semaine évidemment, parce qu'on sait de toute façon pour tenir un cabinet libéral en 35 heures, c'est un peu compliqué en termes de, en terme de charge. Mais néanmoins euh, on est quand même plus sur des médecins qui vont forcément vouloir être joignables, à tout instant comme c'était possible avant en fait. Mais parce que c'est le rapport je pense au monde le bien-être au travail etc aussi qui a, qui a évolué – cmok8nb7i0019qv01b9r8l0us

Le médecin est souvent une jeune docteur, euh et euh son, son envie de de de, de s'investir n'est pas la façon que j'avais à l'esprit de l'investissement d'un médecin tel que, mon image d'Épinal à moi, euh me donnait à croire. Et donc, euh, aujourd'hui euh, le le médecin qui s'installe, doit être prit en considération, euh autrement que comme un, un professionnel, euh, dans un art particulier. Il faut le, le penser, euh dans sa globalité, c'est-à-dire euh, dans ses aspirations euh, euh familiales personnelles, dans son envie de culture, dans son envie de continuer la recherche clinique, dans son envie euh, de proximité de Paris ou de désir de campagne – cmokdicob001bqv01spm0dexo

je pense que y a une prise de conscience euh, des des jeunes médecins et des jeunes, alors j'avais dans l'ordre. J pense que contrairement à ce qu'on dit, euh les jeunes s'engagent beaucoup plus, euh que leurs aînés. Aujourd'hui y a, les plus, les moins de 25 ans sont plus nombreux dans les associations que les plus de 65 ans, quand j'dis ça tout le monde me regarde mais c'est la réalité. Euh les enquêtes d'opinion nous montrent que les jeunes générations sont très engagées. Alors ils ont une détestation bien normale des partis politiques parce que c'est totalement haïssable mais ils ont envie de s'engager dans l'humanitaire, dans des causes, quelles qu'elles soient de ça. Donc, les jeunes médecins, les futurs médecins, les étudiants sont aussi dans ce, ce, ce moove-là – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

b) Décalage de la représentation des soignants

Représentation anciennes du corps médical

Puis t'es pas tout seul, parce que vous aspirez aussi à travailler avec d'autres, parce que vous avez expliqué que c'était avec les autres, qu'il fallait mieux travailler du coup ça vous fait, je sais pas si toi tu sais faire ça, mais vous ne pouvez plus recoudre, parce que vous ne savez plus recoudre, euh c'est quelqu'un c'est une infirmière qui va le faire ou autre.[...] Bon, dans certains endroits, peut-être que c'est une clientèle particulière, c'est que des vieux, enfin, je dis ça, j'exagère peut-être un peu, donc c'est peut-être pas trop diversifié le boulot, puis dans d'autres, ça va être vraiment complètement diversifié.[...] Donc euh, tu vois, nous si on a un médecin pour euh, 2000 habitants, 3500 habitants, j'en sais rien, tu sais, tout le monde sera content – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Fin, j'trouve que voilà, faut, faut un peu les décharger aussi de ce sacerdoce. Enfin, c'est pareil, ça sur la vision du médecin, moi, je suis toujours assez étonnée de, il y a encore cette vision de, ah bah là le médecin, il finit à 17 heures, il fait pas des heures à rallonge. Et ça pareil moi fin, là c'est très personnel hein, je sais que même d'un médecin à un autre, cette vision elle varie, mais pour moi ils sont pas, ils sont pas curés quoi. J'sais pas comment dire mais, ça me choque pas moi qu'un médecin ait envie de faire après euh, 10 années d'études euh, des horaires convenables. Et pour moi, ils ont absolument pas

à, à se sacrifier parce que voilà, ils sont pas à pâtir de toutes les décisions qui ont été prises par le passé et qui conduisent à, voilà effectivement, des fois, des, des, des déserts médicaux euh, même si nous on n'est pas considérés comme tels, mais voilà. J'trouve qu'on leur euh, on leur demande encore cette euh, oui cette euh, le public et la patientèle demandent encore cette vision à l'ancienne du médecin de famille euh, qui faisait des heures et des heures et les gens ont du mal à prendre le pli de ça. Mais ce qui se comprend aussi puis que quand on est patient et qu'on voit que euh, on peut pas avoir notre rendez-vous tout de suite, on comprend pas[...] Bah on a la, l'image, fin sur le médecin de campagne, on a effectivement euh, j'trouve bon, ça me fait toujours rire en plus quand je vois les films un peu à, à l'ancienne de ce médecin qui connaît toute la famille par cœur, qui arrive, n'importe quand dans la nuit comme ça, lui, d'un claquement de doigts, il arrive à être au fin fond de la campagne, à sortir sa mallette et à sauver euh, faire une opération euh, comme ça euh. Fin, j'trouve qu'oui, c'est justement ce médecin là qui connaît tout le monde, tout le village euh, toute la famille par cœur euh, on se tutoie, ça existe encore un peu, mais je veux dire c'est pas, moi j'ai pas l'impression que ce soit encore tout le temps ça quoi. – cmojq7xbw0017qv01h8i7tvno

On a vu aussi euh, des études où maintenant un médecin qui part en retraite, euh il en faut 2 voire 3 pour le remplacer, parce qu'on est quand même aussi sur euh, une génération encore une fois qui s'applique pas forcément pour le monde médical. C'est aussi structurel et c'est euh, toute une nouvelle génération et un rapport au monde du travail aussi qui évolue. Où euh déjà on a une féminisation quand même de la profession. Donc euh on a quand même aussi ce rapport différent. On peut avoir aussi des, des demandes avec des médecins qui vont vouloir un temps partiel, ne pas travailler mercredi pour être euh, pour être au près des enfants, euh ne pas faire des horaires à rallonge. On sait qu'avec la désertification médicale, y a beaucoup moins de visites à domicile qui sont possibles, parce que c'est pas forcément tenable. Et puis on n'a pas euh... On sait que dans les anciens médecins de campagnes, il y en a qui avaient limité leur cabinet euh, adossé à leur maison, et qui faisait du 7 euh, 7 jours sur 7 qui était joignable à une heure du matin s'il y avait besoin de se rendre au domicile. Là où maintenant on n'a plus forcément... Alors il y en a encore qui évidemment continuent à le faire. Il y en a pour lesquels c'est plus possible. Et il y en a d'autres qui ne veulent plus, à mon sens faire des visites aussi à domicile. Et euh, euh... Et, et donc j pense que voilà, c'est, c'est aussi plus compliqué par rapport à ça. Et euh, et j pense que le poids de charge aussi des médecins, avec tout le volet administratif qui a augmenté, euh il y a plus cette possibilité-là aussi. Euh... Et donc voilà je pense que vraiment changement générationnel aussi, et le, le temps passé au travail en fait – cmok8nb7i0019qv01b9r8l0us

Je constate la féminisation, et évidemment c'est pas une critique, euh mais cette féminisation elle amène aussi sur le marché du travail euh, des professionnel de santé qui aspire à une euh, vie familiale euh, euh, euh... Qui ne place pas au même endroit les enjeux professionnels, et donc euh, euh, bah voilà ça pose une question de temps médical dispensé par la suite – cmokdicob001bqv01spm0dexo

Et euh, ça fait j'sais pas 20 ans, 25 ans que je prône le fait que le médecin, c'est pour ça qu'on a créé des maisons de santé. C'est pour avoir de l'exercice coordonné, et que le médecin ne soit pas seul, et que le médecin ne soit pas obligé de vivre sur son lieu de travail. Là vous êtes sans doute chez un médecin, qui a au même endroit, son cabinet, et sa maison – cmoljdydl001dqv01tzip7vm3j

On se souvient à l'époque que, qu'il y avait un médecin, un instituteur euh dans chaque village qui avait un, un rôle essentiel. Je crois que le médecin et l'instituteur aussi d'ailleurs ont gardé euh ce lien privilégié de confiance, avec euh les habitants euh, d'une manière générale – cmotxybdw001rqv01rlwwajir

Image dégradée du médecin généraliste

Les médecins généralistes, on voit aussi que dans le monde des CHU, dans le monde des villes, euh vous êtes pas forcément, fin ils sont pas forcément considérés comme les plus beaux, les plus forts, les meilleurs quoi. On a même nous, l'impression que l'université, euh leur met dans la tête que si tu es généraliste, c'est que tu as échoué. Tu sais, c'est comme quand t'as 50 ans et que tu n'as pas de Rolex. Tu vois à peu près ce que je veux dire. Donc, on a l'impression que c'est ça. Et on a l'impression que le système d'excellence, par contre, des études, qui est très sélectif, il engendre un certain nombre de choses. Il faut se spécialiser, il faut devenir professeur, faut travailler au CHU, faut je sais pas quoi, faire de la recherche, ok. Et je reviens à ce que je disais tout à l'heure, le généraliste, c'est le pouilleux, quoi. Ou qu'est-ce qu'il va aller se perdre à la cambrousse ? – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Je pense que, on a plus les mêmes professionnels qu'on avait jadis. Euh c'est moins une vocation que jadis – cmoljdydl001dqv01tzip7vm3j

