

ANNÉE 2023 - N° 23 – 048

**FREINS À L'INSTALLATION SUR LE PAYS DE MONTBÉLIARD -AGGLOMÉRATION : une étude qualitative auprès de médecins généralistes récemment installés en dehors de ce territoire**

**THÈSE**

présentée et soutenue publiquement

le **20 juin 2023** à 11 h

pour obtenir le Diplôme d'État de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

PAR

*Mathilde GUILLAUME-SAGE*

Née le 19/02/1991 à Besançon (*Doubs*)

**La composition du jury est la suivante :**

<b>Président :</b>	Thierry MOULIN	Professeur
<b>Directeur de la thèse :</b>	Marcel BEURET	Praticien libéral
<b>Juges :</b>	Jean-Michel PERROT	Professeur associé
	Benoît DINET	Professeur associé
	Nathalie PERROS	Praticien libéral





UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ  
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE  
BESANÇON

---

DIRECTEUR	<b>P PROFESSEUR THIERRY MOULIN</b>	
DIRECTEURS ADJOINTS	<b>PROFESSEUR XAVIER BERTRAND</b>	DOYEN PHARMACIE
	<b>PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN</b>	DIRECTEUR DES ÉTUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	<b>MME CAROLE COINTEAU</b>	
<b>DÉPARTEMENT MÉDECINE</b>		
	PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
	PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2ÈME CYCLE
	PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3ÈME CYCLE
	PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MÉDECINE
	PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
	PROFESSEUR BENOIT DINET	COORDINATEUR MÉDECINE GÉNÉRALE
<b>DÉPARTEMENT PHARMACIE</b>		
	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR LHAASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3È CYCLE
	PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	
<b>DÉPARTEMENT MAÏEUTIQUE</b>		
	BÉATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
<b>DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE</b>		
	DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)	
	PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	
<b>DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ORTHOPHONIE</b>		
	ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	PROFESSEUR ELOI MAGNIN	
<b>DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : KINÉSITHÉRAPIE</b>		
	CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	ALEXANDRE KUBICKI (KINÉSITHÉRAPIE - MONTBÉLAIRD) (MCF)	
	YOSHIMASA SAGAWA (MCF)	
<b>DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITÉ</b>		
	GAELE BLERVAQUE (MAST)	COORDINATRICES PÉDAGOGIQUES
	JULIE LAPREVOTTE (MAST)	

**DÉPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES**

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIÈRS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

**DÉPARTEMENT DE PÉDAGOGIE**

PROFESSEUR CLÉMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SÉBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STÉPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (RÉÉDUCATION)	
VÉRONIQUE GRATTARD (RÉÉDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

**RELATIONS HUMAINES DE L'UFR**

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

**COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR**

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRÉSIDENTE
PROFESSEUR FRÉDÉRIC AUBER	VICE-PRÉSIDENT

**CHARGÉS DE MISSIONS**

<i>FORMATION CONTINUE</i>	COORDINATEURS
MME SYLVIE DEVAUX (MCF)	
<i>HISTOIRE DE LA MÉDECINE</i>	COORDINATEURS
PROFESSEUR LAURENT TATU	
DOCTEUR PHILIPPE MERCET	
<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	COORDINATEURS
PROFESSEUR KATY JEANNOT	
DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	
DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	
<i>ALUMNI-USB</i>	COORDINATEUR
PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	
PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE)	PRÉSIDENT HONORAIRE

---

# MÉDECINE

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	<b>ADOTEVI</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	<b>AUBER</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	<b>AUBIN</b>	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	<b>AUBRY</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)
M.	Jamal	<b>BAMOULID</b>	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	<b>BARNIG</b>	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	<b>BENNABI</b>	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	<b>BESCH</b>	ANESTHESIE RÉANIMATION
M.	Frédéric	<b>BIBEAU</b>	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	<b>BIONDI</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	<b>BORG</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	<b>BOULAHDOUR</b>	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	<b>CAPELLIER</b>	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
Mme	Catherine	<b>CHIROUZE</b>	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	<b>CHOPARD</b>	CARDIOLOGIE
M	Sidney	<b>CHOCRON</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	<b>COURIVAUD</b>	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	<b>DAVANI</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	<b>DE BILLY</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	<b>DECONINCK</b>	HÉMATOLOGIE
M	Eric	<b>DELABROUSSE</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	<b>DESMETTRE</b>	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	<b>DI MARTINO</b>	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	<b>DUCLoux</b>	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	<b>FEUGEAS</b>	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	<b>GARBUIO</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	<b>HAFFEN</b>	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	<b>HERBEIN</b>	VIROLOGIE
M.	Bruno	<b>HEYD</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	<b>HOCQUET</b>	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	<b>JEANNOT</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	<b>KLEINCLAUSS</b>	UROLOGIE
M.	Paul	<b>KUENTZ</b>	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
M.	Zaher	<b>LAKKIS</b>	CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	<b>LEPAGE</b>	ANATOMIE
M.	Eloi	<b>MAGNIN</b>	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	<b>MAGY-BERTRAND</b>	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	<b>MAUNY</b>	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	<b>MENEVEAU</b>	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	<b>MEYER</b>	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	<b>MICHEL</b>	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	<b>MILLON</b>	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Mme	Elisabeth	<b>MONNET</b>	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION (RETRAITE LE 01/11/22)
M.	Thierry	<b>MOULIN</b>	NEUROLOGIE
M	Sylvie	<b>NEZELOF</b>	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	<b>OBERT</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	<b>PERROTTI</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	<b>PILI-FLOURY</b>	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	<b>PITON</b>	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Clément	<b>PRATI</b>	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	<b>PRETET</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	<b>RAMANAH</b>	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	<b>RINCKENBACH</b>	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	<b>ROUX</b>	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Emmanuel	<b>SAMAIN</b>	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	<b>SCHIELE</b>	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	<b>SERONDE</b>	CARDIOLOGIE
M	Laurent	<b>TATU</b>	ANATOMIE
M.	Laurent	<b>TAVERNIER</b>	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	<b>THEVENOT</b>	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	<b>THINES</b>	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	<b>THIRIEZ</b>	PÉDIATRIE
M.	Antoine	<b>TRACQUI</b>	MÉDECINE LÉGALE
M.	Pierre	<b>TIBERGHIE</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	<b>TOUSSIROT</b>	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	<b>VANDEL</b>	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Fabrice	<b>VUILLIER</b>	ANATOMIE
Mme	Lauriane	<b>VULLIEZ COADY</b>	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	<b>VUITTON</b>	GASTRO-ENTÉROLOGIE
M.	Daniel	<b>WENDLING</b>	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	<b>WESTEEL-KAULEK</b>	PNEUMOLOGIE

### PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	<b>BRESSON</b>	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	<b>CHOPARD</b>	MÉDECINE LÉGALE
M.	Alain	<b>CZORNY</b>	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	<b>DELBOSC</b>	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	<b>DUMOULIN</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	<b>FELLMANN</b>	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	<b>MANTION</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	<b>MOUGIN</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	<b>PARRATTE</b>	ANATOMIE
M.	Patrick	<b>PLESIAT</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	<b>SECHTER</b>	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	<b>VUITTON</b>	IMMUNOLOGIE

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	<b>AMIOT</b>	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
Mme	Anne-Pauline	<b>BELLANGER</b>	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	<b>BEREAU</b>	THÉRAPEUTIQUE
Mme	Sophie	<b>BOROT</b>	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	<b>BOUHADDI</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	<b>BOUILLER</b>	MALADIES INFECTIEUSES (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
M.	Yann	<b>CHAUSSY</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	<b>COAQUETTE</b>	VIROLOGIE
Mme	Elsa	<b>CURTIT</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	<b>DAGUINDAU</b>	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	<b>DESMARETS</b>	EPIDEMIOLOGIE, ÉCONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Anne-Sophie	<b>GAUTHIER</b>	OPHTALMOLOGIE
M.	Quentin	<b>LEPILLER</b>	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	François	<b>LOISEL</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Elisabeth	<b>MEDEIROS</b>	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	<b>MOTTET</b>	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
M	Patrice	<b>MURET</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	<b>NARDIN</b>	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	<b>PELLETIER</b>	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	<b>PLUVY</b>	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
Mme	Anaïs	<b>POTRON</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	<b>SALOMON DU MONT</b>	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	<b>THIERY-VUILLEMIN</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	<b>VERHOEVEN</b>	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	<b>WEIL- VERHOEVEN</b>	HEPATOLOGIE

## ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	<b>BARDET</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	<b>BERTHIER</b>	PR associé ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
Mme	Anne-Lise	<b>BOLOT</b>	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Anne-Laure	<b>CLAIRET</b>	MCF associé SCIENCES DU MÉDICAMENT
M.	Benoît	<b>DINET</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	<b>EUVRARD</b>	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
M.	Abdo	<b>KHOURY</b>	PR associé Médecine d'urgence
Mme	Aurore	<b>LEBEAU-JEUNET</b>	MCF ASSOCIE MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	<b>LEPETZ</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	<b>MORENO</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Sophie	<b>PECHOUX</b>	MCF associé DENTISTERIE RESTAURATRICE (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Michel	<b>PERROT</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	<b>RODRIGUEZ</b>	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

Mme Esther

**SZWARC**

MCF associé SANTÉ AU TRAVAIL

---

## PHARMACIE

---

### PROFESSEURS

M.	Xavier	<b>BERTRAND</b>	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	<b>DEMOUGEOT</b>	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	<b>GARNACHE-OTTOU</b>	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	<b>GIRARD</b>	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	<b>GODET</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	<b>GRENOUILLET</b>	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	<b>GUILLAUME</b>	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	<b>ISMAILI</b>	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	<b>LIMAT</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	<b>MEILLET</b>	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	<b>NERICH</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	<b>PELLEQUER</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	<b>REFOUVELET</b>	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	<b>SAAS</b>	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	<b>WORONOFF-LEMSI</b>	PHARMACIE CLINIQUE

### PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	<b>NICOD</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélie	<b>BAGUET</b>	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	<b>BEDUNEAU</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	<b>BERMONT</b>	BIOCHIMIE
M.	Oleg	<b>BLAGOSKLONOV</b>	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	<b>BLAGOSKLONOV</b>	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	<b>BOUVIER-SLEKOVEC</b>	HYGIÈNE PRÉVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	<b>CAVALLI</b>	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	<b>DASPET</b>	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	<b>DEVAUX</b>	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	<b>GALAINÉ</b>	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	<b>KROEMER</b>	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	<b>LASCOMBE</b>	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	<b>MIGUET ALFONSI</b>	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	<b>MORETTO</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	<b>MOULARI</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Frédéric	<b>MUYARD</b>	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	<b>PUDLO</b>	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	<b>RENOSI</b>	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
MME	Nathalie	<b>RUDE</b>	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	<b>SENEJOUX</b>	PHARMACOGNOSIE

---



Mme Perle TOTOSON PHARMACOLOGIE

### ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M Lionel PAZART PAST PHARMACIE SCIENCES DU MÉDICAMENT  
Mme Florence VAN LANDUYT PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

---

## PROFESSIONS DE SANTÉ

---

Mme Aline	<b>CHASSAGNE</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES INFIRMIERES
M. Alain	<b>DEVEVEY</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M. Alexandre	<b>KUBICKI</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
M. Yoshimasa	<b>SAGAWA JUNIOR</b>	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
MME Geneviève	<b>MERELLE</b>	MAST EN ORTHOPHONIE
MME Sophie	<b>SALTARELLI</b>	MAST EN ORTHOPHONIE
MME Christine	<b>BRET-LEGRAND</b>	MAST EN ORTHOPHONIE
MME Alice	<b>BOULLAUD</b>	PROFESSEUR CERTIFIÉE - ERGOTHERAPIE
MME Gaëlle	<b>BLERVAQUE</b>	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME Julie	<b>LAPREVOTTE</b>	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

---

## AUTRES ENSEIGNANTS

---

MME Lise	<b>FIARDET</b>	PROFESSEUR AGREGÉE ANGLAIS
MME Vanessa	<b>MARTIN</b>	PROFESSEUR AGREGÉE ANGLAIS
M. Nicolas	<b>MICHAUD</b>	PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS
M. Charles Dale	<b>SANTANA</b>	PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS



## **REMERCIEMENTS**

A Monsieur le Professeur Thierry Moulin, d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Michel PERROT, de participer à ce jury de thèse et d'évaluer mon travail.

