
UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 003

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S DE MEDECINE GENERALE

par

Pascal GICQUEL

Né le 01/03/1978 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 04 février 2010

DETERMINANTS DE L'INSTALLATION EN ZONE
RURALE : ENQUETE AUPRES DE MEDECINS
GENERALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE

Président : Monsieur le Professeur **Edmond CHAILLEUX**

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur **Jean-Paul CANEVET**

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
I. METHODE.....	8
A. Critères d’inclusion	8
B. Sources.....	8
C. Type d’enquête.....	9
D. Le canevas d’entretien.....	9
E. Méthode d’analyse.....	10
II. RESULTATS DES ENTRETIENS	11
A. Caractéristiques socio- familiales.....	11
1. Origine géographique.....	11
a. Médecins installés	11
b. Remplaçants	11
2. Exercice préalable en milieu rural	11
a. Médecins installés	11
b. Remplaçants	12
3. Origines sociales	12
a. Médecins installés	12
b. Remplaçants	13
B. Critères influant l’installation	13
1. Rôle du conjoint.....	13
a. Médecins installés	13
b. Remplaçants	14
2. Liens socio-familiaux.....	14
a. Médecins installés	14
b. Remplaçants	15

3. Paramètres financiers	15
a. Importance de l'investissement	15
b. Rôle modeste des paramètres financiers	16
4. Organisation du réseau de soin dans le secteur	18
a. Proximité d'un hôpital	18
b. Réalisation de gardes	19
5. Regroupement	20
a. Médecins installés	20
b. Remplaçants	22
6. Relations entre associés	22
a. Médecins installés	22
b. Remplaçants	24
7. Qualité de vie	24
a. Temps de trajet domicile-cabinet	24
b. Infrastructures locales	26
c. Loisirs et temps libre	27
d. Séparation vie professionnelle et personnelle	29
8. Opportunités d'installation	32
a. Médecins installés	32
b. Remplaçants	32
C. Connaissances et points de vue des enquêtés sur les aides à l'installation.....	33
1. Aides structurelles évoquées par les médecins	33
a. Médecins installés	33
b. Remplaçants	34
2. Aides matérielles évoquées par les médecins	34
a. Médecins installés	34
b. Remplaçants	35
3. Quelle influence aux yeux des médecins ?	36
a. Médecins installés	36
b. Remplaçants	38

D. Vécu de l'exercice professionnel.....	41
1. Médecins installés	41
a. Ressenti vis-à-vis de son travail	41
b. Les difficultés rencontrées.....	43
2. Remplaçants	45
a. Projets professionnels.....	45
E. Liens ou réseaux reproductibles après installation	47
1. Médecins installés	47
a. Loisirs	47
b. Autre	48
2. Remplaçants	48
F. Propositions avancées par les enquêtés	49
1. Médecins installés	49
a. Aides financières	49
b. Développement des stages de médecine générale	51
c. Regroupement	52
d. Suppression des gardes de semaine.....	53
e. Création d'un système de remplacement.....	53
f. Développement de la télé-médecine.....	53
2. Remplaçants	54
a. Aides financières	54
b. Regroupement	55
c. Attractivité rurale	55
d. Aide légale et administrative	55
e. Suppression de la liberté d'installation	56

III. DISCUSSION	57
A. Méthode	57
B. Résultats	58
1. Déterminants de l'installation en zone rurale	58
a. Conditions de vie	59
b. Regroupement des professionnels	61
c. Critère relationnel	63
d. Rôle du conjoint	64
e. Paramètres financiers	65
f. Proposition de succession	67
g. Organisation du système de soins	68
2. Limites de l'étude	69
3. Des propositions variées et intéressantes	70
a. Propositions financières	70
b. Permanence des soins	72
c. Enseignement	72
d. Mesures coercitives	74
e. Système de remplacement et télémédecine	75
CONCLUSION	75
Références bibliographiques	78
Annexe 1 : Tableau d'échantillon	80
Annexe 2 : Carte des aires urbaines des Pays de Loire (INSEE)	80
Annexe 3 : Définitions	81

INTRODUCTION

Le nombre de médecins en France n'a jamais été aussi important. Pourtant, ce chiffre est perçu comme insuffisant depuis quelques années [1] et cette question est au cœur de la politique de santé publique actuelle.

Les causes de ce déficit démographique relatif ont été décrites dans plusieurs rapports :

- Les générations de jeunes médecins arrivant actuellement sur le marché du travail ont été limitées par un *numerus clausus* particulièrement drastique dans les années 90.

- A cela s'ajoute l'âge élevé de nombreux praticiens sortis avant 1971 (date de l'instauration du *numerus clausus*) et dont la cessation d'activité est attendue dans les années à venir.[2]

- Un autre point a été souligné ces dernières années : un désintérêt des étudiants pour la médecine générale. En effet, lors de l'examen classant national de 2005 et 2006, respectivement 981 et 323 postes sont restés vacants en médecine générale. Ce désintérêt est souvent attribué à une dévalorisation de la profession.[3] On constate cependant depuis 2007, 2008 que la procédure d'affectation est plus favorable à la médecine générale. Bien que 609 postes soient tout de même restés vacants en 2008, 2591 postes ont été pourvus, alors qu'ils n'étaient respectivement que 1419 en 2005 et 2030 en 2006. Cela conduit la DREES à parler d'actuelle embellie pour la médecine générale.[4]

- Par ailleurs, une désaffection se produit en cours d'activité. Une enquête de l'ordre des médecins [5] publiée en septembre 2006 montre que seuls 62% des praticiens exercent exclusivement la médecine générale, 14% uniquement à temps partiel et 24% plus du tout, se tournant vers des modes d'exercice spécifiques ou vers le milieu hospitalier.

- La féminisation très importante de la profession, près de 40% en 2009, pose également quelques interrogations quant à la réduction du temps de travail par exemple, majorant de ce fait les conséquences de la baisse d'effectif. Plus largement, c'est l'ensemble de la nouvelle génération qui souhaite organiser son temps de travail et sa vie personnelle différemment. Ces changements de mentalité des jeunes médecins aboutissent à réduire les heures ouvrées au profit de la vie privée.[6]

- La liberté d'installation dont bénéficient les médecins libéraux a conduit à des inégalités de répartitions. Le gradient nord-sud est connu depuis de nombreuses années, mais on assiste également à une désertion des zones rurales.

La résultante de ces différentes réalités aboutit à un déséquilibre entre ceux qui quittent la profession et le nombre d'installations en médecine générale. Dans certaines régions, cela conduit à une pénurie, plus particulièrement dans certaines zones rurales. En réaction, la profession et les pouvoirs publics ont été amenés à s'interroger sur les causes possibles que nous venons d'évoquer, mais aussi à apporter des solutions trop récentes pour être évaluées.

Des pays aux surfaces étendues, comme le Canada et les Etats-Unis, ont mené des recherches depuis le début des années 80 sur les facteurs influençant l'installation.

Le GRIS (groupe interdisciplinaire en santé) missionné par le Ministère de la Santé et des services sociaux Canadien a fait un état des lieux de la situation dans toutes les provinces Canadiennes et dans certains pays. Les principaux déterminants identifiés sont [7] :

- Avoir l'intention de devenir médecin de famille.
- Sexe masculin, surtout si l'on n'a pas de conjoint.
- Origine rurale du praticien et de son épouse, incluant une éducation rurale.
- Formation en milieu rural, c'est à dire avoir fait un stage en région éloignée.
- Facteurs d'ordres familiaux.
- Mesures financières (rôle secondaire).

Des critères d'installation ont été mis en évidence dans ces pays, et l'on bénéficie aussi aujourd'hui du recul nécessaire pour évaluer les propositions visant à inciter l'installation dans ces zones carencées. Peu d'études françaises se sont attachées à rechercher ces critères sur le territoire. Mais dans une enquête commandée par le Conseil National de l'Ordre, quelques facteurs ont été mis en évidence comme la proximité d'un hôpital, la connaissance de la localité (stage, remplacement) et le genre masculin. [5]

Plusieurs rapports français (Berlant, Sénat, Cour des Comptes) reprennent directement les données des enquêtes étrangères concernant les critères d'installation. Par ailleurs, les études françaises qui traitent ce sujet abordent peu les aspects qualitatifs des choix professionnels des jeunes praticiens. Afin de mettre en évidence leurs critères de choix, une enquête qualitative par entretiens semi structurés a été réalisée auprès de médecins généralistes ruraux installés et de quelques remplaçants. L'objectif était aussi de valider l'hypothèse, issue des travaux canadiens et américains, selon laquelle l'origine géographique joue un rôle essentiel pour être médecin en zone rurale. Pour conclure, nous souhaitons également confronter l'opinion des médecins sélectionnés à celle de la littérature étrangère concernant la place préminente des incitations financières en France.

I. METHODE

A. Critères d'inclusion

Cet échantillon est quasiment constitué à 50 % de chaque sexe. Par contre pour les dix cantons sélectionnés on retrouve moins de 30 % de praticiennes. (Annexe 1)

Une sélection a été effectuée de façon à dresser un portrait de la population médicale exerçant dans ces secteurs ruraux afin d'entendre leurs divers points de vue. Pour cela, nous avons souhaité mettre l'accent sur la jeune génération, vu les changements de comportements observés ainsi que la féminisation galopante de la profession. C'est également pour cela que l'on retrouve les jeunes installés en nombre dans notre étude, alors qu'actuellement l'installation a plutôt tendance à faire défaut dans ces cantons.

Afin d'obtenir un panel varié de la profession, ont été sélectionnés :

- Trois hommes travaillant en cabinet isolé et âgés de 41, 45 et 60 ans
- Un femme de 36 ans exerçant seule
- Trois femmes travaillant en cabinet de groupe âgées de 33 ,40 et 52 ans
- Trois hommes en cabinet de groupe âgés de 45, 49 et 51 ans
- Trois remplaçantes âgées de 30,34 et 35 ans
- Un remplaçant âgé de 30 ans

B. Sources

Dans un premier temps, nous avons cherché à déterminer les zones rurales du département de Loire-Atlantique. Grâce à un recoupement entre la carte des aires urbaines (Annexe 2) et celle des cantons de la Loire-Atlantique, nous avons pu définir les cantons ruraux suivants :

- | | |
|-------------|-----------------------------|
| - Legé | - Moisdon la Rivière |
| - Machecoul | - Saint Mars la Jaille |
| - Pornic | - Saint Julien de Vouvantes |
| - Paimbœuf | - Varades |
| - Blain | - Derval |
| - Nozay | - Guémené-Penfao |

Par l'intermédiaire de l'URCAM Pays de Loire, nous avons bénéficié de la liste des médecins exerçant exclusivement en médecine générale allopathique dans ces cantons. D'autres renseignements nous ont été également fournis tels que : nom, prénom, sexe, âge, date d'installation et adresse.

Grâce au concours du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, les praticiens sélectionnés ont reçu à leur cabinet un courrier les informant de notre étude et de notre prise de contact ultérieure.

C. Type d'enquête

Nous avons opté pour la réalisation d'une enquête par entretiens semi structurés et avons interrogé quatorze médecins généralistes allopathes dont neuf praticiens installés. Quatre remplaçants exerçant au moins ponctuellement dans ces secteurs ont également été sélectionnés. En effet ils constituent les médecins de demain et font donc partie des cibles de la politique de santé actuelle.

Les 19 médecins généralistes ont été contactés par téléphone après que l'on ait trouvé leur numéro dans les pages jaunes. A notre demande d'entretien, quatorze ont répondu favorablement, deux ont refusé, quatre n'ont pas pu être joints et ont donc été exclus pour être remplacés par d'autres praticiens de profil similaire.

Les entretiens se sont déroulés essentiellement au cabinet des praticiens, hormis un médecin interviewé à la faculté pour des raisons pratiques. Ils ont duré entre 35 minutes et 1h40 et ont ensuite été retranscrits intégralement en vue de l'analyse.

D. Le canevas d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en trois parties afin d'explorer les principales hypothèses de départ mais également pour laisser la porte ouverte à l'imprévu.

La première partie traite du passé, c'est-à-dire essentiellement du parcours, du projet d'installation, ainsi que des loisirs avant l'installation.

La seconde partie évoque la période actuelle avec les aides à l'installation et leurs loisirs.

La dernière aborde leur état d'esprit et leur vision de l'avenir.

Ce canevas a été soumis à la correction d'une sociologue de la Maison des Sciences de l'Homme de Nantes, qui a travaillé dans le champ des professions de santé, et du chef de clinique du Département de Médecine Générale Nantais puis testé auprès de deux médecins avant de débiter les enregistrements.

Il comprend essentiellement des questions ouvertes afin de laisser émerger les pensées spontanées du sujet. Des relances définies préalablement ont permis d'aborder la plupart des idées de départ.

E. Méthode d'analyse

Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot pour mot. Après plusieurs lectures successives, un découpage thématique a été effectué en tenant compte des hypothèses de départ et des thèmes se dégageant au cours des entretiens.

II. RESULTATS DES ENTRETIENS

A. Caractéristiques socio- familiales

1. Origine géographique

a. Médecins installés

Parmi les dix médecins installés, seuls deux sont issus du milieu rural mais aucun du département. L'un d'entre eux a résidé pendant les sept premières années de sa vie à la campagne avec son père agriculteur, quant au second, une partie de sa famille y vivait comme il nous l'explique. *«...né à la campagne, je suis petit-fils de paysans, petit-fils d'ouvrier, ah bah je suis né à la campagne avec les vaches, mon grand-père était agriculteur, j'ai passé ma jeunesse avec les tas de fumiers et les chevaux. Dans l'état d'esprit je suis de la campagne. Moi j'aime les fleurs, j'aime la rosée, j'aime les escargots, tu vois j'aime ... tu vois ça c'est ancré (n°6)»*

Les sept autres sont citadins, originaires des villes de Nantes ou Saint-Nazaire et Toulouse pour l'un d'entre eux.

b. Remplaçants

Concernant les jeunes médecins, trois d'entre eux viennent de zones urbaines (Nantes et la Région Parisienne). L'une est originaire du Congo et installée à Nantes depuis le début de ses études médicales. Aucun d'entre eux n'est issu du milieu rural mais l'une, n°12, y a résidé pendant 5 ans, et les grands-parents du n°14 sont agriculteurs. On peut donc raisonnablement penser que ces deux praticiens connaissent ce milieu.

2. Exercice préalable en milieu rural

a. Médecins installés

La période de remplacement fut l'occasion de pratiquer en secteur rural et pour une grande partie d'entre eux de le découvrir.

Originaire d'un milieu rural, n° 6 n'a pas hésité un instant sur son futur secteur d'exercice. « *Et j'ai fait quasiment tous mes remplacements à la campagne. Quand je suis arrivé à Nantes, j'habitais à Saint-Jean de Boiseau, c'était encore la campagne à l'époque, maintenant c'est quasiment la ville. J'ai remplacé à Port-Saint-Père, j'ai fait le tour de tous les médecins de campagne, spontanément je pense que je n'ai pas cherché à Nantes. J'ai été à Port-Saint-Père, j'ai été à Bouaye, j'ai été ... que de la campagne. Alors moi je pense qu'au départ, j'avais quand même un état d'esprit de campagnard.* » (n°6)

Nombreux sont ceux qui ont exercé au préalable dans le cabinet même où ils se sont installés plus tard, passant ainsi du statut de remplaçant à celui d'associé comme le déclare n°2.

« *Et puis j'ai ensuite fait sept années de remplacement, donc où je remplaçais Monsieur X, qui était mon futur associé, je l'ai remplacé pendant sept ans, avant de m'associer avec lui...* » (n°2)

Pour n° 4, la profession de son conjoint a immédiatement orienté son activité vers le secteur rural, celui-ci exerçant à Châteaubriant.

Quant aux n°3, 8 et 9, ils n'ont pas remplacé dans ce secteur avant de s'y installer sauf à l'essai avant de prendre la succession.

b. Remplaçants

Tous ont eu des expériences en secteur rural lors de remplacements c'est d'ailleurs pour cela qu'ils ont été sélectionnés. Pour n°14 cela a même débuté dès son stage chez le praticien.

3. Origines sociales

a. Médecins installés

Dans notre échantillon, seuls deux médecins sont originaires de familles médicales comme c'est le cas pour n°2 dont le père était pédiatre et de n°8 dont les « *grands-parents paternels et maternels étaient pharmaciens à Machecoul et à Nantes. Mon père était médecin, il était radiologue...* »

Les professions des parents des autres confrères sont assez variées mais avec une constante : aucun des chefs de famille n'exerce en tant qu'ouvrier ou employé.

b. Remplaçants

Parmi notre échantillon, seule la mère du n°13, infirmière est issue du milieu médical mais tous ont un de leur parent issu de classe supérieure : architecte, ingénieur, chef de cabine, entrepreneur dans le bâtiment ou général.

B. Critères influant l'installation

1. Rôle du conjoint

a. Médecins installés

Pour l'essentiel, le choix de la zone géographique d'installation est une décision commune où rentre en compte le lieu d'exercice du conjoint, c'est le cas de 1, 2, 4,5, 7. *« Mon mari étant déjà installé depuis très longtemps à Saint-Georges, je cherchais quand même pas trop loin, et puis on venait d'acheter une maison. Donc c'était un critère aussi. » (n°2)*

Dans d'autres cas, le couple travaillant ensemble, l'élaboration du projet se fait également de concert. *« Essentiel parce que je n'aurais pas pu m'installer, parce qu'elle m'accompagnait dans les remplacements pendant les deux ans et demi où nous avons remplacé, elle m'accompagnait puisqu'elle servait aussi de secrétaire ..., et la condition de l'installation était aussi qu'elle fasse fonction, comme les épouses des autres médecins, comme secrétaire. Donc c'était quelque chose qui était bien défini au départ qui sans son aval n'aurait pas pu se faire. » (n°7)*

Pour certains n°1 et 6, cette décision commune s'accompagne de l'arrêt de l'activité de la femme accompagnant son mari.

Plus rarement, mais pour la plus ancienne génération, on constate que l'installation masculine a prédominé. C'est le cas de n°8 et 9 : *« A l'époque ça se passait comme ça, peut être pas pour tout le monde, mais pour beaucoup parce que je vois bien quand même ma génération, c'était priorité à l'installation de « l'homme » et on voit après pour la femme. Honnêtement, ça change complètement, mais vraiment c'était priorité à toi je verrai après... » (n°8)*

« Elle était prête à suivre, elle était infirmière, hein, de formation, et elle a donc quitté son métier d'infirmière pourm'assister... pour faire la secrétaire, voilà. » (n°7)

« Du cabinet, oui et heureusement que je pouvais compter sur elle, et effectivement ... c'est ce qui m'a décidé aussi que je pouvais partir dans des endroits relativement isolés. Parce que j'avais mon épouse qui était compétente, euh, qui m'aidais, voilà. »(n°9)

b. Remplaçants

Au sein de ce groupe, deux sont mariés, et deux sont célibataires, mais tous s'accordent sur l'importance du choix commun du lieu de l'installation future.

« C'est plus par contre ... faut que femme et enfant, veuillent bien aussi, après ça dépend où on va s'installer mais ça c'est important aussi, y a aussi l'accord du conjoint » (n°14)

« Bah oui évidemment. Par rapport à la zone d'installation, à la ville, au mode de jours travaillés, à la distance par rapport au lieu d'habitation, tout ça si ça rentrerait en compte. » (n°11)

2. Liens socio-familiaux

a. Médecins installés

Dans les divers entretiens, les médecins abordent très peu les relations amicales ou familiales et en tout cas cela ne semble pas faire partie des priorités pour n°1, 2, 3, 5, 6, et 8. De plus ces liens, quand ils sont abordés, ne sont pas considérés comme majeurs dans le projet d'installation comme le dit n°7.

