

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° **067**

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES DE MEDECINE GENERALE)

par

Gabriel CAROL

né le 12 août 1985 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2014

**MOTIVATIONS DES JEUNES MEDECINS A L'INSTALLATION EN MILIEU RURAL EN
REGION PAYS DE LA LOIRE**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Thomas HERAULT,

Madame le Docteur Marie LUGAND

Remerciements :

A mes parents, qui m'ont donné la vie

A la France, qui me donne d'exercer ce si beau métier

Au Docteur Thomas HERAULT et au Docteur Marie LUGAND

vous m'avez guidé tout au long de ce travail, merci pour votre disponibilité

A l'URPS ML Pays de la Loire

A Madame BOURNOT MC, merci pour votre aide

A mon épouse, Guillemette, merci pour ton soutien

SOMMAIRE

<u>I- INTRODUCTION</u>	P 4
-------------------------------------	-----

<u>II- PROBLEMATIQUE</u>	P 5
---------------------------------------	-----

- 1) Les soins de santé primaires
- 2) La démographie médicale en Pays de la Loire
- 3) La sociologie des jeunes médecins a changé
- 4) La part des femmes dans la profession médicale est en hausse
- 5) Les grandes villes se développent, certains territoires ruraux restent peu attractifs

<u>III- OBJECTIF</u>	P 15
-----------------------------------	------

<u>IV- MATERIEL ET METHODE</u>	P 16
---	------

<u>V- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION</u>	P 17
--	------

<u>VI- RESULTATS TRANSVERSAUX</u>	P 19
--	------

A) Conditions d'installation

- 1) Parcours de formation professionnelle, connaissance du cabinet
- 2) Mode d'installation, organisation du cabinet
- 3) Environnement professionnel, place du médecin généraliste dans l'activité de soins et activité médicale en milieu rural
- 4) Aspects financiers
- 5) Autres activités professionnelles

6) Formation professionnelle

7) Relation avec les patients

B) Facteurs personnels

1) Origines géographiques et familiales

2) Représentations personnelles

3) Environnement personnel, situation du conjoint

4) Loisirs personnels et relations sociales

VII- DISCUSSION P 34

1) La méthode

2) Le parcours de formation professionnelle, les liens entre organisation professionnelle et préservation de la vie privée

3) L'activité médicale et la place du médecin généraliste dans l'activité de soins, l'environnement professionnel

4) Focus sur le cas des femmes

5) Les aspects financiers

6) La relation médecin malade

7) Les facteurs personnels

VIII- SYNTHESE P 48

IX- CONCLUSION P 50

X- BIBLIOGRAPHIE, ANNEXES P 51

XI- RESUME P 81

I- INTRODUCTION

Nous voyons en France et notamment en région Pays de la Loire, l'apparition progressive de territoires ruraux où la densité de médecins généralistes est nettement inférieure à la moyenne nationale.

De plus, les études de démographie médicale annoncent une pénurie croissante de médecins généralistes. Dès maintenant, et prochainement encore plus, le départ en retraite de nombreux médecins généralistes ne sera que partiellement compensé par l'augmentation du *numerus clausus*. L'augmentation de la population générale, et en milieu rural son vieillissement, viennent tendre encore un peu plus le rapport entre l'offre et la demande de soins.

Par ailleurs la sociologie des jeunes médecins a changé. Ils souhaitent désormais exercer en groupe, réduisent leur temps de travail et s'installent préférentiellement dans ou autour des grandes villes. Ils privilégient aussi le salariat. Ils prolongent la période des remplacements après l'internat au détriment de l'installation en libéral, base des soins primaires dans notre système de santé.

En France, les médecins généralistes ont le choix du lieu de leur installation et ils tiennent à cette liberté. Toutefois ce choix conditionne en partie l'accès aux soins. Il est donc nécessaire de trouver des solutions afin que la liberté des médecins généralistes libéraux soit respectée et que l'accès aux soins soit pérennisé dans les territoires ruraux.

C'est pourquoi nous avons voulu savoir ce qui aujourd'hui peut motiver un jeune médecin à s'installer en milieu rural. Cela pourrait permettre de mieux cibler les politiques de démographie médicale pour une meilleure répartition des soins. Nous souhaitons également apporter le témoignage de jeunes médecins généralistes qui se sont installés en milieu rural à ceux qui hésiteraient à s'y installer.

Quels sont les éléments, d'ordre professionnels et personnels, qui orientent leurs choix ? Afin de connaître ces motivations nous avons interrogé par entretien semi-directif dix jeunes médecins généralistes de moins de 35 ans qui se sont installés en milieu rural en région Pays de la Loire.

II- PROBLEMATIQUE

1) Les soins de santé primaires

Les soins de santé primaire ont été définis par l'OMS en 1978 par la déclaration d'Alma-Ata comme étant des soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et une technologie scientifiquement viables et socialement acceptables. Universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que cette dernière accepte et assumer. Ils incluent l'éducation, l'accès à l'eau potable, l'alimentation, l'hygiène, la protection maternelle et infantile, les vaccinations et l'accès aux soins de base. Dans le champ sanitaire, en France, les médecins généralistes contribuent largement à ces soins. La loi HPST de 2009 [1] a redéfini le métier du médecin généraliste en le remplaçant comme étant le premier recours dans le système de soins. Le médecin généraliste donne des soins de proximité en contribuant à l'offre de soins ambulatoires sur un territoire. Il assure la prévention, le diagnostic, et le traitement des maladies et affections courantes ainsi que l'éducation pour la santé de ses patients. Il assure la coordination des soins nécessaires à ses patients et la synthèse des dossiers des patients. Il oriente les patients dans le système de soins et dans le secteur médico-social. Il veille à l'application personnalisée des recommandations et protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés. Il participe à la permanence des soins, aux actions de préventions et de dépistage sur le territoire. Le médecin généraliste est donc un médecin de proximité. Sa présence dans un territoire est essentielle au bon fonctionnement du système de soins et à la prise en charge des maladies et des personnes sur le plan médico-social.

2) La démographie médicale en Pays de la Loire

Les données suivantes sont issues de l'Atlas démographique 2014 du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) [2] et du focus réalisé sur la situation en Pays de la Loire en 2013 par le CNOM [3].

Au niveau national, la densité des médecins toutes spécialités confondues continue de baisser en 2014 (297,8 pour 100000 habitants contre 299,7 en 2013). La densité moyenne régionale des médecins généralistes est de 134,5 pour 100000 habitants. En Pays de la Loire, cette densité est plus faible que la moyenne des autres régions avec 123,6 médecins généralistes pour 100000

habitants alors qu'elle était de 124,5 en 2013. Elle continue donc de baisser. Toutefois la région Pays de la Loire enregistre en 2013 la plus forte hausse nationale des effectifs de médecins généralistes (+5,7 % avec une hausse de la population générale de 5,9%) précédée de peu par la Savoie (+6, 5%). En 2014, on constate cependant des disparités au niveau départemental (fig 1). Sur la période 2007-2014, seule la Loire Atlantique a une densité médicale qui s'accroît tandis que la Mayenne et la Sarthe, le Maine et Loire et la Vendée continuent de voir leur densité médicale diminuer (fig 2).

Figure 1 : Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière

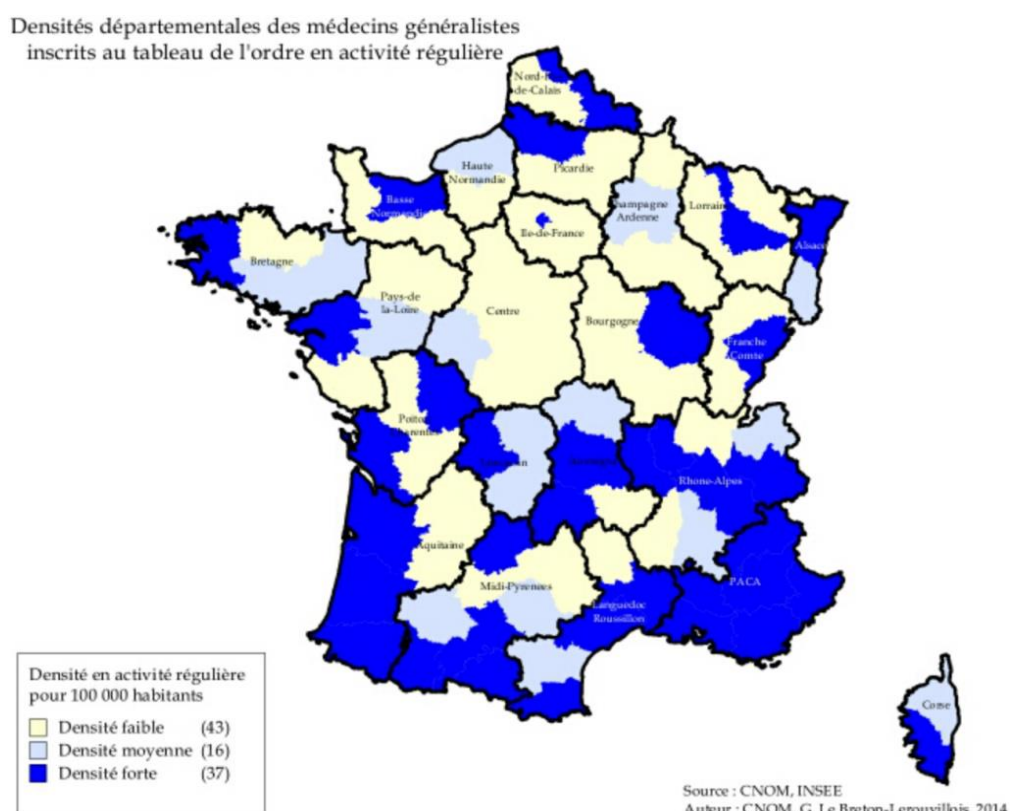
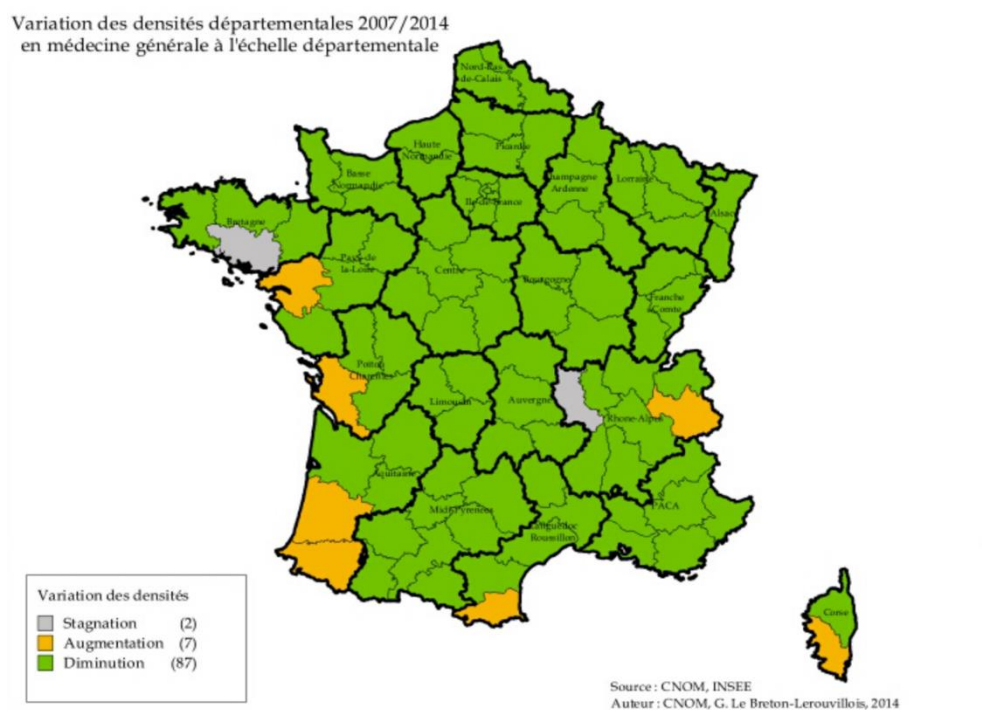


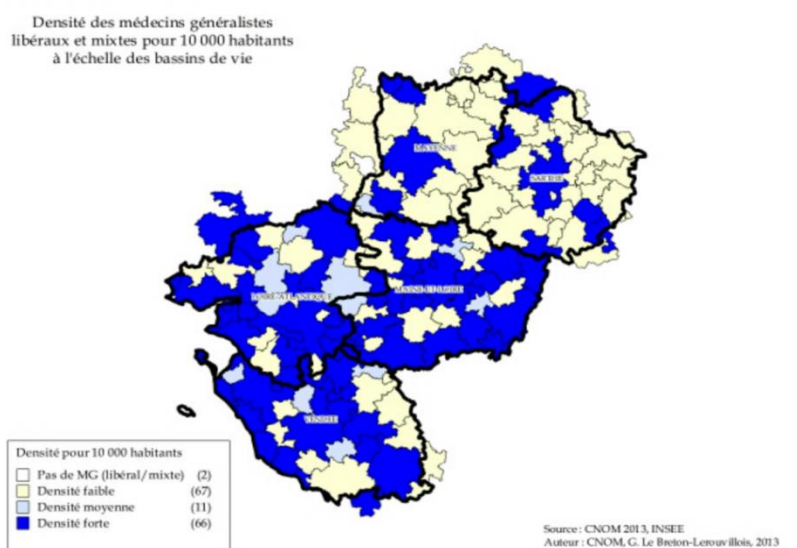
Figure 2 : Variation des densités départementales 2007/2014 en médecine générale à l'échelle départementale



En 2012, en Pays de la Loire, toutes spécialités confondues 45,4 % des médecins qui se sont installés en libéral ont choisi la Loire Atlantique, 31,2% le Maine et Loire, 11,2 % la Sarthe, 9,5% la Vendée, 2,7% la Mayenne.