A Monsieur le Professeur Benoît DINET, d'avoir accepté de lire et de juger cette étude.

A mon directeur de thèse le Docteur Marcel BEURET, pour son soutien et sa confiance au cours de ces derniers mois.

A Madame le Docteur Nathalie PERROS, pour son enseignement, son accompagnement et sa participation à l'évaluation de ce travail.



## REMERCIEMENTS

A ma plus belle réussite, ma fille, Noémie

A mes parents, sans qui rien n'aurait été possible. Merci pour votre éducation. Merci d'être présents à chaque instant de ma vie. J'espère faire aussi bien que vous pour Noémie.

A mon Patachon, Louis, que j'ai embarqué dans cette folle aventure il y a déjà 7 ans, et qui me supporte tous les jours, merci d'être là pour nous.

A ma sœur préférée, Tichou, mon pilier dans les moments les plus difficiles de notre vie. C'est aussi grâce à toi que j'ai appris la persévérance et la rigueur.

A mon chouchou d'amour, Constance, sans qui la vie serait beaucoup moins lumineuse.

Aux membres de ma famille, Nanou la plus chouette des belles-mères, mon frère et sa famille, mes cousins et ma belle-famille.

A mes meilleurs amis Eva et Vincent, Lisa, Marine, qui ont toujours été présents à mes côtés, dans les bons comme les mauvais moments de la vie.

A Pauline, avec qui j'ai traversé la tempête nommée « Internat » et bien plus encore

Aux meilleurs voisins, Cécile et Fred, et à nos chats, notre partage de palier me manque tellement.

A toutes mes amies, Margot, Magda, Maeva, Lucie, Justine, Laurie, les Perrottes, Solène.

A Nathalie, Sophie et Hélène, merci pour votre accueil et votre gentillesse. Merci de m'accompagner dans mon quotidien de jeune médecin.

A Thibaud PERCHER, de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'y avoir contribué.

A Mesdames GRILLOT, NETILLARD, et TARIS pour leur aide lors de la rédaction de cette thèse.

A toutes les personnes qui ont pu participer à leur manière à ce long parcours professionnel.



# *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.*

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

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*





# SOMMAIRE

SOMMAIRE ..... 1

ABREVIATIONS ..... 3

INTRODUCTION..... 5

MATERIEL ET METHODE ..... 7

RESULTATS ..... 11

DISCUSSION ..... 29

CONCLUSION ..... 39

ANNEXES ..... 41

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 45

PLAN DETAILLE..... 47



## ABREVIATIONS

ALD	Affection de Longue Durée
CMG	Collège de Médecine Générale
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CPTS GM	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Grand Montbéliard
DMG	Département de Médecine Générale
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques
ENT	Espace Numérique de Travail
GM	Grand Montbéliard
HNFC	Hôpital Nord-Franche-Comté
IPA	Interpretative Phenomenological Analysis ou en français Analyse Phénoménologique Interprétative
OPE	Organe Personnel Environnement
PMA	Pays Montbéliard-Agglomération
PMNFC	Pôle Métropolitain Nord-Franche-Comté
SFMG	Société Française de Médecine Générale
SUDOC-ABES	Système Universitaire de Documentation-Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur



# INTRODUCTION

En 12 ans la France s'est appauvrie de 10 128 médecins généralistes (1). Parallèlement la population française a augmenté et a vieilli intensifiant d'autant la demande de soins de premier recours (2). Depuis le début des années 2000, l'état français a répondu par différents dispositifs œuvrant à l'amélioration de la démographie médicale, notamment par des aides financières à l'installation en zones déficitaires et la disparition du *numerus clausus* en 2020. Cette dernière disposition projette une augmentation des effectifs de médecins de 20% en une dizaine d'années (2).

En attendant l'effet positif de ces mesures, la diminution globale du nombre de médecins généralistes laisse apparaître des fortes disparités territoriales. La Bourgogne-Franche-Comté est la 3<sup>e</sup> région enregistrant la plus forte diminution entre 2021-2022 (-2,8%)(1). Le Pays de Montbéliard Agglomération (PMA) est une communauté d'agglomérations du Doubs. Elle appartient au Pôle Métropolitain Nord-Franche-Comté (PMNFC). Le PMA regroupe 72 communes sur 450 km<sup>2</sup> et compte 140000 habitants. Il est situé à 1h de Besançon et de l'aéroport de Bâle-Mulhouse, et est frontalier de la Suisse. C'est le premier pôle économique de Franche-Comté avec 40% des emplois industriels. Depuis le 13 janvier 2023, le PMA est aussi labellisé par le Ministère de la Culture « *Capitale Française de la Culture 2024* » (3). En 2020, le Conseil d'Agglomération s'est doté de la compétence Santé. Les maires des communes ont pris la décision de transférer leur compétence santé communale à l'agglomération.

Au demeurant, ce territoire peine à renouveler sa population médicale. Entre 2021 et 2022, 16 médecins généralistes y ont cessé leur activité et 5 s'y sont installés. Ces nouvelles installations font d'ailleurs l'objet d'une recherche qualitative parallèle, étudiant les déterminants à l'installation sur PMA menée par Thibaud PERCHER(4), sous la direction du même directeur de thèse, le Dr Marcel BEURET.

Les données démographiques attestent que seulement 25 % des médecins généralistes en activité sur PMA ont moins de 50 ans (5) contre 46,5% sur l'ensemble de la France selon les données récentes du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (1).

Conséquemment, l'activité des médecins installés s'avère déjà importante avec un nombre moyen d'actes par praticiens de 5970 actes pour l'année 2021, pour une moyenne nationale d'un peu moins de 5000 actes par an (5). Cela laisse peu d'opportunité de transfert de l'activité des futurs retraités sur l'effectif restant en l'absence de recrutement comme l'atteste déjà le fort taux de patients sans médecin traitant sur ce territoire. Au 31 mars 2023, 12 560 assurés n'avaient pas de médecin traitant sur le PMA (soit presque 9% de la population) dont 1113 patients en Affection de Longue Durée (ALD) (6). Cette proportion atteint même 15% des patients en ALD sur la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Grand-Montbéliard (GM)(7).

En 2019, la commission jeunes médecins du CNOM a publié une enquête sur les déterminants à l'installation en interrogeant des médecins installés, des remplaçants et des internes (8). Cette étude révèle que la proximité familiale, l'exercice en groupe ainsi que la recherche d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle sont déterminants dans leur choix d'installation.

Les résultats montrent aussi que pour les remplaçants et les internes, l'installation est étroitement liée à la dimension territoriale.

L'objectif de cette étude consiste à étudier, dans l'inévitable concurrence territoriale, les freins à l'installation relatifs au PMA.

# MATERIEL ET METHODE

## I. Recherche bibliographique

J'ai effectué mes recherches sur l'Espace Numérique de Travail (ENT) de la faculté de médecine via les ressources numériques en ligne telles que Système Universitaire de Documentation-Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur (SUDOC-ABES), Google Scholar, PubMed, Cairn en utilisant les mots clés suivants : freins, facteurs déterminants, obstacle, médecine générale, médecins généralistes, installation, obstacles or impediment to setting up as a general practionner.

J'ai sollicité l'aide de Mme GRILLOT Brigitte, bibliothécaire assistante spécialisée et responsable adjointe de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Besançon, afin de bénéficier de ses conseils sur la méthodologie de la recherche bibliographique et sur la création d'une bibliographie avec le logiciel Zotero®.

## II. Population étudiée et recrutement

L'échantillonnage a été établi selon les caractéristiques suivantes : être médecin généraliste installé hors PMA depuis moins de 5 ans ou en cours d'installation sur un autre territoire, ayant remplacé et/ou effectué des stages d'internat sur le PMA.

Le recrutement a été réalisé par plusieurs processus :

- Participation de l'Ordre des médecins du Doubs avec l'envoi d'un mail à une liste de médecins installés et étudiants en médecine potentiellement concernés par le sujet. 188 mails donnant 11 réponses dont 8 ne correspondant pas aux critères.
- Établissement d'une liste de candidats par Mme NETILLARD Isabelle, référente des services à la population et du cadre de vie du PMA
- Recherche personnelle par connaissances interposées, notamment en demandant à chaque participant s'il connaissait des médecins répondant aux critères d'inclusion. Utilisation du réseau social Facebook® et Messenger® pour les contacter

Au total, 18 médecins ont été contactés, 8 ont correspondu complètement aux critères de recrutement et ont donné suite à ma demande.

### **III. Choix de l'approche méthodologique**

L'analyse des données est basée sur l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) (9).

L'échantillon est homogène : tous les médecins ont vécu une expérience professionnelle sur le PMA sans s'y installer.

L'approche est idiographique : l'attention et l'interprétation sont centrées sur l'individu et non sur le groupe.

Cette approche tente d'explorer et de donner sens aux significations subjectives des expériences des participants. L'herméneutique est donc double.

Les entretiens ont été individuels et ouverts autant que possible, le cas échéant semi-dirigés avec comme base un guide d'entretien (*Annexe 1*) réalisé sous la supervision de mon directeur de thèse.

La suffisance des données a été déterminée au bout de 8 entretiens.

### **IV. Démarches préalables aux entretiens**

J'ai contacté la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) via un formulaire en ligne (10), afin d'obtenir des informations sur les formalités à effectuer avant la réalisation des entretiens. J'ai obtenu une réponse le jour même : *« un doctorant ou un étudiant ne peut pas réaliser de formalité auprès de la CNIL en son nom propre. C'est à l'université ou à l'établissement de soin auquel est rattaché le doctorant ou l'étudiant d'effectuer cette démarche, en sa qualité de responsable de fichier. Je vous invite à vous rapprocher du délégué à la protection des données (DPO) de l'université ou de l'établissement de soin, dont vous dépendez. »*

J'ai donc envoyé un mail au délégué à la protection des données de l'université de Franche-Comté pour avoir les renseignements sur les démarches réglementaires à effectuer. Ce mail est resté sans réponse.

J'ai rédigé un formulaire d'information et de consentement éclairés (*Annexe 2*) inspiré de celui proposé par le Collège de Médecine Générale (CMG) de Nice (11), que j'ai donné à chaque participant avant l'entretien. Il y est précisé que l'utilisation des entretiens sera partielle, se limitant à certaines citations.



## **V. Réalisation des entretiens, de la transcription et de l'encodage**

Les entretiens se sont déroulés en visioconférence ou en présentiel à domicile, selon la préférence de chaque participant. Ils ont été enregistrés sur 2 dictaphones, tablette tactile Ipad® (8<sup>th</sup> Generation) ou ordinateur MacBook Air M1® ou téléphone Samsung® A53. L'un des trois servait de support pour la visioconférence selon le logiciel utilisé, et les deux autres étaient utilisés pour l'enregistrement.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés. L'anonymisation a consisté à supprimer tous les noms propres des participants et des personnes citées dans les entretiens et ceux des communes qui auraient permis de reconnaître les participants. Les noms des participants ont été remplacés par la lettre P suivie d'un numéro.

L'étiquetage initial a été conduit à l'aide du logiciel Nvivo®. L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de Thibaud PERCHER(4), qui a réalisé un double codage systématique en aveugle de tous les entretiens, et de notre directeur de thèse. La relecture des codes et leur analyse ont été réalisées avec l'aide de Madame TARIS, psychologue clinicienne à l'Hôpital Nord-Franche-Comté (HNFC).