Un premier enjeu c'est que les gens aillent vers la médecine générale et qu'ils y aillent euh avec euh, euh volontarisme et pas en subissant un classement etc – cmon9q14n001hqv019q5a4c8h

En fait on passe d'un, on est passé d'une certaine manière d'un, d'un médecin notable à, à, à un médecin euh, une médecin supermarché j'allais dire un médecin qu'on consomme – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

[Le médecin] a pas accès aux ressources complémentaires, bah il va être amené, d'une certaine manière il va falloir qu'il développe une forme de compétence personnelle, pour essayer d'aller un peu plus loin que euh le généraliste et, j'avais le dire comme ça, pardon de la, un peu à la gare du triage euh vers les spécialistes, parce que de toute façon sinon ces patients ne trouveront pas de spécialistes, voilà – cmpx2jmr0005qv01empyr12s

Déjà, entre médecins, il y a un peu ce, j'sais pas, c'est deux écoles j'ai envie de dire (rire), les anciens qui cherchent des remplaçants et qui disent, ah bah maintenant ils veulent faire que euh, 9h-17h, un peu en râlant et je ne veux rien faire. Enfin, le discours un peu voilà, qu'on retrouve dans beaucoup de, beaucoup de, de corps de métier. Euh mais franchement, dans des élus, j'pourrais pas vous dire comment c'est perçu ça. [...] Bon j pense que, voilà, comme tout le monde, il préférerait avoir des gens corvéables à la médecine. (rire) – cmojq7xbw0017qv01h8i7tvno

Médecin comme plus valeur patrimoniale

C'est un acteur essentiel dans le village, parce que c'est quelqu'un qu'on verra tous les jours. Alors pour peu qu'il ait des gamins euh, pour peu que, il, il soit un peu intégré dans la vie locale, c'est vraiment une valeur ajoutée. Alors, professionnelle, bien sûr, mais c'est vraiment une valeur ajoutée euh et une richesse pour le, pour le village. La, la même richesse que tu peux avoir quand tu passes dans un village et que tu vois quatre voitures de facteurs, bah parce que ils font les tournées de chez toi. Tu vois, quand je dis richesse, tu comprends ce que je veux dire, c'est pas que l'argent, mais, tu vois ça donne à voir – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Ce médecin il est aussi, euh a penser de manière beaucoup plus froide, comme un, un élément de l'aménagement du territoire. Euh, la désertification médicale, ce n'est pas qu'une désertification professionnelle, c'est le fruit d'une désertification, territoriale, bien antérieure au problème de nombreux clausus ou au euh, problème intrinsèque à l'université, et et au nombre de médecins à sortir des universités. On peut difficilement concevoir, euh, euh d'être attractif quand, euh on a laissé partir ces 20 dernières années euh, les services publics locaux, les équipements culturels euh, euh éloigner des des, des centres etc. Et donc, euh réintroduire pardon encore une fois de le dire comme ça hein froidement, mais euh, réintroduire un médecin sur un territoire, euh c'est, c'est un acte de réaménagement du territoire, c'est aussi un acte de réassurance pour la population, parce que le sentiment euh, d'abandon, dont souffrent les les, les habitants de zones périphériques, euh renvoie à l'ouvrage du statisticien euh dont j'ai oublié le nom, qui s'appelle je crois la France périphérique, euh, et qui euh, et qui explique de manière très euh sociologique, ce sentiment d'abandon, des populations – cmokdicob001bqv01spm0dexo

c) Marketing territorial

Mieux cartographier et analyser les médecins

Franchement j'saurais pas vous répondre. Et fin si oui justement, j'attends beaucoup de, de ce genre d'études pour nous donner au moins des des grandes clés, parce que je pense que pour le coup, ça c'est des choses qui ne varient pas non plus énormément d'un territoire à un autre – cmojq7xbw0017qv01h8i7tvno

C'est probablement pas la même chose mais on, on, on ne sait pas le raconter, enfin on n'a pas de récit du médecin rural ou du médecin urbain. Peut-être le médecin hospitalier euh, modèle CHU on doit voir un peu près ce que c'est un truc quand même un peu déshumanisé probablement très intéressant euh intellectuellement mais qui correspond pas à la vraie vie des gens. Aujourd'hui comment un médecin de ville ou un médecin de campagne euh on le, on, on, fin comment on définit ces deux fonctions-là ? J pense qu'elles ne le sont pas – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

Disponibilité des édiles

Vous n'êtes pas tout seul, vous avez le 06, euh du, du maire – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Valorisation des qualités du rural

Y'a un travail à faire qui nous permettrait peut-être de se faire mieux connaître ou d'être mieux apprécié ou, tu vois de partager un certain nombre de valeurs euh qui ne sont pas, quand t'es métropolitain.[...] la vie va moins vite qu'en ville, donc il y a des atouts, mais faut que ça plaise.[...] nous on pense que la ruralité, elle est une opportunité, parce que les gamins vont à l'école, au centre de loisirs, à pied, sans souci de, risque de, de d'insécurité, si je puis dire. Euh donc les gamins, euh c'est un havre de paix, d'activité, et autres – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

C'est pas votre question mais j'insiste là-dessus parce, que j'ai été étonné de l'entendre quasi dit systématiquement, euh quand on écoute les médecins que nous installons par un petit retour d'expérience, euh on nous dit qu'ici la patientèle est gentille, euh sympathique, peut-être aussi parce qu'elle est dans l'attente et qu'elle a connu la carence et que ça donne toujours euh, plus d'élan de sympathie de se sentir entre guillemets sauvée. Euh mais voilà c'est une ruralité accueillant, euh et ce,

ça, ça fait partie de, de l'intérêt justement de développer des lieux de stages pour que, euh le le, nous ne souffririons plus d'un plafond de verre de la, de l'attractivité rurale – cmokdicob001bqv01spm0dexo

C'est-à-dire que le, le regard dominant dans le pays sur la ruralité est un regard qui est biaisé et caricatural. Euh confère la Diagonale du vide qui est un ouvrage euh idéologique conduit par [...] quelqu'un de très engagé et qui ne correspond à aucune réalité géographique, a fait beaucoup de dégâts et c'est euh et c'est lentement diffusé depuis euh, depuis plus d'un, fin plus qu'un siècle maintenant quasiment un siècle, euh un siècle dans le pays. Donc le guide des idées reçues c'est euh, c'est non il n'y a pas de désert médical en tant que tel, un désert médical ça voudrait dire l'absence totale de médecin, c'est jamais le cas. Donc euh attention aux mots et à leur sens. Il y a euh, comme j'le disais précédemment une modernité dans la ruralité. L'exemple par exemple de [] qui est un département totalement fibré qui est probablement le département de France aujourd'hui le mieux fibré, y compris quand on le compare aux Hauts-de-Seine à Paris, ou à Marseille, c'est quelque chose qui est totalement euh contre-intuitif. Le fait qu'il n'y aurait pas d'accès à la culture dans les territoires ruraux est un, et un non-sens absolu. La culture dans les territoires ruraux globalement en tout cas dans [] elle est gratuite, d'aussi bonne qualité qu'à Paris, Lyon ou Marseille et t'as pas besoin de réserver ta place de cinéma par Internet pour accéder au cinéma. Euh les rapports humains, la bienveillance, la solidarité euh s'expriment euh certainement beaucoup plus à la campagne que dans des grands centres euh, que des grands centres euh urbains – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

Opposition entre l'urbain et le rural

L'université, c'est aussi un monde, euh du coup, j'en perds à ce que je voulais te dire. Donc, c'est un monde qui ne nous considère pas. Nous on a vraiment cette impression-là. Que ce soit du point de vue professionnel, ce que tu disais généraliste, mais aussi euh, de comment on vit, par exemple. Euh et ça c'est, et ça c'est euh, c'est du vécu ce que j'te raconte. Euh j'ai été à une thèse d'un médecin généraliste où le professeur disait, « Mais je n'ai pas compris ce que vous aviez écrit dans votre thèse. Comment se fait-il que des gens se font emmener par taxi chez le médecin ? Comment c'est possible ? » Par exemple, c'était un truc, alors le mec, il était spécialiste du petit doigts hein, euh bac plus 150, professeur de choix. Et puis, à la fin, il a applaudi, parce qu'il a découvert un certain nombre de services – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

La ruralité c'est un, c'est un espace particulier qui a ses codes, qui a ses, ses, ses ses, ses attraitss qui a ses travers et que, le côté un peu simpliste de dire la ruralité à la campagne c'est génial, les gens sont solitaires, ils s'aident entre voisins, tout le monde va très bien et puis euh finalement, euh tout le monde s'entend bien. Non, non, ça c'est totalement naïf comme vision des choses, c'est tout aussi, ça peut être tout aussi violent voire même plus violent qu'en milieu, qu'en milieu urbain ou dense. Et ça faut le sentir, voilà. La question du rapport à la terre, qui est quelque chose de fondamental. Si tu ne comprends pas le rapport à la terre dans le milieu rural t'as rien compris hein. Euh le rapport à la famille aussi, aux familles parce que finalement oui tout le monde se connaît pas forcément toujours en bien, et les conflits familiaux de 4 5 6 générations qui se transmettent de génération t'en sais rien pourquoi ou les relations inter-villages qui peuvent exister, les clochers – cmpx2jmr0005qv01empr12s