« La famille était pas ..., je voulais dans la mesure du possible m'installer en Loire-Atlantique ou en Vendée, mais les critères c'était la proximité familiale bien sûr, mais ce n'était pas forcément l'élément déterminant. »

Pour n° 4 ce n'est pas non plus un critère d'installation malgré l'importance des relations familiales.

« ...alors là on est très famille mais ce n'est pas vraiment ce qui rentre en ligne de compte, j'ai mon aîné qui est en Guadeloupe et la deuxième est à Mayotte alors ... non, non ce n'est pas à côté on s'organise. » (n°4)

Il en est de même pour n°9 dont la famille se trouve sur Toulouse.

« L'éloignement de la famille, même pas, non, non, je suis parti comme si j'étais parti sur une île déserte, j'avais tiré un trait sur le passé, et je ne fréquentais personne sur Toulouse, à part

ma famille, donc j'ai pas eu le cœur gros de partir en disant je quitte les copains etc....donc ça a pas été lourd du tout...» (n°9)

b. Remplaçants

Comme pour leurs aînés, on constate globalement que les liens sociaux et familiaux ne font pas partie des critères d'implantation.

« De toute façon mes parents sont sur Nantes, donc pas très loin de Nantes, ouais pas trop loin de la famille, mais encore ça de toute façon c'est rester dans le département donc je ne serais pas trop loin, donc ça pas de soucis. Après de toute façon les frères et sœurs sont déjà un peu éloignés donc ce n'est pas vraiment le critère essentiel.»(n°14)

« Non, non, heu..., on ne sait pas de quoi la vie est faite, à priori je m'installerai dans la région de... là où j'ai fais mes études, là où j'ai remplacé, parce qu'effectivement je connais le réseau de soins donc là c'est évidemment un petit peu plus facile. Et c'est vrai que depuis un petit bout de temps le réseau s'est développé. Mais après si la vie fait que je dois partir de cette région ça ne me freinera pas. » (n°12)

3. Paramètres financiers

a. Importance de l'investissement

(1) Médecins installés

La majorité des praticiens convient que les critères financiers sont un élément qu'ils ont pris en compte. Deux notions fondamentales ressortent ; l'importance de l'investissement initial perçu comme un frein pour certains et d'autre part, le besoin de rentabilité rapide. Pour n°4, le fait de ne pas avoir à apporter de mise de fond importante initiale semblait primordial.

« Moi à cet âge là je vais pas me lancer dans l'investissement d'une maison médicale, ça risque d'être dur ...et le fait qu'il n'y ait pas rachat de clientèle, il m'a rien demandé. Vous amenez votre sacoche et c'est tout.»(n°4)

Mais c'est aussi le cas pour n° 5 qui a intégré une structure (SCP) lui évitant une mise de fond importante et lui assurant des revenus initiaux convenables.

Pour deux médecins plus anciens, n° 6 et 8, l'investissement initial de l'époque semblait également être suffisamment important pour jouer un rôle.

« Et, ça ne s'était pas fait, pour deux raisons, parce que ça, on en n'a pas parlé, mais c'est important les exigences financières du type à qui donc je devais reprendre la clientèle, et cette pression, de « vous rachetez ma clientèle, vous prenez ma maison et le packaging complet », et là financièrement je ne voulais pas. »(n°8)

Pour n° 3, il ne s'en cache pas, il a très bien étudié les différents paramètres économiques, du prix demandé pour une association à l'achat de son matériel.

« J'ai remplacé un médecin de ville et puis il m'a proposé une association, sauf qu'il me proposait une association en me demandant de racheter les parts de son cabinet de l'ordre de 15 000€, ce qui était un peu élevé me semblait-il dans la mesure où à l'époque déjà on ne payait plus une clientèle. »(n°3)

« J'ai tout simplement racheté le matériel qui était quasi neuf. Et elle, elle voulait s'en débarrasser. Donc j'ai été quand même honnête « vous l'avez acheté combien ? Bon bah très bien il est amorti à combien ? »Donc j'ai fait le calcul de l'amortissement et du prix d'achat.» (n°3)

(2) Remplaçants

C'est probablement plus dur à évoquer pour les remplaçants qui n'ont pas entamé ce type de démarches. Les propos du n°13 traduisent bien, que comme les autres, l'installation et les critères financiers sont bien loin pour l'instant.

« Parce que j'ai actuellement aucune notion de ce que coûte une installation, je n'ai pas commencé à me renseigner parce que suis pas thésée et que j'ai largement le temps de voir venir les choses. »

b. Rôle modeste des paramètres financiers

(3) Médecins installés

Pour deux d'entre eux, l'argent n'est pas considéré comme déterminant notamment pour n°1 qui ne l'évoque même pas au cours de l'entretien. C'est également le cas du n°7 qui déclare : *« j'étais très jeune, je me suis installé très jeune, donc l'argent n'était pas du tout un*

critère, j'avoue qu' à l'époque, cette dimension financière était quand même un petit peu mal connue, ...Et puis c'était pas du tout notre préoccupation, on avait envie d'exercer et puis c'est tout. »(n°7)

N° 5 ne semblait quant à elle pas rebutée par l'importance potentielle de l'investissement financier d'une création.

« Et c'était un élément déterminant d'avoir un investissement financier dès le début ?

*-Non, parce que on s'était même posé la question avec ma copine de créer quelque chose... »
(n°5)*

Partageant souvent un point de vue différent des autres, et représentant la vieille génération, n°9 ne semble pas avoir attaché une grande importance à l'aspect financier initial.

« Alors, ce qu'un médecin pense d'abord, est ce que je vais avoir un prêt pour m'installer ? Il peut toujours créer sa clientèle. Moi je ne pense pas que ce soit un critère...Maintenant y a beaucoup de municipalités qui font venir des médecins et qui prêtent même les locaux. Donc pour moi, le critère financier, ...ça s'est réglé facilement, mais ça n'aurait pas été un critère pour mon installation. Je me suis jamais posé la question »

(4) Remplaçants

Pour n°11 et 12, le coût engendré par une installation ne semble pas entamer leur détermination, l'essentiel n'étant pas là d'après elles.

«..., si je m'installe ce sera vraiment par choix de pratique donc à ce moment là je m'arrangerai pour faire en sorte de m'installer, et ce ne sera pas ça qui m'arrêtera. Sinon, je ne resterai pas remplaçante 10 ans, en me disant que je ne vais pas investir dans une installation. Ce n'est pas ça qui va jouer. »

4. Organisation du réseau de soin dans le secteur

a. Proximité d'un hôpital

(1) Médecins installés

Les médecins interrogés sont quasiment unanimes lorsqu'on les interroge sur la nécessaire proximité d'un hôpital. Aucun d'entre eux, ne considère cela comme un critère, comme nous pouvons l'illustrer avec deux générations différentes via n°5 et 9.

« -C'est entré en compte aussi ou pas ?

-Ah non, je n'y ai pas pensé là. Pas du tout. » (n°5)

« Non, je n'avais pas réfléchi au début, non, non, même je n'avais pas de carnet de correspondance, je ne disais pas oh dès qu'il y a de la tension il faut adresser au cardiologue, un bouton sur la peau il faut vite le dermato, à l'époque ça n'existait pas. Donc ce n'était pas un problème qu'il y ait un hôpital proche ou pas, je n'avais pas étudié ça en m'insérant ici. » (n°9)

Pour n°6, c'est plus nuancé. S'apercevant que la médecine évolue il remarque l'intérêt grandissant de la ville pour l'accès aux soins.

« Ce que je n'ai pas calculé, c'est la proximité des médecins spécialistes et l'hôpital... Comme j'avais toujours remplacé en campagne, donc en gros moi être à 40 km d'un CHU ça ne me posais pas d'angoisse particulière. ...Je savais me débrouiller, j'avais fait des plâtres, je savais faire des sutures, j'avais fait des accouchements au SAMU, donc je me disais CHU c'est Alors qu'aujourd'hui c'est énorme la proximité de la ville pour l'accès aux soins. » (n°6)

(2) Remplaçants

Sur ce thème les avis sont partagés : n° 12 et 13 déclarent ne pas en tenir compte, tandis que les deux autres semblent y être attachés.

« Bah hôpital local c'est plutôt au niveau, non c'est plutôt un bon réseau de soin avec kiné, infirmières, spécialistes et tout ça. Après effectivement quand tu es loin d'un SAMU ça peut effectivement poser problème, pour aller à Nozay le SAMU en partant du CHU il met au moins une demi-heure, il peut se passer beaucoup de choses. Mais effectivement non l'hôpital

ce n'est pas forcément ma priorité quoique pour certains services tel que les urgences pédiatriques ou un service d'urgence en général, ça peut être utile.»(n°13)

« Maintenant je gère plus facilement, mais en tous les cas, je pense que pour ce qui est de l'installation, je pense que ça c'est assez important de ... un pôle hospitalier pas trop loin et d'une taille suffisamment intéressante ». (n°11)

« Ah ouais, ça joue ouais, en tout cas sur Nantes niveau spécialités, cliniques c'est quand même pas mal fourni donc du coup c'est plus facile pour orienter les patients et avoir des avis spécialisés, passer le relais. Donc ça c'est un critère oui, pas loin d'une grande ville qu'il y ait un hôpital et une clinique, c'est vrai que ça facilite un peu plus... » (n°14)

b. Réalisation de gardes

(1) Médecins installés

Peu de nos interlocuteurs évoquent un éventuel rôle joué par les gardes dans leur décision. Pour l'une, n°4, cela n'a en rien influencé sa décision. Elle considère d'ailleurs que cela fait partie du travail de médecin et souligne que c'est moins prenant qu'avant.

« J'ai toujours eu l'habitude dans les trois-quatre cabinets médicaux où j'étais de faire des gardes de toute façon donc... »

Pour n° 2 les gardes ont été l'occasion de compromis fixés dès le début de l'association pour des raisons de distances entre domicile et cabinet.

« Alors j'ai juste oublié quelque chose de très important pour les gardes, nous sommes associées avec Monsieur X et Monsieur Y, y avait juste une condition qui n'était ni financière, ni autre, c'était les gardes. Les gardes de semaine on n'en fait pas. On s'arrange autrement »

Pour n° 5, jeune installée, les gardes n'ont en aucun cas été un frein, mais se conçoivent naturellement en CAPS.

« Je ne sais pas moi j'ai toujours connu ce système. J'ai toujours remplacé sur le système de garde, quand je remplaçais au fin-fond de la Vendée. J'avais toujours connu le système des CAPS, donc je crois que je me posais même pas la question que ça pouvait être différent...» (n°5)

(2) Remplaçants :

Pour les jeunes remplaçants qui étaient habitués à en réaliser il ya peu à l'hôpital, cela ne semble pas vraiment entrer en ligne de compte à condition qu'elles soient raisonnables en nombre. Gardons cependant à l'esprit que n°11 et 14 souhaitent être à proximité d'un centre hospitalier.

On peut également noter ce que souligne n°12 qui correspond à une certaine vision commune de l'organisation du système de garde des remplaçants et jeunes installés.

« ...De toute façon des gardes individuelles..., dans les deux régions où j'ai remplacé. Ça n'existe ..., j'en vois plus. Bon après je pense qu'il y a des régions où ça fonctionne encore comme ça, effectivement oui un réseau bien organisé pour le système de garde, c'est pas mal. »

5. Regroupement

a. Médecins installés

(1) Pas d'exercice solitaire

L'exercice solitaire semble parfois difficile à la suite d'études où le travail s'effectue constamment en équipe. C'est en tout cas ce qui a motivé n° 8 à créer un cabinet de groupe.

« Un des trucs qui me fait le plus souffrir, c'est l'exercice solitaire de la médecine, j'avais fait quatre ans d'internat, j'avais passé mon temps à être en équipe avec d'autres médecins avec des infirmières, comme c'est à l'hôpital. Comme ce que vous connaissez et vous connaissez quasiment que ça, j'étais vraiment malheureux de ça, et un des trucs qui aurait pu me faire dévisser ma plaque quand j'en avais trop gros sur la patate, c'est ça. »

Pour n° 5, jeune installée on comprend bien que l'exercice solitaire n'était pas souhaité, de même pour n°7.

« C'était un cabinet de groupe, c'était une SCP, c'était un milieu rural voilà ça correspondait à ce que je cherchais. »

(2) Nouvelle organisation possible

Le regroupement comme le déclarent principalement les femmes, permet de pouvoir travailler à temps partiel sur un même poste et de permettre ainsi d'avoir du temps libre.

«...je dis bah ouais, moi j'avais dans le projet de m'installer je n'avais pas de date ni de lieu exact..., donc bon et je lui ai dit bah moi je veux m'installer à mi-temps parce que je ne veux pas m'installer à plein-temps et j'ai une copine qui serait d'accord pour faire l'autre mi-temps avec moi. »(n°5)

(3) Lieu d'échanges

Seul n° 5 et 2 expriment clairement la possibilité d'échanges qu'offre un cabinet de groupe.

« Ouais, bah parce que c'est super agréable, et puis quand y a un truc que je ne sais pas, bah je demande à mon collègue, ben ouais, ou on a fait un ECG tu peux regarder pour être sur. Bah voilà, c'est hyper agréable. Quand on est tout seul on est tout seul quoi. » (n°5)

« Ca comptait une association, je voulais pas m'installer toute seule, c'était un point primordial pour moi, mais une association avec d'autres médecins pas des kinés ou infirmières. Une association où au niveau professionnel il y ait des échanges. » (n°2)

(4) Incompatibilité possible

C'est suffisamment rare pour le souligner, n°9, en raison de problèmes relationnels ne préfère pas exercer en cabinet de groupe. A cela se rajoute l'image peu flatteuse qu'il a de ce type de relations.

« Mais non, parce que Je vous dis je ne suis pas agoraphobe mais presque ... hein, je veux dire j'aime bien l'indépendance. Mais s'associer, j'ai des exemples de confrères qui se sont associés et puis c'est pratiquement un mariage et puis si y a un problème avec les femmes ou autres et puis c'est le divorce ils se séparent et se quittent et puis ça se passe toujours mal...» (n°9)

«...J'étais assez individualiste il faut dire, assez indépendant, hein. J'ai fais mes études, j'ai pas travaillé en groupe avec des copains tout ça, j'ai toujours travaillé tout seul, donc je suis assez individualiste de caractère.»(n°9)

b. Remplaçants

L'installation en cabinet de groupe fait l'unanimité, aucun n'envisage d'exercer seul. Le souci de l'organisation du temps de travail, le besoin de sécurité ou la dynamique de formation et d'échanges sont les facteurs évoqués comme influençant cette décision.

« Ah ça oui, c'est primordial. Donc déjà ça veut dire par là que je n'envisage pas du tout de m'installer de manière isolée, ça, ça me paraît une évidence, mais je ne me vois pas du tout reprendre un cabinet où le médecin exerçait seul ou créer un cabinet, ça c'est exclu heu.. C'est vrai que ce sera au minimum deux voire trois médecins. Même plus de trois médecins. Et le contact avec mes collaborateurs sera primordial quoi. » (n°12)

« Y a la ... ce qui est proscrit c'est l'installation toute seule, ça c'est hors ... et de préférence plus que deux plutôt trois, parce qu'à trois on peut partir à un sans trouver de remplaçant si on en trouve pas qu'à deux ça paraît plus difficile. Donc trois plus que deux, heu. » (n°11)

« Ce sera nécessairement dans un cabinet de groupe, parce que effectivement dans un cabinet de groupe, tu peux te permettre si bien sûr tu as de bonnes relations avec les associés d'avoir des horaires plus flexibles, et effectivement vu la situation actuelle où c'est un peu galère de trouver des remplaçants sur certaines périodes, tu peux toujours te permettre de partir sans remplaçant et les collègues assurent la suite, et si tu as un souci que tu veux poser un après midi, tu demandes un service à tes collègues, et tu laisses pas tes patients derrière toi dans la panade parce que y a personne qui prend le relais. »(n°13)

6. Relations entre associés

a. Médecins installés

Là encore, on note la distinction entre praticiens exerçant seuls ou en groupe. Pour une grande partie des médecins, ces relations sont qualifiées de primordiales, et on constate donc la nécessité d'un exercice commun préalable afin d'évaluer les compatibilités.

« C'est quand même important de s'entendre avec les gens, je dirais qu'avec mon associé je ne suis pas toujours d'accord mais on se connaît tellement bien que je peux lui dire...Y a des

choses où on a du mal à se mettre d'accord, mais bon moi dans ce cas là je fais référence à l'ancienneté, avoir un certain respect des gens ... c'est important. Et voilà le problème c'est qu'à voir les autres collègues y aurait pas du tout ce genre de référence. On aurait des positions de force, des querelles bizarres, des caractères particuliers. Faut s'entendre donc c'est pas possible, et c'est quelque chose qui se nourrit donc c'est pas parce qu'on construit une maison, qu'on arrive avec notre sacoche. Il y a des gens avec qui vous ne pouvez pas vous entendre, je ne sais pas pourquoi, mais c'est quand même...ça se nourrit une association » 4

L'état d'esprit des médecins et le mode d'organisation est primordial pour n°5.

« -Mais vous ne connaissiez pas particulièrement les médecins ?

-Non aucun.

-C'est une SCP ici, alors déjà y a pas beaucoup de cabinets qui sont comme ça et moi je cherchais ça. C'est-à-dire qu'on met tous les fonds en commun et on partage et du coup je me disais si les gars ils sont déjà là-dedans c'est quand même un certain état d'esprit, on n'est pas chacun pour ses patients et je me disais c'est forcément des gens qui ont un esprit ouvert. Donc voilà, je n'ai pas eu plus peur que ça. »

Les propos du n°2 traduisent bien l'importance accordée aux relations avec les confrères, et l'expérience qu'apportent les remplacements dans la conception des attentes professionnelles et personnelles.

«...Donc je suis venue parce que je m'entendais bien avec ces deux médecins, ce qui était ... moi j'étais prête à faire 40 km pour venir travailler dans de bonnes conditions. »

« ça m'avait bien aidé aussi de voir comment je voulais travailler et comment je voulais pas, justement je voulais qu'il y ait quelqu'un ... une moitié en fait, qui voit un peu la médecine comme moi, le travail comme moi, la vie de famille »

« -C'est plus aussi la rencontre avec eux, je sais pas du tout comment ça évoluera quand ils partiront. Je viendrai peut être en traînant les pieds. »

« -Mais je sais que les associations c'est quand même quelque chose de difficile à réussir et que j'ai remplacé aussi dans d'autres cabinets associatifs, et c'est rare que les médecins s'entendent bien. Et que une association où les gens ne s'entendent pas bien, ça donne des conditions de travail très difficiles et ça je crois que ça a pas de prix en fait. »

N°8 souligne également les différentes concessions nécessaires entre générations pour le bon fonctionnement.

« Il faut que dans cette association ; On va rarement avoir des médecins du même âge, on va avoir une répartition d'âges. Des gars qui vont être un peu plus âgés et des jeunes. Faut que les jeunes soient capables, c'est de la psychologie, mais voient un peu le fonctionnement des vieux, et que les vieux passent pas leur temps à dire de mon temps c'était comme ça »

b. Remplaçants

La moitié des remplaçants semble avoir songé à ce paramètre qu'ils jugent primordial.