# RESULTATS

## I Caractéristiques de la population

Les entretiens ont été réalisés auprès de 4 médecins installés et 4 en cours d'installation en dehors de PMA. Les participants étaient originaires pour la majorité (5 sur 8) du PMNFC. L'âge médian était de 32 ans.

Les autres caractéristiques ont été regroupées dans le tableau suivant :

	Sexe	Âge	Originaire de PMA	Durée de l'entretien	En couple	Enfant à charge	Visio-conférence
P1	Féminin	32 ans	Non	27 min	Oui	1	Oui
P2	Féminin	35 ans	Oui	34 min	Oui	1	Oui
P3	Féminin	32 ans	Non	29 min	Oui	0	Non
P4	Masculin	33 ans	Non	22 min	Non	0	Oui
P5	Masculin	30 ans	Oui	26 min	Oui	0	Oui
P6	Féminin	37 ans	Oui	20 min	Oui	1	Oui
P7	Féminin	31 ans	Non	20 min	Non	0	Oui
P8	Féminin	32 ans	Oui	25 min	Oui	0	Non

## II Analyse des verbatims

Le codage a permis la constitution de 16 thèmes classés dans 3 thèmes superordonnés. La classification de ces thèmes s'est inspirée de la méthode « Organe-Personnel-Environnement » (OPE). Elle a permis d'avoir une vision globale des facteurs limitant l'installation sur le PMA.

Tout d'abord, j'aborderai les déterminants liés à l'individu puis les éléments appartenant au domaine professionnel et enfin les facteurs environnementaux. Chaque partie a été classée en 2 sous-parties : la première répertorie les facteurs dits généraux, c'est-à-dire les éléments non liés au territoire du PMA mais qui ont participé au fait de ne pas s'installer sur le PMA et la seconde concernant les facteurs liés au PMA limitant l'installation sur ce territoire.

Les verbatims les plus appropriés ont été écrits en italique pour illustrer les thèmes.

## **1 )Les facteurs personnels**

Dans cette première partie, j'ai regroupé les thèmes évoquant les choix individuels et l'histoire personnelle des participants ayant conduit à s'installer sur un autre territoire.

### **1.1 Les facteurs personnels généraux**

#### **1.1.1 La décision de s'installer**

##### **1.1.1.1 Saisir une opportunité**

La majorité des médecins de l'étude a reçu une proposition inattendue d'installation. Seuls 2 médecins ont entrepris une démarche individuelle pour s'installer.

*P2 : « oui voilà, c'est notre banquier qui m'a dit quand je l'ai rencontré « bah j'ai une autre de mes clientes qui cherche à ... quelqu'un pour s'installer » et du coup je lui ai dit pourquoi ne pas aller voir le projet. Voilà ça s'est passé comme ça. »*

*P6 : « ah bah là c'était l'opportunité. Je pense que le docteur \* n'aurait pas changé de cabinet, j'aurais pas pu m'installer. Enfin c'est vrai que c'est tombé vraiment pile au bon moment. Je démissionnais, je n'avais aucun projet derrière »*

##### **1.1.1.2 La rapidité de prise de décision**

La décision de s'installer a été prise hâtivement pour la plupart des participants, sans étudier ou confronter un autre projet d'installation.

*P4 : « Donc je cherchais un lieu d'installation à proximité de (lieu hors PMA), on m'a proposé (lieu d'installation) sur un peu une opportunité qui s'est présentée {...} et du coup je me suis dit « bah écoute banco va pour t'installer ici ». »*

### **1.1.2 La proximité du domicile**

Tous les médecins interrogés ont reconnu l'importance d'une courte distance ou durée de trajet entre le domicile et le cabinet. Ce critère a participé à leur choix du lieu d'installation.

*P2 : « je voulais me rapprocher un peu. (lieu PMA) c'était un peu loin, pour remplacer ça allait mais pour m'installer c'était un peu loin. »*

*P5 : « bah j'ai pas le trajet aussi c'est quand même 150 km aller-retour. Parce que du coup on cherchait une maison un petit peu au centre, donc (lieu installation) on était à 35-40 min des 2 côtés, donc c'est pour ça qu'on est allé sur (lieu installation) à la base »*

*P8 : « Aussi pas très loin de chez moi, donc ça c'était quand même un gros critère {...} déjà tu te fais ta semaine avec 45 min aller et retour, et après derrière il faut aller faire les gardes et il faut que tu rentres dans le pool des samedis matins donc ça faisait un samedi matin sur 3. Euh alors tant qu'il n'y a pas d'enfant je pense que c'est jouable, mais après une fois que tu as tes enfants qui sont à Besançon ça commence à devenir compliqué quoi. »*

### **1.1.3 Le décalage générationnel**

Des différences d'exercice, d'organisation, du rythme et d'objectifs de travail ont été mises en avant par les participants comparativement à leurs confrères installés depuis de nombreuses années.

*P1 : « Par rapport aux vieux médecins entre guillemets, si je peux me permettre l'expression, non j'en vois pas 50 par jour mais j'en vois entre 25 et 35 »*

*P2 : « après on n'a pas le même rythme de vie que les anciens médecins, clairement, et j'en voudrais pas ! {...} Mais je crois que même les hommes n'ont pas envie d'avoir le rythme de vie de nos anciens confrères. »*

*P8 : « C'était un vieux médecin donc peut-être que c'est ce que faisaient les vieux médecins. »*

## **1.2 Les facteurs personnels en lien avec le PMA**

### **1.2.1 L'influence du vécu**

Lors des entretiens, j'ai pu constater que l'histoire personnelle des interrogés a pu influencer leur choix de ne pas s'installer sur le PMA.

#### **1.2.1.1 L'expérience personnelle sur le PMA**

Une participante a rapporté un épisode marquant dans sa vie personnelle qui a modifié son projet d'installation sur le PMA.

*P1 : « PMA j'étais pas du tout contre m'y installer, après j'avais eu une mauvaise expérience quand j'étais remplaçante à (lieu PMA). En fait je suis allée manger un jour au restaurant à Montbéliard, comme tout le monde, et je me suis faite accostée par un patient au milieu du restau qui voulait sa consult quand j'étais en train de manger quoi (grimaces). Et là je me suis dit en fait on risque d'habiter, on était en appart encore à Montbéliard, on risque de s'installer définitivement trouver notre maison là. Je ne peux pas sortir ou aller faire mes courses ou aller au resto et puis me faire accoster toute la journée en plus là j'ai un petit. Donc en fait ça m'arrangeait d'être à 20 min, c'était pas si loin et en même temps je savais que le reste de ma vie je croisais personne je ne croisais pas de patients. »*

#### **1.2.1.2 L'influence de la vie étudiante à Besançon**

Certains ont précisé que leur vie étudiante s'était faite à Besançon pendant leurs années d'étude, créant ainsi des habitudes.

*P7 : « ça n'a rien à voir avec Besançon, c'est quand même plus grand et plus attractive. J'y ai vécu depuis la première année de médecine, donc je pense que c'est différent à ce niveau-là. Non je ne suis pas très objective »*

*P8 : « Et puis moi j'ai déjà vécu à (lieu PMA) quand j'étais plus jeune au collège, elle n'a rien de particulier cette ville, c'est sûr que quand on fait toutes ses études, donc c'est quand même presque 10 ans, dans un endroit on s'y sent bien on prend ses habitudes. En plus Besançon c'est quand même une ville étudiante, qui bouge un minimum »*

## **1.2.2 Le confort et la tranquillité**

Des participants ont évoqué la nécessité de maintenir une tranquillité d'esprit et un confort qu'ils ont pu trouver sur leur lieu d'installation.

### **1.2.2.1 Le bien-être psychique**

Une participante a rapporté un sentiment d'anxiété lors de son exercice sur le PMA.

*P3 : « il y a aussi la partie gestion des urgences où tu envoies une urgence, une vraie urgence (ton affirmé), et en fait je me suis retrouvée plusieurs fois avec cette même urgence qui n'avait pas été réglée et je l'ai reprise au cabinet notamment à (lieu PMA), où je me suis rendue en fait qu'on me renvoyait des patients après n'avoir rien fait de ce qu'il fallait {...} là tu te dis que tu es limité mais que finalement t'as personne pour t'aider et aider vraiment les patients. Donc ça te met dans un état d'énervement, de stress, et puis d'incompréhension tout simplement parce que tu es tout seul quoi »*

### **1.2.2.2 Le bien-être physique**

Certains participants ont exprimé une dégradation de leur condition physique associée à de la fatigue lors de leur exercice sur le PMA.

*P7 : « je faisais la route tous les jours oui. L'autoroute un peu pénible et puis ça fait vite cher aussi, en plus de la fatigue. »*

*P8 : « Quand on fait 45 min aller et retour, le soir à la fin on a mal au dos, on n'a pas fait de sport, on sent sa condition physique qui descend (sourire). Enfin ça paraît bête mais du coup après on se sent beaucoup plus fatigué. {...} Et puis il y a un truc que j'adorais faire quand j'étais plus jeune et que j'espérais toujours pouvoir faire toute ma vie, ça paraît bête, c'est de pouvoir rentrer manger chez soi le midi, c'est un luxe. On est reposé, après on reprend l'après-midi on est en pleine forme et ça là-bas (lieu PMA) je sais que jamais j'aurais pu. »*

## **2) Les facteurs professionnels**

Dans cette deuxième partie, j'ai rassemblé les différents thèmes liés à l'exercice professionnel sur le PMA.

### **2.1 Les facteurs professionnels généraux**

#### **2.1.1 Le confort sur son lieu d'exercice**

L'ensemble des participants a mentionné l'importance de se sentir bien sur son lieu de travail, par différentes modalités.

##### **2.1.1.1 Exercer en groupe**

Les participants de l'étude ont fait le choix d'un exercice regroupé. Ils ont clairement exprimé leur appréhension à travailler seul.

*P1 : « Moi ce qui m'intéressait c'était de ne pas être toute seule {...} C'était d'avoir des collègues »*

*P7 : « Juste le fait de ne pas être seule, être seule c'est vraiment un frein. »*

##### **2.1.1.2 Pourvoir compter sur ses collègues**

Une partie des médecins de l'étude a indiqué avoir besoin de collègues soutenant.

*P1 : « je n'ai remplacé qu'un an et demi donc euh j'avais besoin encore de me dire que si j'avais une question, j'avais toujours quelqu'un à côté et puis si ça n'allait pas pour X raisons on se soutient. »*

*P6 : « On a déjà assez de charges avec le travail où c'est déjà dur. Là de pouvoir debriefer le matin, d'avoir des collègues sur qui s'appuyer, où on s'entend bien on est des amies plus que des collègues, voilà ça aide vraiment. »*



### **2.1.1.3 Choisir des collègues aux pratiques similaires**

Quelques médecins ont souligné l'importance de travailler avec des collègues ayant les mêmes valeurs professionnelles.

*P2 : « On arrive à bien s'entendre et on a la même vision du boulot parce que je pense que si on n'a pas la même vision, de comment exercer notre métier, ça ne va pas coller non plus quoi, que ça soit en terme d'horaire. On a tous notre manière de faire, mais globalement sur les grandes lignes je pense que c'est important d'avoir à peu près la même vision de notre métier et ça c'est important avec ses collègues. »*

### **2.1.1.4 Créer son cabinet**

Certains se sont installés dans des locaux neufs. Ils ont pu exercer dans des locaux conformes à leurs exigences.

*P6 : « Tout est informatisé. J'ai pu choisir tout mon matériel, voilà je me suis pris la super table d'examen qui monte qui descend, électrique, qui fait gynéco enfin voilà. En fait quand on remplace plusieurs fois et qu'on a déjà été dans plusieurs cabinets, on sait ce qu'on veut, ce qu'on veut pas. »*

### **2.1.1.5 Travailler dans des locaux confortables**

La majorité des médecins interrogés a choisi un lieu d'installation réunissant leurs critères de commodité.