Accompagnement du projet de vie

Les modes de, les modes de garde pour les enfants euh, avec des solutions de crèche familiale qui sont facilitées, l'emploi du conjoint qui est quand même révélateur pour moi dans le, secteur, il y en a beaucoup qui des fois sont déjà mariés, voire ont déjà des enfants, donc l'emploi du conjoint ça peut être assez décisif dans le projet d'installation aussi – cmok8nb7i0019qv01b9r8l0us

Et on crée une sorte de conciergerie, qui permet d'accueillir le médecin, euh ou le futur médecin en travaillant justement sur tous ces sujets. Euh est-ce qu'il veut louer ou acheter à terme ? Est-ce qu'il veut euh, euh loger pour goûter j'allais dire au territoire ? Euh est-ce qu'on doit travailler sur le logement de son conjoint ? – cmokdicob001bqv01spm0dexo

Concurrence entre collectivités

L'idée c'est vraiment qu'on déploie des antennes dans les territoires dans le besoin, plutôt que d'éviter que les centres de santé communaux, ou intercommunaux poussent comme des champignons – cmok8nb7i0019qv01b9r8l0us

Et donc en fait les mairies, en fait les mairies font remonter leurs besoins à la com-com et c'est la com-com qui coordonne pour éviter d'avoir que chacun ait sa maison de santé. Le problème c'est qu'on arrive à l'effet piscine des années 80. C'est que chaque maire veut sa maison de santé. Et donc on multiplie l'infrastructure, donc vu qu'on a de plus en plus d'infrastructures, on a moins de RH dans nos infrastructures médicales, et en fait on s'auto-concurrence on se met une balle dans le pied en faisant ça – cmp75sg24002dqv01ay09435n

Parce que ça ce discours de euh, territoire friendly tout le monde le fait. Fin tout le monde dit que son territoire il est beau, son territoire il est rural, son territoire il est sympa, son territoire le foncier est pas cher, tous les ruraux j'entends hein territoire ruraux. Finalement point de vue communication territoriale ou marketing territoriale qui finalement est assez euh, est assez euh, « business as usual ». Certains sortent de temps en temps du lot parce qu'ils vont trouver une accroche, très, très particulière qui leur est proche, qui leur est propre hein, en tête des trucs euh, pour parler de le Lot a trouvé « oh my Lot », voilà boum ça tombe, ça match, ça accroche et ça te fait sortir du lot euh en termes de marketing territorial et donc forcément ça peut accrocher l'intérêt euh de, de, de professionnels. [...] Euh le rapport à la famille aussi, aux familles parce que finalement oui tout le monde se connaît pas forcément toujours en bien, et les conflits familiaux de 4 5 6 générations qui se transmettent de génération t'en sais rien pourquoi ou les relations inter-villages qui peuvent exister, les clochers. Pour l'anecdote quand j'étais gamin on était à l'école primaire, euh on allait à la piscine à [REDACTED], on allait en car voilà et on s'arrêtait dans le village d'à côté pour prendre les gamins et aller pour aller à la piscine, on ne pouvait pas blairer les gamins on savait pas pourquoi. C'était ceux de [REDACTED] on les aimait pas mais en fait parce que c'est pas notre village et c'était à 5 bornes. Et en fait cette espèce de transmission inter-générationnelle du clocher, de mon village par rapport à l'autre tout ça, voilà – cmpx2jmrj0005qv01empyr12s

Critique des aides financières

Je sais qu'en tout cas on est, en parlant avec le président de la CPTS, il nous disait finalement euh, mettre des primes à l'installation et tout, en fait on se rend compte que ça sert à rien quoi. C'est juste chouette pour ceux qui avaient déjà prévu d'y aller quoi. Mais, ça va pas euh convaincre quelqu'un qui voulait absolument être en ville d'aller en milieu rural. Ça c'est, c'est faux – cmojq7xbw0017qv01h8i7tvno

Ce que je trouve être un facteur d'injustice en fait je serais c'est pas votre question, mais je serais euh, tout à fait partisan si j'en avais le pouvoir, non pas de supprimer les zones d'exonération fiscale, euh

mais de supprimer l'accès des professions médicales à ces exonérations fiscales. C'est en quelque sorte beaucoup moins euh violent qu'une installation forcée, mais de retirer ce critère qui crée des injustices territoriales à 1 km près, euh sur le territoire – cmokdicob001bqv01spm0dexo

Il faut absolument, et en fait le seul moyen c'est qu'il faut sortir les médecins du dispositif ZRR, parce qu'en fait, plus rien à voir. Les professions de santé sont déconnectées, sinon on met en ZRR des zones qui ne sont pas ZRR juste pour faire venir les toubibs. Enfin on est en train de complètement mélanger deux systèmes qui n'ont rien à voir, et faire deux zonages qui n'ont rien à voir. Il faudrait faire un vrai zonage déconnecté du ZRR qui correspond vraiment à des, zones sous-dotées en médecins, ou avec des routes avec peu d'habitants ce qui va supposer plus de déplacements etc. Et sur ces zones-là sur toute la durée de l'exercice, toute la durée de la carrière, revaloriser les actes – cmpc98fwv002gqv01snbpp9pr

L'incitation, le problème on s'installe pas parce qu'on va avoir 50 000 balles pour s'installer. Euh bon les les, en plus surtout en libéral je veux dire c'est, c'est, c'est un chiffre d'affaires qui se fait en, en quelques mois et tu choisis pas ta, ta vie euh professionnelle et familiale avec une euh, parce que tu as une prime de 50 000 euros quoi. Fin j'pense pas – cmon9q14n001hqv019q5a4c8h

Soutien au foncier

Et parce que le choix a aussi été fait de se dire à travers un appui au contrat local de santé euh, et puis un appui des points à la pierre sur, euh les maisons de santé pluripro, fin le choix a été fait non pas d'aller sur les, des dispositifs opérationnels style centres de santé dont on finance le fonctionnement, mais plutôt par une politique assez engagée pour financer la pierre de différents dispositifs d'exercice coordonné – cmpp84cdr0007qv01lu6wc6ta

On a eu une première réponse qui était le déploiement de maisons de santé, l'immobilier de santé on va dire à tel point que [le département] a été pendant un moment en Bourgogne le département où il y avait plus de maisons de, maison de santé. On sait rendu compte que c'était totalement euh insuffisant – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

Le pacte a permis également de travailler en matière d'investissement sur le développement des maisons de santé pluridisciplinaire [...]. Nous sommes, on en a 22 [MSP] aujourd'hui et nous avons arrêté euh, ils ont pris la décision politique d'arrêter de subventionner ces dispositifs parce que, euh évidemment c'est mieux quand il y a des praticiens en nombre suffisant à l'intérieur – cmokdicob001bqv01spm0dexo

Attraper du médecin

En pratiquant les élus, j'me rends bien compte. C'est vrai que ce qu'on nous a, 'fin le point de vigilance qu'on, qu'on m'a donné en tout début c'était de dire euh, « attention les élus ils sont, fin là les élèves viennent pour découvrir l'exercice coordonné de santé, pas pour qu'un élu les alpaguent euh, en lui disant que sa commune est la meilleure », surtout que nous on est pôle d'équilibre territorial, donc euh c'est ■■■ communes, donc on doit pas faire de favoritisme quoi. Mais c'est vrai qu'un élu, il a, voilà, il a sa position d'élu et il a envie de, de pouvoir dire qu'il a ramené un, un, un médecin soignant dans, dans sa commune et qu'il a rempli sa maison, sa maison de santé, donc c'est légitime de leur part. Mais en tout cas, pour les étudiants, on a compris que, ça pourrait être des fois un petit peu euh, une petit peu

lourd quoi, lors de cet événement, où effectivement les, les étudiants sont plus là pour rencontrer leur paires et c'est bien normal euh, voilà donc euh... Donc euh, c'est vrai que sur ces événements-là, on fait un petit peu attention aux élus qu'on ramène. Y en a qui arrivent très bien à comprendre les enjeux, puis y en a voilà, ils sont un petit peu, un petit peu moins fins dans l'approche, on va dire. (rire)[...] Donc en général c'est cet élu qui fait le relais euh, euh voilà, auprès des autres élus, qui voilà, qui en général, ils échangent un peu entre eux sur la manière dont ils ont réussi à attirer des médecins. Voilà il faut un peu les coqs sur savoir qui a réussi à en amener plus – cmojq7xbw0017qv01h8i7tvno