« Bah déjà je pense, heu ..., une première chose qui me vient c'est ... dans le cabinet dans lequel je vais m'associer si je m'associe ... ce sera donc déjà les conditions de travail avec mes collaborateurs,.. » n°12

«...par contre ce qui pourrait être indispensable, à mon avis, quand tu rachètes une clientèle, c'est de remplacer et de remplacer longtemps, pour savoir exactement où tu mets les pieds. Parce que là actuellement je remplace chez quelqu'un qui m'a dit si j'avais su je n'aurais jamais racheté la clientèle. » n° 13

7. Qualité de vie

La place de la qualité de vie entre en compte pour la quasi-totalité des praticiens et amène quelques regrets pour celui qui ne s'en est pas occupé préalablement comme c'est le cas de n°1. Les thèmes revenant le plus souvent sont liés au temps passé en transport, aux infrastructures locales et aux loisirs. Nos différents interlocuteurs évoquent donc leur lieu d'installation également en fonction de ces critères.

a. Temps de trajet domicile-cabinet

(1) Médecins installés

Le temps de trajet est une préoccupation importante d'autant que peu d'entre eux résident dans leur ville d'exercice. Pour certains, une faible distance permet de disposer de plus de temps chez soi et avec sa famille.

« Avant j’habitais Vieillevigne et quand j’ai pris la décision de m’installer ici heu... ça faisait vingt minutes de route et je m’étais dit je ne veux pas vingt minutes de route quoi. Donc on a déménagé... » (n°5)

« Moi quand je mets la clef dans la porte de ma maison, et que je mets la clef dans la porte de mon cabinet, il s’est écoulé 45 secondes. Alors que d’autres c’est 45 minutes. Je viens en vélo le matin, quand ma femme vient et qu’elle a besoin de la voiture, je viens en vélo. » (n°6)

Pour d’autres, cela offre la liberté de pouvoir vivre à Nantes ou Angers, et d’exercer en milieu rural.

«...me taper des embouteillages, moi c’est génial je suis à contre-courant de tout le monde. Le matin je fais Sud, enfin on va dire Nord de Nantes vers.... Et moi je vais vers l’extérieur vers Rennes, et le soir quand ils rentrent tous vers Rennes moi je vais vers Nantes. Je n’ai jamais un embouteillage, je mets toujours le même temps à la seconde près pour aller à mon travail. » (n°3)

«Puis quarante kilomètres, bah ça permet de décompresser dans la voiture en écoutant la musique j’arrive zen à la maison.» (n°2)

«C’est qu’on trouverait bien des gens pour venir sur le même mode que moi, c’est à dire habiter Angers ou Nantes et venir travailler à...Mais à plein temps c’est beaucoup plus difficile. C’est vrai que c’est jouable puisque je travaille que trois jours, mais après sur quatre jours et demi...Au niveau qualité de vie...» (n° 2)

Une vision un peu plus ancienne de l’organisation du travail comme celle du n°9, consiste à gagner du temps en travaillant directement à domicile.

« Donc pour moi c’était un avantage non négligeable, parce que je savais qu’à l’époque, à la campagne, quand on s’installait, il fallait être disponible 24h sur 24. J’étais prévenu, je me posais pas la question, j’avais lu pas mal de bouquins, de la littérature du passé, les médecins à la campagne c’était comme ça, c’était dans les mœurs, fallait qu’ils soient disponibles. Bon j’étais venu pour travailler, ça ne me posais pas de problème d’être disponible...A l’époque, alors que ce serait maintenant, je résonnerais sûrement différemment. Voilà. » (n°9)

« C’est ça aussi être un médecin de campagne, ce n’est pas fermer la porte à clef à six heures du soir et dire la médecine n’existe plus pour moi. Ce n’est pas possible, donc là il faut avoir cet esprit, être quand même disponible. Même actuellement, je pense. » (n°9)

(2) Remplaçants

De façon identique à leurs aînés, on retrouve cette préoccupation du temps de trajet. Ils l'estiment raisonnable lorsqu'il est compris entre 20 et 30 minutes, même si les remplaçants acceptent d'augmenter un peu cette durée.

« -Le temps de trajet c'est trois quart d'heure tous les jours.

-Ça ne t'effraie pas du tout ça ?

-Bah pour l'instant non, mais après c'est vrai qu'à long terme, soit je me rapprocherai soit j'essaierai de trouver une activité plus près de Nantes. Pour l'instant c'est le début donc ça va.» (n°14)

« -Un peu de route ça peut être ...

-Un peu de route ça peut être jusqu'à vingt minutes quoi, faut que ce soit raisonnable parce qu'après au-delà d'une demi heure c'est quand même lassant je pense à la fin.» (n°14)

« Bah, si, quand même, il y a une limite de trajet, qui rentre quand même en compte, je me dis, allez vingt, vingt cinq minutes autour de Nantes, je veux bien aller remplacer à vingt, vingt cinq minutes pour pouvoir être rentré chez moi le soir. Ce qui n'est pas possible avec Saint-Gilles, et ce qui rend du coup le remplacement plus difficile à la longue...» (n°11)

b. Infrastructures locales

(1) Médecins installés

Parmi notre échantillon se trouvent des médecins domiciliés en zone urbaine ou à la campagne. Ce thème ne concerne évidemment que ceux installés en secteur rural, et il ressort que la proximité des structures scolaires et autres services à l'enfance sont étudiés avant l'installation.

« J'avais téléphoné à X, qui à l'époque était chirurgien à Ancenis, que mon père connaissait, et je m'étais juste renseigné pour les écoles, tu vois, j'avais dit « y a un lycée » il me dit « ouais, ouais y a un lycée public jusqu'à la terminale et puis y a une école privée, tu vas jusqu'à la terminale c'est bien » et puis à l'époque l'hôpital d'Ancenis, il était bah ce que tu connais maintenant. Y avait un service de Chirurgie, y avait un service d'Orthopédie, c'était l'hôpital que tu connais maintenant.» (n°8)

« Si, si, y avait le lycée, ça par contre ça comptait, l'école primaire et le lycée oui, ça je pense que ça a compté. » (n°6)

Selon n°2, qui réside en ville, les plus jeunes tiennent davantage compte de ces facteurs.

«..., mais comme la majorité de ceux qui sortent sont des femmes, je crois que vous prenez quand même la qualité de vie, et la proximité des services pour les enfants, que ce soit les collèges, les lycées, les loisirs ... » (n°2)

(2) Remplaçants

Au sein de l'échantillon, les deux médecins vivant en couple font part de leur intérêt vis-à-vis des structures de la petite enfance ainsi que des écoles. Il est vrai que n°13, qui a déjà investi dans l'achat d'une maison s'est posée ces questions à l'époque et qu'elle considère donc que ces questions ne concernent pas sa future installation.

« Du coup les différentes commodités de la commune dans laquelle tu vas t'installer ça compte ou pas ?

Ah carrément c'est ce dont on parlait tout à l'heure, évidemment que ça compte et il faut qu'on ait des structures adaptées pour garder les gosses, des crèches des... (n°14)

« Ne serait-ce pas un des critères majeur d'installation ?

Bah non parce que ça on rejoint ce qu'on disait tout à l'heure. Ça c'est des choses auxquelles on s'est intéressé avant d'acheter, on s'est assuré qu'il y avait une école, on nous a dit qu'il y avait pas mal de nounous dans le coin, mais effectivement ça dépend plus du mode de vie actuel que d'une installation future. » (n°13)

c. Loisirs et temps libre

(1) Médecins installés

Pour trois d'entre eux, les loisirs ont également conditionné les lieux d'installation notamment en raison de la distance par rapport à la mer comme ce fut le cas des n° 7 et 8 amateurs de voile.

« Je voulais être en campagne, mais pas loin de la mer. Je suis à dix kilomètres de la mer parce que ça fait partie de mes hobbies. Mais je ne voulais pas faire une activité médicale balnéaire. » (n°7)

« Moi à l'époque j'aimais bien la côte, j'aime bien toujours hein mais bon, donc je m'étais dit je vais m'installer sur la côte, donc j'ai regardé Saint-Brévin, Pornic, Sainte-Marie sur Mer, enfin tu vois, j'aime bien faire du bateau, donc je m'étais dit tu vas t'installer sur la côte, t'auras une maison principale qui fait maison secondaire, tu feras du bateau hein, voilà quoi ...» (n°8)

Une nouvelle fois, n°9, le plus ancien de notre échantillon se démarque, cette fois en raison de l'imbrication du travail au sein de ses loisirs.

« Je n'ai pas beaucoup de loisirs à part le jardin la télé très peu, je lis beaucoup, les hebdomadaires les quotidiens, je lis énormément. Mais bon avec le temps je m'organise, par exemple sur Nantes, je me suis inscrit j'assiste à des concerts une à deux fois par mois. Mais mes sorties ça se résume, les laboratoires les RCP comme disent..., donc les soirées où il y a des intervenants spécialistes, on traite d'un sujet et ça se termine par le restaurant. Donc je fais partie de la FMC, voilà mes loisirs c'est la FMC, les repas avec les laboratoires, les week-ends avec les laboratoires aussi parfois, et puis une semaine de temps en temps. Ah si et puis les week-ends je n'hésite pas à prendre la voiture, comme par exemple j'ai une fille à Lyon, je prends la voiture je fais l'aller-retour à Lyon. »

On peut également noter que parmi les plus jeunes installés, le temps libre revêt une grande importance, engendrant parfois des doutes sur l'installation et des modifications dans l'organisation du travail.

« La liberté, le temps libre aussi, l'organisation familiale qui se balançait bien avec le... ah oui c'est vraiment la liberté.» (n°4)

« Et en fait tu penses avoir plus de temps en travaillant en libéral, au début c'est vrai quand tu es remplaçant tu as plus de temps avec tes enfants, et après je te promets une chose, tu t'installes en campagne, dans cinq ans tu fais treize heures par jour. Si tu veux être disponible ...Alors moi j'ai mis des butés tout de suite, moi je travaille jamais le samedi jamais le dimanche c'est une règle.»(n°3)

(2) Remplaçants

Concernant les loisirs, même en tant que remplaçants le temps est parfois bien occupé.

« J'en ai pas énormément de temps libre parce que là en ce moment je remplace pas mal, mais le peu de temps libre que j'ai, soit c'est pour faire de l'administratif, par exemple

compta un peu forcément et puis...bah sinon c'est profiter de la vie de famille, et aussi bah travailler un peu ma thèse, qui est un facteur essentiel pour l'installation aussi. » (n°14)

« Donc tu disais que tu as le temps de faire moins de choses que pendant tes études mais là tu as toujours des loisirs ?

-Pas du tout, parce qu'effectivement vu l'activité qu'on a dans certains cabinets aujourd'hui, bah aux horaires où on quitte le boulot, bah y a plus ... je faisais du karaté avant, j'ai jamais fini à vingt heures ou vingt heures trente, donc je peux jamais être à l'heure aux cours. Là je suis sur un remplacement un peu galère, je rentre chez moi il est vingt deux heures le soir, j'ai pas forcément envie d'aller faire mille mètres en natation et puis...mais c'est vrai qu'actuellement y a trop de boulot donc on rentre il est trop tard, donc nécessairement bah y a plein de trucs que je fais plus, parce que je peux pas ... par contre effectivement y a pas que du négatif, le week-end je fais du jardinage. Donc je découvre et sincèrement c'est sympa. Ne serait-ce que les FMC bah je n'ai pas le temps d'y aller.» (n°13)

On note, que tous vivent sur Nantes actuellement et qu'aucun ne semble pour l'instant avoir de loisirs nécessitant un secteur géographique particulier.

« Bah en fait je...je me promène pas mal, je vois pas mal d'amis en fait, voilà je me promène voir des amis à droite à gauche, je papote, je vais à des concerts au cinéma, ce sont des activités très urbaines, mais à côté de ça dès que j'ai la possibilité, je vais me promener à l'extérieur quoi. Sinon des associations heu... si c'est vrai que j'ai la FMC donc ça effectivement qui peut se faire aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Culturelles non pas spécialement. » (n°12)

d. Séparation vie professionnelle et personnelle

(1) Médecins installés

Pour les plus anciens de nos confrères, on peut constater qu'ils résident dans la commune de leur exercice sans doute pour des raisons d'organisations, notamment des gardes. Toutefois, même pour eux, il apparaît que mettre un peu de distance entre son domicile et le cabinet semble intéressant pour le respect de la vie privée.

Nous l'avons déjà évoqué plus haut, la conception du n°9, évoquant sa disponibilité 24h sur 24 laisse peu de place au temps libre, et surtout au respect de la vie privée. On peut cependant noter que la phrase *«Alors que ce serait maintenant, je raisonnerais sûrement différemment.»*, semble traduire le cheminement effectué. Même si sa conception semble bien loin de celle des jeunes médecins.

« C'est ça aussi être un médecin de campagne, ce n'est pas fermer la porte à clef à six heures du soir et dire la médecine n'existe plus pour moi, ce n'est pas possible, donc là il faut avoir cet esprit, être quand même disponible. Même actuellement, je pense.» (n°9)

« Donc pour moi c'était un avantage non négligeable, parce que je savais qu'à l'époque, à la campagne, quand on s'installait, il fallait être disponible vingt quatre heures sur vingt quatre et j'étais prévenu, je me posais pas la question.» (n°9)

Pour le reste, tous évoquent diverses expériences liées à cette proximité et prônent une distance respectable entre domicile et cabinet.

« Pendant les deux trois premières années, je n'allais pas chercher le pain je n'allais pas chez Leclerc hein, parce que je tombais toujours sur un péquin qui me disait toujours je n'ai pas reçu mon courrier, mes analyses de sang ...» (n°2)

« C'est peut être un truc qui va te surprendre, je suis peut-être le premier à te dire ça, j'ai réalisé que pour que ça se passe bien, c'est moi hein mais ma femme à la même opinion que moi, qu'il fallait cloisonner, donc je n'ai aucun investissement dans la commune..., aucun investissement en terme de vie associative, de sport, de vie communale « politique » ce que je veux dire par-là, la mairie, conseil municipal, ou des commissions X ou Y...» (n°8)

«...Mais ce n'est pas possible, tu ne peux pas être dans l'amitié et en plus avoir un lien d'amitié fort, avec des gens que tu soignes. Ça te revient obligatoirement un jour ou l'autre en pleine figure. Parce que la personne qui est en face de toi, elle ne fait pas la différence entre l'ami et le médecin, c'est toujours le médecin t'es toujours le médecin, et si t'amènes tes gamins au sport, t'est toujours le médecin. Et tu t'en sors pas, soit tu supportes, et je crois que c'était l'image de la génération avant moi. En tout cas quand j'ai senti que ça allait m'arriver sur les épaules, j'ai tout fait pour sortir de ça. Et là tu vois, la maison tout le mur, c'est interdiction de pénétrer là. Et ça je peux te dire que c'est très très fort. Donc nous

comment on s'en est sorti, on s'en est sorti en cloisonnant, la vie professionnelle est là, là c'est la vie familiale ça ne nous appartient qu'à nous. » (n°8)

« Par contre règle numéro 1 si tu dois t'installer, n'habites jamais dans la ville où tu t'installes. Jamais. Parce que j'habitais un peu à X, mais quand à quatre heures du matin on te réveille parce que le petit dernier à trente huit de fièvre, ou que quand t'es en train de faire un barbecue dans ton jardin avec tes parents qui sont venus, y a la nana qui vient te montrer ses derniers examens complémentaires et qu'il faudrait que tu la traites parce qu'il y a une infection. Bah tu lui expliques que tu es en train de manger avec tes parents, non, non, ce n'est pas grave...tu auras toujours un lot de cons et cela comprendront pas où commence le travail et où commence la vie privée.» (n°3)

(2) Remplaçants

Lorsqu'on évoque le sujet auprès des remplaçants, tous indiquent également leur intention de créer une distance suffisante entre ces deux lieux de façon à préserver leur intimité.

« Alors si je devais exercer dans une ville rurale ou semi-rurale, je ne résiderais pas sur le lieu même, alors c'est vrai que pour en avoir discuté avec des médecins qui étaient quand même en milieu rural, c'est quand même beaucoup de contraintes, je pense que les gens mélangent un peu trop la vie du médecin avec la vie privé, c'est un peu...donc c'est pas mal de contraintes quand même. Donc moi je pense que je choisirais à distance quand même quitte à faire un peu de route mais tant pis. » (n°14)

« Parce que je n'ai pas envie en allant faire mon marché de croiser mes patients, parce que j'ai envie de bien dissocier ma vie professionnelle et ma vie privée donc non, croiser Monsieur X que j'ai vu l'avant-veille alors que je suis en train d'acheter une salade, je n'ai pas franchement envie. Et je n'ai pas envie de donner la possibilité aux patients de m'envahir, donc non je ne veux pas m'installer là où je vis. Je veux pas mélanger, et je n'ai pas envie quand je quitte le boulot, d'avoir l'impression d'y être encore parce que je croise mes patients à tous les coins de rue. » (n°13)

8. Opportunités d'installation

a. Médecins installés

Les entretiens des n°1, 2, 4, 5 révèlent que c'est à la suite de la proposition de collègues ou de médecins remplacés que l'installation est réalisée, sans forcément avoir été envisagée au préalable.

« Alors en fait je ne cherchais pas spécialement à m'associer ..., et quand Monsieur Y m'a proposé une association. » (n° 2)

«...J'avais pris la garde de, Rocheservière c'est juste à coté...avec un des médecins d'ici et puis j'ai eu un problème pendant la garde et je l'ai appelé..., et il m'a dit bah vient et on va discuter parce qu'on ne se connaît pas du tout. Et il me dit bah nous, on a une collègue qui va s'en aller on cherche quelqu'un pour s'installer. Et heu...je dis bah ouais, moi j'avais dans le projet de m'installer je n'avais pas de date ni de lieu exact, je savais qu'il fallait que ce soit dans le secteur.» (n°5)

Pour n° 3 et 8 c'est le bouche à oreille via des confrères qui leur a permis de trouver leur cabinet. De même pour n°6 mais par le biais d'une représentante médicale.

b. Remplaçants

Par définition les remplaçants ne sont pas installés, mais on peut tout de même noter la fréquence des propositions spontanées de reprise d'activités.

« Ça je vous avoue que je m'y suis pas penché, parce que pour l'instant j'ai plus refusé ...enfin pas refusé, dans tout les cas j'ai écouté sans donner suite aux propositions d'installations, que chercher à m'installer en bénéficiant d'aide de la mairie. C'est vrai que ça peut être intéressant, mais je m'y suis pas faite.»(n°11)

C. Connaissances et points de vue des enquêtés sur les aides à l'installation

1. Aides structurelles évoquées par les médecins

a. Médecins installés

Lorsque l'on aborde les aides, on remarque surtout l'ignorance de la plupart des praticiens.. Un seul médecin est très bien renseigné tandis que pour les anciens, les incitations n'existaient pas.

La plupart des jeunes installés ne semblent pas avoir pris le temps de faire des recherches. L'intégration dans un cabinet déjà créé, et l'absence de rachat de clientèle semble avoir suffi.

« Y a pas eu d'aides, de structures pour des conseils ou des choses comme ça ?