*P2 : « On pourrait penser que ce n'est pas ça le principal, mais on passe beaucoup de temps au boulot et que c'est important d'être installé à un endroit où on se sent bien dans un bureau. Enfin moi là je vois le projet qui est sur notre commune (lieu PMA), le cabinet médical c'est minuscule, il n'y a pas de salle de pause, ou qui fait 3m2 sans fenêtre, enfin moi je veux dire je mange au cabinet le midi, si c'est pour manger à mon bureau c'est pas l'intérêt. Donc c'est sûr que ça c'est important les locaux quoi qu'on en dise »*

*P6 : « J'ai pu choisir ce que je voulais, avoir un beau bureau, être contente de le voir. »*

## **2.2 Les facteurs liés au PMA**

### **2.2.1 L'influence du vécu professionnel sur le PMA**

L'ensemble des participants a travaillé comme remplaçant et/ou en tant qu'interne sur le PMA. Ces expériences professionnelles ont participé à leur choix d'installation.

#### **2.2.1.1 L'expérience des stages ambulatoires**

Quasiment la totalité des médecins ont fait au moins un stage d'internat sur le PMA. Certains en gardent un mauvais souvenir de stage.

*P2 : « ben en fait le Dr \* il avait des étudiants tout le temps, des SASPAS, des prat de niveau 1, moi j'ai fait mon prat de niveau 1 là-bas. Les 2 recevaient des étudiants et ils ont cherché un 3<sup>e</sup> pendant X années, ils galéraient à trouver des remplaçants et le Dr \* est parti à la retraite. Ils n'ont pas trouvé de remplaçant. Et du coup, moi je sais pourquoi j'ai été en stage là-bas, en plus c'est dommage qu'ils ne se soient pas posés de questions, parce que c'est vrai que d'avoir des étudiants au cabinet ça donne une visibilité au cabinet clairement {...} donc oui ce sont des freins aussi, je pense que ça n'a pas donné envie à plein de monde de s'installer, c'est ce qui est dommage parce qu'il y avait du boulot, parce qu'ils avaient vraiment beaucoup d'étudiants qui venaient au cabinet, c'est dommage quoi ! »*

*P8 : « j'en ai un super mauvais souvenir {...} C'était des journées fatigantes, je me rappelle on faisait, enfin moi il me faisait venir plus tard, mais lui il commençait à 7h, il finissait à 21h. On faisait 6/7 visites entre midi et 14h, fallait toujours se dépêcher. Même lui il m'avait décrit sa vie et je m'étais dit « mais je ne veux pas de sa vie. »*

### **2.2.1.2 L'expérience des remplacements**

Tous les participants ont travaillé sur le PMA en tant que remplaçant. La majorité d'entre eux ont au moins une expérience négative pendant cette période.

*P1 : « PMA j'étais pas du tout contre m'y installer, après j'avais eu une mauvaise expérience quand j'étais remplaçante à (lieu PMA) »*

*P2 : « Et moi j'ai remplacé une semaine, et je me suis dit « mais qu'est-ce qui m'a pris de remplacer, d'accepter cette semaine de rempla » »*

*P5 : « j'ai commencé un petit peu à remplacer sur le secteur de (lieu PMA) et pff ça ne s'est pas très bien passé. »*

### **2.2.1.3 La défiance vis-à-vis de l'HNFC**

Un manque de confiance a été rapporté par un médecin, l'obligeant à s'adresser à des spécialistes d'un autre secteur.

*P8 : « j'appelais les spécialistes de Besançon quand même pour les questions. J'ai déjà appelé 2 ou 3 fois Trévenans mais j'étais un peu surprise des réponses, on va dire de l'avis, et je me suis fait recevoir aussi, ça les saoulait quoi. Donc j'appelais plutôt le CHU de Besançon pour les avis. »*

### **2.2.2 L'influence du chef de projet**

La décision d'une installation a pu être facilitée par le charisme de celui ou celle qui porte le projet.

*P1 : « Et pis un jour Docteur \* m'a appelée et m'a dit « écoute je monte un projet à (lieu d'installation) ». On savait qu'on s'entendait bien vu que j'ai été interne donc on savait que ça pourrait coller « si tu veux venir je te garde un bureau ». Et puis en fait je pense que j'ai réfléchi à peu près 10 secondes et j'ai dit bah ok vas-y je viens. {...} C'est plus le côté humain quoi, ça n'aurait pas été Docteur \* à (lieu d'installation) qui m'appelle je n'y allais pas parce qu'on m'avait déjà proposé de m'installer à (lieu PMA) mais j'avais dit non. »*

*P6 : « Je savais que Docteur \* allait choisir des gens avec qui j'allais m'entendre parce qu'elle voulait du monde avec qui elle s'entende, ça ne pouvait que marcher. »*

## **2.2.3 Le sentiment d'isolement professionnel**

### **2.2.3.1 La difficulté de créer un réseau**

Certains ont déploré le fait de ne pas avoir de carnet d'adresses et donc de ne pas appartenir à un réseau de travail sur le PMA.

*P3 : « je ne sais pas si c'est possible de se faire son réseau en PMA. J'y ai remplacé on va dire si tu comptes 3 mois au cumulé, parce que je remplaçais pendant les vacances et tout ça, donc peut-être que c'est biaisé parce que je ne suis pas de là-bas et je n'ai pas eu le temps de me faire mon réseau. »*

*P7 : « j'ai fait que mon stage de SASPAS, que je ne connaissais pas l'hôpital de Trévenans, c'est moins facile d'adresser parce qu'on ne connaît pas les spécialistes. Alors que j'avais fait mon externat, j'avais fait des stages à Besançon déjà, donc j'avais un peu plus l'habitude, enfin je connaissais un peu plus les noms des spécialistes à qui adresser. »*

### **2.2.3.2 Le manque d'accompagnement humain et logistique**

Un participant a évoqué le manque d'accompagnement humain et logistique lors d'un projet d'installation sur le PMA, et a préféré s'installer sur un autre territoire lui offrant plus d'accompagnement.

*P5 : « alors non (lieu PMA en projet d'installation) il faut pas en parler (lieu PMA en projet d'installation) en soi je n'y ai pas remplacé, parce qu'il n'y a que 2 médecins et je leur ai donné ma licence de remplacement mais ils ne m'ont jamais sollicité. {...} C'est pas la même chose de s'installer seul quand il faut créer le cabinet, quand il faut installer les logiciels, créer les dossiers patients. Là (lieu d'installation) j'arrive j'ai déjà tous les dossiers, c'est aussi quelque chose qui m'a fait pencher là-dessus. {...} on va être 6 mois en collaboration avec le médecin et après il part à la retraite en 2024. »*

## **2.2.4 Le sentiment de solitude / abandon**

### **2.2.4.1 La difficulté d'accès aux spécialistes**

Le sentiment de solitude a été ressenti au travers les difficultés d'accès au second recours et aux avis spécialisés sur le PMA.

*P3 : « bah c'est ça voilà, et du coup c'était vraiment ce que j'ai retenu être seul et ne pas pouvoir un avis ne serait-ce que téléphonique qui change tout pour toi et pour le patient. {...} vraiment déterminant c'est la proximité avec les spécialistes et quand je dis proximité, c'est avoir un réseau ne serait-ce que téléphonique, parce que franchement ça change tout, ça change tout d'avoir un réseau téléphonique, je ne vois pas faire sans c'est vraiment mon numéro 1. »*

### **2.2.4.2 La difficulté d'accès à l'imagerie**

Ce sentiment de solitude a aussi été ressenti face aux difficultés d'accès aux examens d'imagerie.

*P3 : « j'ai remplacé à (lieu PMA) et à (lieu PMA) donc uniquement dans ces 2 villes, c'était à la base mes villes de SASPAS et en fait je me suis rendue compte qu'il n'y avait pas d'accès facile à l'imagerie. Déjà ça c'était super choquant parce que normalement l'accès à l'imagerie euh... alors moi j'ai remplacé à Besançon, Ornans, j'ai remplacé à Nods, je n'ai jamais été confronté à faire des demandes papiers pour avoir un scanner, des demandes papiers pour faire une IRM {...} je trouvais ça super impressionnant d'être limité ne serait-ce que pour avoir de l'imagerie donc ça voilà c'est directement lié à la médecine générale. »*

*P8 : « en semaine à Montbéliard, c'est très compliqué. Si on veut par exemple un scanner ou ce genre de choses, enfin même pour les patients je crois il faut aller sur place carrément pour les IRM et les scanners sinon ça ne marche pas. Pour appeler, il y a un temps d'attente assez long. »*

### **2.2.5 La diminution de la qualité de travail**

Deux participants ont indiqué devoir adapter leur pratique face à certaines limites du contexte sanitaire du PMA.

*P3 : « Finalement tu revois ta pratique parce que par rapport aux recommandations tu vas t'éloigner carrément des recommandations, pour ben la prescription des infirmiers et des kinés parce que tu sais que l'infirmier ne va pas pouvoir passer tous les jours, tu sais qu'il ne va pas pouvoir le peser 3 fois à domicile parce qu'il n'a pas de lève-personne »*

*P5 : « par exemple si j'appelle un SMUR, euh celui de (lieu hors PMA) ou Belfort ils viendront en même temps, donc j'ai appelé 2 fois, une fois c'est Belfort une fois c'est (lieu hors PMA) qui est venu. Alors que c'est vrai que du côté du PMA, si j'appelle, si les 2 SMUR de Belfort sont sortis bah après ... »*

### **3) Les facteurs environnementaux**

Dans cette dernière partie, j'ai réuni les thèmes en lien avec les facteurs économiques, géographiques, urbanistiques et l'influence de l'image du PMA sur le choix d'installation des médecins interrogés.

#### **3.1. Les facteurs environnementaux généraux**

##### **3.1.1. L'influence du partenaire**

Le choix du lieu d'installation a été établi en accord avec le partenaire, en fonction de ses exigences de localisation du domicile et de son lieu de travail.

*P2 : « Donc du coup après on n'habite pas PMA d'où aussi le fait que je ne me sois pas installée sur PMA... lui il bosse sur Mulhouse et je voulais me rapprocher un peu. {...} mon conjoint il n'a pas de possibilité de changer donc c'était plus ça le frein finalement. »*

*P3 : « Tout simplement parce que moi j'ai un mari qui n'est pas médecin et qui ne choisit pas là où il s'installe, où il travaille »*

*P8 : « parce que de toute façon mon conjoint travaille sur Besançon et on avait déjà acheté notre maison et il n'était même pas envisageable de déménager. »*

## **3.2. Les facteurs environnementaux liés au PMA**

### **3.2.1. Le manque d'attractivité du territoire**

Plusieurs médecins ont déploré le manque d'attractivité du PMA sur différents plans.

#### **3.2.1.1. L'inacceptation du système de garde**

Seulement un médecin a préféré le système de garde du PMA comparé à celui existant sur son lieu d'installation.

*P2 : « Donc la maison médicale d'Audincourt, le secteur est immense il y a beaucoup de médecins donc forcément les gardes reviennent nettement moins souvent. Après l'avantage nous, c'est qu'on les fait chez nous au cabinet donc on a quand même bah voilà on est bien installé, on peut faire notre paperasse entre les consult on a tout ce qu'il faut, on a l'ordinateur. Ce qui m'embêtait aussi sur la maison médicale c'est qu'on n'a pas de traçabilité donc médico-légalement je trouvais ça un peu moyen. Il n'y a pas de logiciel médical. Donc en fait on note nulle part ce qu'on fait, ni les patients qu'on voit donc je trouvais qu'au niveau médicolégal c'était un peu moyen. »*

*P5 : « ça par exemple ça fait partie des choses qui me dérange un petit peu par rapport à là où je suis c'est que ben déjà on est obligé d'aller à la maison médicale donc c'est-à-dire qu'on est obligé d'être sur place. {...} Alors c'est bien organisé, je trouve, mais c'est quand même une contrainte de devoir être sur place de 20h à minuit. Et ça, ça m'a un petit peu ralenti, ça je n'ai pas trop aimé cette façon de faire. »*

#### **3.2.1.2. Les possibilités immobilières défavorables**

Certaines propositions d'installation sur le PMA ne se sont pas réalisées à cause du manque d'aboutissement ou du coût du projet.