Chaque heure de temps médical gagné est une bonne chose. Et quel que soit le métier.[...] Bon en même temps on apprend aussi nous[...]. Euh bon c'est sûr qu'aujourd'hui euh, on ferait pas les choses, on ferai pas les choses de la même manière qu'on les a fait avant et notamment puisque ces derniers axes euh, extrêmement forts en disant on discutait pas le salaire hein. Discutait pas. C'était voilà un toubib on prend, un toubib on prend quelque soit ce qu'il demande – cmpx2jmrff0005qv01empyr12s

Favoriser la communication entre professionnels de santé et pouvoirs publics

On est en lien, notamment avec les élus. On va vers les élus pour leur apporter des éléments euh, voilà, qui peuvent appliquer sur leur territoire. Puis on est là aussi pour mettre en relation les différents, euh, secteurs, médical, médico-social euh, environnement, si euh on a des actions sur la santé environnementale. Donc voilà, on est là un petit peu pour faire le lien – cmojq7xbw0017qv01h8i7tvno

On se positionne quand même en mettant du lien, euh en créant des espaces pour que ça soit plus fluide aussi pour les accompagner – cmok8nb7i0019qv01b9r8l0us

Ah je pense que, je pense qu'il faut, euh d'abord euh, construire euh, un dialogue permanent, euh avec les professionnels de toute génération, mais notamment avec le, le monde étudiant. Un dialogue constant ça veut dire, euh bon on fait tomber les postures. Euh c'est pas, euh soyez pas dans la revendications et soyons pas dans le paternalisme euh, euh sous contrainte budgétaire. Parce que euh, y a un moment le dialogue se noue pas et ça n'a aucun intérêt. Bon donc il faut ce dialogue-là, et il faut passer du temps à comprendre. Bon, euh et, et, et comprendre aussi les médecins qui sont un peu plus tard – cmon9q14n001hqv019q5a4c8h

Favoriser la création d'un tissu familial local et d'interconnaissances rurales

Peut-être il faudrait qu'on installe, des boîtes de nuit ou des boîtes pour que les jeunes y rencontrent des nanas et des mecs, j'sais pas, ou des, des des maisons closes. J'te dis ça sous l'angle de la, de la plaisanterie, mais parce que nous on sait, si tu rencontres quelqu'un dans un endroit, t'as peut-être plus de raisons euh, d'y rester euh, euh sauf si tu te sépare je vais dire mais bon tu vois – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Et d'ailleurs pendant les stages notre intérêt c'est que les gens ils se connaissent, ils se rencontrent et puis quelquefois bah ça maille – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Donc une chose qui me tient à cœur qui est un peu iconoclaste, tu connais le sujet, inventer euh, alors j'le dis avec ces mots-là mais il faudrait en trouver d'autres parce qu'ils ne sont pas sexy à l'agence

matrimoniale rurale.[...] C'est dire que, un ou une médecin qui arrive dans le département ou en interne s'il tombe amoureux d'un [habitant] ou d'une [habitante], euh on a déjà fait la moitié du chemin en termes d'installation. Et ça tu peux mettre tout ce que tu veux comme logement bagnole à disposition il n'y a rien de plus fort que l'amour quoi, et je pense profondément ça – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

Développer la formation en ruralité

À mon avis ce qu'on appelle les déserts médicaux, c'est, c'est la conséquence des déserts de formation – cmpr98fwv002gqv01snbpb9pr

Donc, je trouve qu'il y a de la communication à faire, du partage, euh pour faire en sorte que ça donne peut-être avoir euh des vocations. Euh, c'est pour moi pas idiot. avec cette difficulté, c'est que de toute façon si j'ai pas de sous hein, j'vais pas demander à mes parents de me louer un appartement dans une grande ville et faire mes études pendant dix ans, alors que, lui, ouvrier, et ma mère a une jambe de moins et euh un œil de verre et une cale – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Parler de la médecine générale et de la médecine générale dans le monde rural dès la première année de médecine. Euh et ensuite à chaque étape de la formation. Bon parce qu'il y a un premier enjeu c'est que les gens aillent vers la médecine générale et qu'ils y aillent euh avec euh, euh volontarisme et pas en subissant un classement etc. Donc évidemment on a besoin de généralistes motivés. Et ensuite, pour le monde rural, effectivement c'est, il faut qu'il y ait des témoignages. Il faut que, euh des des médecins ruraux aillent parler dans les amphis. Et euh, ensuite il y a tout ce qui peut se jouer dans les stages euh, euh pour les internes – cmon9q14n001hqv019q5a4c8h

Lutter contre l'exode rural

Donc euh, nous, ce qu'on souhaite, c'est que les centres-bourgs, puissent euh récupérer de la population. Or, dans nos centres-bourgs, donc c'est du logement qu'on a besoin, euh parce que euh nos logements sont pas adaptés aujourd'hui aux conditions du développement durable, par exemple. Donc, nous, on pense que l'État, euh, ferait un programme avec les autres, les régions, les départements, euh sur le logement, en centre-bourg, et euh, et de l'emploi. Alors, c'est ça qui est compliqué. C'est-à-dire euh, euh on est parti des campagnes parce que l'emploi est en ville.[...] mais euh l'idée du logement pour nous est intéressant parce que on ce dit que ça va créer de l'activité. Euh et puis des gens en plus, bah ça fait des sous en plus sur le territoire. Donc du coup, nous, les collectivités, bah ça nous fait des ressources supplémentaires pour créer des services supplémentaires – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Donc nous notre première préoccupation elle est là, elle est de dire finalement les, les talents [du département], euh faut qu'on arrive à les garder, en tout cas faire en sorte qu'ils reviennent le plus possible. Même si je suis le premier à dire que pendant leurs études et puis ben après bah il faut qu'ils aillent voir le monde quand même parce que, on va quand même pas rester complètement euh, euh ancré sur ce territoire-là et qu'il faut que les jeunes ils en profitent un maximum tant qu'ils peuvent et qu'après voilà on puisse du coup, assurer le renouvellement euh, bah des professionnels de santé qui partent, on parle des médecins mais on pourrait élargir finalement à toutes les professions – cmpx2jmrj0005qv01empyr12s

d) Organisation territoriale du monde médical

Action de santé publique

Moi je pense que on peut pas trop trop loin de notre champ mais il y a des éléments intéressants par exemple sur tous les enjeux de politique de prévention de la perte d'autonomie en particulier où le conseil départemental, parce qu'on n'a pas trop parlé de prévention nous à part la maison des ados et des parents, mais on a d'autres actions de prévention et je pense que c'est aussi le rôle d'un conseil départemental que d'accompagner cet enjeu de bien vieillir et d'être en bonne santé le plus longtemps possible et ça c'est une de nos indirectement une de nos missions.[...] Prévention en santé mentale, prévention en activité physique adaptée, prévention de l'obésité pédiatrique, fin il y a, y a plein d'enjeux. Et c'est des enjeux qu'on porte aussi vous voyez dans les actions d'un conseil départemental. [...] On voudrait que le conseil départemental puisse porter un peu plus haut et fort tous les enjeux de prévention du cancer entre autres colorectal – cmpp84cdr0007qv01lu6wc6ta

Réformer les soignants

C'est-à-dire que si je reprends, prenez l'exemple de l'ophtalmo j'vous dirais que on n'a pas besoin de, euh de de, de médecins spécialistes qui ont fait 12 ans d'études après le bac, euh pour prescrire des lunettes à des gens bien portants. Et que des professionnels que ce soit des, des orthoptistes, des optométristes ou des opticiens devraient être formés à la détection de pathologies qui devraient amener dans un certain nombre de cas rares à orienter vers un ophtalmo, voilà. Euh mais pour moi c'est la même chose aussi euh. Euh vous voyez par exemple euh, euh il y a beaucoup de pays qui ont fait d'autres choix que nous hein par exemple on accepte très bien, euh que dans les services d'urgence il y a des infirmiers d'accueil et d'orientation qui, orientent les patients et qui identifient les cas sur lesquels l'urgentiste doit intervenir rapidement. Aux États-Unis vous avez des euh, euh, des des, des professionnels intermédiaires, euh qui interviennent en situation d'urgence. Et je me dis euh, est-ce que le moment n'est pas venu, euh d'avoir à côté des médecins, euh qui font une formation longue, coûteuse, spécialisée et qui euh, et qui devraient vraiment euh, rencontrer les situations pathologiques qui appellent une démarche diagnostique presque de médecine interne, est-ce qu'on devrait pas avoir euh, des, alors c'est pas des infirmiers de pratique avancée je trouve ça ambigu et j'vais y revenir, mais des professionnels à Bac plus 4 ou 5, euh qui sont des gens qui traiteraient de la grande masse de la population qui a besoin, euh de conseils hygiéno-diététiques de mesures de prévention, d'accompagnement, moins euh, moins exigeants du point de vue d'une démarche diagnostique, voilà – cmpvniwd50001qv01hrprckq6