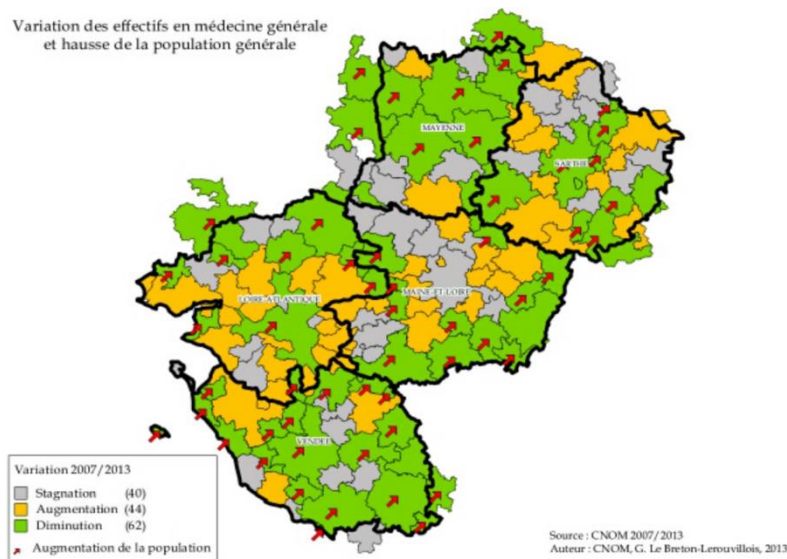
A l'échelle des bassins de vie, en 2013, on note également des inégalités de densité médicale. Peu de médecins généralistes se sont installés en libéral, ou en libéral et salarié (exercice mixte), dans l'est de la Vendée, le nord de la Loire Atlantique et du Maine et Loire, et sur une large partie des territoires de la Mayenne et de la Sarthe (fig 3).

Figure 3 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10000 habitants à l'échelle des bassins de vie



La répartition à l'échelle des bassins de vie sur la période 2007-2013 est également très variable; on voit que malgré une augmentation de la population, nombre de bassins de vie ont vu leur effectif de médecins généralistes diminuer. C'est le cas notamment en Sud Vendée, Nord Loire Atlantique, Mayenne, Sud Maine et Loire et dans le Centre de la Sarthe (fig 4).

Figure 4 : Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population



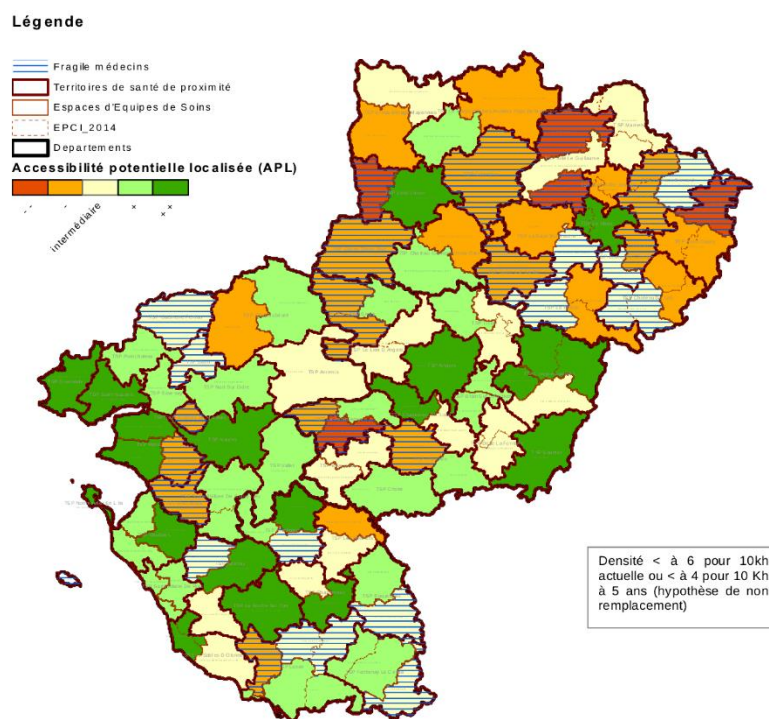
Un autre indicateur permet, mieux que la densité brute de médecins généralistes, d'apprécier l'adéquation entre l'offre et la demande de soins: c'est l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Cet indicateur prend en compte :

- la population desservie, pondérée par le temps d'accès aux professionnels de santé,
- le niveau d'activité des professionnels de santé, en fonction du nombre d'actes réalisés,
- la consommation de soins, mesurée par le taux de recours en fonction de la structure d'âge de la population,
- le nombre de professionnels de santé.

L'APL fournit un score d'accessibilité relatif. Il permet de prendre en compte la disponibilité de l'offre et un territoire de soins qui ne correspond pas forcément aux découpages administratifs.

En Pays de la Loire, on constate que les zones les plus fragiles se trouvent surtout en milieu rural.

Figure 5 : Accessibilité Potentielle localisée en Pays de la Loire (INSEE)



EPCI: base d'établissement public de coopération intercommunale

En 2013, en région Pays de la Loire, lors de leur première inscription à l'ordre, les médecins généralistes choisissent en priorité le salariat (58,3%), suivi du remplacement (25,7%) puis de l'exercice libéral (14,6%) et enfin l'exercice mixte (1,4%). En 2007, en médecine générale en région Pays de la Loire, lors de la première inscription, 63,2 % des médecins généralistes se sont installés comme salariés, 27,2% comme remplaçants et 9,6% en libéral. Cependant on note que, si en 2007, les nouveaux inscrits n'étaient que 9,6 % à être installés en libéral (fig 6), ces mêmes médecins étaient 36,8% en 2012 (fig 7). Pendant cette période la proportion de médecins salariés a légèrement baissé passant de 63,2% à 52,4%. La proportion de médecins remplaçants a, quant à elle, fortement baissé (27,2% à 6,6%). Les nouveaux inscrits au tableau de l'ordre, s'ils ne s'installent pas tout de suite, restent donc nombreux à choisir ensuite l'installation en libéral, notamment ceux qui s'inscrivent initialement comme remplaçants.

Figure 6 : Mode d'exercice des nouveaux inscrits au 1er janvier 2008 (CNOM 2013):

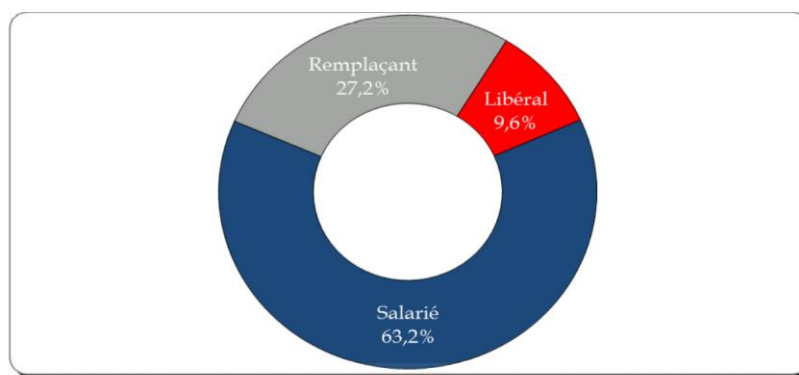
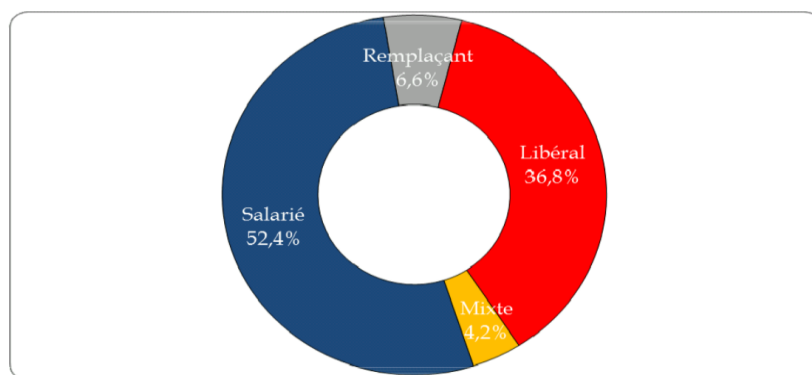


Figure 7 : Mode d'exercice 5 ans plus tard (CNOM2013)



Au regard du profil démographique des médecins généralistes, on s'aperçoit que les départs à la retraite seront nombreux dans les années à venir (fig 8) ; or les effectifs de médecins généralistes en activité ne cessent de décroître passant de 96889 en 2007 à 90630 en 2014 avec une prévision autour de 86000 en 2020 (fig 9).

Figure 8 : Pyramide des âge en médecine générale - France entière (CNOM 2013):

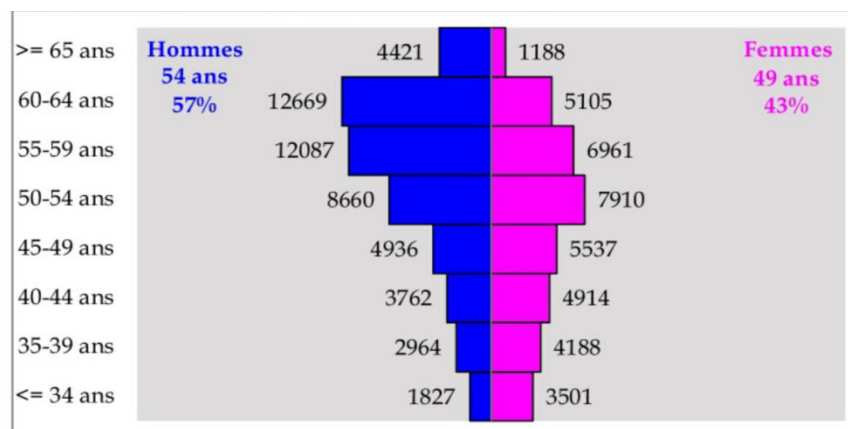
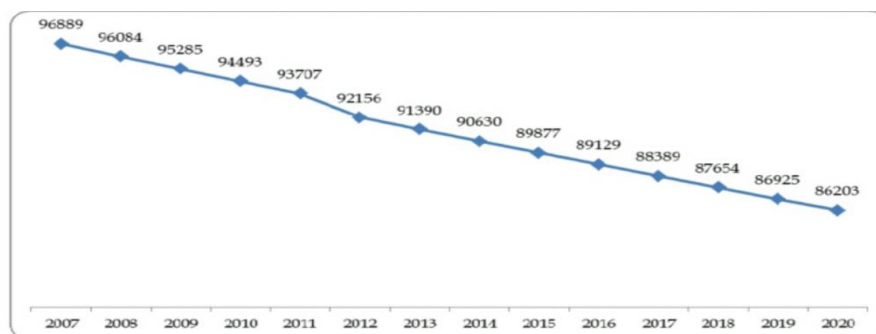
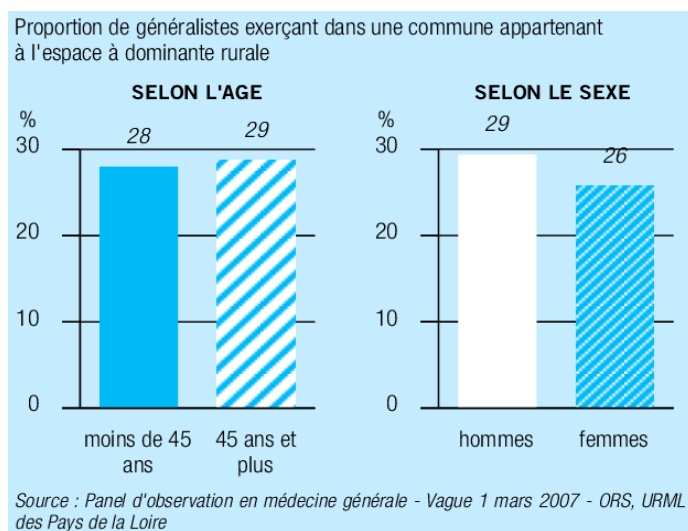


Figure 9 : Effectifs des médecins généralistes - de l'observé à l'attendu (CNOM 2013):



Cependant la proportion de médecins qui exercent en milieu rural en région Pays de la Loire, ne semble pas en baisse ; elle reste autour de 28% (fig 10). Au niveau national, en 2011, les nouveaux installés étaient, en médecine générale, 23% à choisir une commune rurale [4].