*P5 : « Parce qu'en fait les locaux qu'on a, c'est à la mairie et on loue à la mairie mais on loue vraiment pas cher. On loue 300 euros par mois, c'est vraiment pas cher par rapport à ce qu'il se fait sur le secteur de Montbéliard, je m'étais renseigné un petit peu. Sur PMA on est tout de suite sur 700-750 euros. Ici c'est quand même bien moins cher, déjà l'immobilier, pareil l'immobilier est moins cher mine de rien dans ma vie personnelle c'était quand même important. La maison que j'ai a (lieu d'installation) je n'aurais pas pu avoir la même sur PMA. Ça c'est quelque chose qui m'a décidé aussi, ça c'est plus personnel mais ça fait partie quand même des choix. »*



*P6 : « Et puis ben (lieu PMA) il n'y avait pas assez de locaux. Et puis après j'avais une proposition à (lieu PMA) sur une MSP, ça commençait à se faire et puis finalement bah les locaux n'étaient pas adaptés pour des médecins généralistes, et puis on devait s'installer à 2 et puis les locaux ça allait pas. Et puis finalement la construction, j'ai appris après qu'elle n'a jamais eu lieu »*

### **3.2.1.3. Le manque de proposition d'installation**

Une participante a rapporté n'avoir eu aucune proposition d'installation durant sa période de remplacement ou stage.

*P7 : « euh je n'ai pas souvenir de ça, je me souviens surtout de remplacements de leurs collègues, d'autres médecins généralistes dans le coin. Mais de projet d'installation je ne crois pas, ça me dit rien en tout cas. »*

### **3.2.1.4. Les opportunités financières non concurrentielles**

Seul un médecin a rapporté que les aides financières avaient eu un impact sur son installation et qu'elles étaient plus favorables sur son lieu d'installation. Les autres n'ont pas montré d'intérêt pour les aides financières sur le PMA. Ils ont découvert les aides après s'être installé ou la fiscalité était importante donc les aides perdaient de leur intérêt.

*P5 : « pareil les 25000 euros de la Sécu sur le PMA, parce qu'il y a certains endroits où on peut quand même en bénéficier ça dépend, il y a des cotations là je ne me rappelle plus la grille, mais ça va de 12500 à 25000 (euros) un truc comme ça. Et bah moi du coup vu que je suis en ZRR je ne paye pas d'impôts dessus donc 25000 euros j'ai 25000 euros. Alors que sur PMA tu peux enlever quasiment 40% quoi. C'est quand même pas négligeable ».*

*P6 : « et puis finalement a posteriori les aides n'aident pas. Parce que finalement on paye beaucoup d'impôts »*

### **3.2.1.5. La vie socioculturelle**

La plupart des médecins ont préféré s'installer à proximité de Belfort ou de Besançon pour conserver leurs activités socioculturelles.

*P2 : « C'est un peu plus accueillant bien que j'aie passé mon enfance à Montbéliard (sourire) mais effectivement l'ambiance quand même à Belfort est un petit peu plus sympathique. Le centre-ville est un peu plus vivant, il y a un petit peu plus de restaurant, même si on y va pas tous les soirs. Mais c'est vrai que si on doit sortir on sortira plus sur Belfort que sur Montbéliard. »*

*P8 : « bah je trouve qu'il n'y a pas grand-chose à faire (sourire). Euh ce n'est pas pour être péjorative, mais il n'y a pas tant de magasins que ça »*

### **3.2.2. La mauvaise image de PMA**

#### **3.2.2.1. L'appréhension à exercer sur PMA**

Certains secteurs du PMA ont conservé une image négative. Une partie des participants a donc préféré s'éloigner de ce territoire.

*P2 : « Moi j'ai remplacé à (lieu PMA) parce que j'étais aussi passé en stage à (lieu PMA), donc je connaissais le cabinet je savais que c'était pas (hésitation) la patientèle était pas... parce que ça peut être craignos dans certains endroits donc effectivement là je savais que le cabinet c'était pas le cas, c'est important en fait, quand on va remplacer à droite à gauche on se retrouve dans des situations qui ne sont pas forcément simples »*

*P8 : « C'est vrai que Belfort- Montbéliard c'est un peu plus perdu, ce n'est pas toujours bien fréquenté »*

*P5 : « En fait les 2 médecins de (lieu PMA), le problème c'est qu'ils ont 65 ans donc ils vont partir à la retraite, donc du coup vu qu'ils cherchaient d'autres médecins mais qu'ils n'ont pas trouvé donc ça me faisait peur m'installer tout seul. Vu les problèmes qu'il y a sur le PMA moi je t'avoue que ça me faisait peur de m'installer tout seul à (lieu PMA)»*

### **3.2.2.2. Une patientèle exigeante voire inconvenante**

La patientèle a pour certains été un obstacle à l'installation sur le PMA. Ils ont choisi de trouver un lieu d'installation avec une patientèle qui leur a plus correspondu.

*P4 : « alors quand j'étais sur PMA j'étais du côté de (lieu PMA) et oui il y a avait une différence de patientèle. C'est-à-dire que tu avais, c'était des gens qui ppfff ... c'est pas plus de CMU ou quoique ce soit, c'était une population qui était euh ... pas tant la population que le soin apporté qui me convenait pas tout à fait avec surtout des renouvellements de traitement un peu bidon, des gripes, des rhino à 2 balles qui te prennent 15 min »*

*P5 : « moi j'ai un peu de mal avec la patientèle du PMA, surtout après avoir un petit peu travaillé en (lieu hors PMA), où c'est un peu la mentalité ouvrière, il y en avait quand même pas mal qui ne venaient pas sans prévenir, les gens ils sont très demandeurs. C'est un peu « moi je veux ceci, je veux cela » alors que là par exemple sur (lieu d'installation) en campagne vraiment profonde, c'est à l'ancien. Ils m'apportent des lapins, on fait partie de la famille, c'est une approche différente je trouve, la relation médecin-patients entre le PMA et la campagne de (lieu d'installation) je trouve qu'elle n'est pas la même. »*

### **3.2.3. Les conditions climatiques difficiles pour les trajets**

Une participante a rapporté avoir rencontré des difficultés à se rendre sur son lieu de travail en hiver, augmentant considérablement son temps de trajet.

*P8 : « Et puis à (lieu PMA) c'était super bien, le prat était super bien mais c'est pareil c'est loin. Je me rappelle c'était l'hiver aussi, donc la neige, les pluies verglaçantes, on y avait droit aussi. »*



# DISCUSSION

## I. Discussion de la méthodologie : les forces et limites de l'étude

La méthodologie peut être discutée sur plusieurs points.

Tout d'abord, j'aurais souhaité réaliser 2 entretiens supplémentaires pour conforter la suffisance des données. Les difficultés de recrutement, le manque de volontaires ainsi que le manque de temps ont été mes facteurs limitants.

J'ai rencontré des difficultés dans la rédaction de la partie « Résultats » quant au choix d'organisation des thèmes. La méthode OPE (12,13) s'est révélée être la méthode la plus représentative de ma pensée même si certains déterminants ne semblaient pas exclusifs à une des trois catégories. Un autre modèle d'organisation basé sur la classification des besoins selon Maslow, choisi par Thibaud PERCHER pour sa thèse (4), a été évoqué avec mon directeur de thèse, mais cette répartition ne nous a pas satisfaits pour rendre compte de l'expression des interviewés.

Enfin, le guide d'entretien est apparu adéquat, plusieurs candidats ont signalé la pertinence des questions de relance.

Les autres aspects de la méthodologie ont été détaillés ci-dessous.

### 1) La difficulté de recrutement

J'ai rencontré des difficultés à recruter des candidats réunissant tous les critères d'inclusion. En dépit de l'aide apportée par le Conseil de l'Ordre du Doubs et de Mme NETILLARD (référente des services à la population et du cadre de vie du PMA), le taux de réponse est resté faible. Certains médecins ayant répondu positivement à ma requête initiale n'ont pas donné suite malgré de nombreuses relances.

Certains participants appartenaient à mon cercle professionnel. Si l'entretien a été facilité par ces circonstances, le contenu aura peut-être été moins impartial sur les aspects personnels.

## **2) La proximité géographique**

La répartition entre candidats installés loin du PMA et ceux installés en périphérie était équivalente. La distance entre le lieu d'installation et le PMA modifiait la représentation et la perception du territoire. En effet, les médecins frontaliers du PMA partagent un réseau professionnel similaire notamment la partie la plus septentrionale du PMNFC et dépendent du même centre hospitalier. En conséquence, les réponses sur les différences de paysage médical et sur l'organisation du système de soins local ont été peu discriminantes.

## **3) L'anonymisation des entretiens**

Pour mieux garantir l'anonymat, j'ai substitué au nom des localisations citées des numéros et conservé le même code pour chaque lieu. La compréhension des verbatims et le double encodage pour Thibaud PERCHER et le Dr Marcel BEURET, notre directeur de thèse, en ont été affectés. Certains entretiens citent une dizaine de communes différentes. Le codage n'a pas permis de rendre compte des caractéristiques des lieux ni des rapports entre eux : localisation, distance, population, niveau d'urbanisation etc...

## **4) L'utilisation de la visioconférence**

Seulement deux interrogés ont préféré l'entretien présentiel à la visioconférence. L'entretien distanciel a facilité la prise de rendez-vous, avançant celui-ci par rapport à la possibilité d'un entretien présentiel. Cinq médecins sur les six en visioconférence étaient à leur domicile pour l'entretien, la sixième se trouvait dans sa voiture entre deux visites à domicile.

Les articles « *Ce(lles) que la visioconférence rend visible(s)* » (14) et « *Quelques conséquences de la pandémie de covid-19 sur la méthodologie de recherche qualitative en sciences de l'éducation* » (15) ont présenté les avantages que la visioconférence pouvait offrir aux interrogés et à l'enquêteur.

Les participants et moi avons pu choisir le lieu et donc un environnement confortable et familial. Le choix de cet environnement a pu influencer favorablement les participants, en les amenant à parler plus longtemps et à se livrer plus facilement (14).

J'ai retrouvé d'autres avantages présentés dans ces articles. L'entretien a été moins couteux, moins chronophage et plus écologique. Les distractions visuelles ont été limitées de part et d'autre. Ce choix a aussi permis une plus grande flexibilité des rendez-vous (14,15).

La pandémie du Covid-19 a eu des conséquences sur la pratique médicale. Elle a permis le développement de la visioconférence, notamment au travers des téléconsultations. De plus, la population que j'ai interrogée avait un âge médian de 32 ans et avait l'habitude de s'entretenir en visioconférence. Donc le choix du distanciel ne les a pas troublés.

Des désagréments en rapport avec plusieurs coupures de réseaux de quelques secondes ont eu lieu lors de certains entretiens néanmoins sans conséquences sur le cours de la discussion.

Les résultats auraient-ils été différents si les entretiens avaient eu lieu en présentiel ? Plusieurs articles ont suggéré que la différence eut été minime (14,15).

## **5) La surreprésentation des femmes dans l'échantillon**

Une majorité de femmes (75%) a participé à cette étude car la liste des candidats était principalement composée de femmes. Cette proportion est un peu plus importante que le rapport femme-homme national où les femmes représentent 65% des médecins généralistes de moins de 40 ans. D'après la pyramide des âges réalisée par le CNOM en 2022, plus l'âge moyen des médecins généralistes est faible plus la proportion de femmes est importante (1).