Non, bah on fait les papiers là, y avait un comptable, ici y a un comptable au cabinet médical donc c'est avec lui qu'on a fait les papiers. Dans le projet, bah ils étaient déjà installés depuis plusieurs années, après y a pas eu de création de locaux, on n'a rien changé en fait, on est arrivé y avait déjà tout. » (n°5)

Pour n°4, malgré quelques démarches effectuées, il existe un manque d'accessibilité à ces aides. *« Aucune, même pas de ... mais en plus si on ne va pas les demander personne ne les propose, rien. Je suis allé voir pour ce cabinet, bah, est-ce que la mairie propose un projet de construction, j'étais prête à être locataire ou des choses comme ça, mais rien rien.» (n°4)*

Contrairement aux autres, n°3, déjà très renseigné sur les mesures susceptibles de favoriser l'installation, a pratiquement consulté toutes les structures susceptibles de lui fournir une aide comme nous pouvons le constater dans ses propos.

« Oui une exonération de taxe professionnelle, par la Communauté de Commune. Ça faut resituer, en rural, faut vraiment aller voir le Président de la Communauté de Commune, de la Région où tu t'installes. Et éventuellement le conseil et ton maire. Et tu demandes à ce que à bénéficier sur 5 ans d'une exonération...Tu vas à la Caisse Régionale, en disant Guémené c'est une zone rurale défavorisée donc pour des raisons fiscales c'est extrêmement intéressant. Ou même tu vas voir ton Conseiller Régional tu lui expliques, tu dis voilà je veux m'installer qu'est ce que la Région peut faire pour moi. Donc voilà dans le bulletin de la Région un petit encart...voilà le docteur machin s'installe... à savoir que ce n'est pas de la

publicité, c'est une annonce...Aller voir le Conseil de l'Ordre obligatoirement pour s'installer, prendre des conseils, comment rédiger tes ordonnances tout ça, le régime, très bon là-dessus, ...et bien évidemment des confrères »

Dans le cas de n° 7, 8 et 9, tous trois en poste depuis plus de 25 ans, la situation démographique de l'époque n'incitait pas à l'installation.

« A l'époque il y avait zéro aide à l'installation, ça n'existait pas et on rachetait des clientèles, juste pour montrer le basculement, deux tiers de la moyenne du chiffre d'affaire des trois dernières années. C'était la règle, ça pouvait même être au-dessus.»n°8

b. Remplaçants

Les structures évoquées par deux des remplaçants, sont le Conseil de l'Ordre et bien entendu les confrères. Ils citent également séparément les mairies ou la CPAM.

« Bah pourquoi pas, après si y a des avantages à s'installer sur les locaux des choses comme ça c'est vrai que c'est à voir avec les mairies. Parce que les mairies peuvent faire des efforts aussi pour attirer les médecins sur leurs communes. Ça peut être pas mal de voir les communes qui cherchent des médecins, y en a qui passent des annonces je sais.» (n°14)

Pour les deux autres, bien qu'ayant déjà été informés sur le sujet, cela reste très vague.

« Aucune idée. Le banquier nécessairement et après toutes les assurances etc ... mais après pour l'aide à l'installation, je sais qu'on avait eu ... qui avait organisé une soirée ou on avait fait venir des gens justement pour expliquer les modes d'installations etc ... j'avais justement gardé ça de côté pour le jour ou ça se présentera, mais honnêtement pour l'instant je ne sais absolument pas.»(n°13)

2. Aides matérielles évoquées par les médecins

a. Médecins installés

Nous l'avons déjà évoqué, nombreux sont ceux qui exercent depuis plusieurs années et n'ont donc pas bénéficié d'aide financière publique. C'est également le cas de beaucoup de jeunes praticiens.

« Alors non, ils en avaient parlé en fait. C'était très démagogique et puis en fait ils ont ... non, non quand on s'est installé, ils ont parlé d'une aide à l'installation dans les zones blanches, mais les zones blanches n'étaient pas définies, et quand ils ont défini les zones blanches en fait Mais en fait finalement y avait très très peu de zones concernées. » (n°2)

« Ce qui serait de bonne guerre c'est éventuellement les taxes professionnelles qui pourraient sauter parce que ça c'est directement lié à la fiscalité locale, mais personne ne propose rien...» (n°4)

Encore une fois l'un d'entre eux est très bien renseigné sur le sujet et a bénéficié de ces avantages.

« Tu sais ce que c'est qu'une zone rurale prioritaire ? Il va falloir que tu t'installes sur une de ces zones pourquoi ? ça a trois avantages. Un, si tu fais des gardes, tes gardes sont totalement fiscalement hors Cet argent est globalement exonérable de tes impôts. Aussi bien l'argent que tu vas gagner que les astreintes payées par la Sécurité Sociale...Deuxièmement, donc j'ai rencontré le maire, et j'ai discuté avec lui des conditions d'installations, d'exonérations des impôts heu ... je n'avais pas de chaises dans la salle d'attente, fallait qu'il m'en fournisse, je n'aillais pas les acheter. Attends, n'oublies pas une chose, y a pas beaucoup de médecins, tu es en position de négociation. Ce n'est pas de force.»(n° 3)

Certains ont une autre conception de l'aide, c'est le cas du n°5 qui ignore même leur existence.

« Non, bah moi je trouve que c'est une aide d'être venue ici parce que j'ai rien eu à investir, mais heu... non je n'ai pas eu d'aides non...» (n°5)

« Je ne savais pas, enfin j'avais entendu pour le Nord de la France mais chez nous...» (n°5)

b. Remplaçants

Dans une période où sont régulièrement évoqués les soucis démographiques ainsi que les incitations à l'installation, on peut remarquer cependant que les jeunes médecins interrogés ne sont pas très au fait des propositions. L'un d'entre eux ne les évoque même pas au cours de l'entretien.

Pour n°11, les aides financières sont les seules dont elle ait entendu parler sans que cela soit clair dans son esprit.

« Bah de toute façon aides financières, ça on prend y a pas de soucis, enfin y a pas de soucis, à vrai dire c'est la seule à laquelle je pense, par rapport aux aides à l'installation je sais pas

du tout. Après les autres aides..., voilà je pense que justement le fait d'être en groupe, ça permet de pouvoir justement se reposer un petit peu sur les collègues, c'est bien pour ça ...»
(n°11)

N°14 est un peu plus au courant puisqu'il évoque la mairie et les bourses destinées aux internes en Vendée.

3. Quelle influence aux yeux des médecins ?

Malgré les différents profils rencontrés et leurs niveaux de connaissances variables à propos des mesures censées promouvoir l'installation, un consensus se dégage : elles ne sont pas assez incitatives pour les raisons que nous allons exposer.

a. Médecins installés

(1) Sujettes à caution

(a) Jugées inadéquates

Les médecins sont unanimes. Une aide financière pure ne peut engendrer seule l'envie de s'établir en secteur rural. Selon eux, ce type d'aide n'est pas un critère à prendre en compte. Citons par exemple n°9, qui pour une fois partage le même point de vue que ses confrères.

« Moi je ne crois pas, avant tout c'est le travail,... beaucoup plus de loisirs, de libertés ils veulent moins travailler, ils veulent travailler dans de meilleures conditions, sans être assujettis à des horaires très très lourds. Les motivations financières en disant on vous donne un avantage, on fait des prêts à taux réduit, des choses comme ça ... Est ce que ça va les aider, je ne sais pas si c'est le motif premier d'installation. Je crois que c'est avant tout la foi dans le métier, l'enthousiasme de donner l'impression d'une part, qu'on va pouvoir enfin exploiter les diplômés qu'on a, de pouvoir s'en servir pour rendre service, et après le reste ça vient en second lieu je pense...»(n°9)

Même pour n°3 bien au fait des différentes aides comme nous l'avons vu précédemment et attachant une sensible importance aux critères de rentabilité, il s'agit plus d'un effet d'aubaine qu'autre chose.

« Non, en fait je pense que ce n'est pas un critère d'installation. Je crois que quand tu vas travailler, tu vas gagner correctement ta vie. Je crois que les aides que tu vas avoir, sont ridicules. Ce n'est pas le critère qui va faire que tu vas t'installer. Je te donne une aide de dix mille quand tu t'installes mais tu vas t'installer en plein milieu de la Brière, tu vas dire quoi ? »(n°3)

« Donc très honnêtement, si tu veux..., l'aide financière aucun intérêt, quand tu veux t'installer dans une zone, il faut que tu recherches dans ce cas là pour toi, la meilleure aide financière possible... (n°3)

C'est également ce que déclare n°5, qui pense que les motifs sont autres, mais que toute aide est bonne à prendre.

« Bah oui, heu... je ne sais pas si c'est vraiment un critère... je ne sais pas si ça aide les gens d'être aidés financièrement ou qu'on leur fournisse des locaux. Bon, ça doit être moins stressant, au départ, après est-ce pour autant ça motive les gens à aller en zone rurale ? Je n'en ai aucune idée. Je ne sais pas si c'est motivant parce qu'on a une aide quelconque. »(n°5)

« Je pense que quand on veut s'installer en zone rurale on le fait quoi qu'il arrive. Aides ou pas aide on le fait. On sait à quoi on s'expose .Après si on a des aides tant mieux, mais je pense que de toute façon ça restera toujours les gens motivés qui viendront. On a déjà envie et puis après si y a des aides tant mieux, bah on en profite et puis voilà...Mais est ce que des gens qui n'avaient pas du tout le projet de venir en rural viendront parce qu'il y a des aides ? Je ne suis pas convaincu moi. »(n°5)

(b) Politique à court terme

Pour les médecins anciennement installés comme n°7et 8, l'aide financière n'est pas une contrepartie à l'exercice rural et on reste dans le court terme avec des aides de ce type.

« Je ne pense pas que c'est très utile. L'aide financière ne résout pas les problématiques de l'exercice rural, parce que je ne pense pas que ce soit suffisamment incitatif. Je pense que ce n'est pas du long terme, ce n'est pas une politique à long terme. Enfin je ne sais pas ce que sont les évaluations de cette politique incitative, mais je ne pense pas que ce soit très efficace. »(n°7)

(c) Contre-parties possibles ?

Seule généraliste à aborder le sujet de la sorte, n°4 n'hésite pas à émettre quelques réserves sur les modifications de liberté que cela peut entraîner pour les bénéficiaires.

«...le souci c'est qu'après y a aussi le revers de la médaille. Vous dites que le problème c'est les gardes c'est quelque chose, si vous avez un secteur, que ce soit Conseil Général, ou une ville qui donne des «sous » pour vous installer et qui vous prête des locaux. Et si après vous dites « ouais mais attendez moi je ne fais pas de garde j'habite à trente kilomètres » même à vingt kilomètres ils vont peut être pas être d'accord. Avec les aides en contrepartie il faut se méfier.»(n°4)

(2) Intérêt potentiel

Après avoir également critiqué l'intérêt de ce type de mesures, un médecin nuance cependant ses propos au regard d'une proposition.

« La seule incitation qui pourrait être utile, c'est cette forme de bourse allouée dans certaines facultés, dans le Nord je crois que ça se fait bien, où y a un ... allouée dès la troisième année enfin je crois et tout au long de leur ... qui a comme contrepartie une redevance d'installation dans le secteur, sur une période de cinq ou six ans. Alors ça, ça peut intéresser quand même, c'est quand même pratique pour des étudiants qui ne sont pas spécialement fortunés et qui veulent faire des études longues même si maintenant la rémunération des internes est quand même autre que ce qu'on pouvait avoir.»(n°7)

b. Remplaçants

(1) Efficacité mise en cause

D'une part, l'offre est très favorable aux remplaçants et ils sont attachés au temps et à la qualité de travail possible.

« En discutant avec heu ... des collègues de mon âge, vu la conjoncture actuelle en terme de démographie médicale, où pendant les 5 à 10 ans qui viennent on se retrouve en bas de la courbe avec une pénurie de médecin. ...Finalement ce qui est plus important c'est plus la qualité temps horaires de travail et la qualité du travail qui peut être effectué plus que les aides en fait... On a plus le choix, il y a beaucoup plus d'offres de cessation de cabinets plus

que de demandes, donc on a la chance d'avoir ce choix possible. Finalement c'est peut être pas primordial. D'où l'importance de l'offre.» (n°12)

D'autre part, les aides proposées sont estimées insuffisantes, et bien souvent elles passent après la qualité de vie.

« Avec les aides, inciter les médecins à venir dans des zones dépeuplées et bah ça là dessus, les aides pour l'instant sont insuffisantes. Parce que même si les aides financières peuvent être conséquentes au départ, heu sur le retentissement sur la vie et sur le long terme on n'est pas gagnant. Ce n'est pas suffisant pour aller s'installer dans ces milieux là sur 10 ans, en emmenant toute sa famille, heu ... des écoles et choses comme ça pour les enfants, à coté de ça les aides heu les aides sont pas assez conséquentes ça c'est clair. Non, ce n'est pas un critère suffisant.» (n°14)

« Ça peut, mais combien de temps, c'est sûr que ça n'aboutira à mon sens pas à une installation, se dire bon je m'installe parce que j'ai envie d'être là...mais que ça va apporter un peu de pôles médicaux dans certains endroits... Ça peut aider mais je pense que ce n'est pas la meilleure...» (n°11)

« Non, je pense que c'est une bonne idée d'inciter à l'installation, mais ce n'est pas forcément aux aides financières ... parce que tu peux avoir des aides pour t'installer, mais si ça te permet de t'installer au milieu de nulle part, après tu seras dans une galère terrible.» (n°13)

Pour finir, ce ne sont pas les aides financières qui permettent de changer les à priori sur le milieu rural.

« Bah le problème c'est... pour l'instant moi je ne vois pas enfin pas en tant que célibataire dans un endroit où y a rien à la ronde, bosser... enfin moi je ne me vois pas, j'ai besoin de la ville un minimum...» (n°11)

«...ce qu'on appelle des zones de désert médical, alors c'est vrai que ...que quand on est tout seul et qu'il y a personne à faire une activité sans trop d'aides loin de tout, loin des hôpitaux, l'hôpital le plus proche il est à ...Et justement où y a plus grand-chose dans les petits villages, où on supprime bah les bureaux de postes, tout ce qui est administratif, les écoles aussi, donc on se retrouve loin de tout, donc ça c'est vrai que c'est pas très amusant, donc c'est vrai que ça c'est des zones où j'aimerais pas trop aller.» (n°14)

(2) Effet d'aubaine

L'objectif de ces aides peut aussi être dévoyé si on recherche les aides après avoir fixé sa zone d'installation.

« Pensez-vous rechercher les différentes aides possibles avant votre installation ?

« Le truc c'est que je pense qu'à priori comme ça non, mais je pense qu'en mettant le pied dans le projet d'installation, en prenant le premier interlocuteur qui peut être le Conseil de l'Ordre, au fur à mesure on déroule les différents intervenants et effectivement ça pourrait venir en même temps, on pourrait m'orienter sur une piste... bah effectivement j'ai entendu parler des aides à l'installation en zones rurales, des locaux prêtés par la mairie heu... voilà des choses comme ça.» (n°12)

(3) Intérêt potentiel

Comme on a pu le voir précédemment, les installations se font bien souvent à la suite de propositions du médecin remplacé ce qui relativise les propos du n°14.

« Bah ouais à moins que j'ai une proposition vraiment ... du coup je me poserais pas la question, mais je pense que si je devais chercher oui je chercherais vraiment... quelles aides ils proposent ...»

L'idée des maisons médicales semble quant à elle faire son chemin.

«Y a un truc que je n'ai pas cité par rapport à une éventuelle installation, c'est les systèmes de maisons médicales. Y a des localités qui proposent l'ouverture de maisons médicales avec des médecins et ça effectivement ça pourrait être intéressant. Effectivement ça permet de s'installer, mais de s'installer dans de bonnes conditions. On n'est pas obligé de s'installer tout seul et on a d'autres professionnels avec soit et ça aussi c'est hyper important parce qu'on a ...on voit les patients mais en dehors des patients, on ne voit pas grand monde d'avoir un groupe ça permet de maintenir des relations humaines autre que des relations de médecin-patient.» (n°13)

D. Vécu de l'exercice professionnel

1. Médecins installés

a. Ressenti vis-à-vis de son travail

(1) Satisfaction

La majeure partie des médecins déclare être heureux de leur exercice et très peu se voient partir pour d'autres raisons que d'éventuels aléas de santé par exemple.

Pour n°2 et 6, le bon compromis entre famille, loisirs et travail semble trouvé.

« J'aime ce que je fais, tu sais dans la balance tu mets toujours le bon et le mauvais, le bon l'emporte sur le mauvais, tu restes quoi, et après tu t'arranges pour que le mauvais soit gommé. Moi ce qui gomme aujourd'hui le mauvais, c'est que j'ai des loisirs, que j'ai des remplaçants et que je pars en vacances comme je veux. » (n°6)

« Parce que là moi j'ai réussi ce que je voulais à peu près, enfin je suis contente pour l'instant. J'ai réussi à équilibrer ma vie de famille, travailler un jour sur deux... » (n°2)

En évoquant le luxe lorsqu'il parle d'une possible modification de sa pratique, n°7 traduit son plaisir d'exercer. C'est également ce qui ressort du fait de ne pas du tout envisager la retraite.

« Logiquement, c'est soixante cinq ans. Moi j'en ai cinquante et un passés donc heu... C'est encore très loin. Est ce que j'envisage la retraite ? Non je n'envisage pas du tout... mais autrement non, bah par contre vers une diminution de mon activité progressivement, mais en gardant toujours une activité soit de mi-temps libéral parce que c'est quand même ce que j'aime le plus toujours donc heu... mais peut être en y intégrant des activités d'enseignement peut être un petit peu plus. Donc ce sera le grand luxe final ça. » (n°7)

L'état d'esprit est identique chez n°9, même si la façon d'exercer dont nous avons parlé semble bien différente des plus jeunes.

« Et puis bon un moment, j'ai fait mes accouchements comme tous mes confrères dans la région, et ça a duré vingt ans à peu près, j'ai fais vingt ans d'accouchement hein. Mais pour moi c'était une motivation, je trouvais que c'était..., quant la femme avait accouché, qu'on entendait le bébé qui pleurait, on était heureux parce que bon, on l'avait suivi pendant 9 mois, même si c'était trois heures du matin, on ne trouvait pas à redire. Même à la limite on

préférerait que ça soit la nuit, comme ça le jour on n'était pas dérangé on continuait à faire des consultations. Voilà, donc vous voyez l'état d'esprit à l'époque ? » (n°9)

(2) Evolution des désirs

Parmi les jeunes médecins exerçant seuls en cabinet et estimant être satisfaits de leur pratique, deux pensent qu'il serait nécessaire de s'associer ou d'intégrer un cabinet de groupe.

Les raisons mises en avant sont la difficulté de travailler seul, les plaisirs et commodités du travail à deux.

«...Aujourd'hui je dirais non faites pas ça. Parce que j'ai souffert ici quand même. Et encore aujourd'hui de l'excès de travail. » (n°6)

« Je reste persuadé, et autant je me suis battu pour créer quelque chose tout seul, autant aujourd'hui je suis en train de travailler pour créer une maison pluridisciplinaire qui va faire exactement l'inverse .Dans le regroupement entre médecins, on va profiter pour amener avec nous les kinés, les infirmiers, la diététicienne, etc..., c'est un vrai grand cabinet où on travaille ensemble. Parce que j'ai compris une chose, mon idéal de médecin qui voulait créer quelque chose, tout seul c'est plus possible.» (n° 6)

« En médecine rurale, le problème du cabinet de groupe, c'est qu'il faudra des médecins pour le peupler, pour l'instant on n'est pas franchement pour l'expansion massive de la médecine, déjà arriver à rattraper un collègue pour travailler à deux ..., je trouve que c'est extrêmement agréable de travailler à deux. On discute on s'échange des trucs, le vieux apprend au jeune, le jeune apprend au vieux, on se dépanne dans les coups durs, on se dépanne pour les vacances,. Etre seul dans un cabinet c'est difficile quand même, faut le savoir, en cas d'urgence tu es seul, tu te démerdes seul. En cas de coup de bourre t'es seul. » (n°3)

La modification des désirs et la féminisation accrue de la profession y est aussi pour quelque-chose.