Coercition

Tu vois Sylvain, nous on n'est pas pour contraindre les médecins de s'installer là où il n'y en a pas, ou couper la jambe de celui qu'il y en a trois ou j'sais pas quoi, sans les contraindre, mais avec euh, de la solidarité. Parce que euh, tu peux t'installer où tu veux, mais peut-être que tu pourrais une journée par semaine aller à 10 kilomètres de chez toi ou à 15 kilomètres, dans une maison de santé hein, pas sous le préau d'un mec, pour pouvoir, euh, contribuer à, à, à l'inégalité d'accès aux soins – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Fin j'trouve que dans le département en infra etc, que ce soit tant les conseils départementaux qu'les élus locaux, pour moi il y a plein d'avis différents. Personne n'est d'accord sur cette question-là et ça crée débat. Euh y en a qui vont plutôt être voilà, en disant il faut justement arrêter, euh de laisser de choix aux médecins. À un moment donné, il y a d'autres professions qui sont réglementées sur les pharmacies etc, j'vois pas pourquoi les médecins n'échapperaient pas. Et y en a d'autres qui vont plutôt dire que ce n'est pas en imposant aux médecins et en les forçant à aller sur un territoire que ça ira – cmok8nb7i0019qv01b9r8l0us

Sur la coercition euh médicale, moi j'y étais opposé. Euh on me prend souvent le parallèle avec euh les profs et les enseignants, qui eux ont une obligation de l'exercice là où on leur dit d'aller exercer. Leur cursus de formation est aussi plus court, ils sortent ils sont plus jeunes et forcé de constater, que finalement d'imposer un, un lieu d'exercice fait qu'on a de moins en moins d'enseignants qui passent le concours, peut-être pour d'autres raisons mais aussi à mon avis parce que dans le début de l'exercice de sa carrière on sait qu'on va en région parisienne ou loin de, de son lieu de vie et de son bassin de vie. Donc euh, le fait d'imposer à la sortie des études, je trouve que vous êtes, un peu plus âgé que d'autres professions, que vous avez aussi contribué pendant toutes vos études au fonctionnement, notamment hospitalier – cmotxybdw001rqv01rlwwajir

Moi j'veux que les médecins bénéficient de belles aventures humaines. Et moi j'avais pensé je ne sais pas si vous avez vu ça, un truc assez simple, on peut pas, on peut pas demander aux, à des gens installés dans la vie etc, de venir sur leur territoire. Mais franchement on demanderait à des jeunes médecins qui veulent s'installer vous avez fait vos études à Dijon, vous voulez travailler à Dijon, vous avez votre famille, vous avez même des enfants il y a pas de souci. On vous dit allez, pendant trois ans vous venez passer deux jours dans le [REDACTED]. Vous venez à [REDACTED], c'est une heure et quart de route, vous venez à [REDACTED] c'est dix minutes plus loin, un quart d'heure de plus. Vous avez trente ans est-ce que c'est dramatique de venir passer deux jours ? Vous pouvez même y passer la nuit hein, c'est pas, c'est pas impossible et c'est pas dramatique de passer la nuit dans le [REDACTED]. Euh est-ce qu'on vous demande de faire ça pendant trois ans ? Voilà. Et là on apporte une réponse – cmpo6dptz0005qv017npsat6x

Critique des CPTS

Les CPTS, j'étais vraiment plutôt frileuse y'en avait pas encore dans ma circonscription. Il y en a une qui s'est constituée il y a un an un an et demi. L'objectif c'est qu'ils arrivent à travailler ensemble, mais j'ai peur que dans l'argent qu'on investit, en fait on en perd beaucoup sur de la gestion administrative, sur de la réunionnisme tu vois – cmotxybdw001rqv01rlwwajir

Interrogé : vous appelez ça des communautés professionnelles territoires de santé ou je ne sais pas quoi, la CPTS, c'est quoi le truc ? C'est quoi le nom ?

SVL: Ouais les, les communautés professionnelles territoriales en santé.

Interrogé: Voilà, la santé. Bon, ça nous, euh, euh on ne comprend pas tout parce qu'on n'est pas associé à ça, les élus locaux. Peut-être le maire de la ville où ça se passe, mais on n'est pas toujours associé, parce que ça dépend, des organisations locales. Mais nous on voit que quand, quand ça fonctionne, parce que d'abord, il y a beaucoup d'argent qui est versé là-dedans, euh ça, c'est incroyable, mais c'est comme ça hein – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

En désaccord avec les soignants

Donc nous, on voit que le renouvellement, il est compliqué sur tout un tas de choses. Et en plus, vous êtes exigeant. Vous demandez des locaux, alors gratuits si possible, ou à 3 euros le mètre carré. Euh vous demandez ci, vous demandez ça, parce que votre profession, elle vous, elle aspire à vous dire, il ne faut pas vous laisser faire, il ne faut pas ci, il ne faut pas ça. Et puis les collectivités euh, elles doivent euh donner ceci, elles doivent donner cela.[...] Tu vois le, euh, mais ça, c'est votre faute hein. Fin, c'est la profession hein, euh qui euh, a dans les années 90, négocié avec l'État de moins formé, euh de médecins pour euh, pouvoir, j'allais dire, conserver le gâteau euh à la fois des patients et financiers – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

J'ai vu passer des médecins euh, roumains euh ou des chirurgiens dentistes portugais, qui ont été refusés dans [REDACTED]. Pour des motifs par exemple, fin pas par exemple, de maîtrise de la langue mais qu'on a trouvé tout à fait acceptable dans le Loiret ou en Seine-et-Marne. Euh, et donc il y a quelque chose à faire sur le plan de, de de, de l'activité ordinale – cmokdicob001bqv01spm0dexo

Alors je sais bien que euh, je sais bien qu'avec l'enrichissement des tâches, les médecins ne sont pas contents, parce que euh, il ne leur reste que ce qui est le plus difficile. Oui mais enfin c'est ça leur boulot, hein.[...] Oui mais enfin ils iraient chez une IPA, ils seraient peut-être mieux suivis, euh que d'aller que chez le médecin.[...] Contrairement à SOS Médecins, qui n'est pas médecin traitant. J'attache de l'importance, à euh ce label médecin traitant. Pas pour le label, mais pour ce que ça signifie, c'est-à-dire que, il y a un suivi, dans le dossier du patient.[...] Voilà, ce que SOS Médecins refuse de voir. Bon voilà. C'est factuel. Vous voyez bien ce que j'en pense.[...] Ils font du ponctuel euh, ils se déplacent parce que Madame Dupont a de la fièvre et ils vont dire "à bah prenez tel ou tel", souvent des antibiotiques et puis voilà. Et euh le diagnostic est pas fait complètement, et on s'en va. Et y a pas de suivi – cmoljdydl001dqv01tvp7vm3j

On a bien reconnu des infirmiers de pratique avancée, euh en gros euh, qui à mon avis ne peuvent pas très bien marcher parce que, euh l'infirmier ils font déjà, l'infirmier elle fait déjà trois ans de formation, puis après elle va devoir avoir un exercice professionnel, puis éventuellement on va lui proposer de refaire un master en deux ans, euh à un âge où elle va commencer, elle ou il hein c'est pareil pour les hommes et les femmes où il va commencer à fonder sa vie d'adulte où il a, euh commencé à gagner de l'argent etc, etc. Et on va lui proposer quoi comme master ? Des spécialités sur les créneaux, euh exigeants en temps et assez chiantes pour que les médecins aient envie de s'en défaire. Euh ça va être le suivi d'un glaucome, ça va être le suivi euh, euh, l'éducation thérapeutique des diabétiques etc. C'est pas forcément les choses euh, les actes gratifiants et partagés avec le médecin. C'est souvent des choses dont le médecin veut se défaire, voilà – cmpvniwd50001qv01hrprckq6

Je pense beaucoup qu'il y a rien de pire que de confier le ministère de la Santé à un médecin. Euh tout comme je pense qu'il n'y a rien de pire que de confier la bonne pratique à des professionnels ou qu'à des professionnels de santé plutôt est un bon truc – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

Corporatisme des soignants

Je connais bien les freins et les écueils. Voilà. On a pas parlé par exemple de la, euh des formes pré-corporatives qui habitent la profession médicale. Pour avoir passé des, des heures et des journées en discussion avec les syndicats de médecins, et notamment de médecins, généralistes libéraux. Tu vois c'est, c'est euh, il y en avait quelques-uns, tu, mais qui étaient dans des certitudes incroyables quoi – cmon9q14n001hqv019q5a4c8h

Et moi j'vous dis honnêtement, tout ce que je vois au moment des négociations, c'est les professions qui arrivent une par une, pour dire euh... Il n'y a pas de vision globale, il y a pas de stratégie, il y a pas de où on va, quel est le cap.[...] Et puis euh les professions de santé sont euh, parfois même dressées les unes contre les autres, parce que quand on dit euh, les pharmaciens vont pouvoir vacciner, ça fait hurler les infirmiers. Euh quand on, on parle de délégation de soins quand on donne certaines missions euh, aux, aux, aux orthoptistes les ophtalmos hurlent. Voilà donc euh il y a pas de coordination dans tout ça. Chacun se sent agressé et on n'arrive pas à construire ensemble un modèle qui soit soutenable – cmpc98fwv002gqv01snbpp9pr