En conséquence, avec un âge médian de 32 ans, mes résultats coïncideraient avec les données nationales.

Paradoxalement, cette proportion ne se retrouve pas dans l'étude de Thibaud PERCHER (4) sur les jeunes installés du PMA, où 8 hommes et 7 femmes ont été interrogés avec un âge médian de 31,5 ans.

## II. Discussion des résultats

L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs de non-installation liés à un territoire particulier : le PMA. Les études analysant les déterminants à l'installation sont nombreuses sur le plan national (8,16), régional (17,18), ou centrées sur une ville (19,20). Toutefois la question du territoire d'exercice apparaît au centre des préoccupations des jeunes médecins(2,21). L'échelle de la communauté d'agglomération n'avait pas encore été retenue comme terrain d'exploration. Elle nous paraît cependant pertinente quant à la mise en place d'une politique cohérente de développement d'une offre de santé. Le PMA nous a semblé adapté puisque la communauté d'agglomération s'est dotée récemment de la compétence santé et d'une charte de non-concurrence entre les communes dans le domaine de la santé.

Le changement de maquette de l'internat de médecine générale en 2017 permet aux internes d'effectuer au moins 12 mois de stage ambulatoire en médecine générale (22). Ces stages sont l'occasion d'apprendre la pratique auprès de médecins généralistes expérimentés et de découvrir de nouveaux territoires. Les remplacements, autorisés à partir de la validation de 3 semestres de médecine générale dont 1 chez un médecin généraliste agréé (23), permettent aussi d'explorer de nouvelles localités.

Dans la littérature (2,17,18), l'influence des terrains de stage et des périodes de remplacement est décrite comme un déterminant positif pour l'installation des jeunes médecins. D'après l'étude menée par le CNOM, 81% des répondants affirment s'être installés après avoir remplacé dont 41% dans le territoire où ont eu lieu ces remplacements (8). Lors de mes entretiens, des expériences négatives de stage ambulatoire et de remplacement sur le PMA ont favorisé un choix d'installation sur un autre territoire. Plusieurs freins ont été évoqués.

Tout d'abord, une partie de ces jeunes médecins a rapporté le souhait d'un exercice différent de celui de leurs aînés. Ils désirent une autre organisation du travail. L'étude de Dr Baris CECEN (17) corrobore cette même volonté. L'ancien modèle de l'exercice isolé sacerdotal du médecin généraliste ne correspond plus à la représentation actuelle du métier pour la nouvelle génération de médecins généralistes. Ces derniers souhaitent une



organisation de travail privilégiant l'équilibre vie personnelle-vie professionnelle et recherchent une pratique médicale plus qualitative (24,25).

Sur le PMA, ce décalage générationnel est sans doute prégnant en raison de la forte proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans (5).

L'aspiration au bien-être, tant personnel que professionnel, apparaît dans de nombreuses études (21,24). Cette recherche de confort se retrouve dans mes entretiens.

La recherche d'un confort matériel était manifeste dans les entretiens : aménagement d'un cabinet à son image ou choisir son propre matériel professionnel. La moitié des médecins de l'étude s'est installée dans des nouveaux locaux ou remis à neufs. Parmi les motifs de refus des propositions d'installation sur le PMA, des médecins ont évoqué le manque d'offres immobilières adaptées à leurs besoins, sans formuler leurs exigences précises.

L'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, garantissant une meilleure part à la vie familiale, est aussi un élément déterminant du choix d'installation. Le Dr DUPONT Charline écrit dans son étude : « *l'installation en médecine générale est maintenant intégrée dans un projet de vie personnel* »(18). Le choix de la localisation est souvent convenu avec le partenaire de vie (26). Les participants en couple de mon étude ont choisi de s'installer en prenant en considération les souhaits de leur partenaire, notamment au regard de leurs obligations professionnelles. Ses résultats concordent avec ceux de l'étude du CNOM où 86 % des internes ayant un conjoint affirme que ce dernier influence le projet d'installation (8).

La conservation d'une bonne condition physique a eu une place importante pour certains. Ils attribuaient de la fatigue aux trajets entre leur domicile et leur lieu d'exercice, orientant un choix d'installation en dehors du PMA pour se rapprocher de leur résidence. La proximité du domicile a été citée comme l'un des 3 déterminants principaux de leur installation. Les résultats de l'étude sur les facteurs déterminants d'une future installation des internes de l'académie de Besançon confirment cette priorité (17).

Cette quête d'ataraxie se poursuit par la recherche d'une quiétude d'exercice. Elle se manifeste dans le choix d'un exercice regroupé, plusieurs médecins y attribuant la notion d'entraide. Cet exercice de groupe est plébiscité par la nouvelle génération de médecins généralistes comme le montre les chiffres du CNOM : l'exercice libéral seul n'est envisagé que par 3% des internes interrogés en 2019. Ce mode d'exercice permet le partage des connaissances et les échanges entre pairs (2). D'après les dernières données du PMA, la moitié des praticiens de ce territoire exercent seul (52 praticiens sur 104).

Selon le communiqué de presse de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques (DREES) paru en octobre 2022, l'exercice regroupé est de plus en plus choisi par les médecins généralistes. En 2010, 54 % des médecins exerçaient en groupe, contre 61 % en 2019 et 69 % début 2022. La fréquence de l'exercice en groupe est plus élevée chez les médecins âgés de moins de 50 ans (87 % contre 53 % pour les 60 ans ou plus) et est plus faible dans les zones sous-denses (27).

La proportion importante de médecins exerçant seuls, associée à une population médicale vieillissante sur le PMA peut contribuer à une image désuète et peu attractive. Ces circonstances sont aussi moins propices à l'évolution vers l'activité de groupe pérenne. Notamment en l'absence de reprise de patientèle, une association conclue avec un médecin plus âgé risque de devenir un exercice isolé au moment de la cessation d'activité de ce dernier. La réserve immobilière d'un cabinet d'exercice isolé peut-être insuffisante pour une transformation en cabinet de groupe. Un âge proche de la retraite est souvent un frein à l'investissement.

Les médecins généralistes interrogés ont également exprimé le souhait de pouvoir s'appuyer sur un réseau de professionnels performants, facilement accessible. Cette attente particulière sur les conditions d'exercice en lien avec les autres professionnels de santé est retrouvée chez 81% des internes et 87% des remplaçants interrogés au niveau national (8).

Les interrogés ont signalé des contraintes importantes d'accès au second recours et à l'imagerie médicale sur le territoire PMA. Le lien médecine de ville-hôpital apparaît fragile pour la majorité d'entre eux. Certains considèrent ce manque de confort et de sérénité d'exercice, lié à l'incommodité d'accès au second recours, comme le frein principal à leur installation sur le PMA.

Mes résultats montrent aussi que d'une façon générale, les jeunes médecins installés hors PMA prètent un manque d'attractivité à PMA. Ce constat est partagé par quelques jeunes médecins installés sur le PMA et interrogés par Thibaud PERCHER dans son étude (4).

La quasi-totalité des médecins installés à distance du PMA citait Besançon comme référence pour la vie socioculturelle et la vie professionnelle. La vie étudiante et universitaire s'effectue en grande partie à Besançon. Les études de médecine s'étendent sur presque dix années, soit le dernier tiers de la vie consciente en considérant l'âge médian de 32 ans des participants et l'amnésie infantile des premières années de vie.

Ces circonstances sont propices à créer des habitudes de vie et un réseau social de proximité sur ce territoire. C'est aussi le lieu du début de leur vie d'adulte autonome où émergent des projets individuels (création d'une famille, achat d'une résidence etc...). Autant de circonstances qu'il pourrait être plus difficile de remettre en question pour une installation sur PMA. L'alternative consiste à accepter les trajets journaliers soit environ 2h par jour en moyenne sur un trajet Besançon-Montbéliard. Sur le plan national, la durée moyenne du trajet entre le domicile et le cabinet des médecins généralistes installés est estimée à 13 minutes (28). Cette tendance est renforcée par le mouvement persistant d'urbanisation observé depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Les études estiment que 80 % de la population française résidera en zone urbaine en 2030 (2).

Les participants à cette étude ont déclaré ne pas adhérer à l'organisation du système de garde mis en place sur le PMA. Les objections étaient la charge de travail importante, le manque de traçabilité et de modernisation de la maison de garde (l'absence de dossier informatisé par exemple), la nécessité de transporter son propre matériel et la distance entre le domicile et la maison de garde.

Le manque d'attractivité comporte aussi un volet financier. Les systèmes d'aides mis en place par le PMA, la Sécurité Sociale et l'ARS sont soit méconnus soit dévalués par les médecins. Les aides sont insuffisamment exonérées d'impôts et de taxes pour être attractives selon eux. Ils ne les considèrent pas non plus déterminantes dans le projet d'installation sur ce territoire.

Les autres territoires en concurrence avec le PMA ont bénéficié de porteurs de projet plus influents et décisifs. Ils ont favorisé une prise de décision rapide suite à la proposition du projet en l'absence de comparaison avec une autre possibilité.

Nous avons observé un mécanisme décisionnel de l'installation dont nous n'avions pas pris conscience au début des recherches bibliographiques. La grande majorité d'entre eux a saisi l'opportunité d'un projet d'installation abouti avec une concrétisation rapide. Aucun n'a été l'initiateur d'un projet.

Pour appréhender ce processus décisionnel, je me suis rapprochée des théories d'Herbert SIMON. Il a formulé le concept de rationalité limitée, selon lequel les individus ne peuvent avoir qu'une connaissance imparfaite des contraintes et des choix possibles (29).

Face à l'imperfection de l'information, ils opèrent des choix qui ne sont pas optimaux mais qui cherchent seulement à atteindre un certain niveau d'exigence. « *L'individu construit*

*un modèle simplifié de la réalité, une définition de la situation à son échelle et avec ses moyens. Celle-ci est d'abord essentiellement fondée sur son expérience passée. La plupart de ses choix sont de routine. Il se replie sur des solutions déjà utilisées dans des circonstances qui lui apparaissent grossièrement similaires et qui s'étaient révélées satisfaisantes. »(30)*

En accord avec Thibaud PERCHER et le Dr Marcel BEURET, nous avons rédigé un paragraphe commun afin de discuter de nos déterminants à l'installation et de rendre compte de notre partage collaboratif au cours de nos travaux de recherche.

En effet nous avons constaté lors de la lecture de nos thèses respectives que certains déterminants étaient identiques. Ils pouvaient à l'identique favoriser l'installation respectivement sur chaque territoire étudié ou à contrario la favoriser dans l'un et la limiter dans l'autre.

La majorité des participants a saisi une opportunité pour s'installer. Ils ont tous souhaité exercer en groupe, dans des locaux confortables, à proximité de leur famille et de leur domicile. L'influence du partenaire sur le choix du lieu d'installation est aussi bien identifiée dans la thèse de Thibaud PERCHER (4). Les aides à l'installation ne sont pas plus déterminantes sur le PMA que sur les territoires d'exercice de mes participants. La ville franc-comtoise de référence reste Besançon pour l'ensemble des médecins interrogés dans les comparaisons territoriales concernant l'installation.

Par ailleurs, il existe des déterminants à double interprétation.

La qualité du réseau professionnel a été jugée comme satisfaisante par les médecins installés sur le PMA, alors qu'elle était fortement remise en question lors de mes entretiens.

L'attractivité socio-culturelle du PMA est faible selon les médecins installés en dehors de l'agglomération, alors que les médecins du pays de Montbéliard décrivent un territoire attractif sur différents aspects. La maison médicale de garde n'a pas été évoquée au cours des entretiens de Thibaud PERCHER tandis qu'elle a été très contestée dans mon étude.