«...mais aujourd'hui je me dis que ce n'est pas possible, les jeunes qui me suivent, ils ne viendront pas prendre le relais, donc soit je meurs tout seul, j'en ai encore pour vingt ans, soit je me dis que je suis à un tournant de la médecine, et que maintenant faut changer. Comment on peut faire en sorte que les femmes viennent bosser avec nous, tout en habitant dans les villes, parce qu'elles ne veulent pas venir habiter à la campagne, comment peut on faire ?

Faut une structure nickel, qu'elles aient un bureau, tu poses ton sac, tu décroches ton téléphone. Tu payes ton loyer, tes charges, tu fais ta garde au CAPS une fois par mois. Le reste du temps fini. » (n°6)

(3) Désillusion

Un seul d'entre eux, pourtant installé en cabinet de groupe semble quant à lui regretter son choix en raison de sa qualité de vie.

« Le plus agréable ? Bof....Bah rien. »

« Le plus désagréable c'est que je voyais que ma femme se plaisait pas...à l'époque tous les six mois, je me demandais si je n'allais pas plier bagages et retourner à Nantes ou à Saint-Nazaire mais pas là quoi. » (n°1)

« Bah oui oui, je ne peux pas dire le contraire, les vaches, les oiseaux,...mais ce n'était pas le cadre de vie que j'avais imaginé avant quoi. » (n°1)

b. Les difficultés rencontrées

(1) La Surcharge

On remarque que seules les femmes exercent à temps partiel, et également qu'elles semblent mieux gérer la charge de travail par cette organisation.

« Je sais pas mais nous on travaille deux jours et demi, mais on est à...on voit bien qu'on est de plus en plus débordé, normalement on avait dit que les matinées...et l'avantage qu'on a c'est qu'on n'a qu'un seul bureau pour deux, donc on est obligé de partir, parce que sinon ... B et D travaillent quatre jours par semaines...et ils en ont marre. Et ils saturent régulièrement, avant chaque périodes de vacances, bah on sent que c'est dur. Et le burn-out chez les médecins ce n'est pas quelque chose que... bah ils le vivent vraiment. » (n°5)

« C'est vrai que j'ai l'impression de maîtriser mon temps, et de ne pas avoir le nez dans le guidon d'éviter le burn-out. Je sais que voilà, si l'hôpital d'Ancenis ferme, si là le médecin part à la retraite, le médecin qui est à dix kilomètres part à la retraite, c'est vrai que là, moi je ne pourrai pas parce que moi, il faut qu'il y ait une qualité de travail, enfin un minimum parce que sinon je ne peux pas, je ne suis pas en accord avec moi. » (n°2)

Pour n° 6 nous relevons à plusieurs reprises les souffrances engendrées par l'excès de travail.

« Aujourd'hui je dirai non faites pas ça. Parce que j'ai souffert ici quand même. Et encore aujourd'hui de l'excès de travail. » (n°6)

« J'ai que quarante quatre ans, donc ..., si j'y pense mais je n'ai pas ... j'y pense pas comme une vérité. J'ai pensé à faire autre chose, enfin à quitter la commune pour aller m'installer autre part, ça m'a traversé l'esprit. » (n°6)

(2) Incertitude sur l'avenir

Les conditions de travail auxquelles, les femmes pour l'essentiel, semblent être attachées, sont cependant un peu menacées par une population médicale vieillissante dont les départs en retraite ne sont pas forcément remplacés.

« D'être asphyxiée par le travail ou que mes associés changent, ça pourrait être un critère du coup et qu'on s'entende plus en fait, voilà. » (n°2)

L'excès de travail est aussi évoqué comme facteur pouvant engendrer un arrêt de l'activité du n° 4.

« Un surcroît de travail, moi je peux sans problème. Lâcher et reprendre des remplacements, ah là carrément. » (n°4)

« Ah non, je ne ferai pas de plein temps, ah non, ça va pas le faire, je le fais pas moi, je ne peux pas, je ne pourrai pas physiquement faut penser quand même qu'on est humain, au bout de trente cinq patients par jours, on va commencer à faire des bêtises. » (n°4)

(3) Désir de succession ou association

Force est de constater qu'une des préoccupations principales des divers médecins installés seul ou en groupe est de trouver un associé pour les années à venir. Tous les médecins évoquent ce thème au cours des entretiens.

« Des associés ou des demi-associés, c'est pas une allusion c'est une réalité de terrain, c'est-à-dire que...on a l'exemple là de mon associé qui en plus a pris des fonctions à l'hôpital, salarié à l'hôpital..., donc il a ses demi-activités libérales et qui a donc une ancienne remplaçante qui est venue s'associer avec nous, et la question va être de savoir, de retrouver quelqu'un parce qu'il va partir à la retraite, qui va accepter de reprendre par moitié...voilà. Et puis que de toute façon en ayant parlé avec vous et les étudiants qui seriez intéressés de

s'installer en campagne ou dans ce type d'installation, de toute façon il n'est pas question de reprendre une clientèle à part entière. C'est trop lourd d'exercer encore..., même si c'est moins lourd qu'il y a vingt ou vingt cinq ans. Donc maintenant on se tourne plus..., de trouver des demi-successeurs à une époque où sur le marché y a pas beaucoup de ...» (n°7)

« On va perdre J dans six mois, dans six mois il s'en va. Nous ça fait un an et demi qu'on cherche, deux ans ouais, qu'on se met quasiment à genoux, qu'on ne trouve pas ...» (n°8)

2. Remplaçants

a. Projets professionnels

(1) Installation

Les quatre praticiens interrogés évoquent l'installation, mais trois sont plus motivés et se fixent globalement le même délai concernant la période de remplacement, soit une durée de six à sept ans. Période au cours de laquelle ils prospectent et se font une idée du type de pratique souhaité.

« Je pense que je vais m'installer d'ici grand maximum cinq ans, je pense entre 3 et 5 ans. Parce que j'ai un projet justement, je parlais de la qualité des collaborateurs, avec une collègue qui souhaite aussi s'installer d'ici ce temps là, donc on rechercherait à reprendre un cabinet... quelques pistes quoi. » (n°12)

«...remplacer à droite à gauche essayer de varier un peu, un peu de ville un peu de rural de semi-rural effectivement définir ce qui m'intéresse le plus. Et puis à plus long terme, c'est-à-dire au-delà des cinq prochaines années, pourquoi pas s'installer. Donc surtout les années à venir c'est de définir quelle pratique de la médecine générale je préfère. » n° 14

« Initialement je comptais m'installer en milieu semi-rural mais c'est vrai que en ville tu as quand même une accessibilité aux soins, aux spécialistes, qui n'est quand même pas la même. C'est à mon avis beaucoup plus simple, tu as aussi le système de SOS médecin et quand tu es bien embêté au cabinet bien coincé et que y a une urgence tu peux toujours faire appel à eux et c'est quand même bien pratique, donc c'est vrai que tout ça en milieu rural ce n'est pas possible. Donc à priori ce serait plutôt une installation en milieu semi-rural entre, bah en plus comme j'habite en pleine campagne, ce serait trouver un compromis entre pas trop loin de Nantes et pas trop loin de chez moi.» (n°13)

Quant à n°11, lorsqu'on lui demande ce qui pourrait la faire changer d'avis, une hésitation avec des remplacements réguliers fixes apparaît.

« -Heu...c'est finir par faire ce que je n'avais pas fait jusque là c'est-à-dire faire des remplacements réguliers éventuellement dans plusieurs cabinets pour avoir un beau mi-temps régulier, du coup sans avoir la contrainte de visser sa plaque. Qui est quand même un passage, enfin pour moi, parce que moi j'envisage comme...fini l'aventure et...c'est maintenant je deviens sérieux et...mais bon je pense que j'arrive à l'âge où il faut se fixer.»
(n°11)

(2) Secteur défini ?

A la question évoquant des zones où ils ne souhaiteraient absolument pas exercer, on constate que les idées ne sont pas encore arrêtées. Mais ils souhaitent s'installer dans leur département et à une distance raisonnable de la ville.

« Bah là c'est pas mal, alors après il faut que ce ne soit pas trop loin, sinon ce n'est pas compatible. Nantes ou l'agglomération et d'aller exercer en périphérie de Nantes à vingt ou trente kilomètres de Nantes c'est carrément faisable. C'est quand même assez bien desservi, c'est facile d'accès donc ça me convient d'avoir la ville et tous les avantages de la vie urbaine et d'aller travailler par contre ou rural ou semi-rural. L'activité est quand même plus variée. Ce serait plus ce que je pense faire plus tard. M'installer sur Nantes et travailler en rural ou semi-rural ouais. » (n°14)

« -Sinon il y a-t-il une zone où tu ne souhaites absolument pas t'installer en fait ?

-Trop loin de la ville, comme je disais tout à l'heure pour une question d'accessibilité et puis pour être sûr qu'il y ait quand même une densité médicale...en milieu rural mais avec une densité médicale suffisante pourquoi pas. Mais je ne veux pas commencer à 8h du matin et rentrer à la maison à vingt deux heures parce qu'y a que moi dans le secteur, ou que deux. Je veux pas me retrouver trop loin de chez moi et je ne veux pas me retrouver trop loin de la ville. » (n°13)

E. Liens ou réseaux reproductibles après installation

1. Médecins installés

Une partie de ces entretiens était consacrée à la recherche éventuelle de comportements ou de modes de fonctionnements reproductibles. Des loisirs, en passant par les liens d'amitiés, nous avons donc recherché des éléments évocateurs. Mais l'installation est un tournant dans la vie du médecin et dès lors, bon nombre de loisirs sont abandonnés au profit du travail.

a. Loisirs

Globalement la plus grande partie des médecins poursuit une des activités qui le passionnait déjà plus jeune. Ces activités ont également conditionné leur lieu de résidence.

« Alors pendant les études, moi mon truc c'était le bateau, donc j'ai continué à faire énormément de voile. Bon, bah pas l'année du concours mais après un maximum de bateau. Donc club nautique, quoi. » (n°8)

« Alors moi je suis assez casanier, donc le temps libre le week-end c'est normalement bateau, donc c'est à Pornic, parce qu'on a un bout de maison secondaire, on fait beaucoup beaucoup de voile, régates et tout...donc tous les quinze jours l'hiver, on va naviguer. » (n°8)

On retrouve la participation à des associations d'entraide débutée pendant les études et qui se poursuit actuellement.

« Non je faisais parti du machin syndical là, je faisais partie d'une association d'enfants maltraités donc je m'occupais beaucoup quelques jeudis après midi par mois. » (n°5)

« -En ce moment, je fais partie, mais c'est en rapport avec le boulot, c'est pour ça que je veux plus m'engager dans autre chose, mais un vendredi sur deux j'ai une association d'aide au sevrage alcoolique, le vendredi soir. » (n°5)

Pour une praticienne, il n'y a pas de continuité dans ses loisirs en raison de son volume horaire.

« Pendant les remplacements, là je faisais du sport dans le quartier donc de la gymnastique donc sur Nantes, et les activités associatives donc j'ai été pendant neuf ans responsable d'aumônerie du collège des enfants, donc du collège public, et après quand je me suis installé j'ai continué pendant un an un an et demi après j'ai dû... » (n°4)

« Depuis que je suis à Nort-sur-Erdre, je n'ai pas repris mes activités associatives mais j'ai plus de jour de travail, donc j'ai rien repris là. » (n°4)

Pour un autre, dont la vie associative étudiante fut riche, les loisirs n'occupent plus une aussi grande place. Il y a rupture entre ces deux périodes, cela peut s'expliquer par l'importance du temps consacré au travail.

« Donc j'ai fais partie de beaucoup de clubs, en plus de la médecine je me suis inscrit dans beaucoup de clubs pendant mes études, donc j'ai fais de la spéléo là bas, c'était le ski en hiver, tous les week-ends, donc je ne bûchais pas. J'avais beaucoup d'activités, je faisais partie d'un centre culturel, d'un ciné club, des auberges de jeunesse, je faisais des stages... » (n°9)

b. Autre

Nous en avons parlé plus haut, le réseau familial ne semble pas revêtir d'importance particulière à lui seul. Nous ne pouvons pas non plus mettre en évidence de mode de sélection particulier du lieu d'installation en fonction de leurs proches.

2. Remplaçants

Pour les jeunes praticiens, leur jeunesse dans l'exercice ne nous permet pas d'étudier ce phénomène. Toutefois on remarque déjà des modifications de certains loisirs dès les premières années de la pratique individuelle.

« Non, j'ai jamais fait partie d'associations, je faisais du sport, de la natation du karaté. Non, les associations je me suis jamais lancé, mais voilà il me fallait un défouloir et c'était le sport. Pendant l'internat je fréquentais pas mal l'aumônerie de la faculté. Quand j'étais à Paris j'essayais d'en profiter un petit peu avec des expos des choses comme ça et heu ... si j'ai fais pas mal de concerts pendant mon internat et voilà. Ça n'a rien à voir mais je me permets de préciser que je n'ai plus le temps de faire tout ça. »

F. Propositions avancées par les enquêtés

1. Médecins installés

De nombreuses propositions sont effectuées par les médecins. Des aides financières différentes de celles évoquées précédemment sont avancées ainsi que le développement de l'enseignement via les stages d'internes en médecine générale. Ils abordent également des aménagements du travail passant par une autre organisation des gardes de semaine et des remplacements. Le regroupement en maisons médicales est la mesure la plus communément admise dans le cadre d'une mutualisation des moyens et d'une meilleure organisation. En dernier lieu, la technologie par l'intermédiaire de la télémédecine, pourrait éventuellement apporter un plus dans l'exercice et une rupture d'un certain isolement.

a. Aides financières

(1) Fonctionnement du cabinet

Les cabinets médicaux remplissent d'autres fonctions que le simple accueil des patients. Ils se substituent par là aux structures d'état disparues de ces localités.

«...et après t'a les frais de fonctionnement de la SCM, faut savoir que quand tu fais une maison médicale, que tu fais du secrétariat à un bon niveau pour en faire un service de qualité, à la clientèle et bah les frais de SCM ça coûte cher. Ça coûte très très cher. Et s'ils veulent aider des trucs, c'est peut-être là qu'il faut qu'ils réfléchissent. Parce que tu comprends avoir un secrétariat huit heures douze trente, quatorze heures dix neuf heures avec une secrétaire voire des moments une secrétaire et demi parce que des moments vue l'afflux, maintenant la maison médicale ...c'est le seul point santé dans ce milieu, t'as plus de maison de la Sécurité Sociale elles ont été fermées. Donc des gens arrivent avec leurs papiers de la Sécu qu'ils comprennent rien et que la secrétaire démerde, mais ce n'est pas son boulot, mais ils arrivent là y a que là où on peut leur parler de santé au sens large. ... Le problème c'est que pour trois médecins à temps plein avec un secrétariat qui fonctionne bien, de qualité, ..., nos charges de SCM,... moi je paye deux mille six cents euros par mois de SCM... » (n°8)

Le regroupement souvent évoqué et dont nous reparlerons plus loin nécessite le développement des réseaux informatiques et des frais y attendant, sur lesquels le médecin n'a que très peu d'emprise.

« et s'il fallait des aides quelque part, c'est peut être plus des aides au fonctionnement de la structure de la maison médicale, c'est à dire que si on lui demande de remplir un certain cahier des charges ... ou que le cabinet de groupe de médecins soit à ce niveau là en terme de secrétariat de capacité d'accueil d'informatique et tout. Et bien on lui verse une aide, tu vois ce que je veux dire, pour écraser ce poste qui explose. Parce que moi je veux bien qu'on se soit informatisé, pour rien au monde je ferais marche arrière, mais c'est probablement un des postes qui nous coûte le plus cher... Plus la structure se développe, plus ton réseau est performant avec un gros serveur, cinq six sept postes, plus tu payes tous les ans des abonnements à ton service dépannage. ..., enfin c'est des postes énormes et qui augmentent et pour lesquels t'es pieds et poings liés. Quand ton fournisseur de logiciel te dit « bah cette année on a augmenté de 3% parce que, toi t'as rien à dire. » (n° 8)

La mise à disposition de locaux dans le cadre d'une maison médicale est aussi une solution proposée.

« Donc mon idée à moi, à 44 ans, c'est de me dire, si je veux que tu viennes bosser avec moi, il faut que je crée une structure qui va te paraître alléchante. Les gardes gérées par le CAPS Les locaux payés par les communes, il n'est pas question qu'on investisse dans des terrains qui vont nous coûter de plus en plus chers. C'est les communes qui doivent payer. » (n°6)

(2) Baisse d'imposition

Aux aides financières jugées insuffisantes et non pérennes, comme nous l'avons vu, certains substituerait bien un allègement prolongé de l'imposition sur le revenu.

« Pour attirer les jeunes médecins ici, c'est des mesures au niveau de l'imposition qu'il faut faire parce que là tout le monde en bénéficiera et donc on aura un intérêt à venir travailler en campagne. Je pense que la seule aide qui pourrait être proposée, ce n'est pas une aide à l'installation, mais c'est : «vous paierez moins d'impôts ». Je pense que là, ça attirera les jeunes parce que ce sera du long terme et ça signifiera que toutes les galères de la campagne te rapporteront quelque chose. Et si tu veux donner de l'argent il faut en donner suffisamment pour que ça intéresse les gens. Ce qu'ils donnent c'est le prix d'une demi-voiture. »(n°3)

(3) Majoration tarifaire

Autre mesure financière, s'inscrivant dans un registre plus large d'une réorganisation du travail, une augmentation du prix de la consultation dans certains secteurs est proposé. Selon l'une de nos interviewés, cela diminuerait le temps de travail et donnerait la possibilité d'effectuer plus de temps de trajet.

« On pourrait imaginer que si la consultation était un peu plus chère on pourrait s'y retrouver et travailler 4 jours et si on était remplacé aussi. Donc ça pourrait être jouable, c'est à dire travailler 4 jours de façon acharnée mais de pouvoir souffler » (n°2)

b. Développement des stages de médecine générale

Les stages d'exercice en zone rurale des internes sont pour beaucoup un élément majeur pouvant ultérieurement attirer les jeunes médecins vers ces secteurs. Pour certains, connaître le milieu permet de lutter contre les à priori existants.

« Prendre conscience des modes d'exercices parce qu'on a la chance dans notre trinôme d'avoir trois modes d'exercices complètement différents. Et ça ce sont des stages, qui sont reconnus bah par vous. Parce qu'on voit que ce que vous dites, ça vous permet d'avoir vraiment une bonne vision de ce que peut être l'exercice de la médecine générale » (n°7)

Constat plutôt satisfaisant pour l'une d'entre eux qui relate que la maîtrise de stage facilite par exemple la recherche de remplaçants.