De la remise en cause d'un modèle qui a, qui a vécu qui a peut-être été très bien mais du mandarinat et des ordres, qui sont des scories de l'histoire qui aujourd'hui sont pas adaptés à la modernité parce qu'au final ils défendent un certain nombre d'intérêts particuliers et ils vont pas sur l'intérêt général parce que c'est par nature par essence même. Et ça faut trouver un autre outil. Ça veut pas dire que leur mission doit être mis au, au, au, au comment on dit, fin au rebut mais il faut réinventer ces trucs-là – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

Soignants comme acteurs privilégiés des politiques publiques

Pour moi, euh sur les territoires, on sent comme, et même dans la, dans les politiques de santé en général, moi j'le vois à l'usage, on peut quand même difficilement se départir des médecins. Alors des médecins euh, de manière générale hein, voilà. Euh à chaque fois qu'on essaye de mettre des, des choses en place, que ce soit de la prévention, que ce soit euh, voilà fin n'importe quel dispositif sur le contrat local de santé, ils font encore figure de référence majeure. et euh on se voit, on se sent fin, chaque projet ne peut pas se sentir légitime, sans présence d'un médecin – cmojq7xbw0017qv01h8i7tvno

Le rôle attendu pour moi si j'avais à définir ce que j'attends d'un médecin sur un territoire, euh c'est qu'il ne se contente pas de soigner mais qu'il soit également euh, un acteur de la prévention, de la santé publique, de l'anticipation, euh et qu'il participe à l'organisation euh d'une offre qui doit dépasser la seule offre de soins.[...] Alors ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas des, des médecins en ville qui sont aussi des élus. Mais en tout cas dans le monde rural, euh le regard se tourne souvent vers le médecin quand il, quand il faut s'engager – cmon9q14n001hqv019q5a4c8h

C'est-à-dire que je pense qu'on rentre, fin on a besoin d'entrer dans une société euh, euh du prendre soin et du lien qu'incarne totalement euh, un un un, un professionnel de santé aujourd'hui et que pour répondre au désordre du monde il faut faire la grande alliance entre tous ceux qui agissent sur ce secteur-là, savoir le maire de la commune comme le médecin sont des gens qui réparent, qui panse, P-A-N-S-E qui écoutent. Et je pense qu'il y a un grand besoin d'écoute dans notre euh, dans notre société aujourd'hui pour euh, pour euh régler les problèmes qui organise de la discussion. Alors pour un médecin c'est avec euh d'autres professionnels de santé, des spécialistes, des gens qui gèrent le système euh, le système hospitalier qui est en train de s'écrouler sous nos yeux. Euh et donc le rôle du médecin au-delà de sa fonction de base comme dirait les jeunes, euh en ruralité elle est euh... Et d'ailleurs il y trouvera certainement où elle beaucoup plus de reconnaissance, elle est encore plus euh... Fin encore plus vaste que le le, le simple euh, le simple métier d'Hippocrate quoi – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

Fragilité des projets

On a des structures où une maison de santé pluri-pro euh, dans le département qui sont assez fragiles. Elles sont assez fragiles parce que, souvent vous avez deux médecins généralistes. Or, et je parle de celles qui sont sous ACI hein, c'est-à-dire qui sont, qu'ont les subventions de fonctionnement de l'assurance maladie, pour fonctionner. L'ACI n'est pas prévue pour euh, pour un, une maison de santé pluri-pro avec un seul médecin. Donc il faut au minimum deux médecins. Quand il y en a un des deux qui part et ça arrive relativement souvent, la dernière en date c'est à [REDACTED] par exemple y a un médecin qui est parti. Euh bah ça a mis en difficulté la maison de santé. Alors après elle a un peu de temps pour essayer de retrouver un autre médecin. Mais voilà, on a beaucoup de maisons de santé avec un, avec deux médecins ou trois médecins et ça reste des petites structures, et financièrement, relativement fragiles. Donc euh ce qui serait bien c'est que, on ait des des, des maisons de santé un peu plus, calibrées un peu plus fortement. Euh comme ça quand il y a un départ de médecin, ça remet pas en cause la pérennité de la structure – cmovj781d001xqv01ahdky9ft

C'est que l'État met en place des dispositifs intéressants euh, typiquement l'année dernière je donne plus d'un million d'euros à des maisons médicales et euh, et on n'a pas de médecin à l'intérieur – cmp75sg24002dqv01ay09435n

Bon après euh, si on a un modèle économique soutenable entre guillemets parce qu'on montre que c'est pas quelque chose de trop coûteux, bah ça rend euh, pour un politique qui viendrait après euh, qui aurait pas forcément la même lecture, le fait de tirer là-dessus de tirer un trait pour faire des économies budgétaires un peu plus complexe. Alors que si c'est un gouffre et que, y a pour le coup avec l'approche qui est dogmatique hein, « de toute façon c'est un truc de la gauche moi j'en veux pas, j'fais un trait dessus », terminé et puis voilà. Mon objectif indépendamment de la politique, on va dire de la, euh... De la politique, c'est que tout perdure parce que derrière ce qu'on fait on le fait pas pour le politique même si ça le politique après c'est son sujet – cmpx2jmr0005qv01empyr12s

e) Centralisation délétère à la ruralité

Blocage des initiatives par les urbains

L'université, elle, elle considère que sa matrice est la plus belle, ce qui est sûrement vrai, donc si tu ne passes pas les examens, si tu n'as pas le concours, t'es une brêle. Et donc elle ne reconnaît pas ces jeunes qui, eux, ont envie, ont la motivation, et qui vont donc aller à l'étranger pour se former.[...] Alors, si je suis pessimiste, je vais te dire que tant que les hauts fonctionnaires à Paris, euh pourront faire soigner leurs proches, leurs parents ou leurs enfants, la situation elle changera pas dans le cadre de l'inégalité d'accès aux soins – cmo3yrev2000bqv01u6xf5hz0

Là où on a de la difficulté, c'est en Franche-Comté, la Haute-Saône, le Jura, euh la Haute-Saône, le Jura, je crois le territoire de Belfort où là euh l'université est très très en retard. En fait l'université n'en voulait pas, de cette première année décentralisée. Nous on est euh partants. Nous région on est partants, et on veut bien les héberger dans nos instituts de formation de soins infirmiers, puisque c'est la région qui euh, a cette compétence. Ça nous pose pas de problème. Mais, jusqu'à présent l'université, euh de Franche-Comté n'en voulait pas, et euh, et le doyen, le précédent doyen n'en voulait pas – cmoljdyl001dqv01tzm3j

La région, là franchement ce qui se passe sur [REDACTED], c'est c'est à, c'est à hurler. Euh on fait passer les éco-conditionnalités du bâtiment, avant euh, l'engagement du chantier. Alors qu'il y a une euh, une urgence démographique. Tu te dis, mais où on a la tête ? Alors [le président de région] [...] en cinq minutes il l'a compris. Mais il a des services, euh à Dijon qui sont ceux qui financent c'est pas, c'est pas des gens qui financent des politiques de santé, c'est des gens qui financent des équipements publics avec des éco-conditionnalités. [...] Donc euh, l'urgence, l'urgence de la démographie médicale ils connaissent pas – cmon9q14n001hqv019q5a4c8h

Donc sur l'ARS je pense qu'il y a quand même euh, un problème administratif, il y a trop d'administration, c'est trop compliqué, et euh c'est trop dogmatique. J'donne un exemple euh, on a la scintigraphie qui s'en va de l'hôpital et euh, on a donc des, une maison médicale qui est prête à reprendre la scintigraphie, mais en même temps à euh, investir sur euh, un cabinet de radiothérapie avec des spécialistes qui sont prêts à venir. Mais euh l'ARS refuse de donner son autorisation parce que ça n'est pas écrit dans le PRS par exemple – cmpl18rrp0001qv01ik20dcy

C'est vraiment faire sauter les verrous, les verrous réglementaires. [...] L'absence de capacité, l'interdiction pour un secrétariat de faire un accueil mixte libéral euh, euh libéral euh, euh salarié, euh la labellisation absurde d'hôpitaux de proximité où tu peux même pas accueillir du tout venant pour faire de la bobologie euh, alors que y a de la ressource euh qu'il y a, qu'il y a de la ressource médicale sur le secteur. Donc le le le, le sujet c'est ça, c'est prendre acte de l'effondrement euh conjoint de la médecine libérale et du système hospitalier, donc il y a une reconstruction euh considérable, euh à faire et de laisser euh, l'initiative au territoire de s'organiser – cmpx2g5hx0003qv01n4w5iv07