Figure 10 : Exercice en zone rurale selon l'âge et selon le sexe



3) La sociologie des jeunes médecins a changé

Les jeunes médecins souhaitent travailler en groupe

Selon une étude de DORY dans la revue *Exercer* [5], les jeunes médecins souhaitent concilier qualité des soins pour les patients et qualité de vie pour les médecins. Ils souhaitent travailler en groupe ; en effet, ce mode d'organisation influe sur la durée totale de travail [6] et par conséquent sur la qualité de vie. Par ailleurs, l'étude PANEL [7], confirme également cette tendance : 71% des médecins de moins de 45 ans installés en Pays de la Loire, avaient comme premier critère la possibilité d'exercer en groupe, et 83 % l'étaient effectivement (le deuxième critère étant la proximité du lieu d'étude ou des attaches familiales). Cette tendance s'accélère encore avec, en 2013, 88% des moins de 45 ans qui s'installent en groupe en région Pays de la Loire [8]. Cette organisation dans des structures en groupes où ils peuvent se remplacer mutuellement, voire se partager les patientèles ou encore exercer à mi-temps, leur permet de concilier vie personnelle et vie privée. Ils peuvent ainsi avoir un emploi du temps différent avec moins de demi-journées travaillées par semaine mais autant d'actes par an, soit en moyenne plus d'actes par demi-journée [8]. Ils prennent également plus facilement des congés en se remplaçant mutuellement et trouvent aussi plus facilement des remplaçants [8].

Les jeunes médecins souhaitent travailler moins

L'étude PANEL montre en 2010 [9] que les médecins qui travaillent moins de 45 heures sont proportionnellement moins nombreux à présenter un score d'épuisement professionnel élevé. Les liens entre charge de travail et qualité de vie chez les médecins généralistes sont aussi mis en évidence dans la thèse de THIEBAUT [10].

Or la durée de travail est plus importante en milieu rural [6]. Par ailleurs l'étude PANEL montre en 2010 [9] que 56% des médecins en milieu rural ont du mal à concilier vie professionnelle et vie familiale contre 41% en milieu urbain. C'est pourquoi le temps de travail est le plus possible contrôlé afin de laisser du temps personnel et familial. L'étude PANEL [7] montre en effet en 2007 une réduction du temps de travail chez les moins de 45 ans, surtout chez les femmes.

L'isolement professionnel et la surcharge de travail éloignent donc les jeunes médecins de l'exercice libéral en milieu rural. Ces difficultés viendront aggraver la pénurie de médecins généralistes en milieu rural en l'absence d'amélioration des conditions de travail.

Les jeunes médecins prolongent la période des remplacements

On sait que la période des remplacements après l'internat est longue puisque l'âge moyen d'installation en libéral en médecine générale est de 35 ans - elle était à 30 ans dans les années 1990 [11] . En Pays de la Loire, l'âge d'installation des médecins généralistes recule également: 71% des médecins de plus de 55 ans se sont installés avant 30 ans contre seulement 15% des moins de 45 ans [7]. Cette période est volontairement prolongée par les jeunes médecins généralistes qui souhaitent disposer de leur emploi du temps [12], qui craignent une charge de travail trop importante et qui invoquent des raisons familiales, particulièrement les femmes.

4) La part des femmes dans la profession médicale est en hausse

La profession médicale se féminise de plus en plus : actuellement 43 % des médecins généralistes sont des femmes et elles sont 65% en dessous de 34 ans [2]. Il faut donc se pencher sur les particularités que cela implique. Elles n'ont pas tout à fait le même profil que les hommes. Elles réalisent en effet 34% d'actes en moins que les hommes [11], et elles travaillent une journée de moins par semaine en moyenne. Ces modifications dans la démographie médicale viennent encore diminuer le temps médical disponible.

5) Les grandes villes se développent, certains territoires ruraux restent peu attractifs

Les territoires ruraux ont vu partir une grande partie de leurs activités commerciales, éducatives, culturelles au profit des grandes villes qui concentrent de plus en plus les populations et les services. Ce phénomène se poursuit notamment en Pays de la Loire [13] où les grandes villes possèdent une zone d'influence et un attrait de plus en plus grand. On observe ainsi une rurbanisation grandissante autour des grandes villes [14]. Il y a de plus en France un attrait reconnu et important des médecins pour les grandes villes qui sont bien pourvues en équipement éducatifs, culturels, sportifs, commerciaux [15]. Par ailleurs plus de 50% des conjoints de médecins sont des cadres et bien souvent eux-mêmes des médecins [16]. Or c'est en milieu urbain que les cadres trouvent le plus d'emploi. C'est là un frein supplémentaire à l'installation des médecins généralistes en milieu rural. La nécessité de rester dans un certain périmètre autour des grandes agglomérations jugé comme acceptable par les médecins, les retient donc de s'installer dans les zones très éloignées des grandes villes. Cela n'est pas un fait spécifique aux médecins mais touche également d'autres professions [14].

La ruralité est donc en manque d'attractivité pour les Français. La population dans ces zones vieillit. Les départs en retraite des médecins généralistes seront nombreux dans les prochaines années. Les jeunes médecins généralistes ne semblent pas être intéressés par l'installation en milieu rural : les conditions de travail ne s'accordent pas avec leurs projets qui prennent désormais plus en compte leurs intérêts privés. Alors qu'il semble menacé, quelles sont les solutions qui permettraient un accès aux soins satisfaisant dans ces territoires ?

III- OBJECTIF

Nous sommes allés rencontrer les jeunes médecins installés en milieu rural afin de comprendre quelles ont été les motivations qui ont guidé leur choix. Nous souhaitons également relever les points positifs de leurs expériences afin que ceux-ci soient connus des autres jeunes médecins.

- Le parcours de formation professionnelle a-t-il eu une influence sur le choix du lieu d'installation?
- L'organisation de leur cabinet et leur environnement professionnel les ont-ils aidé à s'installer ?
- Quel a été pour eux l'impact des aides dont ils ont pu bénéficier ?
- Existe-t-il en milieu rural des spécificités qui les ont particulièrement attirés ?
- Quelle a été l'influence des facteurs personnels dans leurs choix professionnels ?

IV- MATERIEL ET METHODE

Dix médecins ont été sélectionnés en milieu rural ligérien. Afin d'être le plus représentatif possible du renouvellement à venir des médecins généralistes, les critères de sélection suivants ont été retenus : exercer la médecine générale sans exercice particulier en milieu rural en région Pays de la Loire, être titulaire d'un diplôme de médecine générale délivré en France, avoir moins de 35 ans au moment du recrutement. Le milieu rural a été défini selon des critères définis par l'INSEE (Annexe 1) et avec l'aide et le travail de l'ORS Pays de la Loire. La sélection a été réalisée à partir d'une extraction du fichier des médecins généralistes des Pays de la Loire, issu du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS). L'extraction a été réalisée avec l'aide de l'URPS ML Pays de la Loire.

Tous les médecins répondant aux critères de sélection ont été contactés par téléphone pour une présentation succincte du projet. Tous ont accepté les entretiens. Ils ont été rencontrés entre mai et juin 2014 pour des entretiens semi-directifs à leur cabinet ou à leur domicile selon leurs convenances. Les entretiens ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe 2) qui a été construite à partir de l'observation des études de démographie médicale ainsi que des études qualitatives déjà réalisées sur le sujet de l'installation des médecins en zones rurales. Les questions invitaient les interviewés à s'exprimer librement sur les thèmes proposés afin d'induire le moins possible les réponses. Elles portaient sur le parcours de formation, le mode d'organisation du cabinet, l'environnement professionnel et la place du médecin généraliste dans l'activité de soins, les aspects financiers, le type d'activité médicale, la relation médecin-malade et les facteurs personnels.

Les entretiens ont été enregistrés puis intégralement retranscrits et anonymisés. Les résultats ont été analysés par entretien, en recherchant la cohérence du parcours et de la situation de chaque médecin. Ces entretiens sont présentés en Annexe 3. Ils ont ensuite été reportés et analysés transversalement selon un plan similaire à la grille d'entretien, afin de comprendre les phénomènes qui ont amené les jeunes médecins à s'installer en milieu rural.

V- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen est de 33 ans (31 à 35 ans)

Il y a sept femmes et trois hommes

Six sont en couple avec enfants, trois sont en couple sans enfants, une est célibataire

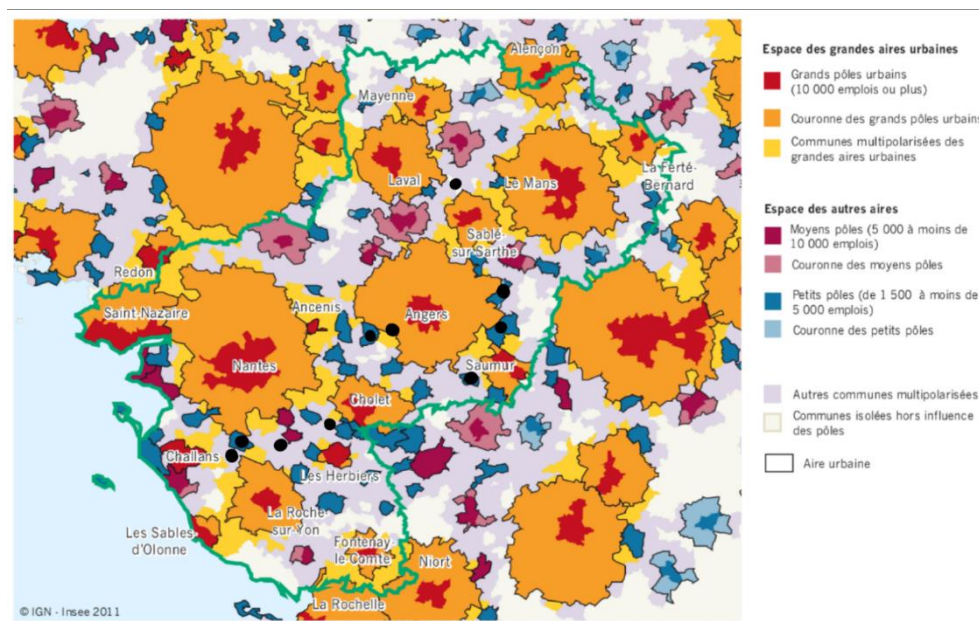
Cinq ont été formés à Angers, trois à Nantes, une à Rennes, un à Paris

Caractéristiques du lieu d'installation

Quatre médecins sont installés en MSP, quatre attendent la création d'une MSP, deux exercent en groupe mono-disciplinaire

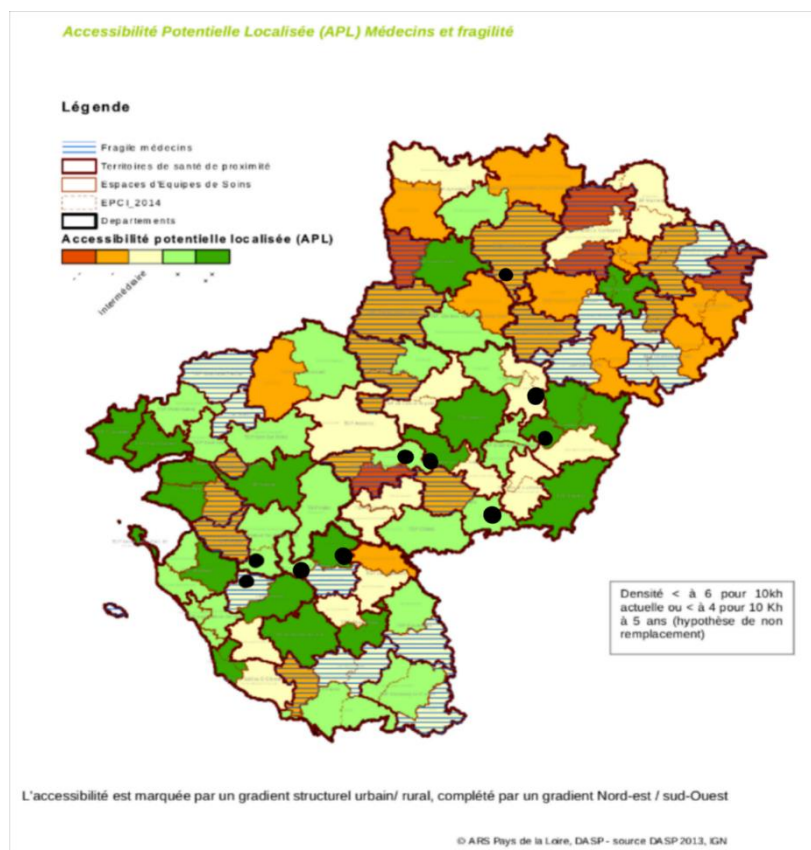
Cinq médecins sont installés en milieu rural, dans les lieux suivants : Martigné- Briand (49540), Saint Etienne du bois (85210), Chavagnes en Paillers (85250), La Gaubretière (85130), Vaiges (53480). Cinq sont installés en milieu semi-rural : Baugé (49150), La pommeraye (49260), Saint Georges sur Loire (49170), Longue Jumelles (49180), Legé (44650). La figure 11 illustre les lieux d'installation en fonction de la carte des zones urbaines de l'INSEE.

Figure 11 : les lieux d'installation sur la carte du zonage INSEE en aire urbaine. Chaque point noir correspond au lieu d'installation d'un médecin interviewé



La figure 12 illustre les lieux d'installation sur la carte de l'APL :

Figure 12 : chaque point noir correspond au lieu d'installation d'un médecin interviewé



VI- RESULTATS TRANSVERSAUX

A) Conditions d'installation

1) Parcours de formation professionnelle, connaissance du cabinet

1) Lieu d'étude

Neuf médecins ont fait leurs études dans les Pays de la Loire, la dixième médecin a fait ses études proches des Pays de la Loire, à Rennes. Tous se sont installés dans les départements qui dépendent de leur faculté de formation ou dans des départements voisins: Maine et Loire pour les médecins formés à Angers, Loire Atlantique et Vendée pour les médecins formés à Nantes. Les médecins se sont majoritairement formés et installés dans leurs régions d'origine mais le lieu de formation puis d'installation peut aussi être choisi en fonction de critères personnels à l'image du Dr P originaire de la région Centre qui a fait l'externat à Poitiers et l'internat à Nantes: "le lieu d'habitation à été choisi proche de Nantes pour qu'on puisse bénéficier elle et moi du bassin Nantais", autre exemple du Dr G: "on a cherché une maison dans le coin entre Saumur et Angers et donc [...] ce n'est qu'après [qu'elle a cherché un cabinet]".