« Et je me disais bah il faut qu'ils sachent que la médecine générale c'est intéressant, donc il faut qu'ils viennent voir comment on travaille, et, pour s'installer. Et puis nous aussi, c'est qu'on ne trouvait pas de remplaçant, si les jeunes connaissent comment marche un cabinet médical, c'est déjà la moitié du remplacement. Ils connaissent les gens, bon bah c'est intéressant quand même. ... moi ça fait trois ans que j'ai des internes bah ils viennent tous refaire des remplacements ici » (n°4)

« C'est ce qui s'est passé avec notre jeune associée, qu'on a eu comme stagiaire, ... et ensuite des remplacements puis y a eu une progression quoi. C'était logique ... mais au moins l'installation s'est faite en toute connaissance de cause. Ça a été un aboutissement, ce n'est pas du parachutage. Parce que je suis venu m'installer parce que j'ai mon épouse qui travaille là, donc je suis obligé de travailler là, quoi je veux dire ..., je pense que ça permet une démarche plus logique, plus cohérente pour tout le monde. » (n°7)

D'autres estiment nécessaire de rendre obligatoire un stage en zone rurale.

« Voilà il faudrait voir au niveau d'un projet de loi, qui serait de dire pour tous les résidents en médecine générale, enfin tous les internes en médecine générale, il faudrait que vous ayez ... un an, donc en gros trois mois de rural, trois mois de semi-rural et trois mois de ville, faudrait imposer une expérience rurale ou semi-rurale, ça ferait beaucoup moins peur aux jeunes. Parce que certains ont l'angoisse de s'installer dans les endroits où y a des gardes, y a pas de SAMU, c'est loin de tout, c'est la misère. » (n°3)

c. Regroupement

Pour l'ensemble des médecins, la solution des maisons médicales pouvant parfois être pluridisciplinaires, est une réponse appropriée du point de vue de l'attractivité, de l'organisation du temps de travail et de la répartition des charges.

« Faire des maisons médicales multidisciplinaires. Des cabinets, avoir plusieurs professionnels de santé, des médecins, des infirmières, des dentistes, voilà que ce soit attractif et puis qu'il y ait plusieurs médecins surtout, qu'il y ait un regroupement qu'on se sente pas isolé. » (n°5)

« Ce qui leur fait peur c'est le temps de travail et l'organisation. C'est-à-dire que moi j'ai une organisation qui est bien rodée au bout de 15 ans, mais elle est lourde. Tu vois je n'ai pas de secrétariat, enfin c'est ma femme qui s'en occupe. Donc il faut automatiquement avoir un secrétariat de qualité, avoir une informatique de qualité et donc automatiquement se regrouper. Et aujourd'hui moi je travaille dans ce sens là avec deux médecins de Blain avec cette envie de dire « y a trois médecins qui vont partir dans les années qui viennent, y a aucun jeune médecin qui rachètera leur clientèle ,faut profiter de ce changement là pour créer une maison médicale, se regrouper avec les médecins existants plus deux ou trois nouveaux qui arrivent pour reprendre les clientèles de ceux qui partent et en profiter pour ramener les infirmiers, les kinés, tu vois faire un espèce de bloc et mutualiser du secrétariat, et mutualiser du problème pour que chacun ait une toute petite part » (n°6)

Installé dès le début en cabinet de groupe, n° 7 souligne que la féminisation grandissante de la profession modifie l'organisation du travail, rendant les associations encore plus nécessaires.

« Pour moi l'élément qui était déterminant je vous l'ai dit hein, c'était l'association. Bon, à une époque où on était majoritairement des hommes. Et on bascule complètement au bout de 30 ans, avec la féminisation de la profession médicale. Donc encore plus maintenant cette nécessité de l'association et même la création des réseaux de soins. » (n°7)

d. Suppression des gardes de semaine

Les gardes de semaines ont bien souvent lieu aux CAPS, mais obligent le médecin n'habitant pas à proximité immédiate, à passer la nuit sur place, ce qui ne semble pas convenir à n° 2 qui réside à Angers. Les autres médecins ne semblent pas concernés par ce problème de distance.

« Donc pour moi, c'était les gardes surtout ça. Donc c'était l'idée là, du CAPS volant ... donc c'était des médecins qui étaient d'accord pour faire des gardes en nuit profonde, vers minuit à huit heures, et donc du coup qui nous déchargeraient de cette tranche minuit huit heures. Et là c'est royal quoi » (n°2)

« Moi je trouve que ça c'est ... bah dans les jeunes qu'on a qui viennent nous remplacer bah c'est ... ce serait assez déterminant, parce qu'ils se voient très bien habiter Nantes ou Angers et travailler ici .Y aurait moins de problèmes. » (n°2)

e. Création d'un système de remplacement

Seule n° 2 fait la proposition d'organiser le remplacement des médecins en secteur rural, qui on le sait, pose parfois problème.

« Oui, finalement de privilégier les médecins qui s'installent dans des zones où y a pénurie, bah de les privilégier sur les remplacements finalement. »

f. Développement de la télé-médecine

Pour en finir avec les propositions faites, citons n° 6 qui a l'habitude de travailler par téléphone avec ses collègues spécialistes du fait de son éloignement et qui pense que le développement de la télé-médecine peut faciliter la prise en charge de certains problèmes médicaux.

« En ville, bah t'as un problème, t'as un gastro à coté. Moi il m'arrive d'appeler un gastro et lui dire « bah j'ai ça qu'est ce que tu en penses ? » « Bah écoute fais ça pour l'instant et tu me rappelles », tu vois je vais travailler avec mon téléphone. Moi je rêve de la petite caméra que je vais mettre sur le patient et avec internet derrière. Moi c'est évident que la télé médecine c'est notre avenir en campagne. » n°6

2. Remplaçants

a. Aides financières

(1) Majoration tarifaire

Souvent considérées comme insuffisantes pour influencer sur l'installation, on constate cependant que comme chez leurs aînés l'aspect financier refait son apparition lorsque l'on évoque les alternatives.

« Où alors les sous, de toutes façon les médecins sont intéressés par les sous, c'est vrai quoi, tu proposerais des consultations à 25€ dans les zones rurales ou semi-rurales les médecins seraient motivés.

-Donc du coup l'aspect financier pourrait favoriser l'installation dans ces zones là ?

-Ce n'est pas personnel comme ... mais il faudrait que ce soit avantageux...

-Donc les mesures incitatives financières pourraient jouer sur l'installation

-Non, mais je veux dire si on est obligé d'en arriver à ce niveau là... dans mon entourage quand on en discute effectivement ce n'est pas ce qui prime, de toutes façons on raisonne en terme ... de toutes façon y a du boulot partout heu... donc je choisirais finalement là où... là où la manière d'exercer me correspond le mieux. Donc je pense même pas à ça... après si on arrive à un moment où y a saturation en zones ... effectivement l'attrait financier pourra peut être joué. » 12

(2) Aide à l'investissement

Une aide financière pour réduire le coût de l'installation est évoquée par n°14, il ne semble pas du reste avoir vraiment réfléchi au problème pour l'instant.

« Comment on pourrait m'aider, alors les types d'aides je ne sais pas, c'est avoir un avantage, ce que j'aimerais bien moi c'est qu'on me trouve des locaux pas trop chers, déjà, si on me trouve ça c'est bien. Après je ne sais pas, c'est difficile... soit avoir une bourse ou des avantages financiers pour acheter le matériel quoi, ça ce serait pas mal, et les locaux. Locaux et matériels. 14 »

b. Regroupement

Nos interviewés souhaitent favoriser les associations de professionnels comme c'est le cas dans les aides déjà proposées.

« C'est justement que ce soit attractif. Lorsqu'on parle de maisons médicales, avec pas seulement des médecins généralistes, mais des médecins, des kinés, des sages-femmes, des infirmières, avoir quand même tout un réseau de professionnels de santé, médicaux et paramédicaux heu déjà pour avoir un soin qui soit correct pour les patients, et puis pour nous ça nous faciliterait aussi l'activité. Alors ça c'est une solution » (n°14)

« Bah voir si y a des incitations locales par les communes sous forme de réseau de soin par ... pour être sûr d'avoir un réseau minimum ça effectivement. A mon avis c'est une politique qui est beaucoup moins bête que de forcer l'installation, c'est d'inciter... »(n°13)

c. Attractivité rurale

Un certain nombre de services publics, dans le cadre de la limitation des dépenses de l'Etat, délaissent les secteurs ruraux. Cela contribue à ternir l'image de ces zones géographiques.

« Il faut qu'ils arrêtent aussi de fermer les hôpitaux périphériques ou des choses comme ça parce que on a beau avoir des infirmières des choses comme ça, si l'hôpital le plus proche il est à 3 heures de route, c'est toujours la galère pour les urgences, les choses comme ça. Il faut aussi qu'ils arrêtent de fermer les pôles administratifs, les aides c'est aussi ça, ce n'est pas seulement que des aides financières, c'est aussi des aides pour une vie de famille, vie sociale correcte. n°14 »

d. Aide légale et administrative

Un aspect plus pratique de l'installation est évoqué par n°12 et 13, un peu démunies face aux démarches à effectuer.

« Des aides je pense techniques dans le sens où...administratives et tout ce qui est gestion d'un cabinet. Quand on s'associe, quelles sont les démarches à faire, quels sont les contrats à faire, les SCI, les machins comme ça, on est pas du tout formé, je ne sais pas comment ça marche, et je pense que ce serait ça, une formation en comptabilité aussi, la gestion administrative, je pense que ce serait vraiment ça la chose qui va être problématique au

départ, parce que je sais pas du tout comment ça marche. Après heu ... les aides financières si effectivement, mais aides je pense plus à un prêt ou quelque chose comme ça. » (n°12)

« et puis après je pense pas mal à tout ce qui est plus au niveau légal, l'histoire de SCI ou ... où là j'y comprends rien, il faudra nécessairement faire appel à quelqu'un pour savoir de quoi il retourne et puis à mon avis bien en parler avec le notaire aussi » (n°13)

e. Suppression de la liberté d'installation

La possibilité de supprimer la liberté d'installation pour les promotions ultérieures est évoquée, tout en précisant que seules les générations futures seraient concernées.

« Bah ... déjà je pense à un truc, c'est parce que moi j'ai fais mes études aussi, mais heu.. ces idées qui traînaient de vouloir... des zones où il y aurait beaucoup plus de médecins formés et d'autres plus en pénurie, y'aurait beaucoup plus de médecins formés avec l'obligation de s'installer dans cette région, mais heu... c'est-à-dire une obligation d'installation dans les régions où il y a peu de médecin. »

III. DISCUSSION

A. Méthode

Afin de réaliser cette enquête, nous avons sélectionné une dizaine de médecins généralistes. Ce choix de dix praticiens a été motivé par la volonté de recueillir les impressions de différents profils de médecins exerçant en Loire-Atlantique.

Cela ne fait pas de ce groupe un échantillon représentatif, mais reste en phase avec l'objectif de cette étude : recueillir les divers points de vue pouvant exister dans la population de médecins ruraux pour éclairer la situation des médecins de notre département en la comparant aux données de la littérature internationale.

Toujours dans la même optique, nous avons délibérément sélectionné autant de femmes que d'hommes alors qu'elles ne représentent que 42% des praticiens dans le territoire sélectionné. Ce choix se justifie par la féminisation importante de la profession et donc du rôle grandissant de leurs critères d'installation

En effet, selon un des scénarii -dit tendanciel- des projections nationales 2030 de la DREES [8], elles représenteront 56,4% des généralistes en 2030. Seules 55,5% d'entre elles souhaitent s'installer en libéral. L'objectif était également de mieux connaître leurs critères de sélection.

Nous pouvons noter que le groupe ne possède qu'une femme installée seule et aucune anciennement. Ce phénomène est marginal dans les cantons sélectionnés et toutes les installations féminines récentes ont été effectuées en groupe.

Afin de coller le plus possible au présent ainsi qu'aux projections futures il nous a également semblé logique d'interroger majoritairement des personnes récemment installées.

La décision d'inclure quelques remplaçants dans cette étude s'explique par le fait qu'ils constituent les médecins de demain avec également des profils assez distincts. On notera cependant que la remplaçante la plus ancienne choisie avait d'abord passé un parcours hospitalier réduisant son temps d'exercice en libéral.

B. Résultats

La spécificité de ce travail tient au fait que les médecins ruraux sont considérés comme une entité à part entière contrairement à d'autres travaux évoquant également les critères d'installations sans dissocier l'exercice urbain ou rural.

Il rejoint le Panel 2007 en Pays de Loire, concernant la spécificité ligérienne, liée au regroupement des professionnels et à la place centrale que cela occupe chez les plus jeunes.[9]

Il tient compte de la féminisation de la profession ainsi que des modifications de pratique et de choix professionnels qu'elle peut entraîner.

D'autre part, il souligne que l'aspect financier, n'est pas présenté par les enquêtés comme aussi influent que le laissent penser les pouvoirs publics. La majeure partie des revues de la littérature le soulignent également...

Notre travail met aussi en avant le rôle essentiel du style de vie dans l'installation et le peu d'influence de la famille peut être du fait de l'éclatement de la cellule familiale et de la dispersion géographique des familles, en raison de contraintes souvent professionnelles.

1. Déterminants de l'installation en zone rurale

Cette partie liminaire est dédiée aux critères susceptibles d'influer sur la désertification médicale des secteurs ruraux en Loire-Atlantique.

Les quatre principaux critères retenus par les enquêtés sont l'importance de la qualité de vie, le rôle central du regroupement, celui de la qualité des relations entre associés et le rôle du conjoint. Puis, dans une moindre mesure, interviennent les paramètres financiers, les opportunités de reprise de patientèle et l'organisation du système de soins.

a. Conditions de vie

Un certain nombre de critères de qualité de vie reviennent de façon régulière dans notre étude. C'est le cas d'une organisation professionnelle compatible avec le temps libre, le respect de la vie privée et la disposition d'infrastructures locales.

En comparaison, une grande enquête commandée par le Conseil National de l'Ordre en 2007, retenait comme priorité l'épanouissement personnel et celui de la famille. Puis, une localisation compatible avec la profession ou les attentes du conjoint et la possibilité d'y exercer le mieux possible leur discipline.[5]

Cette enquête retrouve donc la même tendance générale, c'est-à-dire le rôle primordial de la qualité de vie mais pour l'ensemble de la profession cette fois. Il a même été mis en évidence dans une thèse que ce choix se faisait parfois au détriment de l'exercice professionnel.

Chez les remplaçants, cette tendance semble encore plus marquée, la qualité de vie semblant prévaloir sur celle d'un haut revenu.[10]

Parmi les différents points cités, on peut noter que la charge de travail est une préoccupation essentielle car tous souhaitent se ménager du temps libre.

Le développement actuel des cabinets de groupe ainsi que le désir des remplaçants d'y exercer sont donc en rapport avec les conditions d'exercice et donc de vie qu'ils souhaitent, et le critère pécuniaire semble passer au second plan.

Le respect de la vie privée semble passer par un certain éloignement entre le domicile et le cabinet. Quelques statistiques en témoignent : En effet, les jeunes généralistes des Pays de la Loire sont plus éloignés de leurs cabinets que leurs prédécesseurs. Si 87% habitent à moins de 15 minutes de leur cabinet, on note que seul 32% des moins de 45 ans habitent à moins de 5 minutes (versus 70% pour les plus de 55 ans).

La tendance est donc à l'éloignement, ce phénomène étant même encore plus marqué chez nos confrères. La raison de cette distance n'est malheureusement pas évoquée dans cette enquête.[9]

Par contre, il ressort de notre étude que cela est délibéré en campagne entre autre afin de protéger sa vie privée. En effet, nombreux sont ceux relatant une mauvaise expérience de cette proximité géographique entre résidence et exercice. Les patients ne font pas toujours la distinction entre ces deux composantes de la vie du médecin. Comme un de nos interlocuteurs le faisait remarquer, « *partout où on va, on est toujours médecin !* ».

Séparer ces deux mondes, simplement par quelques kilomètres semble la réponse la plus fréquemment apportée.

En milieu rural, il est cependant toujours plus fréquent pour les généralistes de résider à moins de cinq minutes de leur cabinet. Cette situation s'explique sans doute par la structure de la démographie médicale en milieu rural. En effet, dans cette enquête, 75% des médecins généralistes sont des hommes, or on constate que ce sont plus fréquemment les praticiennes qui s'éloignent de leur cabinet.[9]

On peut remarquer l'intérêt porté aux infrastructures locales dans le cadre du choix du lieu d'installation, et ce, d'autant plus que les professionnels vivent en couple et ont des enfants.

L'exemple des remplaçants est particulièrement pertinent en la matière. En effet, les deux couples mariés attachent une importance à ce critère notamment lors du choix du domicile, alors que ça n'intervient quasiment pas pour les célibataires. Rappelons que l'âge d'installation est actuellement de 38 ans et nous pouvons imaginer qu'à cet âge, les couples de professions différentes ont déjà élu domicile en tenant compte de ces divers détails.

L'intérêt porté aux politiques d'aménagement du territoire est probablement antérieur au moment de l'installation de nombre de nos confrères. Cet aménagement du territoire porte donc une part de responsabilité dans le peu d'attraction exercé par le milieu rural. Par conséquent, on peut penser que le développement d'infrastructures locales favoriserait l'installation de jeunes médecins. Or le constat actuel tend plutôt vers une raréfaction des

services publics en milieu rural ce qui semble donc aller à l'encontre des mesures incitant l'installation médicale.

En effet, une certaine attention est portée par les médecins à l'existence de services publics, de commerces et de moyens de communication utiles à l'exercice professionnel certes, mais surtout au bon déroulement de leur vie personnelle.[1]

Il semble qu'au regard de la littérature, la lutte contre l'isolement des médecins dans leur conditions et mode de vie ainsi que sur le plan professionnel soit considérée comme majeure, l'objectif étant le maintien des médecins en exercice et l'attraction des plus jeunes. Pour autant peu de mesures semblent réellement y contribuer.[1] [11]

Pour finir, illustrons nos propos avec un exemple d'organisation rencontré au cours des entretiens et qui a attiré notre attention par la capacité à réunir épanouissement personnel et professionnel.

Tout d'abord, le partage d'un même bureau a le mérite d'une gestion optimale des ressources du cabinet, les locaux n'étant jamais vacants. Ce partage évite aussi le phénomène de surcharge par les limites horaires rigides imposées. On peut noter par ailleurs qu'aucune n'évoque ce souci dans les difficultés de leur exercice. Le temps libre dégagé permet donc leur épanouissement personnel, soit, mais donne également la possibilité de résider plus loin, en zone urbaine par exemple et l'exercice en zone rurale est ainsi rendu plus aisé.

Ce peut être une piste à développer, puisque rappelons-le, la totalité des remplaçants évoquent le besoin de résider à proximité d'une grande ville tout en évoquant la possibilité d'exercer en zone rurale. En outre, cela permet à la fois de bénéficier de structures, de dégager du temps libre, et enfin de séparer la vie professionnelle et personnelle.

b. Regroupement des professionnels

L'exercice de groupe est la tendance actuelle en France, et les organismes nationaux de la santé ainsi que les collectivités territoriales semblent inciter cette pratique.[1]

Cette tendance est d'ailleurs palpable dans notre échantillon au sein duquel on peut constater que les médecins les plus âgés sont actuellement tous en structure de groupe hormis un.

D'autre part les jeunes ayant pris l'option d'un exercice solitaire envisagent tous de trouver un associé ou d'intégrer une maison médicale. Pour les remplaçants, ce style d'exercice est quasiment incontournable.