Centralisation des dispositifs dans les centres urbains

C'est encore un combat à mener hein, même si on a d'excellentes relations avec euh, euh, singulièrement le doyen[...]. J'observe ici mais j'observe ailleurs, que que, euh voilà l'université a encore du chemin à parcourir pour l'ouverture, son ouverture au territoire, et que ça correspond aussi à des, à des bastions, le bastion du CHU, le bastion euh de l'étudiant français faisant ses études en France. Ce que je peux parfaitement comprendre hein, mais ses préférences et ses habitudes, euh et cet enfermement, euh de l'université pour l'université, euh sont à mon avis préjudiciables euh, euh... À l'innovation et et à penser ensemble d'autres organisations – cmokdicob001bqv01spm0dexo

On a pas le prix Nobel de médecine en étant un bon médecin rural quoi. On peut espérer le prix Nobel de médecine en faisant des programmes de recherche chiadés, sophistiqués, coûteux, dans des labos de pointe voilà.[...] Je fais un déplacement en Normandie, euh parce que j'ai pris conscience du fait qu'en Normandie à côté du CHU, il y a une énorme clinique j crois que ça s'appelle la clinique Sainte-Mathilde mais j'suis pas sûre j'ai peut-être oublier ou j'me suis peut-être trompé j crois que c'est ça. Et les trois quarts et demi des ophtalmos privés de la région Haute-Normandie sont installés dans cette clinique Sainte-Mathilde où il y a 25 ou 30 ophtalmos. Et en fait même dans des villes moyennes, j'vous parle pas de ruralité on parle de villes moyennes, euh Dieppe, Fécamp par exemple, euh qui sont des villes où il y a tous les services [...] où il y a des gares enfin voilà, il y a plus d'ophtalmos. Pourquoi ? Eh bien ce n'est pas lié au fait qu'on porte un jugement défavorable ou négatif sur, euh la petite ville en question, c'est lié au fait que pour des médecins formés dans un centre hospitalo-universitaire avec une forte dimension de recherche du mouton à cinq pattes et une forte dimension chirurgicale, euh la, l'idée de travailler en équipe en clinique avec un plateau technique, euh optimal avec euh des créneaux d'utilisation des blocs opératoires avec, euh une clientèle qui se déplace de toute la région, euh, c'est, c'est, c'est génial, c'est génial. Ils sont à proximité du CHU où ils continuent à faire des vacations pour certains d'entre eux, euh ils font de la chirurgie ce qui est euh, le nec plus ultra en termes de cotation etc pour un ophtalmo. Euh, ils ont une euh patientèle large. Donc en fait c'est pas le refus de la ruralité, c'est une sorte euh, d'adaptation des modes d'exercice urbains, à l'expérience vécue de jeunes médecins urbains, qui sont, qui ont été formés dans un milieu hospitalo-universitaire où ils ont pas eu à se frotter à la ruralité. À la limite les plus motivés d'entre eux, ils vont s'installer à la clinique Sainte-Mathilde et puis ils vont dire «Euh j'fais une journée par semaine de consulte à Fécamp ou à Dieppe », voilà – cmpvniwd50001qv01hrprckq6

Manque de lisibilité

Rendre le dispositif plus lisible arrêter tous nos acronymes horribles et puis rendre ça un peu plus euh, un peu plus simple en termes de mille feuilles. Et je pense que ça serait aussi bien pour les professionnels de santé. Parce que aujourd'hui ils ont des situations ils se disent, bah attendez c'est le conseil départemental pour l'APA, c'est le DAC pour le maintien à domicile parce qu'il y a un volet santé, ou est-ce que c'est le CRT à l'EPAT d'à côté de chez moi ? Je pense que ça devient quand même un peu compliqué. En tout cas moi ça l'est pour moi. Alors peut-être que les pros c'est plus simple, les pros de santé. Mais j'me dis que, fin voilà ils sont un peu moins dans l'administratif que je ne le suis et je pense que là il y a un peu mieux à faire – cmpp84cdr0007qv01lu6wc6ta

Rupture de dialogue entre pouvoirs publics et soignants

Il y a des, certaines dérives, il faut bien le reconnaître dans les, dans le, on a un modèle qui passera pas, qui est pas soutenable, si on continue comme ça on va bouffer la grenouille. On n'y arrivera pas. Mais malheureusement le dialogue est de très mauvaise qualité entre les politiques et le gouvernement, disons général, et les soignants qui se sentent totalement agressés euh, et qui le sont peut-être d'ailleurs. Et moi j'entends que des soignants qui me disent euh, bah euh, voilà les politiques torpillent le système euh, tire à boulet rouge sur les médecins et euh, et on comprend pas pourquoi parce qu'on fait notre boulot et on se contente de soigner nos patients. Et de l'autre côté euh nous on dit oui mais on a un modèle qui passera pas. Donc euh, voilà ce qui me fait vraiment mal au cœur c'est ce dialogue qui est complètement rompu, entre euh les, entre les soignants en général et puis le, les les, les gouvernants enfin des contraintes économiques – cmpc98fww002gqv01snbpb9pr

Inertie administrative

Les contrats locaux de santé c'est, c'est un cadre stratégique un peu flou qui donne à penser que, sur la question de démographie médicale on ne fera rien qui ne soit pas dans le contrat local de santé. Mais ce qui est dans le contrat local de santé n'a pas un effet de levier euh substantiel. Voilà. Donc je pense qu'y a des, y'a plein de moments et plein de façons d'agir. Est-ce que j'ai le sentiment maintenant en observant ça depuis euh 20 ans euh, 25 ans je dirais même, j'ai le sentiment que ces leviers sont euh, sont quand même des sabres en bois tu vois – cmon9ql4n001hqv019q5a4c8h

Mais euh, mon sentiment c'est que en fait, à force d'errance sans avoir décidé et tranché suffisamment rapidement, bah en fait tout le monde s'est un peu euh, comment j'dirais, éloigné du sujet en disant, "mais ça a l'air trop compliqué je préfère ne pas aller dans le dispositif." – cmotxybdw001rqv01rlwwajir

Je pense aussi que, le, le PRS est trop rigide. Il est écrit pour six ans, on peut plus, quand il est écrit on peut plus le, le modifier faut attendre six ans c'est très euh, c'est très euh comment dire euh, livresque. Et euh c'est pas assez adaptable. Déjà c'est trop compliqué, ça fait des centaines de pages que personne ne lit. Et que au final peu de gens votent quand il est soumis au vote euh, au conseil départemental par exemple. Donc sur l'ARS je pense qu'il y a quand même euh, un problème administratif, il y a trop d'administration, c'est trop compliqué, et euh c'est trop dogmatique – cmpl18rrp0001qv01ik20dcdy

Manque de planification

Donc là si donc j réponds à ta question, comment il faut planifier ? Parce que le, le le, au fond l'injonction que tu me lances, c'est comment, comment on planifie ? Ben on planifie avec un modèle de maison de santé, ou de pôle médical plus étoffé. Pas partout parce qu'il n'y a pas partout un hôpital, bon on fera, on peut pas le faire partout mais, il y a quelques endroits qui peuvent être des points d'appui. Si à [] c'est, c'est fort et bien organisé ça peut aider [] devrait retrouver tôt ou tard je pense une euh, quand même un peu de, de force parce qu'il y a une zone de chalandise. Mais euh, bon en tout cas avoir un modèle, euh et travailler ce modèle-là. Ce que j'ai observé depuis 20 ans c'est euh, des actions au fil de l'eau, on a mis un peu d'argent de côté, des projets arrivent poussés par un médecin ou poussé par un élu, ou poussé par l'ARS ou par qui on veut et là on sort le chéquier et on fait les choses. C'est, c'est le contraire d'une planification, euh de politique publique.[...] On a un problème en France sur la planification. C'est, c'est c'est majeur. C'est vrai sur la transition écologique, euh mais c'est terriblement vrai sur les questions euh, sur les questions sanitaires. C'est-à-dire d'un côté tu as euh, tu as des corps d'étudiants, qui ont quand même plutôt biberonné le modèle libéral, mais qui peuvent être ouverts aux salariés, qui arrivent sur le marché. Et de l'autre côté tu as des entités publiques, avec des turnovers. Je suis incapable de donner aujourd'hui le nom du ministre de la Santé. Alors que j'ai travaillé pendant

20 ans sur les questions de santé. Euh, le, il y a un turn-over. Il y a. euh, euh chaque euh, à chaque moment euh on, on, des géos trouvent tout du ministère de la Santé inventent des trucs. Tu vois les euh, euh l'obligation pour euh, un médecin urbain d'aller faire un, une période dans un, dans dans un canton rural etc, j'y crois pas une seconde tu vois. C'est des, des trucs comme ça il y en a eu euh... Bon après médecins solidaires c'est autre chose. C'est, c'est voilà, on retrouve l'esprit de missionnaire. Bon c'est autre chose. Mais euh, euh, on a pas de, on a pas de planification. C'est pour ça d'ailleurs que, on a pas anticipé le, le clash démographique qui aurait pu l'être. Et on l'a pas, il a commencé disons dans les années 2000. On l'a pas anticipé, mais on l'a pas, euh encore rattrapé et corrigé vraiment. Bon y a la décision sur le numérus clausus mais euh, bon on va la mesurer. Et on verra d'ailleurs quel est le taux d'évasion. C'est-à-dire dans, voilà s'il y a, je sais pas 30-40% de médecins en plus qui sortent ce qui est pas gagné, euh ils font quoi ? Ils vont dans les déserts médicaux ou ils vont euh dans les caisses ou dans les labos ou chez les consultants etc – cmon9q14n001hqv019q5a4c8h