2) Connaissance de la médecine en milieu rural et expériences vécues en milieu urbain

Neuf médecins ont connu l'exercice de la médecine en milieu rural et en milieu urbain. Sur les neuf, sept n'ont pas apprécié l'exercice en milieu urbain. Exemple du Dr V: "le saspas [stage en autonomie dans un cabinet de médecins généraliste] en ville ça ne m'a pas beaucoup plu". Autre exemple du Dr D: "je crois que les deux stages [en ville] m'ont permis de me rendre compte de que contrairement à ce que je croyais, que je n'avais pas spécialement envie de m'installer en ville". Exemple également de l'expérience positive du Dr P: "j'en avais gardé un bon souvenir [de son stage d'interne en milieu rural]". La majorité des médecins avait connu l'exercice médical en milieu rural en tant qu'interne (7 sur 10), mais certains ont connu le milieu rural au cours des remplacements. Une a connu le milieu rural car son père est médecin généraliste en milieu rural. On peut dire que permettre à de jeunes médecins de découvrir et pratiquer la médecine rurale peut les réconcilier avec la médecine générale et leur donner le souhait de l'installation en milieu rural à l'image du Dr D: "la médecine générale ne m'intéressait pas et finalement ça m'a beaucoup intéressé [en milieu rural]" elle ajoute un peu plus loin : "je n'ai pas forcément envie de me mettre en ville".

3) connaissance du cabinet

Tous les médecins interrogés ont commencé leur activité professionnelle par des remplacements. Parfois fixes, d'emblée dans leur futur cabinet d'exercice comme le Dr D. Le lieu d'installation peut ainsi répondre d'emblée aux attentes du médecin " je n'ai jamais remplacé ailleurs qu'à V" (Dr D). Parfois dans plusieurs endroits différents afin de pouvoir choisir un lieu et une façon de travailler qui leur conviennent comme le Dr B: "pendant les remplacements je me disais je vais exercer dans plusieurs endroits, plusieurs médecins différents, modes d'exercice en groupe, seul, avec ou sans secrétaire pour voir comment moi je voulais fonctionner après". Certains ont connu leur lieu d'installation en tant qu'interne, d'autres ont connu par des annonces, par bouche à oreille. Dans tous les cas l'installation a été précédée d'une période de remplacements plus ou moins longue où les jeunes médecins ont testé le ou les lieux où ils remplaçaient.

2) Mode d'installation, organisation du cabinet

1) Mode d'entrée dans le cabinet

Huit des dix médecins interrogés ont repris une patientèle. "Je la remplaçait de manière régulière et elle m'a demandé de reprendre ses patients. C'était l'occasion." (Dr B), ou encore : "je me suis installée parce que il y avait une opportunité" (Dr G), avec parfois certaines conditions: "je reprenais le cabinet si la patientèle était gratuite" (Dr G).

2) La demande des patients

Un facteur déclenchant a été évoqué par quatre médecins: la demande expresse des patients comme le montre le cas du Dr N: "je pense que je serais restée remplaçante plus longtemps s'il n'y avait pas eu une forte demande des patients, parce que eux, ils se retrouvaient sans médecin traitant".

3) Mode d'association

Certains sont installés comme associés, d'autres sous le statut de collaborateur. Le statut de collaborateur s'il permet une plus grande liberté au médecin qui exerce sous ce statut, peut également être un statut temporaire avant une installation définitive comme le Dr V qui attend la création d'une MSP (maison de santé pluridisciplinaire) dans la communauté de communes où elle exerce. Il peut exister une volonté forte de s'installer définitivement et de s'investir: "la collaboration à mon sens c'est un pas avant l'installation, c'est une transition pour rentrer un peu dans le cabinet [...] j'ai envie d'avoir ma place". Une médecin n'est pas associée, le Dr G, qui travaille dans un cabinet avec trois autres médecins mais de façon totalement indépendante elle paye simplement un loyer à la SCI. C'est également pour elle un statut temporaire dans l'attente de la création d'une MSP : "j'avais prévenu le maire de L que si il n'y avait pas de maison

pluridisciplinaire je m'en allais". Un autre statut permet également à un médecin de s'installer, celui d'associé temporaire à l'image du Dr D: "ça pour prévoir une installation c'est un vrai attrape mouche parce que une fois qu'on a mis le doigt là-dedans, on a fait sa patientèle, on a installé son propre cabinet enfin c'est parti quoi".

4) Organisation professionnelle

Concernant les conditions d'installation, notamment l'organisation du cabinet, le travail en groupe et pluridisciplinaire est fréquemment sollicité. Il peut être parfois une condition sine qua none de l'installation. Exemple avec le Dr Ba : "j'étais d'accord [pour m'installer], mais je ne voulais pas m'installer toute seule". Le travail pluridisciplinaire intéresse beaucoup les jeunes médecins installés: "il se trouve que ça nous intéresse parce qu'en tant que jeune toubib on est pile poils formatés pour le fonctionnement transversal et pluridisciplinaire ça nous intéresse bien plus qu'être chacun dans son coin"(Dr D). La nécessité d'être dans les mêmes locaux peut également se faire sentir: "Avec la podologue, il y a possibilité de discuter. S'il y a besoin d'un avis, on s'appelle facilement, on se croise. Pas non plus de problèmes avec les infirmières, il y a de l'échange aussi. Ça c'est super bien. Et c'est là où je dis : on est pourtant pas très loin avec les kinés, mais on ne se voit jamais et le contact est tout à fait différent." (Dr G) (les kinésithérapeutes sont installés dans le même bâtiment mais sans communication interne entre les locaux). Autre exemple du Dr Ba: "c'est vrai que ça peut aider. Moi, je demande souvent à mes collègues, je leur montre des trucs".

Un seul médecin est installé seul mais cela n'est pas de son fait, il attend avec impatience la venue d'un associé (Dr P): "le métier de médecin généraliste à la campagne surtout l'exercice que j'en ai en ce moment seul est difficile".

Tous les cabinets que nous avons rencontrés sont organisés par secteur pour les gardes. Les gardes vont de 20h à 24h en semaine, de 12h à 24h le samedi et de 8h à 24h le dimanche. Les gardes de semaines reviennent environ une fois par mois, les gardes de week-end reviennent environ deux à trois fois par an. Aucun médecin n'a émis de difficultés particulières à ce propos.

Tous les cabinets sont informatisés sauf un mais cela lui convient. Aucun ne pratique la télé médecine.

5) La relation avec les associés

La relation avec les associés apparaît comme un élément important. Exemple du Dr Se : "Si on veut faire court, c'est génial !! On s'entend bien, on s'entraide, on communique... j'ai rarement eu une aussi bonne ambiance dans tous les endroits où je suis allé ! C'est la principale raison pour laquelle je suis venu là, outre le fait que j'avais une appétence pour le milieu rural". Le Dr Se est installé en SCP, partageant même les honoraires. Ou encore le Dr Sa: "voilà, ça collait bien entre nous donc c'est pour ça que je me suis installée là [...] Il y a une très bonne ambiance. On se voit régulièrement, on fait souvent des repas avec la secrétaire et nos conjoints. On fait des activités, on fait du bowling, pas mal de choses extra-cabinet quoi ! [La secrétaire] elle a un rôle

majeur dans l'équipe". Il peut également y avoir la volonté de s'installer avec une personne bien spécifique: "j'ai recruté entre guillemet une ancienne collègue d'internat qui elle aussi était intéressée pour qu'on s'installe ensemble" avec qui elle partage une vision commune de l'exercice: "vraiment on est dans le même état d'esprit avec ma collègue" (Dr D).

6) Les horaires de travail

Un des éléments fondamentaux de la prise de décision pour l'installation concerne les horaires de travail notamment pour les femmes à l'exemple du Dr G, qui travaille à mi-temps avec une remplaçante fixe avec laquelle elle partage la patientèle ou bien du Dr N: "Je voulais m'installer en Vendée mais je ne savais pas trop où exactement, et ici, ils cherchaient un médecin à temps partiel". Elle exerce actuellement à mi-temps. Les hommes également souhaitent prendre une journée de congé par semaine pour "s'occuper de mes filles" (Dr Se) et "parce que travaillant cinq jours et demi par semaine, en milieu rural, avec des journées bien remplies et n'habitant pas sur place, ça aurait été vraiment très compliqué" (Dr P). Il faut rappeler que le Dr P travaille seul, il a une remplaçante qui vient tous les mardi et un samedi matin sur deux.

7) La qualité des locaux

Par ailleurs la qualité des locaux peut aussi être importante: "la maison médicale est superbe, est spacieuse, c'est vraiment agréable la lumière est belle et je suis désolée mais c'est important quand on bosse à plein temps dans un cabinet" (Dr D). Autre exemple du Dr Ba qui attend la création d'une MSP: "Alors après, c'est pour le confort des locaux parce qu'ici, c'est pas très pratique. Tu n'as pas vu mon cabinet, mais il est un peu... Il n'y a pas de fenêtres ! J'ai juste un velux ! Ce sont des choses qui ont été rajoutées après... Et puis ma collègue, c'est encore pire ! Donc c'est pour le confort des locaux".

8) Projet de soins avec l'ARS

Actuellement aucun des médecins interrogés n'avait de projet de soins en lien avec l'ARS. Ceux-ci pourrait être favorablement accueillis dans la limite des disponibilités: "le projet de soins, ça faisait beaucoup de choses à mener. Ce n'est pas rien de l'écrire, Moi, je ne m'en sentais pas la force à ce moment-là" (Dr N).

3) Environnement professionnel, place du médecin généraliste dans l'activité de soins et activité médicale en milieu rural

1) L'environnement professionnel

Aucun jeune médecin interrogé n'est installé dans une commune ne disposant pas d'autres professionnels de santé. Le laboratoire de biologie médicale est au plus loin à 15 km. Les urgences et spécialistes au plus loin à 30 minutes.

Le lieu d'installation peut être choisi en tenant compte du réseau professionnel que le jeune médecin a tissé au cours de son parcours professionnel, exemple du Dr N qui a fait sa formation à Nantes: "Alors, moi, je ne travaille pas uniquement au plus près. J'avoue que je travaille parfois avec Nantes quand mes patients peuvent se déplacer jusque-là bas [...] j'avais le projet de m'installer plutôt en Vendée, au nord de la Vendée parce que j'avais des contacts déjà avec les médecins sur le pourtour de Montaigu".

La relative proximité des services médicaux et paramédicaux est un élément souvent étudié avant l'installation et qui favorise le maintien: "il y a l'hôpital, la clinique, les spécialistes pas trop loin non plus, à dispo enfin voilà il y a un tissu qui permet de travailler correctement" (Dr Bo), ou encore "il n'y a pas de soucis pour voir le spécialiste, [...] pour faire des kilomètres, pour aller faire une IRM, un scanner" (Dr G). "On est loin des hôpitaux donc c'est important qu'on garde ça [les professionnels de santé médicaux et paramédicaux] ! Et la Radiologie, c'est quand même un sacré confort" (Dr Ba).

La proximité des acteurs de soins rend les contacts plus directs et peut également participer au choix: "une fois qu'on a goûté un peu à ce mode de vie un peu loco-local, un fonctionnement plus simple au quotidien des contacts plus directs avec les collègues et les paramédicaux, je n'ai pas forcément envie de me mettre en ville" (Dr D), elle se dit également "intégrée dans un tissu social et local qui me convenait".

Il peut y avoir une certaine émulation lors de l'implication de plusieurs professionnels de santé dans la revitalisation sanitaire d'un territoire: "quand moi j'ai commencé à remplacer ici l'ancien pharmacien vendait son officine, donc le pharmacien [...] m'avait contacté pour savoir si je comptais m'installer. Je ne pouvais lui promettre mais je lui ai dit que je comptais m'installer avec ma collègue et donc il est venu pour ça. Donc il y a toute une dynamique comme ça qui est assez intéressante et qui se fait bien" (Dr D).

2) L'hôpital local

La présence d'un hôpital local peut faciliter le travail du médecin en milieu rural: "quand on a une bronchite un peu compliquée à la maison, une personne qui tombe régulièrement et qui a besoin de kinésithérapeute" (Dr V), ou pour "diversifier l'activité" (Dr V).