A l'échelle régionale, cette évolution se confirme. On constate ainsi dans le Panel 2007, que 64 % des médecins interrogés déclarent exercer en cabinet de groupe. L'exercice en groupe semble majoritaire et ce de façon inversement proportionnel à l'âge : 83 % des moins de 45 ans exercent en groupe, contre 57% pour les plus de 45 ans. Petit bémol, on note que ce type d'exercice est plus fréquent en zone urbaine (71%) qu'en secteur rural (55%). Toujours parmi les moins de 45 ans, 71% considèrent l'intégration dans une structure de groupe comme un critère de choix. Cela traduit bien le plébiscite pour ce mode d'exercice chez les plus jeunes, même si une fois de plus nous devons garder à l'esprit que le secteur géographique d'exercice n'est pas distingué ici.[9]

Au plan national, le rapport de l'ONDPS 2006 évoque aussi cette caractéristique : « **Les aspirations que semblent exprimer les jeunes générations de médecins pour un exercice plus collectif que les orientations prises par les pouvoirs publics en sa faveur indiquent que le regroupement des médecins pourrait devenir une figure d'avenir de l'offre de soins. Le regroupement des professionnels de santé est présenté comme une des solutions susceptibles notamment de résoudre la crise des vocations que connaît l'exercice de la médecine de premier recours.** » [12]

Toutes les études citées vont donc dans le sens de ce que nous avons constaté à l'échelle cantonale. Les raisons évoquées tournent autour de la qualité de vie procurée, des échanges entre praticiens et les facilités d'organisation et de gestion des coûts de fonctionnement de la société civile mobilière ainsi qu'un accès plus facile aux remplaçants [9]. Cela offre également la possibilité de réguler sa charge de travail en continuant d'assurer la permanence des soins et d'organiser au mieux les périodes de congés.

Paradoxalement, alors que la majorité des études françaises semblent converger, cet élément n'apparaît pas dans le rapport du GRIS. L'explication en est simple, dans les différents pays cités dans ce rapport, ils sont très peu à exercer de façon individuelle: 16% au Québec, 25% aux USA et 8,5% au Royaume-Uni [12]. L'exercice solitaire, très répandu en France, puisqu'il représente 58% de la pratique libérale, est donc une exception au vue des pays cités.

On peut donc concevoir que le thème du regroupement n'apparaisse pas dans ces études puisqu'il fait d'ores et déjà partie intégrante de l'organisation du système de soins, ce qui est encore loin d'être le cas en France.

Il est également intéressant de constater que nos conclusions rejoignent celles du Panel 2007 sur l'avance des Pays de Loire en la matière.

L'organisation de groupe est beaucoup plus développée en Pays de Loire que dans les trois autres régions du panel. Cette organisation semble être celle attendue par les remplaçants, qui considèrent ce mode d'installation comme satisfaisant. Cela peut contribuer au fait qu'en Loire Atlantique il n'existe qu'un canton éligible aux aides financières. Il est vrai cependant que ce n'est pas le département le plus rural de la région.

Nous avons mis en évidence l'attrait des conditions de vie pour les jeunes médecins, et le rôle joué par le regroupement dans l'amélioration de la qualité de vie. Cette évolution des mentalités suit celle de la société, et pour cette raison il paraît donc probable que ce phénomène ne soit pas une spécificité locale. On peut considérer que Les Pays de Loire sont en avance sur les autres régions. A ce titre les critères pouvant influencer sur la pratique en milieu rural, mis en évidence en Loire Atlantique, sont probablement généralisables à une plus large échelle en France.

c. Critère relationnel

Dès l'instant où le regroupement semble privilégié, il apparaît normal que les relations sociales au sein du cabinet revêtent une grande importance. Dans notre échantillon, tous choisissent ce type d'installation pour la qualité de travail et de vie ainsi que les échanges possibles. On conçoit donc toute l'importance qui y est accordée.

A ce propos, soulignons que pour la plupart, l'installation en groupe se fait avec d'autres médecins et dans une moindre mesure avec d'autres professionnels de santé. Il faut sans doute y voir une recherche d'échanges techniques et de partage du vécu face à certaines situations.

Nous l'avons constaté, certains praticiens prêtent à cette relation humaine une grande importance et sont disposés à faire quelques concessions pour avoir le plaisir d'exercer avec des professionnels qu'ils apprécient, se posant même la question de leur avenir professionnel

lors du départ d'un collaborateur de leur cabinet. Ce phénomène est d'autant plus important chez les consœurs interrogées. Il est vrai que certaines s'organisent à deux sur un même poste, nécessitant comme on peut l'imaginer un minimum de coordination et d'entente.

L'importance de ce facteur est également soulevée par certains détracteurs de la pratique de groupe. Ils soulignent en effet les difficultés à exercer au sein d'une association ou les rapports sont conflictuels. Mais également l'appréhension de telles relations pour les personnes plutôt individualistes.

Plus largement, les médecins interrogés ont conscience, via leur expérience de la difficulté, à réaliser une structure où règne la bonne entente.

Les remplaçants abondent eux aussi en ce sens, évoquant la nécessité d'un temps prolongé de remplacement dans la structure afin de connaître l'ambiance générale et les relations avec les futurs associés.

Pourquoi ne pas favoriser ce type de rencontre afin de créer des liens pouvant vraisemblablement influencer sur l'installation ? Et c'est peut être pour cela qu'un stage obligatoire en secteur rural, dans des cabinets de groupe si possible, aurait toute sa place.

Ce facteur relationnel n'apparaît pas dans les différentes études citées, comme le Panel ou les divers rapports comme le GRIS ou le rapport Berland. C'est un résultat inattendu de cette enquête qui a mis en évidence ce critère un peu abstrait qu'il est sans doute plus difficile à faire apparaître par des études quantitatives. La répétition de ce déterminant exprimé sous diverses formes dans les entretiens permet d'en faire un déterminant majeur

d. Rôle du conjoint

S'il est vrai que pour les plus anciens médecins de notre étude, leur compagne cessait bien souvent leur activité au profit du secrétariat, cela ne semble plus d'actualité. La profession du conjoint joue même actuellement un grand rôle dans le choix du secteur d'exercice.

L'importance du conjoint dans l'installation semble également tout à fait acquise dans les différentes études [9] [7]. Dans le Morbihan, cet aspect ressortait également comme majeur parmi les critères de choix des jeunes généralistes. Il en va évidemment de même pour les attentes concernant la qualité de vie.[13]

e. Paramètres financiers

Depuis 2005, des mesures économiques en faveur de l'installation sont proposées dans les secteurs à risque de désertification médicale du département. Elles sont accessibles entre autres sur le site de l'URML et de l'URCAM. Bien que mises en place trop récemment par la Caisse d'Assurance Maladie pour permettre une évaluation de leur efficacité, il nous semble que beaucoup d'arguments ne plaident pas en leur faveur.

Tout d'abord pour ce qui concerne les aides que nous qualifierons de directes, l'ensemble des médecins interrogés dans notre étude estiment que les motivations sont autres que financières et que le caractère non pérenne et trop peu incitatif de ces aides fait douter de leur efficacité. **« Les incitations à l'installation en milieu rural ne sont jamais considérées comme un critère à prendre en compte et sont jugées inefficaces car la question de l'installation des jeunes médecins n'est que partiellement une question médicale. »**[14]

Pour la Cour des Comptes, **« ces aides ne répondent pas aux déterminants du choix du lieu d'exercice. Ceux-ci accordant une grande importance à la dimension « qualité de vie » qui relève plus d'une problématique liée à l'aménagement du territoire que d'une question de rémunération. »** [15]

De même, dans le Panel 2007, on constate que seul 13% des médecins interrogés évoquent une incitation financière ou la mise à disposition de locaux pour leur cabinet dans leur choix d'installation. 27% évoquent la recherche d'un endroit où l'offre de médecins généralistes était insuffisante.[9]

Une enquête BVA effectuée par le Conseil de l'Ordre, reflète l'opinion des étudiants et jeunes médecins qui plébiscitent de façon très nette les mesures favorisant l'exercice regroupé de la médecine générale, comme en témoignent la mise en place des maisons médicales, le développement de la collaboration libérale et le réseau de travail. Les mesures

purement financières, comme la majoration de 20 % des actes médicaux ou la prise en charge d'une partie des cotisations sociales, sont reléguées au dernier rang.[5]

Une discordance apparaît cependant avec l'ensemble des propos précédents au sujet d'une prime pour l'installation en zone démedicalisée. En effet celle-ci n'est absolument pas pérenne, et les revenus des médecins sont déjà plus élevés dans ces secteurs, en rapport avec la charge de travail.[5]

Autre argument important qui confirme notre interprétation, les régions où la densité médicale est la plus forte correspondent aussi à celles où les honoraires moyens par médecin sont les plus faibles [15]. Cela souligne que le choix de la qualité de vie se fait parfois au détriment des revenus, et démontre donc la faible incitation à l'installation de ces aides financières.

De plus il semble exister un certain dédain des médecins vis-à-vis des aides financières directes, en raison d'une méfiance sur les contreparties éventuelles comme l'exprime n° 4 (p 28)

L'aide à la construction de maisons médicales ainsi que les bourses pour les étudiants, mesures déjà développées à l'étranger, ont parfois rencontré un écho favorable. Cependant, l'analyse de leur efficacité a montré qu'elles n'avaient qu'un impact à court terme, en raison d'une limitation dans le temps et de la possibilité de rachat de la bourse ou du prêt.

De plus, un risque de compétition inter région et d'effet d'aubaine est évoqué sans compter le coût financier important [11]. Une baisse de productivité a même été observée au Royaume-Uni entre 1990 et 2004 à la suite d'une aide financière incitative consistant à augmenter la capitation par patient résidant en zone défavorisée. La conséquence, c'est que les généralistes ont eu tendance à réduire leur nombre de patients.

Le comportement observé chez la plupart des remplaçants de notre enquête ne fait que confirmer le risque de détournement de ces aides. En effet selon leurs dires, ceux-ci semblent raisonner de façon inverse, recherchant les aides possibles une fois le secteur d'installation choisi.

L'influence de ces aides dépend entre autre de leur diffusion or les résultats obtenus à partir de notre échantillon ne mettent pas franchement en avant l'étendue de ces dispositifs. Seul un

des médecins installés depuis peu a effectué de nombreuses démarches à ce sujet, mais pour les autres, elles sont quasiment inexistantes.

Quant aux remplaçants, les plus concernés, nous constatons qu'ils ne semblent pas très au fait des incitations ni des structures coordonnant leur mise en œuvre. Des outils ont pourtant été mis en place depuis trois ans par la Caisse d'Assurance Maladie : Cartos@nte permet de visualiser l'offre et l'activité des professionnels de santé sur un territoire donné. InstalS@nté recense et informe sur la nature des aides proposées par les collectivités territoriales. Ils ne sont même pas cités une fois par les médecins de notre échantillon.

On rejoint donc le constat réalisé par l'IRDES [16]. Ce dernier constatait que malgré le développement de ces deux outils visant à influencer sur les professionnels de santé au moment de leur installation, l'accompagnement et le suivi des médecins par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie sont en fait peu développés dans la réalité.

Diverses explications peuvent être apportées à cette méconnaissance. Tout d'abord le caractère foisonnant de ces incitations les rend illisibles. Par exemple, un total de 137 mesures régionales ou locales avait été identifié par l'IRDES en 2005 [15]. Les parutions successives dans de nombreuses lois ou décrets ainsi que le manque de communication de l'Etat sont aussi évoqués.[1]

Il me semble qu'on pourrait joindre une autre hypothèse au relatif dédain des collègues pour les aides financières directes: une certaine méfiance vis-à-vis des financements publics (quelles contreparties?) ou un tabou des aspects financiers du métier?

f. Proposition de succession

De nombreuses propositions d'associations ou de reprises d'activités sont effectuées sans intermédiaire comme l'illustre les installations des jeunes médecins et les propos des remplaçants qui sont régulièrement sollicités. Cela conduit en quelque sorte à une exclusion du système d'incitation mis en place.

Dans le Panel 2007, on observe que 36% des généralistes citent une proposition de reprise d'activité d'un confrère, les hommes plus souvent que les femmes, traduisant effectivement l'importance de cette pratique, bien que là encore, nous ne disposions pas de chiffres précis en fonction de la zone d'exercice.[9]

Il pourrait être intéressant de réaliser des études sur la façon dont les remplaçants arrivent à trouver du travail afin de tenter d'influer sur ce système.

g. Organisation du système de soins

La présence d'un plateau technique à proximité ainsi que la connaissance antérieure de la localité semble faire partie des points étudiés avant l'installation. Une étude sur l'installation menée en Bretagne illustre d'ailleurs ce fait.[14]

Aussi étonnant que cela puisse paraître, l'analyse des propos de notre échantillon n'a pas permis de souligner ce fait, mais bien le contraire. Ce critère, la présence d'un plateau technique à proximité, n'est apparu spontanément dans la discussion qu'avec les remplaçants tout juste sortis, justement, du système hospitalier. Mais comme l'une des interviewées le faisait remarquer, **« avec le temps le sentiment de sécurité que le service des urgences procure n'a plus de raison d'être, probablement du fait d'une prise d'assurance. »**

On peut probablement nuancer cette divergence par l'étude des zones géographiques en question. En effet, nous sommes à l'échelle d'un département et non d'une région comme la Bretagne et dans ce cadre les distances à parcourir pour l'accès à l'hôpital sont probablement moindres.

A propos de la permanence des soins, il ressort de façon marquante que chez les jeunes installés ainsi que chez les remplaçants, les gardes ne se conçoivent qu'en CAPS, ce qui va une fois de plus dans le sens du regroupement. On peut donc s'accorder avec le rapport précité sur le rôle potentiel de l'organisation de la permanence de soins pour les plus jeunes.[14]

L'exemple de n° 2 qui vit plus à distance du cabinet que ses collègues, permet d'illustrer l'importance de l'organisation des gardes. En effet, exerçant plus loin du cabinet, elle s'est mise d'accord avec ses collègues pour ne pas faire de garde le soir en semaine moyennant une

autre compensation. L'existence même de ces gardes de nuit ne se posera bientôt plus en raison de la création d'un système de médecin volant faisant ainsi disparaître les gardes de nuit après minuit. Peut être ce système permettra-t-il également de montrer aux étudiants la baisse des contraintes de l'exercice en zone rurale ?

Il est clair que pour les plus anciens cela ne faisait absolument pas partie des déterminants, mais tous semblent satisfaits de ce type d'organisation et notamment de la régulation médicale comme le soulignait n°4. D'ailleurs, une partie d'entre eux viennent justement de créer un CAPS.

2. Limites de l'étude

On pourrait penser qu'il est regrettable que le besoin d'aides financières pendant les études n'ait pas été abordé au cours des entretiens. Cependant « plus grand besoin d'aide financière » induit une comparaison avec une population n'exerçant pas en zone rurale ce qui n'entraîne pas dans le champ de notre étude.

D'autre part, ce critère est mis en évidence au Canada et aux Etats Unis, en raison de prêts contractés en échange d'une durée d'exercice minimale dans la province concernée. En France, ce type d'incitation débute à peine, si bien qu'on ne peut avoir aucun recul sur le sujet et encore moins se livrer à ce type de comparaison.

Par ailleurs ces entretiens accordaient déjà une large part aux incitations financières et à leur perception par la population médicale. Il revient également dans le cadre des propositions effectuées par les enquêtés. Evoquer une nouvelle fois cet aspect un peu sensible de l'exercice, dans le cadre de leurs études cette fois aurait pu nuire au déroulement des entretiens en raison du tabou qu'il peut représenter. Ce critère n'était par ailleurs pas le seul à nous intéresser.

Nous n'avons pas abordé non plus l'intention de faire médecin de famille, car ce type de données est plus du registre du quantitatif et présentait peu d'intérêt en entretien. Ce type de renseignement n'aurait pu être utilisé ultérieurement, d'autant qu'il est issu d'étude quantitative. Par ailleurs, nous savons que même les praticiens n'ayant pas choisi délibérément cette discipline, ne le déclarent pas, ce d'autant que passer une certaine période d'exercice, ils finissent par se considérer comme médecin généraliste par choix.

Pour finir, la méthode d'entretien semi-directif empruntée aux sociologues n'a vraisemblablement pas été mise en œuvre avec toute la rigueur de celle d'un professionnel tant dans la technique des entretiens que celle de l'analyse.

3. Des propositions variées et intéressantes

Les idées sont nombreuses sur le sujet, et pour beaucoup d'entre elles, sont également abordées dans le cadre des EGOS [17], du rapport Berland [1] ou par l'IRDES [16], ce qui montre une certaine corrélation..

A partir des résultats des entretiens quelques propositions innovantes peuvent être avancées en complément de celles qui font l'objet de débats entre la profession et les pouvoirs publics.

a. Propositions financières

Les mesures économiques peuvent se décliner de la sorte : d'abord les aides de fonctionnement, puis celles visant à lutter contre l'exercice isolé et enfin nous envisagerons le thème récurrent de leurs durées.

Les maisons médicales accomplissent en milieu rural des missions de service public en raison de la disparition des antennes de la Sécurité Sociale par exemple. Dans ce cadre, un financement du fonctionnement est évoqué au sein de notre étude. Pour leur obtention, le respect préalable d'un cahier des charges est suggéré. Deux rapports vont d'ailleurs en ce sens.

Celui des EGOS, où dans le cadre du financement stabilisé des maisons médicales, la proposition est faite de trouver une enveloppe pour le fonctionnement du secrétariat notamment [17]. Et le rapport Berland [1] qui depuis 2005, évoquait la mise à disposition de locaux et « d'un personnel administratif et de service dévolu, du matériel informatique et l'accès aux moyens de communication modernes avec prise en charge de son entretien... »

La mise à disposition de locaux, soulevée dans notre étude, est aussi évoquée dans les EGOS [17] qui suggèrent la mise en place d'un loyer préférentiel par l'Assurance Maladie et les Collectivités Territoriales dans le cadre du développement des maisons médicales pluridisciplinaires. Ces aides existent en fait déjà et sont évoquées dans un article de l'IRDES, sous la forme d'aides en nature[16]. Malgré leur intérêt, rappelons qu'un travail de l'IRDES

en 2007 jugeait que les mesures de ce type en France étaient assez disparates et peu nombreuses.[16]

Les mesures visant à favoriser les regroupements des professionnels de santé via les maisons médicales, font quasiment l'unanimité parmi les médecins et remplaçants interrogés. Elles sont plutôt bien considérées à l'étranger, même s'il semble qu'elles soient peu mises en valeur et par conséquent peu évaluées, et ce, malgré leur rôle si important dans les déterminants. Ces aides, ont pour objectif de lutter contre l'isolement professionnel dans la pratique, et usent pour cela de l'indemnisation des dépenses de formation, de déplacement, ou de celles en rapport avec les investissements favorisant collaboration et coordination des professionnels de santé. [11]

La quasi-totalité des incitations de ce type existe déjà, traduisant une méconnaissance sur le sujet. Peut être les médecins interrogés ne se sentent-ils pas ou peu concernés puisqu'ils sont déjà installés. Par contre, l'ignorance presque totale des remplaçants peut laisser perplexe quant à l'efficacité de ces mesures.

L'élément le plus fréquemment relevé concerne la nécessaire pérennisation des incitations proposées. Une fois de plus le rapport Berland [1] abonde également en ce sens, concernant les exonérations de la taxe professionnelle, la taxe foncière, les charges fiscales et sociales que ce soit au niveau de l'état ou des collectivités. Ce type de mesures n'est pas repris dans les EGOS, sans doute du fait des limites reconnues de ce type d'intervention.[17]

Ces propositions sont peu innovantes, puisque dans la description des aides mises en place en France [16], on constate qu'elles existent déjà toutes mais sont plus ou moins disponibles en fonction de la zone géographique dans laquelle le praticien souhaite s'installer (Zone Franche Urbaine, Zone de Revitalisation Rurale, communes de moins de 10 000 habitants ou de moins de 2 000 habitants, zones définies comme prioritaires par les missions régionales de santé).Cependant, leurs durées sont très fluctuantes en fonction des lieux, et elles excèdent rarement plus de 5 ans. On peut donc considérer que la majeure partie d'entre elles ne sont pas pérennes, ce qui rejoint ce que déclaraient les divers praticiens de notre étude.