Ces différences de perception peuvent s'expliquer par plusieurs raisons.

Tout d'abord, les expériences professionnelles et personnelles sur le PMA ont été plus longues pour les médecins installés sur l'agglomération de Montbéliard que pour les autres médecins. Ces derniers n'ont effectué pour la grande majorité que des stages en ambulatoire ou des remplacements en médecine générale libérale de quelques mois. Seulement deux

participants de mon étude, installés en frontière de PMA, ont effectué des stages sur l'HNFC et ont vécu sur le PMNFC au cours de l'ensemble de leur internat.

La représentation négative du PMA domine toujours chez les jeunes médecins généralistes. L'Agglomération de Montbéliard, comme d'autres territoires francs-comtois, souffre de la comparaison subjective à la ville de Besançon, érigée en référence. Cette subjectivité défavorable au Pays de Montbéliard est sous-tendue par les habitudes de vie des jeunes médecins généralistes, leur vie universitaire bisontine représentant presque un tiers de leur vie. Besançon étant la ville universitaire, elle contente mieux les attentes de ces jeunes terminant leur cursus, qui ne se projettent pas toujours avec réalisme dans leur future vie professionnelle ou familiale. En tant que professionnel du tertiaire, ils sont moins sensibles au dynamisme industriel du PMA. Cette image dévaluée est d'autant plus présente que leur vie universitaire et hospitalière leur donne peu d'opportunité d'expérimenter d'autres territoires.

Nos études montrent combien les stages universitaires sont déterminants pour la visibilité et l'attractivité du PMA. Ceux qui ont choisi d'autres territoires pour leur installation, semblent ne pas avoir vécu une expérience positive du territoire. Les médecins installés sur le PMA rapportent plutôt des bonnes expériences de stage qui s'avèrent déterminantes pour leur choix d'installation (création d'un réseau, maîtrise de l'organisation de l'offre de santé du territoire, infrastructures et services ...).

Pour attirer une nouvelle génération de médecins généralistes, une stratégie visant à lever les freins mis en évidence dans notre travail pourrait être adoptée :

- Changer la représentation du PMA et de l'exercice professionnel sur ce territoire pour les étudiants en médecine et les jeunes médecins.
  - Encourager la multiplication des stages et des expériences professionnelles sur le PMA notamment en favorisant les stages dès le second cycle d'études médicales par l'indemnisation des frais de transport ou une proposition d'hébergement, des propositions d'emploi d'été dans le pays de Montbéliard ou à l'HNFC, motiver la maîtrise de stage (information, formation, indemnisation, accompagnement).
  - Positiver l'expérience territoriale :
    - Création d'un comité d'étudiants du PMA pour l'optimisation des stages et la dynamisation de l'internat de l'HNFC, faciliter la participation à des spectacles, évènements culturels ou sportifs (réduction, entrées gratuites...)
    - Modernisation et promotion de maison médicale de garde

- Mise en place d'un répertoire de professionnels de santé de second recours (incluant les praticiens de ville et hospitaliers) rapidement consultable, avec mise en relation facilitée à l'aide d'une application mobile par exemple, réservée aux médecins, remplaçants, étudiants de 3<sup>e</sup> cycle, incluant des données de localisation, d'activités particulières, de délais...
- Mise en place d'un dispositif d'appel pour les avis par spécialité, partagé entre la ville et l'hôpital, avec comme pour les plateformes d'appel téléphonique, un transfert de l'appel au spécialiste suivant si le précédent n'a pas décroché et valorisation incitative pour participer au dispositif.
- Campagne d'éducation auprès des usagers pour une meilleure utilisation du système de soins et de lutte contre les attitudes et comportements inadaptés, consuméristes ou irrespectueux.
- 
- Prise en considération de l'équilibre vie professionnelle et vie personnelle notamment pour ceux qui vivent à Besançon et travaillent sur PMA :
  - Transports en commun entre Besançon et Montbéliard, et organisation du transport de liaison entre gare par exemple et lieu d'exercice qui réduiraient la fatigue due aux trajets quotidiens.
  - Organisation collective pour permettre un retour à domicile adaptée à la vie familiale : avancement de l'heure de la permanence des soins par exemple
  - Favoriser les opportunités d'installation :
    - Réaliser un état des lieux actualisé régulièrement des offres de remplacements, des projets d'exercice regroupé, des recherches d'association professionnelle ou de succession.
    - Le Dr Charline DUPONT proposait dans son étude d'organiser des rencontres entre médecins installés cherchant des associés ou préparant leur cessation d'activité et internes ou remplaçants pour augmenter les opportunités d'installation (18).

## CONCLUSION

Le contexte sanitaire national est préoccupant et fragilisé par la crise du Covid 19. Le nombre de médecins généralistes diminue progressivement en parallèle d'une recrudescence de la demande de soins favorisée par le vieillissement de la population, plus consommatrice de soins.

Il existe une disparité territoriale, à laquelle le PMA n'échappe pas, avec une augmentation des zones sous-dotées malgré les mesures incitatives mises en place par l'État.

Les critères d'installation ont évolué dans le temps. Les attentes et les difficultés rencontrées par les jeunes médecins généralistes sont différentes des médecins installés dans les années 1990.

Cette étude a permis d'explorer les freins à l'installation spécifiques du PMA. La communauté d'agglomération est une échelle territoriale d'analyse encore non étudiée pour les déterminants à l'installation.

Huit médecins ont participé à cette étude, tous installés sur un autre territoire que le PMA mais ayant eu au moins une expérience professionnelle sur cette agglomération. Les résultats ont montré que les expériences négatives de stage ou de remplacement, la perception négative du territoire tant dans la vie personnelle que professionnelle, et l'éloignement de la ville universitaire de Besançon ont été déterminants dans le choix de s'installer sur un autre territoire.

Du constat de ces différents freins, des solutions correctives émergent. Elles appellent à une plus grande attention des attentes et motivations des jeunes médecins, voire des étudiants en médecine, la promotion et l'accompagnement des transitions générationnelles, et une collaboration constructive entre élus et professionnels de santé. Le PMA semble avoir déjà orienté sa politique dans ce sens : vice-président en charge de la santé, réunions avec les jeunes professionnels de santé, conférence locale de santé, maison des professionnels de santé, groupe d'échange entre professionnels de santé et vice-président. Ces initiatives prennent sens à la lumière de notre étude.

Personnellement, ce travail a modifié mes propres critères d'installation avec une remise en question de mon projet professionnel initial.





# ANNEXES

## Annexe 1 : Guide d'entretien

### **Présentation de l'étude :**

Afin d'obtenir mon doctorat de médecine générale, je réalise une étude qualitative qui a pour objectif de déterminer les justifications individuelles des médecins généralistes ayant travaillé ou vécu durablement (>6mois) sur le Pays de Montbéliard Agglomération (PMA) et ayant fait le choix d'une installation récente ( $\leq$  5 ans) en dehors de PMA.

Je remplace régulièrement depuis 2 ans à Mandeuve, mais je vis à Besançon avec mon conjoint et ma fille. Je constate que l'accès aux professionnels de santé sur le PMA, notamment aux médecins généralistes, est différent de mon lieu de résidence.

C'est pourquoi je souhaiterais analyser le processus décisionnel amenant à un autre choix que celui de rester sur PMA et s'il existe des facteurs déterminants spécifiques à ce territoire.

En miroir, Thibaud Percher réalise une étude portant sur les facteurs positifs à l'installation chez les jeunes installés du PMA.

Les entretiens sont enregistrés, retranscrits anonymement puis les verbatims non anonymisés seront détruits.

Souhaitez-vous participer à cette étude ? Avez-vous des questions sur la méthode ?

Est-ce que vous pouvez me raconter votre projet professionnel ?

Pouvez-vous me dire comment vous avez connu le PMA ? *Êtes-vous originaire de ce territoire ? Y avez-vous effectué des stages ou des gardes ?*

Nous allons maintenant passer à des questions permettant de définir votre profil personnel et professionnel :

- 1- Depuis combien de temps remplacez-vous ? Ou combien de temps avez-vous remplacé avant de vous installer ?
- 2- Quel était ou quel est votre sujet de thèse ? En quelle année l'avez-vous soutenu ?
- 3- Quel âge avez-vous ?
- 4- Êtes-vous en couple ? Avez-vous des enfants ?
- 5- Dans quelle commune résidez-vous ?
- 6- De quelle ville êtes-vous originaire ?
- 7- Où avez-vous effectué votre externat et internat ?
- 8- *Si l'un des 2 a été effectué en Franche-Comté, avez-vous effectué un stage sur le PMA ?*

Nous poursuivons avec votre choix d'installation professionnelle : pouvez-vous m'expliquer comment s'est-il fait ?

- 9- Dans quelles communes (PMA ou non PMA) avez-vous exercé ? Est-ce que ces remplacements ont participé à votre choix d'installation ?
- 10- Combien de temps avez-vous remplacé sur le PMA ?
- 11- Avez-vous effectué des gardes ? Si oui, comment les avez-vous vécues et ont-elles influencé votre installation ?
- 12- Aviez-vous eu des propositions d'installation sur le PMA ?  
Y trouviez-vous un ou des avantage(s) ?  
Qu'est-ce qui a conduit à un refus finalement ?

**Questions de relance :**

13- Comment votre vie personnelle a-t-elle joué un rôle dans votre installation ?

*Domicile, trajets, emploi du conjoint(e), entourage familial, activité de loisirs*

14- Quel est votre avis sur les services et infrastructures proposés (tels que commerces de proximité, école, crèche/assistante maternelle, transport notamment gare) sur votre lieu d'exercice ? Y avez-vous recours ?

Est-ce que ceux présents sur PMA sont-ils différents ?

15- En quoi le paysage médical et le contexte sanitaire local ont-ils influencé votre choix de ne pas vous installer sur le PMA ?

*Que pensez-vous du lien ville-hôpital dans ce territoire ? Qu'en est-il sur votre territoire ? Est-ce que cela représente un avantage pour votre projet professionnel ?*

*Même question avec les spécialistes du secteur ?*

*Et les paramédicaux ?*

Est-ce que ces rapports ont joué un rôle dans votre choix ?

16- En matière de rythme de travail, d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, qu'aviez-vous imaginé dans votre projet professionnel ?

Votre lieu d'installation a-t-il répondu à votre problématique ? Comment PMA s'inscrivait dans cette conception ?

Que diriez-vous de l'activité/du rythme des médecins généralistes installés sur PMA ?

*Nombre de consultation par jour, jour de repos dans la semaine, travail en groupe ou seul, prise de congé annuel...*

17- Avez-vous bénéficié d'aide à l'installation ? Avez-vous connaissance d'aides identiques ou d'autres sur PMA ?

Pouvez-vous m'éclairer sur votre choix en regard de cet élément ?

*Peur de ne pas gagner suffisamment, difficultés de trésorerie au début, satisfaction de gagner plus facilement*

18- Comment s'organisent les gardes sur votre lieu d'exercice ? Avez-vous notion de l'organisation des gardes sur PMA ? Si oui, quel est votre avis ?

*Réurrence, nombre d'actes, maison médicale de garde*

Quel a été son impact sur votre décision ?

19- Quel a été votre lien avec la patientèle lors de vos déplacements ? Votre patientèle est-elle différente ? Si oui en quoi l'est-elle ?

**Pour terminer :**

20- Y a-t-il d'autres « éléments » qui ont influencé votre choix ? Dans quelles mesures ont-ils été déterminants pour vous ?

Comment vous apparaît une installation sur PMA en tenant compte de ses éléments ?

21- Qu'est-ce qui a fait basculer votre choix d'installation ? Quels étaient et/ou quels sont vos 3 déterminants principaux pour choisir votre lieu d'installation ?