3) Place du médecin généraliste dans le système de soins

a) Par rapport aux spécialistes

Parfois un certain éloignement des spécialistes peut être recherché afin de diversifier l'activité, exemple du Dr V qui cherche ouvertement à développer une patientèle orientée vers la gynécologie et la pédiatrie: "[je vois] plus de gynéco et de pédiatrie parce que les patientes le disent, je ne vais pas aller chercher un gynéco à Angers, il y a à chaque fois trois mois d'attente et en plus il y a 30 minutes de route. C'est beaucoup plus pratique pour eux et du coup moi je fais beaucoup d'actes comme ça que je ne faisais pas en ville ou pas beaucoup parce que ils ont tout sur place et ils ont leurs habitudes". Mais aussi parfois de façon à avoir une position centrale dans la prise en charge des patients: "j'ai plus l'impression d'être le premier recours" (Dr Bo), "Alors je pense que le médecin généraliste en milieu rural a une place très importante. Plutôt même centrale pour le patient. C'est nous qui allons le guider vers d'autres spécialistes. Je pense qu'en ville, les gens vont peut-être d'emblée vers le spécialiste" (Dr L). L'éloignement des spécialistes peut aussi amener les généralistes à aller plus loin dans la prise en charge: "On se perfectionne aussi parce qu'on sait très bien qu'on a un recours aux spécialistes qui est moins aisé qu'en ville . Donc on se forme, on s'habitue à gérer les choses plus loin" (Dr P). Autre exemple du Dr L: "on va raisonner autrement, on va faire notre possible pour que les choses se fassent localement. C'est vrai qu'on réagit certainement différemment que si on était en ville", autre exemple du Dr D: on est plus débrouillard, on a recours je pense de façon moins systématique au rhumatologue on a des méthodes d'approche qui sont moins directement en lien avec le spécialiste, on ne peut pas amener les gens chez le spé. Les médecins disent bien il y a des fois des pathologies qui les intéressent ou qui les intéressent moins mais nous on est quand même obligé de s'intéresser un peu à tout et de faire une bonne partie des premières approches pour tout parce que les gens ont un délai d'attente, il y a une carence de spécialistes majeure en Mayenne".

Cet éloignement peut également être recherché pour être reconnu dans son travail: "dans les grandes agglomérations [...] il y a quand même une grosse concentration de spécialistes et j'ai l'impression que du coup la reconnaissance qu'ont les gens envers le travail du médecin généraliste est moindre" (Dr P).

b) Par rapport aux services d'urgence

L'éloignement des urgences peut également être vu comme un facteur d'attractivité, exemple du Dr Se: "Il y a plus de choses intéressantes ici [...] il n'y a pas de service d'urgences tout près, on voit des choses hyper intéressantes, on est un premier recours. Le fait d'être ici en milieu rural, c'est bien pour ça aussi. Les gens viennent spontanément te voir : ils viennent spontanément te voir au cabinet plutôt que de faire 20km pour aller aux urgences et attendre 7 heures !". Autre exemple du Dr V: "En ville, ils vont directement aux urgences. Alors, bon c'est sûr qu'il faut gérer déjà le planning des urgences et tout ça... c'est pas simple mais ce passage là, ça fait qu'on n'a pas du tout la même relation". Autre exemple du Dr Ba: "Bon, nous, on est très clairement le premier

recours quand même [...] on fait les accidents du travail, on fait les plaies, on voit les malaises...". Autre exemple du Dr Se: "Ici, il y a des gens qui sont capables d'attendre un week-end avec une douleur thoracique et de t'appeler le lundi matin en urgence pour que tu les vois tout de suite".

On peut noter une certaine fierté à être le premier recours malgré les difficultés rencontrées: "Il y a des soirs où je me dis "j'ai une heure de retard parce que j'ai fait trois urgences et ça, ça me gonfle. " Mais d'un autre côté, je suis fière d'avoir géré ça, d'avoir rendu service aux patients, d'avoir réussi à finir ma journée et d'avoir géré pas mal de choses en fait [...] Bah la prochaine fois que ça va arriver des journées comme ça, je vais être énervée aussi, mais en même temps ... je veux rester à la campagne!" (Dr V). Il peut donc y avoir une volonté de rendre service vécue comme source de satisfaction. Autre exemple du Dr D: "philosophiquement me dire que je suis allée m'installer en milieu rural là où il y en a besoin ça me satisfait assez". Cet isolement lui confère également le sentiment d'une certaine utilité: "au moins là je suis sûr qu'ils ont besoin de moi". Une certaine reconnaissance des patients et des élus peut être soulevée: "on a eu plusieurs réunions avec le maire qui était vraiment très intéressé, qui était très content qu'il y ait de nouveaux médecins qui s'installent. Quand je suis arrivée, les gens m'ont offert plein de cadeaux!" (Dr Ba), ou encore: "Bon, peut-être pas le notable mais tu es quelqu'un de respecté dans le sens où tu es le premier interlocuteur des gens" (Dr Se). Autre exemple du Dr D: "ils manquent tellement de toubib que quand on dit quelque chose c'est entendu".

4) Type d'activité médicale

La variété dans l'exercice médical est un élément souvent retrouvé dans les entretiens: "j'avais plus envie de faire du rural parce que je trouve que l'activité est plus diversifiée" (Dr V). "La particularité c'est que c'est très diversifié" (Dr Ba). Autre exemple encore du Dr N: "pour moi, la médecine rurale, c'est ce côté un peu sympa, dans le sens où on a vraiment une diversité d'exercice". "La variété je dirais. On fait de la pédiatrie, de la gynéco, de la gériatrie. Moi, j'en fait moins, mais mes collègues font beaucoup d'actes de petite chirurgie, des choses comme ça. Oui, je pense qu'il y a une grande variété. Même dans la population parce qu'on a des personnes âgées qui sont nées ici, qui ne sont jamais allés beaucoup plus loin que P, et des gens qui habitent ici mais qui travaillent à Angers, ou qui viennent d'une autre région... c'est très varié finalement" (Dr L). Les médecins sont amenés à suivre des familles sur plusieurs générations: "il y a des familles où je vois quatre générations !" (Dr Ba), "en milieu rural on suit des familles entières des dynasties entières" (Dr D). Les médecins réalisent aussi plus d'actes techniques: "je pensais notamment aux petites sutures, ce genre de chose. Ce sont des choses qui se font assez couramment [on fait] pas mal d'infiltrations aussi parce qu'un rendez-vous chez un rhumatologue, c'est un peu compliqué [...], je pense que ce sont des actes qui peuvent vraiment rendre service au quotidien [...], des actes qui peuvent être réalisés parfois par des spécialistes, mais qui sont aussi à la portée du généraliste" (Dr N).

Parfois, les habitudes en matière de santé de certaines populations peuvent présenter un intérêt pour les médecins: "Au début, quand je suis arrivé, ça va faire plus de 7 ans maintenant, il

y avait un gros « milieu agricole ». Et c'est vrai que j'aimais bien cette patientèle là, qui consultait pour des choses significatives [...] Oui ! Oui, ça veut dire que ce sont des personnes qui attendent un petit peu avant de consulter devant un symptôme. C'est à dire qu'ils ne consultent pas au premier ou deuxième jour de fièvre. Ils voient si ça passe tout seul. Souvent, ça passe tout seul. Ils ne consultent que si vraiment ça persiste" (Dr P).

4) Aspects financiers

Dans la plupart des cas cet aspect n'a pas fait l'objet d'étude approfondie avant l'installation. Les remplacements permettent le plus souvent de voir "comme ça se passe" (Dr Bo). Parfois les médecins ont fait un prévisionnel de façon à pouvoir emprunter pour l'investissement de départ (Dr Bo et L), ce qui n'est pas gage de réussite puisque le Dr L se dit "juste financièrement". Certains médecins n'ont reçu aucune aide financière. Parfois les aides financières sont un "argument de plus" comme le Dr V qui bénéficie de la majoration option démographie (plus 20% du chiffre d'affaire à la fin de l'année versée par la caisse primaire d'assurance maladie) et de la défiscalisation des rémunérations en garde. Parfois c'est un argument fort comme dans le cas du Dr P qui profite des mêmes avantages que le Dr V: "Oui ça fait partie du choix. Une majoration de 20 % des honoraires. Donc ça jouait dans la balance, bien entendu, parce que je prenais du coup un cabinet qui n'était pas proche de chez moi. Ça a joué dans la décision parce qu'à l'époque, 20 % d'honoraires de plus, ça fait des sommes substantielles." Le retrait de ces avantages peut être à l'origine d'incompréhension voir risquer le départ des médecins qui en bénéficiaient, Dr P: "Ce qui a été un peu moins drôle, c'est que l'ARS a refait le zonage. Et alors qu'il n'y avait pas plus de médecin dans le coin, E a été retiré de la zone déficitaire [zone déficitaire en médecin éligible à l'aide, E a été retirée deux ans après son installation]. Donc c'est toujours un peu particulier qu'on vous promette une carotte et qu'on vous la retire au bout d'un moment. Enfin, bon, j'ai joué le jeu et je ne suis pas parti pour autant, mais je pense que certains n'auraient pas hésité à partir ". Le contrat de PTMG (Praticien Territorial de Médecine Générale) peut être une aide pour certains comme le Dr D qui a signé et qui lui permettra de prendre un congé maternité ou maladie si besoin.

Les aides financières sont très attendues pour le financement des maison de santé pluridisciplinaires: "il faut être clair à la base si on s'est intégré au projet de MSP c'est qu'on voulait un troisième cabinet pour faire venir un troisième médecin et que la mairie nous a dit il faut le financement de la MSP pour nous aider" (Dr D), "je crois me souvenir que la réhabilitation du bâtiment a coûté [à la mairie] aux alentours de 450 000 euros" (DrP).

5) Autres activités professionnelles

La plupart des médecins interrogés ne pratiquaient pas d'autres activités de soins dans d'autres structures professionnelles. Cependant la possibilité d'en exercer une peut permettre de diversifier l'activité malgré les difficultés rencontrées comme le montre le cas du Dr V: "Il y a un hôpital local dans lequel on intervient tous les trois et du coup c'est intéressant aussi puisque ça diversifie l'activité, faut s'organiser c'est pas toujours simple mais c'est intéressant".

6) Formation professionnelle

Il existe une grande variété dans les modes de formation professionnelle. Certains se forment avec leur faculté d'origine, d'autres avec des organismes de formation médicale continue (FMC) indépendants, d'autres encore participent aux formations organisées par les industries pharmaceutiques, d'autres se forment par internet, parce que "c'est assez compliqué dans un exercice seul, de pouvoir se libérer pour aller aux FMC... bon, je pourrais y aller le soir, mais ce n'est pas toujours évident, du point de vue familial, quand on a déjà les gardes ou des choses comme ça" (Dr P). Beaucoup lisent la revue Prescrire*. Certains ont fait des diplômes universitaires complémentaires. Les jeunes installés s'adaptent donc à leurs situations pour pouvoir continuer leur formation.

7) Relation avec les patients

La relation médecin-malade a été très largement développée par les médecins interrogés. Pour le Dr V c'est un point essentiel: "j'avais plus envie de faire du rural parce que je trouve [...] qu'on a pas la même relation avec les patients". Également pour le Dr Se: "En fait, ce sont des gens qui me vont bien aussi. Je pense que ce n'est pas un hasard si j'ai atterri là". Autre exemple avec le Dr P: "j'en avais gardé un bon souvenir. Notamment au niveau du relationnel". Autre exemple encore avec le Dr N: "j'ai une meilleure approche des patients ruraux. Enfin ça, c'est un ressenti personnel." Autre exemple avec le Dr L: "on a pas la même relation avec le patient, moi, la différence, je la ferai plus là". Encore un autre exemple du Dr Ba: "[au niveau professionnel] je pense qu'on a pas le même rapport avec les gens". Autre exemple avec le Dr D qui parle de la relation avec ses patients et qui montre bien ici son attrait pour la relation médecin-malade en milieu rural: "si je commence à me dire que ce serait aussi bien à Laval je pourrais m'installer à Laval".

1) Relation de fidélité

Cette relation médecin malade porte des caractéristiques qui reviennent régulièrement: la fidélité au médecin d'abord mais également au successeur: "Ici, il y a une tradition dans la tête des

gens : je suis le successeur du Dr P qui a arrêté dans les années 70, qui a passé la main au Dr H, qui a lui-même passé la main au Dr M, qui m'a passé la main ! Et les gens ont une certaine fidélité" (Dr Se). Autre exemple du Dr P: "Les gens étaient [...] plus fidèles". Autre exemple du Dr L : "Alors ici, peut-être qu'il y a une « fidélité au médecin »... peut-être qu'en ville, les gens sont moins fidèles à leur médecin, vont plus facilement voir d'autres personnes... alors qu'ici, c'est vrai que les gens sont très fidèles à leur médecin !! (rires)". Autre exemple encore du Dr Bo qui évoque la même chose mais de façon indirecte: "je pense peut être un attachement [au médecin], les gens en ville aussi ça tourne, la patientèle se renouvelle peut être plus aussi".