L'expérience d'autres pays en la matière relève que les incitations financières n'ont qu'une influence très faible à long terme [11], or il en existe de nombreuses dans notre pays[16].Peut être serait-il plus raisonnable de ne pas les prolonger au-delà, notamment au regard de leur faible efficacité dans d'autres pays et de leur coût ?[11]

D'autre part, il est intéressant de souligner l'ambivalence des praticiens interrogés, vis-à-vis de l'aspect économique des aides. En effet, malgré leurs faibles efficacités aux yeux des enquêtés, on constate que nombre de propositions effectuées par les mêmes médecins sont d'ordres pécuniaires. Elles sont de plus, bien souvent déjà existantes. Il semble exister en réalité un certain tabou à aborder les aspects financiers du métier.

On peut d'ailleurs souligner que si les enquêtés parlent d'argent, c'est en évoquant "les médecins", mais pas eux-mêmes, ou bien en évoquant des financements du fonctionnement mais pas de primes individuelles (trop impliquantes). Des aides techniques, des prêts sont aussi évoqués, ils n'impliquent pas une allocation directe d'argent.

b. Permanence des soins

La suppression des gardes de semaine fait partie de propositions, et est abordée par un médecin en raison de la distance entre son domicile et le cabinet, l'obligeant à rester au CAPS pour la nuit. Ce thème n'est pas repris par les autres médecins, l'existence même de la permanence des soins n'étant pas remise en cause.

Concernant la permanence des soins, le rapport Berland estime souhaitable que cette organisation « veille à ce que la garde n'excède pas la fréquence d'un jour par semaine et d'un week-end par mois. Même si l'on est loin de la suppression des gardes de semaines évoquées par un seul praticien, notons que cette recommandation abonde un peu en ce sens.[1]

c. Enseignement

L'enseignement au sein du département de médecine générale, en particulier le stage chez le praticien semble, pour beaucoup, être une bonne façon de promouvoir l'exercice en milieu rural. En effet, contrairement aux différents semestres réalisés comme interne en secteur hospitalier, ce stage a pour mérite de faire découvrir aux étudiants leur « possible » future pratique. Possible seulement, car nous savons bien que beaucoup se dirigent vers une autre voie par l'intermédiaire de DESC ou DES et que le secteur hospitalier en recrute bon nombre [12]. Cependant, des médecins de notre étude l'ont fait justement remarquer, cela survient de façon un peu trop tardive dans le cursus.

Pour pallier à ce problème, un stage en médecine générale basé sur le volontariat, est possible en deuxième cycle depuis 2006. Peu d'étudiants semblent attirés puisqu'on dénombre seulement 395 participants sur un total de 5982 étudiants. [12]

Dans l'optique d'améliorer la découverte de cette spécialité par les étudiants, ces stages devront être développés [12], car c'est probablement dès la formation des étudiants qu'il faut tenter d'influer sur leurs choix et leurs à priori. Cela va donc dans le bon sens, excepté le fait que ces stages ne soient pas particulièrement axés sur la médecine en secteur rural. Leur existence a, nous semble-t-il, plus pour objectif de susciter l'intérêt pour cette spécialité.

Croire que l'augmentation du nombre de généralistes par ce biais aura une répercussion sur l'exercice en zone rurale paraît bien illusoire au regard de l'expérience de pays comme le Canada. En effet, le rapport GRIS 2004 iraît plus dans le sens d'une sélection des bons candidats dès le départ et la mise en œuvre d'une politique visant à les inciter à l'exercice en régions éloignées.[7]

La participation massive de médecins ruraux à ce type de stage pourrait avoir un éventuel intérêt, mais n'oublions pas que c'est associé à une sélection des étudiants qu'elle porterait le plus ses fruits. Qu'en est-il à Nantes, de la participation des médecins de campagne à cette formation et d'une éventuelle sélection indépendante de la volonté des étudiants ? Comment pourrait s'organiser ce choix ? Ce pourrait être un travail à réaliser en complément à la présente enquête.

Selon la littérature, les mesures au cours de la formation initiale semblent donner des résultats plus favorables que les autres mesures. C'est le cas de politiques ciblant les étudiants les plus à même de s'installer ultérieurement dans des zones déficitaires ou à mieux adapter le contenu des formations au contexte particulier de la pratique dans ces secteurs comme c'est le cas aux Etats-Unis, en Australie et au Canada. [7]

Comme l'évoquaient certains de nos praticiens, l'accent devrait effectivement être mis sur ce point. Pour l'instant, selon l'IRDES, en France « L'adaptation de la formation – notamment par le recours plus fréquent aux stages en hôpital général, ou en médecine ambulatoire pour sensibiliser les étudiants à ces formes de pratique – ainsi que l'aide et le suivi à l'installation font l'objet de mesures nationales et régionales encore modérées et disparates.»[16]

d. Mesures coercitives

Les mesures contraignantes, ne sont que très peu évoquées parmi notre échantillon, traduisant sans doute le peu d'importance qu'on leur accorde en termes d'efficacité. Seule une remplaçante les évoque comme nécessaires, mais en prévenant les étudiants dès le début du cursus, et non pendant. Pour mémoire, on peut noter qu'aucune proposition de ce type n'est faite dans le rapport des EGOS.[17]

Au regard des expériences étrangères, on peut dire que les politiques visant à limiter le nombre d'installations dans les zones considérées comme excédentaires, n'ont pas fait preuve d'efficacité. Deux exemples illustrent bien ce fait, ceux de l'Allemagne et du Royaume-Uni.

En 1977 dans le but de mieux répartir les médecins sur le territoire Allemand, un programme de « planification des objectifs médicaux » est mis en place. Il limite l'installation des médecins à des circonscriptions géographiques ayant une densité médicale inférieure à 10% de la densité nationale. L'exercice dans les autres secteurs n'est permis qu'en cas de succession. Depuis 2002 il est montré que l'Allemagne glisse peu à peu d'un surplus de médecins à une pénurie. Deux raisons principales sont évoquées, une structure de l'âge défavorable, et une chute d'effectif dans la nouvelle génération de médecins. Les mesures coercitives peuvent donc aller à l'encontre de l'effet escompté.

Entre 1948 et 2002, au Royaume-Uni, une autorité indépendante régulait l'installation de généralistes, en fonction de la zone choisie pour exercer. Trois zones étaient ainsi définies : autorisée, limitée, ou fermée. Cette mesure limitant les secteurs d'installation n'a toujours pas permis en 2003 de diminuer les inégalités de répartition.[11]

Ce type de mesure n'est donc globalement pas plébiscité dans les pays présentant des difficultés en termes de démographie médicale. Par exemple, le rapport du GRIS 2006 ne fait pas cas de telles mesures dans ces diverses provinces où sont privilégiées les mesures incitatives et rétentionnelles.

En France, bien que la question se soit posée, de telles mesures ne sont pas retenues, au vu des résultats obtenus. De plus, risquer de détourner les jeunes générations de l'exercice médical dans une période de baisse des effectifs et de hausse des besoins pourrait être catastrophique. En outre, des questions telles que les règles de répartitions, le taux potentiel de

refus d'exercer, celle de la professionnalisation du remplacement ont aussi été évoquées et n'incitent donc pas à contraindre l'installation.[1]

e. Système de remplacement et télémédecine

La création d'un système de remplacement et le développement de la télémédecine font parties des propositions effectuées par certains, mais on ne retrouve pas cet aspect dans les EGOS qui semblent donc présenter quelques lacunes. Nous savons pourtant combien la qualité de vie est chère aux médecins, or le remplacement est corrélé à la durée des vacances prises. Le développement d'un tel système ne peut donc qu'aller dans le bon sens, c'est-à-dire lever une réticence vis-à-vis de l'exercice en zone rurale.

Le rapport Berland semble d'ailleurs abonder en sa faveur notamment par la création d'une prime au remplacement consistant à octroyer une somme lors d'un remplacement en zone déficitaire ainsi que le bénéfice des facilités accordées aux médecins dans ces zones.[1]

Favoriser la collaboration entre praticiens libéraux et hospitaliers par l'intermédiaire du développement de la télémédecine est un élément important soulevé au cours des entretiens. Il en est de même pour l'accès aux sites d'information médicale pour l'actualisation des connaissances [1]. Par contre, l'influence d'une telle mesure est peu évaluée dans les autres pays [11], car peu prise en compte. Cette mesure contribuerait pourtant à rompre l'isolement des professionnels en zone rurale facteur limitant l'installation.

Les mesures proposées ici rendent bien compte du problème lié au manque de pérennité des aides proposées. D'autre part la plupart d'entre elles peuvent être considérées comme facteur de rétention (favorisant le maintien de l'installation), comme c'est le cas du système de remplacement ou de l'effet durable des incitations financières. Les praticiens semblent donc avoir bien à l'esprit que l'attractivité est importante, mais qu'il faut également donner envie de rester.

Cela va tout à fait dans le sens du rapport du GRIS qui signale que l'influence d'incitations économiques de courte et moyenne durée ne peut influencer sur l'installation que de façon marginale. Cette étude montre que les mesures d'attraction ont été beaucoup plus utilisées dans les provinces canadiennes, que les mesures de rétention, conduisant à un roulement important du nombre de médecins et conforte donc l'intérêt des mesures citées précédemment.

CONCLUSION

Quelques divergences concernant les critères influant ont été en évidence par rapport au GRIS de Montréal. La plus surprenante est l'absence de relation évidente entre milieu de vie rurale et le secteur ultérieur d'installation. La taille de l'échantillon suffit cependant à expliquer ce constat ainsi que la différence de surface entre les pays.

Ce travail a quand même permis d'identifier quatre critères déterminant l'installation des médecins généralistes en secteur rural.

En premier lieu, l'importance accordée par les plus jeunes praticiens à leur qualité de vie. Ainsi, l'exercice professionnel doit être compatible avec temps libre et vie privée. Et l'équipement de la commune concernant les loisirs et la petite enfance revêt également une grande importance.

Deuxièmement, le regroupement s'est révélé comme un bon compromis entre les aspirations déjà cités, et le type d'exercice souhaité. En effet, peu de praticiens semblent enclin à pratiquer seul. Les maisons médicales permettent de diminuer les contraintes de l'isolement tant sur le plan professionnel que personnel grâce aux échanges inter-professionnels et à une autre gestion du temps de travail.

D'autre part les critères relationnels aux seins de ces structures constituent en toute logique un paramètre primordial, pour la qualité de l'exercice. Les remplacements sont ainsi une étape essentielle de l'installation du fait des contacts humains créés durant cette période et de l'évaluation de la qualité des relations au sein du cabinet.

Pour finir, l'avis du conjoint prend actuellement toute son importance dans le choix géographique de l'installation. Il doit bien souvent tenir compte du secteur d'exercice des deux conjoints.

D'autres critères interviennent également de façon moindre dans notre étude. C'est le cas des paramètres financiers, des propositions directes de reprise d'activité et du le système de soin en lui-même qui ne s'est pas révélé primordial.

Outre ces divers critères, quelques points soulevés par les enquêtés dans le but de favoriser l'installation en zone rurale méritent d'être soulignée une dernière fois.

Le principal d'entre eux est l'importance accordée à l'enseignement de la médecine générale dans le cadre de stage chez le praticien. C'est d'ailleurs également un fait souligné dans la littérature canadienne et sur lequel portent leurs efforts actuels.

Ce stage souvent salués par les enquêtés mais jugés trop tardif sera prochainement complété par des stages en deuxième cycle. Cependant afin de faire découvrir ce milieu aux étudiants il serait souhaitable que les médecins ruraux y participent en nombre. Dans le cas inverse des solutions devraient être mise à l'étude pour favoriser leur engagement.

D'autre part, les apports de la littérature étrangère sur le sujet soulignent que les mesures au cours de la formation initiale semblent donner les meilleurs résultats, notamment en ciblant les étudiants susceptibles de s'installer dans les zones déficitaires. Quelles pourraient être les critères de sélections, à mettre en place et comment organiser ce choix ?

La création d'un système de remplacement est également un autre aspect semblant prometteur. Permettre à tout médecin rural de partir en vacances sans soucis de remplacement aurait deux conséquences pratiques : l'amélioration de la qualité de vie des médecins ainsi qu'une diminution des réticences pour ce type d'exercice.

Afin de préciser ce travail d'autres recherches pourraient être menées.

L'évaluation de l'implication des médecins ruraux dans l'enseignement des générations futurs pourrait être étudiée puisque jugée prometteuse. L'analyse des déterminismes de ces réponses permettant peut-être de majorer leur participation.

Enfin, un autre travail pourrait se pencher sur les conditions de mise en place d'un système de remplacement des médecins ruraux. L'objectif pouvant être de déterminer le système de recrutement, les modes d'incitations ou non des remplaçants, et la façon de les garantir.

Références bibliographiques

1. BERLAND, Y., *Commission démographie médicale*. avril 2005, Observatoire National des Professions de Santé. p. 71
2. *Rapport annuel ONDPS: démographie des professions de santé*. 2004, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.
3. VANDERSCHELDEN, M., *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN 2006*. études et résultats, 2007. n°571(DREES): p. 8.
4. VANDERSCHELDEN, M., *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN 2008*. études et résultats, 2009. n°676(DREES): p. 8.
5. PERIGEOIS, E., *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*. Mars 2007(BVA opinion): p. 37
6. SICART, D., *Les médecins, estimations au 1 janvier 2009*. 2009. n°139(DREES).
7. FOURNIER, M.A., CONTANDRIOPOULOS, A P, et al, *Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée: politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec*. 2004, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé: Montréal. p. 139.
8. ATTAL TOUBERT K, V.M., *La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales*. études et résultats, 2009. n°679: p. 8.
9. BOURNOT M-C, G.M.-C., TUFFREAU F et al, *Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire*. Février 2008(Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale): p. 15
10. EYRAUD, S., *Le devenir professionnel des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à Nantes en 1999,2000 et 2001*. 2007: Nantes. p. 113.
11. BOURGUEIL, Y., MOUSQUES, J, et al, *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé: les enseignements de la littérature*. Questions d'économie de la santé, 2006. n°116: p. 6.
12. BURDILLAT, M., *Rapport annuel ONDPS tome 1 La Médecine Générale*. 2006, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. p. 178.
13. LAFAYE-HUGE, S., *Les jeunes généralistes installés dans le Morbihan: trajectoire et opinions sur la profession*. 2005, Angers. p. 201
14. JUILHARD, J., *Rapport d'information sur la démographie médicale*. 2007-2008, Sénat. p. 86
15. CARDON, M.C., LEVY-ROSENWALD, M, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. 2007. p. 464.

16. BOURGUEIL, Y., MOUSQUES, J., et al, Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé: les mesures adoptées en France. Questions d'économie de la santé, 2007. n°122: p. 6.
17. PODEUR, A., BERLAND, Y., Etats généraux de l'organisation la santé (EGOS). 2009, Ministère de la santé, de la jeunesse des sports et de la vie associative, DHOS, ONDPS.
18. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/aire-urbaine.htm>. Consulté le 23/09/2009

Annexe 1 : Tableau d'échantillon

Ville d'exercice	Canton	Type de cabinet	Genre	Nombres de praticiens par cabinet	Age	Année d'installation	Numéros attribués
Varades	Varades	groupe	masculin	4	49	1988	8
Varades	Varades	groupe	féminin	4	40	2002	2
Isse	Moisdon-la Rivière	seul	masculin	1	60	1976	9
Marsac sur Don	Guéméné-penfao	seul	masculin	1	41	2003	3
Legé	Legé	groupe	féminin	4	33	2006	5
Moisdon la Rivière	Moisdon-la Rivière	groupe	masculin	4	45	1996	1
Nozay	Nozay	groupe	féminin	2	52	2001	4
Le Gavre	Blain	seul	masculin	1	45	1994	6
Saint-Père en Retz	Saint-Père en Retz	groupe	masculin	3	51	1983	7
Belligné	Varades	seule	féminin	1	36	2003	10
Nantes	Nantes	remplaçant	féminin	/	35	////	11
Nantes	Nantes	remplaçant	féminin	/	31	////	12
Nantes	Nantes	remplaçant	féminin	/	34	////	13
Nantes	Nantes	remplaçant	masculin	/	30	////	14

Annexe 3 : Définitions [18]

Aire urbaine :

Une **aire urbaine** est un ensemble de communes d'un seul tenant et sans enclave, **constitué par un pôle urbain et par une couronne périurbaine**. Cette dernière est formée de communes rurales (au sens du découpage en unités urbaines) ou d'unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. La couronne périurbaine est construite à partir d'un processus itératif. On effectue quelques corrections finales pour éliminer les communes isolées géographiquement et pour inclure les communes enclavées. Cependant, il peut arriver qu'une aire urbaine se réduise au seul pôle urbain. Les aires urbaines ne prennent en compte aucune autre limite administrative que les communes. Pour la définition des aires urbaines des pôles frontaliers, dont une partie de l'agglomération est située à l'étranger, sont comptabilisés les flux à destination de la partie étrangère de l'unité urbaine pour déterminer les communes appartenant à la couronne périurbaine. Cependant les fichiers ne concernent que la partie française de ces aires urbaines transfrontalières.

Pôle urbain :

Un pôle urbain est une unité urbaine offrant au moins 5 000 emplois et n'appartenant pas à la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.

Communes multi polarisées :

Communes rurales et unités urbaines situées hors des aires urbaines, dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

Espace à dominante rurale :

Ensemble des communes n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine. Dans cet espace on définit des aires d'emploi de l'espace rural.

NOM : GICQUEL

PRENOM : Pascal

Titre : Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique

Résumé

La démographie médicale actuelle conjuguée à la libre répartition des médecins sur le territoire ont créé des carences dans l'offre de soins en santé primaire Française. Le Canada et les Etats-Unis, déjà préoccupés par le sujet depuis plus de vingt ans, ont mis en évidence des critères favorisant l'installation de médecins en secteur rural. Les publications françaises sur le sujet reprennent ces résultats, mais peu se sont attachées à rechercher les facteurs influençant l'installation médicale en zone rurale.

Pour cette raison, une enquête qualitative par entretiens semi structurés a été réalisée en Loire Atlantique, auprès de généralistes ruraux installés et de remplaçants, afin de mettre en évidence leurs critères de choix.

La qualité de vie souhaitée, bien plus que les revenus potentiels a été mise en avant comme déterminant principal de la décision d'installation. Les incitations financières directes ont suscité peu d'adhésion; des aides de fonctionnement ont plutôt été évoquées. D'autre part, une forte préférence pour l'exercice en groupe a été exprimée; la recherche de coopération et d'échanges de pratiques entre professionnels du cabinet en était la principale motivation. La place du conjoint a pris toute son importance et nécessitait un compromis géographique, ce qui ne semblait pas être le cas auparavant. Les caractéristiques socio-familiales et le réseau de soin, ne semblaient pas quant à eux jouer un rôle de premier plan.

Ces résultats convergent avec les données de la littérature sur la faible efficacité à court terme des incitations financières. Elle souligne l'importance des déterminants qualitatifs concernant l'exercice professionnel et la vie privée pour inciter à l'installation en zone rurale.

Mots Clés :

Médecine générale

Démographie médicale

Déterminant de l'installation

Médecine rurale