On sait pas comment on va y arriver parce que ce qui plombe le budget de l'État c'est la loi de finance de la Sécurité sociale. Donc euh, on est, on creuse, on creuse. Mais si on veut donner un avenir à tout ça, il faut revoir le modèle. Et euh, voilà, et idéalement faudrait qu'on y travaille ensemble. Et moi j'vous dis honnêtement, tout ce que je vois au moment des négociations, c'est les professions qui arrivent une par une, pour dire euh... Il n'y a pas de vision globale, il y a pas de stratégie, il y a pas de où on va, quel est le cap. Même sur le nombre de médecins il y a pas de cap, il y a pas de stratégie. Un coup c'est la panique on va en former beaucoup plus. Alors qu'en fait c'est pas le nombre de médecins, c'est le temps médical qui compte et le ratio et, et on sait même pas s'il est vraiment pris en compte. Donc on a l'impression qu'on agit dans l'urgence avec un genre de frénésie, du côté de... Enfin sans stratégie – cmpc98fwv002gqv01snbpp9pr

Donc euh, ça je pense que personne, ça m'agace toujours quand j'entends euh, des militants ou des élus euh dire « gna gna gna on va fermer tel ou tel le service ». Je me dis moi je me suis, fin je pense avoir fait preuve de courage politique en défendant la fermeture de certaines petites maternités où on faisait 100 accouchements par an. Parce que je me disais que sur le plan de la sécurité, euh et puis même de la sécurité des personnels qui les quiq les exécutent, qui les réalisent ces accouchements c'est pas juste. C'est-à-dire que dans des territoires où toutes les familles sont capables de prendre la bagnole pour aller à 50 kilomètres de là au supermarché le samedi, qu'on soit pas capable de le faire deux fois dans sa vie pour aller à la maternité ça me paraît fou quoi voilà. Donc euh je, j'ai expliqué que c'était plus facile, euh de déplacer une femme enceinte euh en VSL euh, euh à la maternité avant l'accouchement que d'emmener, que de faire venir le SMUR pédiatrique pour aller chercher un bébé qui va mal euh, après la naissance, voilà. Donc il y avait ça, euh donc je le défends ça, puis je, je détourne pudiquement le regard quand des collectifs me demandent de les aider à éviter la fermeture d'un lit euh. J'trouve pas que le maintien, euh à tout prix de certains services sur le territoire se justifie – cmpvniwd50001qv01hrprckq6

X. Table des matières

Sommaire.....	9
Table des tableaux.....	10
Table des figures.....	11
Liste des sigles ou abréviations utilisés.....	12
I. Introduction.....	13
1. Problématisation.....	13
2. État des lieux.....	14
2.1 De la ruralité en BFC.....	14
2.2 Des médecins ruraux.....	15
2.3 Des élus locaux.....	16
3. Justifications & objectifs.....	17
II. Matériel et méthode.....	18
1. Type d'étude.....	18
1.1 Déroulement.....	18
2. Population étudiée.....	18
2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	18
3. Recueil des données.....	19
3.1 Recrutement.....	19
a) Médecins exerçants en zone rurale.....	19
b) Informateurs clefs.....	19
3.2 Entretiens individuels semi-directifs.....	19
a) Médecins exerçant en zone rurale.....	20
b) Spécificité aux informateurs clefs.....	20
4. Analyse des données.....	20
5. Considérations éthiques et réglementaires.....	21
5.1 Pseudonymisation et anonymisation.....	21
5.2 Bonnes pratiques de la recherche & protection des données.....	21
III. Résultats.....	22
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	22
1.1 Médecins exerçant en milieu rural.....	22
1.2 Informateurs clefs.....	23
2. Analyse thématique des entretiens individuels.....	24
2.1 Médecins exerçant en zone rurale.....	24
a) Un profil sociologique homogène à la littérature.....	24
b) Le rapport à la ruralité.....	24
c) Médecin des villes, médecin des champs.....	25
d) Remplaçabilité & équilibre de vie personnelle.....	26
e) Modularité.....	26
f) Créativité pour une nouvelle technicité.....	27
g) Un rôle support des collectivités et élus locaux.....	27
2.2 Informateurs clefs.....	28

a)	Construire ou porter un discours	28
b)	Décalage de la représentation des médecins	28
c)	Marketing territorial	29
d)	Organisation territoriale du monde médical	31
e)	Centralisation délétère à la ruralité	31
IV.	Discussion	32
1.	Synthèse des principaux résultats	32
2.	Discussion de la méthode	34
2.1	Population étudiée	34
2.2	Recrutement	34
2.3	Réalisation de l'étude	34
2.4	Thématiques identifiées	35
3.	Bilan et perspectives	35
V.	Conclusions	36
VI.	Recommandations aux décideurs	37
VII.	Conclusions signées de la thèse	38
VIII.	Bibliographie	39
IX.	Annexes	46
1.	Précisions sur la méthode	46
1.1	Cadre méthodologique	46
a)	Considérations déontologiques	46
b)	SIA	49
c)	Architecture numérique	51
d)	Bilan financier analytique de la recherche	53
1.2	Guide d'entretien	54
a)	De la population médicale	54
b)	Des informateurs clefs	55
1.3	Terrain, échantillonnage et recueil des données	56
a)	Courrier électronique de recrutement de la population médicale	56
b)	Questionnaire de recrutement de la population médicale	57
c)	Questionnaire de recrutement des informateurs clefs	60
d)	Grille COREQ	62
e)	Typologie des différents bassins de vie ruraux	63
2.	Caractéristiques socio-démographiques des informants	64
3.	Graphiques de codages	67
3.1	Population médicale	67
3.2	Informateurs clefs	73
4.	Banque de verbatims par sous-thèmes et synthèse des thématiques	79
4.1	Population médicale	79
a)	Un profil sociologique homogène à la littérature :	79
b)	Le rapport à la ruralité	83
c)	Médecin des villes, médecins des champs :	88
d)	Remplaçabilité & équilibre de vie personnel	92

e)	Modularité.....	94
f)	Créativité pour une nouvelle technicité.....	95
g)	Un rapport distant aux collectivités et élus locaux.....	97
4.2	Informateurs clefs.....	100
a)	Construire ou porter un discours.....	100
b)	Décalage de la représentation des soignants.....	101
c)	Marketing territorial.....	104
d)	Organisation territoriale du monde médical.....	110
e)	Centralisation délétère à la ruralité.....	114
X.	Table des matières.....	118
XI.	Résumé et mots clés.....	121

TITRE DE LA THÈSE : Caractérisation du renouvellement médical rural en Bourgogne Franche-Comté

AUTEUR : Sylvain VEREYCKEN--LAZOU

RÉSUMÉ : Cette étude qualitative, menée en Bourgogne-Franche-Comté auprès de 13 médecins installés en ruralité depuis moins de 7 ans, a identifié des profils propices à l'exercice rural. Ces médecins, souvent originaires de la ruralité et ayant effectué des stages ou remplacements en milieu rural, privilégiaient l'exercice groupé. Peu influencés par les aides financières, ils appréhendaient surtout la disparité d'offres de services et les contraintes de mobilité. Ils relevaient d'un ethos médical particulier : un vécu difficile des études, marqué par un rejet du modèle hospitalier, favorisant une pratique privilégiant créativité et leur propre norme, modularité, équilibre vie personnelle/professionnelle et remplaçabilité. La ruralité leur offrait un cadre qualitatif, vécu comme une opportunité.

L'étude a exploré les zones de tension entre ces médecins et 18 informateurs clefs (élus, techniciens). La démographie médicale rurale, sujet complexe dépassant la seule offre de soins, a récemment été appropriée par les collectivités. Ces acteurs composaient avec des représentations anciennes, marquées par un décalage temporel. Ils privilégiaient un marketing territorial, se mettant en concurrence et peinant à s'adapter aux aspirations modulaires des jeunes médecins.

Les entretiens ont souligné la nécessité de dépasser les relations en silo entre professionnels/institutions et citoyens/collectivités/élus pour adapter des politiques publiques, perçues verticales et déconnectées des réalités locales. La prise en compte de la temporalité de l'aide à l'installation est une piste majeure pour ancrer durablement les praticiens et dépasser l'enjeu de dotation médicale, nécessaire mais insuffisant.

MOTS-CLÉS : Médecins ; Main d'œuvre ; Ressources et distribution ; Bourgogne-Franche-Comté ; Services de santé ruraux