2) Relation de confiance

Un autre aspect important dans cette relation est la confiance dont témoignent les patients envers leur médecin, exemple du Dr Ba: "Les patients nous font beaucoup confiance. Et je ne sais pas si c'est le cas partout ailleurs... je peux me tromper mais j'ai l'impression, ils nous connaissent quoi ![...] en milieu rural, je pense qu'ils nous font plus confiance, Voilà ! On voit bien : ils nous ont pas super confiance lorsqu'ils vont aux urgences, souvent, ils reviennent nous voir après pour nous demander si on est d'accord !". Autre exemple du Dr V: "ils nous ont confiance en nous, et je trouve que notre parole pèse plus chez les patients ici qu'en ville, même chez les jeunes! Pas que les anciens, mais même chez les jeunes, beaucoup plus qu'en ville, [...] est-ce que c'est le secteur ici ou est-ce que c'est parce que c'est rural et c'est partout pareil? [...] je trouve qu'ils me parlent facilement". Autre exemple du Dr Se: "Tu es la personne à qui on va faire confiance [...] tu as une relation de confiance dont tu dois te montrer digne, et à contrario, si tu n'en es pas digne, tu te le prends dans la figure ! Ça j'aime bien: ce sont des rapports humains francs, directs et c'est bien car tu as vraiment une place d'interlocuteur privilégié. C'est toi qu'on va venir voir pour éclaircir ce que le spécialiste n'aura pas bien expliqué. Donc tu vas voir des gens à la sortie de l'hôpital car ils veulent que tu te penches sur leur cas et que tu refasses un point. Tu as une relation de confiance, une vraie relation de confiance, et c'est réciproque [...] c'est vraiment une relation de confiance, un partenariat. Il y en a qui me placent un peu au-dessus d'eux, soi-disant parce que je suis médecin, mais moi, ce n'est pas ce que je recherche, Non ! On a un rapport d'égal à égal. Je suis plutôt sur un mode anglo-saxon sur l'autonomie plus que sur un modèle paternaliste, je cherche vraiment à discuter. Alors c'est vrai que les gens qui sont plutôt habitués à un modèle paternaliste, ils me regardent et me disent « c'est vous le Docteur ! » [...] Mais moi, je discute d'une prescription et ici, on peut faire ça et c'est vraiment agréable, [...] je n'avais pas ça en Ile de France, je n'avais pas ça non plus en ville". Autre exemple du Dr P: "des gens qui faisaient toute confiance au médecin et qui ne discutaient pas beaucoup les décisions, ou qui ne les remettaient pas beaucoup en cause. Voilà, j'avais apprécié cette façon de pouvoir travailler". Autre exemple du Dr D: "le côté milieu rural, ils manquent tellement de toubib que quand on dit quelque chose c'est entendu". La relation peut être vécue sur un mode paternaliste ou dans un partenariat selon les personnes, mais la parole du médecin est respectée et a une certaine valeur.

Une telle qualité de relation peut permettre un exercice plus en accord avec leurs façons de travailler en étant plus en indépendance par rapport aux pressions des patients: "au fond on a la place d'être dans notre rôle d'éducation thérapeutique" (Dr D). Autre exemple du Dr Se qui peut discuter de ses prescriptions plus facilement qu'en ville. Autre exemple encore du Dr N: "les gens ne viennent pas là en disant je veux ça ! Ici c'est plutôt : j'ai ça, qu'est ce qu'on peut faire. Alors qu'en milieu urbain, j'avais vraiment plus l'impression que les gens me disaient je suis allé sur internet, j'ai fait ça, il me faut ça. Si on est pas d'accord, si on amène les choses un peu différemment, ça ne se passe pas très bien".

3) Reconnaissance et respect du travail du médecin généraliste

Un autre aspect encore de la relation médecin-malade est la reconnaissance du travail du médecin généraliste, exemple du Dr P: "J'avais trouvé que les gens avaient plus de reconnaissance vis à vis du médecin à la campagne par rapport à ce que j'avais pu vivre en ville. [...] C'est typiquement ce qu'on entend de temps en temps [en ville] « je vous ai amené le petit parce que le pédiatre n'était pas là », et encore je te passe la fin de la phrase qui est souvent : « parce que ce n'est qu'une simple otite », donc voilà il y avait ce côté-là qui était un peu blessant un peu agaçant".

De même le respect du médecin généraliste semble être un important. Exemple ici avec le Dr V: "Je trouve que les patients écoutent ce que l'on dit, ils sont respectueux, ce qui n'est pas toujours le cas en ville".

4) Préférences des médecins pour certaines catégories socio-professionnelles et typologies de population

En fonction des catégories socioprofessionnelles il peut y avoir parfois une préférence des médecins pour un milieu socio-professionnel, par exemple agricole, comme on l'a vu pour le Dr P. Parfois l'influence des origines personnelles peuvent se faire sentir et peuvent être reconnues par les médecins concernés: "On a pas mal de gens plutôt modestes, j'ai des agriculteurs, des maçons, des gens du tertiaire, des ouvriers. Je viens d'un milieu modeste, donc je ne me serais pas forcément vu travailler avec des gens très aisés " (Dr Se).

Les caractéristiques de cette relation sont expliquées par les médecins interrogés par des différences de type de population: "je pense que c'est lié en grande partie au lieu. Oui, le lieu est important, tout à fait ! "(Dr Se). Autre exemple du Dr N: "Je trouve que les patients sont différents aussi, en milieu rural qu'en milieu urbain". Autre exemple du Dr P qui voit une modification progressive du comportement de sa patientèle en accueillant de plus en plus une population qui vient de la ville: "de plus en plus je retrouve le mode de « consommation » qu'on pouvait avoir à la ville, avec des consultations « tout de suite, maintenant ! » pour des symptômes qui nécessiteraient un petit peu d'attente [...] c'est lié au changement de type de population qui habite ici. "

5) Expériences de la relation médecin-malade en milieu urbain

A contrario, un des aspects évoqué comme des plus décevants de la médecine en milieu urbain est une relation de type commerciale exemple du Dr V: " Moi j'ai moins l'impression d'être une commerciale, [...] en ville ils viennent chercher ce qu'il y a à chercher, ils ont besoin de leur ordonnance, ils viennent chercher leur ordonnance et puis voilà". Autre exemple du Dr N: "Alors ce n'est pas vrai pour tous les patients bien entendu, mais j'avais plutôt l'impression d'être le « prestataire de service » : « on vous paie donc on a le droit ». A l'inverse, je n'ai pas du tout ce ressenti là avec les patients ruraux, où il y a le respect. Il y a de la discussion, mais il y a du respect, ou un respect qui est différent". Autre exemple du Dr Se: "Ce n'est pas une relation de prestataire de service comme j'ai pu le voir en ville et qui ne me plaisait pas ! On me disait « Docteur, j'ai mal au genou, je veux une IRM » ou « j'ai droit à une IRM »". Autre exemple du Dr P: "C'était des gens un peu moins consommateurs aussi". Autre exemple encore du Dr D: "J'ai trouvé qu'en ville on était plus dans une société de services [...] [ici] quand on dit il n'y aura pas d'antibiotiques les patients ils ne disent pas si c'est comme ça je vais voir ailleurs". Elle ajoute un peu plus loin: "on est le toubib du village, notre parole a une certaine valeur et je n'ai pas ressenti ça en ville où finalement ils prenaient un rendez-vous [...] pour avoir leur boîte de petit tel truc et ce qu'on pouvait bien raconter ne les intéressaient pas tellement finalement".

B) Facteurs personnels

1) Origines géographiques et familiales

Si certains des médecins sont originaires du milieu rural, d'autres sont originaires de milieux urbains voire de région Parisienne. Beaucoup sont installés très proche de leur région d'origine (Dr Sa, Bo, L, Ba, G, N). : "je ne serais pas partie à l'autre bout de la France, mais entre Loire Atlantique ou Vendée" (Dr Sa), on peut également citer l'exemple du Dr N originaire d'un milieu rural proche de La Roche sur Yon: "On ne voulait pas être trop loin de la Roche". Certains peuvent être attachés au milieu rural parce qu'ils en sont originaires: "moi j'ai toujours grandi dans un milieu rural-semi rural. Donc c'est un cadre de vie qui me convient et qui me plaît" (Dr L).

2) Représentations personnelles

Il peut exister une certaine représentation personnelle du médecin généraliste en milieu rural, exemple du Dr N: "L'image que j'avais du médecin généraliste, c'est l'image du médecin généraliste en milieu rural [...] je trouve qu'il faut qu'on soit quand même capable de petites choses, qu'on soit capable de répondre à pas mal de petits problèmes assez rapidement [...] il faut qu'on essaie d'être le plus polyvalent possible. Pour l'instant, je trouve que je ne le suis pas encore assez, mais ça va peut-être venir !" Ou encore le Dr Ba en parlant de son père: "lui, c'est le « vrai » médecin généraliste en milieu rural : tout seul, avec le cabinet à côté de la maison, sans rendez-vous, pas de secrétariat, sauf ma mère qui répond au téléphone quand il est parti en visites, il a dix visites par jour, non informatisé ! Le vrai médecin rural ! C'est ça pour moi !!!".

3) Environnement personnel, situation du conjoint

1) Lieu d'habitation

L'environnement du lieu d'habitation voire le lieu d'habitation même peut compter énormément dans le choix des jeunes médecins installés à l'image du Dr G: "on a cherché une maison dans le coin entre Saumur et Angers et donc on a trouvé une maison qui nous plaisait à L" ou du Dr Ba qui vit en milieu rural: "ça nous permet aussi d'avoir une grande maison qu'on aurait pas pu acheter à Angers, avec un jardin". Exemple aussi du Dr V qui vit également en milieu rural : "au bout d'un moment le bruit, vivre appartement tout ça je n'en avais plus envie".

La qualité de la vie en milieu rural est ainsi souvent évoquée: " C'était une évidence que je serais en milieu rural ou semi-rural ! *Pourquoi « pas à Angers » ?* Dr Ba: parce que moi, j'aime la qualité de vie en milieu rural et semi-rural". Il peut y avoir des critères géographiques: "j'ai bien aimé la région, les bords de Loire c'est quand même sympa" (Dr Bo).

D'autres on fait le choix d'habiter en milieu urbain et de faire la route: "moi je vis à Laval, enfin on a acheté une maison avec mon conjoint quand j'ai commencé à remplacer ici donc ça fait une demi-heure de route matin et soir. Maison qu'on vendra probablement à terme parce que le projet ici semble vraiment intéressant et si le projet de MSP ici se monte on va probablement déménager pour se rapprocher", autre exemple du Dr Se qui fait 40 minutes de route pour aller à son cabinet: "J'habite St Sébastien sur Loire, j'ai besoin quand même d'un peu de béton et d'un peu de ville !".

2) Vie professionnelle et vie privée

La possibilité de séparer vie professionnelle et vie privée est recherchée afin d'être disponible pour l'un comme pour l'autre mais aussi afin de faire respecter sa propre vie privée: "je ne suis pas forcément très favorable au fait d'habiter dans la même ville que tes patients [...]. J'aime bien séparer pour arriver au boulot et être disponible pour eux, parce que si c'est du « 24/24 7/7 » comme on voit dans certains coins, on craque et on n'est plus disponible pour personne!" (Dr Se). Autre exemple du Dr D: "J'avais très envie de séparer [...] je suis très attachée à ma vie privée".

3) L'attrait des grandes villes

La proximité de Nantes ou d'Angers est fortement sollicitée, neuf médecins sur dix interrogé habitent à moins de 30 minutes d'une de ces deux villes. Exemple du Dr P: "le lieu d'habitation a été choisi proche de Nantes pour qu'on puisse bénéficier elle et moi du bassin Nantais". Autre exemple du Dr Sa: "C'est parce que c'était à mi-distance entre mes parents et beaux-parents...et aussi pas très loin de Nantes ! C'est vrai ! On reste attachés à Nantes quand même donc on voulait être pas trop loin". Autre exemple du Dr L: "je trouve ça bien qu'on ait une grosse ville, et qui ne soit pas non plus trop loin. C'est assez facile d'accès quand même d'ici, oui, c'était important" ou bien du Dr N: "on ne voulait pas être trop loin de Nantes. On ne voulait pas être trop loin de la Roche. C'était un juste milieu entre les deux". Autre exemple encore du Dr Bo: "A l'époque c'était rassurant, disons que c'est moins important que ça ne l'a été il y a 3 ans. C'est vrai que de chez moi je suis au centre commercial d'Angers en 20 min c'est pas mal. Et puis finalement on se rend compte qu'on peut se débrouiller sans aller sur Angers, (rire) on peut survivre". La présence d'infrastructures routières rapides facilite aussi les déplacements et l'installation, exemple du Dr V attachée à la ville d'Angers mais qui habite en milieu rural proche de son cabinet: "pour aller à Angers il y a la moitié de la route en 4 voies donc c'est pratique".

4) Intérêt pour les petits pôles ruraux

La présence des services de proximité, notamment ceux liés à la petite enfance est un élément important, souvent étudié avant l'installation: "au niveau de l'habitation, oui, qu'il y ait les services à proximité, la scolarisation des enfants... on a tout sur place, à proximité. Donc ça, effectivement, ça comptait"(Dr L). Même pour ceux qui n'ont pas encore d'enfant et qui sont célibataires: "je ne voulais pas m'installer dans un endroit où il n'y avait pas la poste, pas d'écoles, rien du tout". (Dr V). Certains peuvent ne pas avoir peur de l'isolement comme le Dr Ba qui n'avait

pas étudié la présence des services de proximité, elle vit en couple sans enfants: *"S'il n'y avait rien eu, tu te serais installée quand même ?* Dr Ba : Oui, alors je pense que ça aurait été plus compliqué après, mais oui, oui, je pense que je me serais installée quand même".