*Avec le vécu il en a peut-être d'autres qui n'ont pas joué dans la décision initiale ou dont l'importance a pu changer (bien distinguer la différence temporelle)*

22- En y repensant, sous quelle(s) condition(s) auriez-vous pu vous installer sur le PMA ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

## Annexe 2 : Formulaire d'information et consentement

**Intitulé :** Freins à l'installation sur le Pays de Montbéliard-Agglomération, une étude qualitative auprès de médecins généralistes récemment installés en dehors de ce territoire

### Introduction :

Afin d'obtenir mon doctorat de médecine générale, je réalise une étude qualitative qui a pour objectif de déterminer les justifications individuelles des médecins généralistes ayant travaillés ou vécus durablement (>6mois) sur le Pays de Montbéliard Agglomération (PMA) et ayant fait le choix d'une installation récente ( $\leq 5$  ans) en dehors de PMA.

### Objectif :

Analyser le processus décisionnel amenant à un autre choix que celui de rester sur PMA et s'il existe des facteurs déterminants spécifiques à ce territoire.

### Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Mathilde GUILLAUME-SAGE suivant vos disponibilités, par téléphone, en visioconférence ou lors d'une entrevue.

Il durera de 20 à 30 minutes.

### Qu'est-ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu sur le PMA et votre installation professionnelle.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

### Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Mathilde GUILLAUME-SAGE et par Thibaud PERCHER réalisant une étude portant sur les facteurs positifs à l'installation chez les jeunes installés du PMA.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse.

### Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude

Signature (participant) \_\_\_\_\_

Signature (investigateur) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. CNOM. 2022;
2. BABINET O, ISNARD BAGNIS C. Les déserts médicaux en question(s) [Internet]. Presses de l'EHESP. 2021. 168 p. (Débats Santé Social). Disponible sur: <https://www-cairn-info.scd1.univ-fcomte.fr/les-deserts-medicaux-en-questions--9782810907595.htm>
3. Pays de Montbéliard Agglomération [Internet]. 1. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.agglo-montbeliard.fr/>
4. PERCHER T. LES DÉTERMINANTS À L'INSTALLATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES RÉCEMMENT INSTALLÉS DANS LE PAYS DE MONTBÉLIARD, ÉTUDE QUALITATIVE. [Besançon]: Université de Franche-Comté; 2023.
5. Pôle Métropolitain Nord Franche-Comté. Observatoire de la démographie médicale 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://adu-montbeliard.fr/etudes/observatoire-sante-du-pole-metropolitain-edition-2022/>
6. Assurance Maladie. L'outil web REZONE CPTS.
7. Est Républicain. Pays de Montbéliard. 15 % des malades chroniques n'ont pas de médecin traitant dans 14 communes de l'Agglo [Internet]. 2023 [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.estrepublicain.fr/sante/2023/03/30/15-des-malades-chroniques-n-ont-pas-de-medecin-traitant-dans-14-communes-de-l-agglo>
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
9. LEBEAU JP, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER JS, GILLES DE LA LONDE J, LUSTMAN M, MERCIER A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Santé Santé et CNGE. 2021. 192 p.
10. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Services en ligne | CNIL [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/services-en-ligne>
11. Collège de Médecine Générale de Nice. Recherche Qualitative [Internet]. Disponible sur: [https://www.nice.cnge.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=53](https://www.nice.cnge.fr/rubrique.php?id_rubrique=53)
12. Lévy L. Objectif : savoir utiliser l'approche systémique pour faire un diagnostic de situation. 20 déc 2004;18(674/675):1482-6.
13. Société Française de Médecine Générale. Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM [Internet]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/813/fichier\\_fich10\\_diagnostic\\_de\\_situation\\_ope\\_ebm752d9.pdf](https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/813/fichier_fich10_diagnostic_de_situation_ope_ebm752d9.pdf)
14. Milon C. Ce(lles) que la visioconférence rend visible(s). Socio-Anthropol. 24 mars 2022;(45):179-95.
15. Napoli J. Quelques conséquences de la pandémie de covid-19 sur la méthodologie de recherche qualitative en sciences de l'éducation. Raisons Éducatives. 2022;26(1):305-17.
16. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Internet]. 2013 [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065>
17. Cecen B. Etude des facteurs déterminants de la future installation des internes en médecine générale de la faculté de médecine de Besançon. Université de Franche-Comté; 2021.
18. Dupont C. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis

moins de trois ans [Internet]. [faculté de médecine d'Amiens]: Picardie; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01774830/document>

19. MERCIER L. Etude qualitative sur les facteurs personnels et contextuels locaux d'installation des internes de médecine générale sur une zone sous-dotée en médecins généralistes : la ville d'Alès dans le Gard. [FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES]: UNIVERSITE DE MONTPELLIER; 2021.

20. Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon [Internet]. Lyon, France: Université Claude Bernard; 2014 [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m60c4t1d>

21. Portela M, POLTON D, CHAPUT H, LAFFETER Q, MILLIEN C. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale. déc 2021;(n°89).

22. DMG Besancon. Les stages [Internet]. dmgbesancon. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.dmg-besancon.org/le-cursus-de-l-interne-en-mg>

23. Conseil de l'Ordre des Médecins départemental du Doubs. Demande de licence de remplacement [Internet]. Disponible sur: [https://conseil25.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-562/34297/questionnaire\\_licence\\_1.pdf](https://conseil25.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-562/34297/questionnaire_licence_1.pdf)

24. Ambert V. Bien-être au travail et installation pérenne des médecins généralistes en milieu rural [Internet]. 2019 [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02296417>

25. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. *L'Espace Géographique*. 2018;47(4):362-80.

26. Clisson R, Angoulvant C, Ramond-Roquin A, Guelff J. Du projet professionnel d'internes de médecine générale angevins à leur exercice réel : 2012 à 2019. *Santé Publique*. 2020;32(5-6):507-18.

27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les médecins généralistes exercent de plus en plus souvent en groupe et ont davantage recours à un secrétariat [Internet]. [cité 20 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-medecins-generalistes-exercent-de-plus-en-plus-souvent-en-groupe-et-ont>

28. Jakoubovitch S, BOURNOT MC, CERCIER E, TUFFREAU F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes Résultats-DREES* [Internet]. mars 2012;(797). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf>

29. La rationalité limitée [Internet]. MAXICOURS. [cité 20 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.maxicours.com/se/cours/la-rationalite-limitee/>

30. Chanut V, Guibert N, Rojot J, Dubois PL. Les limites de la rationalité limitée ? Un essai de réflexion en sciences de gestion. *Manag Avenir*. 2011;48(8):97-117.

## PLAN DETAILLE

SOMMAIRE .....	1
ABREVIATIONS .....	3
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE .....	7
I. Recherche bibliographique .....	7
II. Population étudiée et recrutement .....	7
III. Choix de l'approche méthodologique .....	8
IV. Démarches préalables aux entretiens .....	8
V. Réalisation des entretiens, de la transcription et de l'encodage .....	9
RESULTATS .....	11
I. Caractéristiques de la population .....	11
II. Analyse des verbatims.....	11
1) Les facteurs personnels .....	12
1.1 Les facteurs personnels généraux .....	12
1.1.1 La décision de s'installer .....	12
1.1.1.1 Saisir une opportunité .....	12
1.1.1.2 La rapidité de prise de décision .....	12
1.1.2 La proximité du domicile.....	13
1.1.3 Le décalage générationnel .....	13
1.2 Les facteurs personnels en lien avec le PMA.....	14
1.2.1 L'influence du vécu .....	14
1.2.1.1 L'expérience personnelle sur le PMA .....	14
1.2.1.2 L'influence de la vie étudiante à Besançon .....	14
1.2.2 Le confort et la tranquillité .....	15
1.2.2.1 Le bien-être psychique .....	15
1.2.2.2 Le bien-être physique.....	15
2) Les facteurs professionnels .....	16
2.1 Les facteurs professionnels généraux.....	16
2.1.1 Le confort sur son lieu d'exercice .....	16
2.1.1.1 Exercer en groupe .....	16
2.1.1.2 Pourvoir compter sur ses collègues.....	16
2.1.1.3 Choisir des collègues aux pratiques similaires .....	17
2.1.1.4 Créer son cabinet .....	17
2.1.1.5 Travailler dans des locaux confortables .....	17
2.2 Les facteurs liés au PMA .....	18
2.2.1 L'influence du vécu professionnel sur le PMA .....	18
2.2.1.1 L'expérience des stages ambulatoires.....	18
2.2.1.2 L'expérience des remplacements.....	19
2.2.1.3 La défiance vis-à-vis de l'HNFC .....	19
2.2.2 L'influence du chef de projet .....	19
2.2.3 Le sentiment d'isolement professionnel.....	20
2.2.3.1 La difficulté de créer un réseau .....	20
2.2.3.2 Le manque d'accompagnement humain et logistique .....	20
2.2.4 Le sentiment de solitude / abandon .....	21

2.2.4.1 La difficulté d'accès aux spécialistes .....	21
2.2.4.2 La difficulté d'accès à l'imagerie.....	21
2.2.5 La diminution de la qualité de travail.....	22
3) Les facteurs environnementaux.....	23
3.1 Les facteurs environnementaux généraux.....	23
3.1.1 L'influence du partenaire .....	23
3.2 Les facteurs environnementaux liés au PMA.....	24
3.2.1 Le manque d'attractivité du territoire .....	24
3.2.1.1 L'inacceptation du système de garde .....	24
3.2.1.2 Les possibilités immobilières défavorables .....	24
3.2.1.3 Le manque de proposition d'installation.....	25
3.2.1.4 Les opportunités financières non concurrentielles .....	25
3.2.1.3 La vie socioculturelle .....	26
3.2.2 La mauvaise image de PMA .....	26
3.2.2.1 L'appréhension à exercer sur PMA.....	26
3.2.2.2 Une patientèle exigeante voire inconvenante .....	27
3.2.3 Les conditions climatiques difficiles pour les trajets.....	27
DISCUSSION .....	29
I. Discussion de la méthodologie : les forces et limites de l'étude .....	29
1) La difficulté de recrutement.....	29
2) La proximité géographique .....	30
3) L'anonymisation des entretiens .....	30
4) L'utilisation de la visioconférence .....	30
5) La surreprésentation des femmes dans l'échantillon .....	31
II. Discussion des résultats .....	32
CONCLUSION .....	39
ANNEXES.....	41
Annexe 1 .....	41
Annexe 2 .....	43
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	45
PLAN DETAILLE .....	47





## RÉSUMÉ

Nom – Prénom : GUILLAUME-SAGE Mathilde

Thèse soutenue le : mardi 20 juin 2023 à 11h

Titre de la thèse : Freins à l'installation sur le Pays de Montbéliard-Agglomération, une étude qualitative auprès de médecins généralistes récemment installés en dehors de ce territoire

Résumé :

La région Bourgogne-Franche-Comté enregistre, entre 2021 et 2022, l'une des plus fortes diminutions du nombre de médecins généralistes. Certains de ses territoires peinent à recruter de nouveaux médecins. C'est le cas du Pays de Montbéliard-Agglomération où seulement 25% des médecins généralistes en activité ont moins de 50 ans.

Une enquête nationale sur les déterminants à l'installation a été menée en 2019 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les résultats montrent que l'installation est étroitement liée à la dimension territoriale.

Afin de déterminer les freins à l'installation sur le PMA, j'ai réalisé une étude qualitative interrogeant 8 médecins ayant eu une expérience professionnelle sur ce territoire mais installés depuis moins de 5 ans en dehors de celui-ci.

Ce travail a permis de mettre en évidence que ce territoire souffre d'une représentation dépréciée et d'un manque d'attractivité auprès de ces jeunes médecins généralistes. Il demeure dans l'ombre de la ville de Besançon, citée en référence de qualité de vie personnelle et professionnelle.

**Mots clés** : freins, facteurs déterminants, obstacle, médecine générale, médecins généralistes, installation, obstacles or impediment to setting up as a general practionner