5) Un choix fait en couple :

Les jeunes médecins tiennent compte du travail de leurs conjoint dans leur décision d'installation. Ces conjoint sont "expert-comptable à Nantes" (Dr P) ou bien "cadre en informatique à Nantes" (Dr N), ou encore "médecin au CHU à Nantes" (Dr Se), "médecin à Laval" (Dr D), "pompier à Samur, Angers et Cholet" (Dr G). Quand les conjoints travaillent en ville, le lieu d'habitation est choisi classiquement à mi-distance du cabinet et du travail du conjoint (Dr P et N) . Le choix du lieu d'installation est bien souvent un choix de couple comme le montre le cas du Dr Bo: "on a fait ça à deux, je me suis installé d'abord, on a fini de faire les enfants et puis après on a vu, elle a remplacé dans le coin et puis on a essayé de trouver un endroit pas trop loin voilà entre les deux et puis on a acheté une maison mais oui c'était plus un choix de couple qu'un choix individuel"

4) Loisirs personnels et relations sociales

Les loisirs personnels peuvent se situer en ville, en milieu rural ou dans de petits pôles ruraux. Exemple du Dr Se: "Pour moi, la campagne, si tu aimes chasser, ou faire du vélo, c'est bien. Mais j'ai besoin d'aller me balader en ville, voir des gens...". Dr Sa: "On trouve tout sur Montaigu, que ce soit magasins de bricolages, librairies... tous les commerces sont là, tous les services sont là, oui, pour le coup, c'était important. Du coup, on a acheté une maison en centre ville". Dr V: "oui il y a une salle de sport à Brissac, piscine à Doué, après culturellement il y a plein de choses à faire à Doué". Les relations sociales des médecins se situent le plus souvent en ville. La plupart sont installés depuis peu et conservent donc les relations qu'ils ont tissé pendant leurs études: "pour les sorties, pour les copines c'est plutôt Angers" (Dr V).

VII- DISCUSSION

1) La méthode

La définition du milieu rural a été un élément difficile à clarifier car il n'existe pas de définition consensuelle du milieu rural. Conscients de cette difficulté, nous avons choisi de baser le recrutement sur le zonage en aires urbaines réalisé par l'INSEE en 2010 [17]. Selon l'ORS, les communes multi polarisées et isolées (Annexe 1) correspondent le plus au milieu rural, par ailleurs ce zonage correspond à celui utilisé dans les études de la DREES. Cinq des dix médecins interrogés se trouvaient dans les zones définies comme rurales. Ce critère ne donnant pas assez de personnes à interroger, il a fallu ajouter les zones correspondant aux petits et moyens pôles et leur. Nous avons pu ainsi obtenir dix personnes interrogeables. Si l'on considère la zone d'influence des grandes unités urbaines définie par l'INSEE en 2010, seul Saint Georges sur Loire fait partie d'une grande zone urbaine (Angers). Toutes les autres communes appartiennent soit à une zone multi polarisée, une commune isolée ou une petite unité urbaine (La Pommeraye et Longue Jumelles). Ces deux dernières communes ont été conservées car elles sont en fait de petits pôles autour desquels s'organise un territoire rural relativement éloigné des grandes agglomérations. Le médecin de Saint Georges sur Loire a été conservé également car il se situe à l'extrémité de la zone d'influence d'Angers, il s'agit par ailleurs du mari du Dr L.

On voit donc bien que les médecins sélectionnés ne se situent pas tous exactement dans l'espace rural tel que nous l'avions initialement défini. Cependant les jeunes médecins qui s'installent en milieu rural souhaitent se regrouper de plus en plus et s'installent donc dans des communes qui sont en fait de petites villes à caractère semi-rural, autour desquelles la vie rurale s'organise. Il y a par ailleurs encore trop peu de jeunes médecins installés en milieu rural isolé pour avoir y recruter un effectif suffisant. Cette sélection permet d'autre part d'inclure des médecins qui se sont installés dans des zones semi-rurales, et qui pourront représenter demain les médecins d'une partie du monde rural. Enfin, il n'existe pas forcément de lien entre le lieu d'installation rural ou semi-rural et le ressenti des médecins dans notre étude. En effet il y a des médecins installés en milieu rural qui se considèrent comme étant plus en milieu semi-rural, d'autres qui sont installés en milieu semi-rural et qui se sentent plus en milieu rural.

Afin de recruter plus de médecins dans les zones recherchées nous aurions pu augmenter l'âge maximum. Il fallait dans ce cas augmenter à 40 ans, mais nous voulions conserver un échantillon le plus représentatif possible de la population de médecins les plus récemment installés. Un autre biais aurait alors aussi été introduit: celui de la formation. En effet, tous les médecins interrogés ont passé l'internat et ont eu un parcours de formation plus similaire au parcours actuel

et à venir. Un biais de mémoire aurait de plus été peut être plus fort. De plus selon l'étude PANEL [7], même si l'âge moyen d'installation recule, 65 % des médecins généralistes des Pays de la Loire s'installent avant 35 ans.

Il n'y a pas dans notre étude de médecin installé en Sarthe. Cela est indépendant de notre fait : aucun médecin ne correspondait aux critères d'inclusion en Sarthe.

Dernièrement, il est à noter un fait important: aucun médecin ne réside à plus de 30 minutes d'une grande agglomération. Il n'y a donc pas dans cette étude de médecin installé en zone rurale très éloignée des grandes agglomérations, comme on peut en trouver dans certains secteurs du Sud Vendée, de la Mayenne ou de la Sarthe. Cela correspond tout simplement au fait qu'aucun jeune médecin de moins de 35 ans n'est installé dans ces zones.

2) Le parcours de formation professionnelle, les liens entre organisation professionnelle et préservation de la vie privée

Le lieu d'études influence fortement le lieu d'installation

La plupart des médecins de cette étude se sont installés dans la région où ils ont fait leurs études de médecine. Le lieu de formation influence donc fortement la région d'installation. Cela correspond aux données de la démographie médicale. En région Pays de la Loire, 65% des médecins de moins de 45 ans installés ont obtenu leur diplôme à Nantes ou à Angers [7]. On retrouve également cela au niveau international dans tous les Pays développés [15]. La faculté où l'étudiant fait ses études est-elle choisie en fonction du souhait du lieu de leur future installation ou l'inverse ? Dans notre étude les deux cas étaient représentés. C'est la ville universitaire qui fait référence bien plus que les autres agglomérations non universitaires. On sait par ailleurs que les départements où il y a une faculté de médecine retiennent mieux leurs étudiants [3]. Est-ce lié à la présence de l'université ? Aux réseaux professionnels que les jeunes médecins ont tissés pendant leur formation ? Ou bien est-ce lié à des facteurs plutôt personnels, l'attrait des grandes villes universitaires pesant son poids dans le choix des jeunes médecins ?

Les médecins ont comparés leurs expériences en milieu urbain et en milieu rural

Le choix du lieu d'installation a été par ailleurs fortement influencé par le parcours pendant les études et les remplacements. En effet ces parcours ont été marqués par des expériences positives ou négatives qui ont alimenté la réflexion des jeunes médecins. Ils ont pensé leur installation en milieu rural en comparaison avec les expériences vécues en milieu urbain.

La rencontre avec le milieu rural est un élément fondateur du choix

Sur dix médecins, trois ont connu leur lieu d'installation en tant qu'internes. Quatre autres ont connu la médecine rurale en stage d'interne. Le stage d'interne en milieu rural a fait découvrir et fait apprécier la médecine rurale à nos interviewés. D'autre part, l'impact des stages de médecine générale en milieu rural a été évalué [19], notamment à l'étranger [15]. Un effet positif est reconnu notamment lorsque les stages sont ciblés sur des étudiants originaires du milieu rural. De plus, le parcours suivi pendant les études a une influence sur le lieu d'installation. La possibilité pour les internes de faire des stages en milieu rural est donc un élément important.

Le temps des remplacements après l'internat est actuellement prolongé. En moyenne, les médecins remplacent 2,6 ans dans leur cabinet avant de s'y installer [11]. La prolongation de ce temps peut montrer une certaine incertitude des jeunes médecins quant à leur avenir. Pourquoi repoussent-ils l'installation ? Indécision professionnelle ? Manque de visibilité sur l'avenir professionnel ? Embarras du choix dans un contexte où les médecins qui souhaitent s'installer sont très demandés ? Manque de stabilité sur le plan personnel et familial ? Souhait de profiter d'une période relativement favorable à la fin de neuf longues années d'études ? En effet le temps des

remplacements laisse la possibilité d'exercer à mi-temps, permet d'éviter de nombreuses contraintes administratives, ainsi que la gestion d'une entreprise privée, pour laquelle les jeunes médecins sont encore peu formés. Cependant la période des remplacements est aussi le moment où les jeunes médecins font leurs expériences et où ils cherchent un lieu d'installation qui leur convient. En effet 75.5% des jeunes remplaçants souhaitent, à terme, s'installer [12]. Or les jeunes médecins dans cette étude ont parfois pris goût au milieu rural au cours de leurs remplacements.

Cependant les médecins de notre étude ont connu l'exercice médical en milieu rural et leur lieu d'installation de différentes façons. C'est donc le fait même de découvrir la médecine rurale plus que la façon de la découvrir qui semble être un facteur pouvant favoriser l'installation d'un médecin en milieu rural. La rencontre avec la médecine rurale est un élément incontournable dans la décision.

La reprise d'une patientèle représente une opportunité

La possibilité de reprendre un cabinet est une opportunité d'installation chez nos interviewés. Ceci est appuyé par l'étude PANEL [7] qui montre que, surtout pour les moins de 45 ans (55%), la proposition de reprendre l'activité d'un confrère est citée comme troisième facteur de motivation à l'installation. On retrouve cela aussi dans la thèse de A DECORDE [18]. Selon lui, l'opportunité de la reprise d'un cabinet pourrait accélérer l'installation chez les jeunes remplaçants. L'assurance financière que représente la reprise d'une patientèle serait-elle un facteur d'installation ?

L'installation est favorisée par des modes d'association intermédiaires

Nous avons vu que les jeunes médecins pouvaient avoir la volonté d'un engagement plus ou moins progressif à l'origine de l'installation, et qui est encouragée par des statuts intermédiaires. Ceux-ci leur permettent de faire un premier pas avant une éventuelle installation définitive. En effet certains médecins se sont installés sous le statut de collaborateurs. A travers ce statut, les jeunes médecins peuvent chercher une façon de prolonger une période de relative liberté qu'ils ont connu pendant la période des remplacements. Ce mode d'association permet en effet de travailler de façon fixe dans un cabinet, de suivre une patientèle, d'engager une relation et un suivi médical avec les patients. Il n'engage toutefois pas dans la durée, d'un point de vue financier. Il peut aussi correspondre à la recherche d'un allègement de la part administrative du travail du médecin généraliste libéral, le collaborateur ne s'occupant généralement pas des affaires administratives du cabinet où il exerce. Cela peut aussi correspondre à un changement dans le comportement des jeunes médecins. Resteront-ils autant sédentaires que leurs prédécesseurs ? Ont-ils pour projet de s'installer définitivement un jour, ou conçoivent-ils une vie professionnelle plus en mouvement avec des changements de postes, une réorientation vers le salariat ou vers un exercice mixte, sachant que ces modes d'exercices sont de plus en plus prisés ? Est-ce pour eux une façon de ne pas s'engager afin de faire face à des aléas professionnels ou personnels ? A l'inverse, certains médecins souhaitent s'investir très tôt, même avant la thèse, en exerçant sous le statut d'assistant

temporaire non thésé. Ce statut est initialement prévu exceptionnellement en cas d'afflux inhabituel ou prévisible de personnes dans un territoire (lieu de vacances par exemple) ou de départ imprévu d'un médecin. Il permet à des médecins non encore thésés, d'exercer en plus d'un médecin installé et non en remplacement. Il peut favoriser l'installation d'un jeune médecin en lui permettant de découvrir et de prendre goût à l'installation avant même l'obtention de sa thèse. Cependant ce statut comporte de nombreux obstacles administratifs.

Les modes d'installation intermédiaires ne paraissent pas être des facteurs pouvant spécifiquement faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu rural, mais ciblés sur les zones de faible densité médicale, ils pourraient permettre une amélioration de la démographie en zone rurale.

Le regroupement est une nécessité en milieu rural

Les jeunes médecins généralistes souhaitent travailler en groupe. Ils accordent beaucoup d'importance à l'échange professionnel, souhaitent avoir de bonnes relations avec leurs associés, ne pas rester seul. La nécessité du regroupement se fait plus pressante en milieu rural, où la charge de travail est en moyenne plus importante. De plus les médecins installés en milieu rural ont besoin de se regrouper pour pouvoir assurer la permanence des soins lors des gardes, mais aussi pour organiser les congés ou pour des absences imprévues. Cela permet aussi à celles ou ceux qui le souhaitent, d'exercer un temps partiel.

En milieu rural, 87 % des médecins installés font des gardes contre 49% en milieu urbain, en région Pays de la Loire [8]. Dans notre étude aucune difficulté particulière n'est apparue, certainement parce que tous les médecins interrogés étaient intégrés à un système de garde par secteur qui rend leur fréquence plus faible et donc plus acceptable. Ce système est donc à pérenniser, il permet la mutualisation des efforts pour assurer la permanence des soins.

Certains médecins de notre étude sont installés en MSP. Ces MSP sont en partie gérées par la commune; bien souvent la commune a fait réaliser les travaux et s'occupe de la gestion des locaux. C'est là une façon de faciliter l'installation et le maintien de jeunes médecins. Ils peuvent être séduits par un mode de partenariat public-privé qui permet au médecin de se concentrer sur son activité médicale.

les MSP sont très recherchées

Les jeunes médecins sollicitent par ailleurs le travail pluridisciplinaire. En effet, leur formation est maintenant très axée sur une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Cela va dans le sens d'une amélioration des pratiques et des prises en charge médicales. Les jeunes médecins recherchent l'échange direct entre professionnels, qui est facilité par des mesures architecturales mais qui nécessite aussi des temps dédiés. Ce travail se fait de façon préférentielle dans les MSP. Si les MSP favorisent l'échange, elles permettent aussi la mise en place d'actions de santé communes pour la prévention ou l'éducation thérapeutique par exemple. Ces actions font

partie des missions du médecin généraliste et les encourager peut favoriser l'installation des médecins qui s'y intéresseraient. Toutefois cet élément n'a pas été mis en évidence dans notre étude puisque aucun de nos médecins interviewés ne réalise de telles actions.

Les mesures qui rendent l'installation plus attractive d'un point de vue organisationnel ou administratif ne semblent pas être des facteurs spécifiques d'installation en milieu rural. On connaît effectivement l'attrait des jeunes médecins pour le regroupement même en milieu urbain. En outre, les mesures qui facilitent l'installation et le maintien peuvent potentiellement intéresser tous les jeunes médecins. Néanmoins ces mesures, ciblés sur les zones rurales, pauvres en offre de soins, pourraient orienter les jeunes médecins à s'y installer. Ces mesures sont, de plus, particulièrement nécessaires en milieu rural, afin que les médecins puissent bénéficier de temps de repos et qu'ils soient libérés de certaines charges administratives et organisationnelles, chronophages dans un contexte où le temps médical manque déjà.

Les jeunes médecins souhaitent préserver leur vie familiale

Les jeunes médecins ne sont plus prêts à sacrifier leur vie privée pour leur activité professionnelle. La situation familiale, notamment le fait d'avoir des enfants, surtout pour les femmes, induit une modification dans les horaires de travail puisque certaines souhaitent travailler à mi-temps. Cela leur est permis en grande partie par une organisation professionnelle en groupe, ou même un partage de la patientèle (Dr G). Les hommes souhaitent également travailler en groupe pour avoir une journée de congé par semaine. Cependant les médecins sans enfants prennent aussi un jour de congé hebdomadaire. Le regroupement est donc devenu essentiel pour concilier vie personnelle et vie privée. D'ailleurs, les médecins généralistes, professionnels de la relation, peuvent-ils être pleinement disponibles pour leurs patients en l'absence d'un juste équilibre, adapté à chacun, entre vie personnelle et vie privée ?

3) L'activité médicale et la place du médecin généraliste en milieu rural, l'environnement professionnel

La variété de l'exercice est un élément important du choix

La variété de l'exercice médical a été largement citée par les médecins interrogés. Cette variété est un élément qui semble important dans le choix d'installation des jeunes médecins. On retrouve effectivement dans une étude de l'IRDES [20] que la part des omnipraticiens dans l'activité médicale est plus importante en milieu rural. Le nombre de consultations de spécialistes par patient y est moins important.

Les jeunes médecins exerçant en milieu rural peuvent être attirés par la réalisation d'actes d'urgences et de certains actes techniques (sutures, infiltrations) réalisés par les services d'urgence ou par les spécialistes, mais qui leur sont également accessibles. Notre étude suggère que certains actes techniques seraient plus fréquemment réalisés par les généralistes en milieu rural, du fait de l'éloignement des spécialistes et des urgences. La présence de certaines catégories socioprofessionnelles en milieu rural, notamment les agriculteurs, induirait également une activité médicale différente, avec des consultations pour des pathologies plus significatives, rendant l'exercice plus intéressant.

Les médecins en milieu rural exercent plus fréquemment une autre activité professionnelle [21]. Dans notre étude les médecins interrogés sont certainement trop jeunes pour avoir pu se consacrer à une autre activité. En effet certains se sont installés récemment et souhaitent d'abord s'investir dans leur activité libérale. Il faut cependant garder à l'esprit que cela pourrait être un atout pour des médecins qui souhaiteraient diversifier leur activité.

Les jeunes médecins souhaitent s'installer "là où il y en a besoin"

Dans l'étude PANEL [7], 23% des médecins de moins de 45 ans recherchaient une zone où l'offre en médecins généralistes était insuffisante. De plus l'étude de DELATTRE ET SAMSON [22] montre que les médecins semblent sensibles au degré de compétition qui prévaut dans leur région avec plus de fuite lorsque la densité de spécialistes est très élevée. On peut bien entendu imaginer que des facteurs financiers sont à l'œuvre dans cette motivation, mais notre présente étude suggère également d'autres mécanismes: s'installer "là où il y en a besoin", être le premier recours.

Les jeunes médecins interrogés souhaitent rester proche des spécialistes et des urgences en cas de nécessité, tout en recherchant une certaine distance, ce que leur permet le milieu rural, de façon à être le plus possible le premier recours et à diversifier leur activité. Ils recherchent une certaine autonomie et se sentent responsabilisés dans leur exercice. Ils souhaitent être un élément central dans la prise en charge de leurs patients pour être réellement acteur du parcours de soins. Cela donne du sens à leur exercice.

Les jeunes médecins qui s'installent en milieu rural ont donc le souhait de mettre tous leurs savoirs en pratique. La diversité de l'activité médicale, la possibilité d'exercer un métier passionnant, parce qu'incontournable et nécessaire à la bonne santé d'une population, est donc un facteur pouvant attirer les jeunes médecins en milieu rural. C'est un élément à faire valoir auprès des jeunes médecins. Mais cela voudrait-il dire qu'en milieu urbain, une part plus importante de l'activité médicale réalisable par les médecins généralistes serait pratiquée par les spécialistes ? Malgré l'instauration du parcours de soins et du médecin traitant, en ville, les patients iraient plus facilement consulter directement le spécialiste ? La possibilité pour les patients d'avoir un médecin traitant qui soit coordonnateur des soins, qui ait une place centrale dans la prise en charge, n'est-ce pas un des objectifs de la réforme du médecin traitant ?

Les jeunes médecins se regroupent dans les petits pôles ruraux

Dans notre étude, les jeunes médecins se regroupent dans des communes qui accueillent déjà un tissu plus ou moins important de professionnels de santé. Ces communes sont des chefs lieu de canton, des petits pôles d'activité ruraux. Les jeunes médecins ne souhaitent effectivement plus s'installer seuls dans de petites communes isolées. Certains sont installés suffisamment proches des grandes villes pour que leurs patients puissent facilement accéder aux services de santé. D'autres en sont plus éloignés mais sont installés dans ou proche d'une petite ville qui dispose des services médicaux essentiels au quotidien (laboratoire, radiologie...). Parfois leur commune dispose elle-même de ces services. La médecine moderne demande aujourd'hui une technicité croissante, des examens complémentaires biologiques, radiologiques, mais aussi la compétence des spécialistes et des hôpitaux. C'est pourquoi les jeunes médecins recherchent des cabinets qui ne soient pas totalement isolés, mais relativement proches des services médicaux.

L'hôpital local est un facteur d'attractivité

La présence d'un hôpital local peut également favoriser l'installation de jeunes médecins. Pour diversifier l'activité, mais également pour être un relais dans les situations compliquées où les médecins généralistes en milieu rural peuvent se sentir parfois seuls. L'hôpital local est également être un élément autour duquel peut s'organiser la santé sur un territoire comme le montre la thèse de P.DUBOIS [23]. L'hôpital local est un facteur d'attractivité spécifique du milieu rural, puisqu'il n'existe pas en milieu urbain.

Le fonctionnement en réseau local, et cordial, est un élément important

Les jeunes médecins installés en milieu rural sont attirés par un fonctionnement en réseau professionnel plus ou moins étendu. Ils ont parfois choisi des lieux d'installation autour desquels ils avaient déjà constitué leur réseau professionnel avant l'installation. Ils peuvent ainsi se sentir sécurisés. Ils souhaitent des relations directes avec les autres professionnels de santé, être "intégré dans un tissu local" (Dr D), connaître les intervenants. De plus les relations entre collègues apparaissent comme un élément majeur dans le choix qui mène à l'installation. Une vision commune de l'exercice, l'échange d'informations, l'entraide, l'absence de concurrence, le partage

de moments conviviaux sont autant d'éléments recherchés par les jeunes médecins et qui sont favorisés par l'organisation en MSP.

4) Focus sur le cas des femmes

Les jeunes femmes médecins plébiscitent fortement les MSP afin de travailler à temps partiel, de partager les gardes, les frais professionnels et les tâches administratives. Dans la thèse de S. EDO [24], celles qui ont choisi de s'installer en milieu rural l'ont fait pour des raisons personnelles et recherchaient un cadre de vie agréable malgré des conditions d'exercice plus difficiles au niveau de la charge de travail, des gardes, de la responsabilité médicale et de l'éloignement des services médicaux. Le regroupement ou les MSP, sont particulièrement indispensables pour elles, en milieu rural, afin que leur vie familiale soit respectée.

5) Les aspects financiers

Les aspects financiers sont évalués au cours des remplacements. On peut imaginer que les médecins se sont installés là où les revenus qu'ils percevaient en remplacement correspondaient à leurs attentes. Ces attentes sont différentes entre les médecins puisque les revenus des médecins généralistes sont directement liés au nombre de consultations et que ce même nombre varie obligatoirement avec le temps de travail. En effet, certaines médecins travaillent à mi-temps (Dr G, Dr N, Dr L). D'autres travaillent des semaines bien remplies comme le Dr Se. L'équilibre fragile entre l'offre et la demande de soins en milieu rural, permet-il aux jeunes médecins de réguler leurs revenus plus facilement qu'en milieu urbain ? Par ailleurs les médecins installés en zone sous dotée ont des revenus significativement plus importants [25], avec un niveau d'activité plus élevé. Cela peut donc attirer certains médecins. Cependant, le lien entre un niveau de rémunération plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain et le choix d'installation en milieu rural n'a pas été mis en évidence dans notre étude.

Les aides financières au maintien doivent être mieux connues et pérennisées

C'est un élément souvent étudié dans les études de démographie médicale. L'étude de E DELATTRE et A.L SAMSON [23] montre que les politiques d'incitations financières à l'installation en zone sous dotée seraient susceptibles d'influencer la localisation des médecins, même si la modification de la répartition qui en résulterait serait quantitativement d'une faible ampleur. En effet, les primes versées devraient être très élevées pour compenser la perte de qualité de vie consentie par les médecins. Dans notre étude un médecin a déclaré avoir été attiré par des incitations financières. Parmi les autres médecins interrogés, certains ne les connaissaient pas avant leur choix d'installation; certains ont déclaré que c'était une aide supplémentaire mais non

déterminante. On a vu également que le retrait des aides financières serait susceptible de faire partir les médecins qui y sont le plus sensibles et pour lesquels ces aides ont donc été le plus efficaces (effet d'aubaine). Pour faciliter l'installation, ces aides doivent donc être pérennes sous peine de faire partir les médecins qui en bénéficient, ou de donner un signal négatif à ceux qui seraient potentiellement intéressés. Les aides financières peuvent être un facteur d'attractivité mais qui, seules, ne peuvent avoir qu'un effet limité. Il faut donc associer à ces aides des mesures pouvant améliorer la qualité de vie des médecins exerçant en milieu rural.

Les aides financières doivent s'associer à des mesures sur la protection sociale des médecins

Les aides au maintien, comme le contrat de PTMG peuvent faciliter le travail à mi-temps, et donc la vie familiale. C'est ce que montre le cas du Dr D. L'amélioration de la protection sociale peut donc faciliter l'installation. Cependant ces aides sont soumises à des conditions, comprenant notamment une durée d'engagement, qui n'est pas forcément en accord avec les projets des jeunes médecins qui semblent vouloir être plus mobiles, exemple avec le Dr Sa qui a refusé le contrat de PTMG.

Les aides financières sont indispensables à la création des MSP

En revanche, les aides financières de l'ARS, régions, conseils départementaux, état et union européenne semblent indispensables à la création des MSP. Elles nécessitent en effet, des investissements conséquents et difficilement supportables par de seuls fonds privés. Par ailleurs dans l'étude PANEL [7], 19% des médecins installés ont été attirés par des aides de ce type à l'installation.

6) La relation médecin malade

La relation médecin-malade est un élément primordial dans le choix d'installation

La relation médecin-malade en milieu rural telle qu'elle est vécue par les médecins interrogés est un motif fort d'installation et de maintien en milieu rural. Ces médecins sont intéressés par une relation de confiance, de respect, de fidélité, de partenariat, d'échanges, de discussion et reconnaissance. Ils recherchent une population avec laquelle ils se sentent à l'aise. Ils fuient absolument la relation de type commerciale qu'ils ont vécu en ville.

D'autres thèses qualitatives vont dans le sens d'une certaine qualité de la relation médecin-malade en milieu rural. Une première réalisée en focus group auprès de remplaçants en milieu rural en Auvergne [26] retrouvait également une certaine qualité des relations médecin-patient avec une authenticité des rapports, une confiance et une fidélité au généraliste. Le médecin en milieu rural y était décrit comme ayant une place, il y est écouté. Dans cette thèse la médecine rurale était considérée comme riche et variée, intéressante passionnante et attractive. Ces éléments étaient également retrouvés dans une autre thèse réalisée sur les facteurs d'attractivité de la médecine rurale en Nord-Cantal [27] ou encore en Champagne Ardenne [28]. D'autre part, l'étude PANEL [9] montre que l'épuisement émotionnel des médecins est particulièrement lié aux relations difficiles avec les patients. On peut donc penser qu'il y a une meilleure qualité de vie professionnelle en milieu rural. On pourrait ainsi vanter la qualité de la relation médecin-malade en milieu rural, mais il faut convenir qu'ils s'agit d'opinions personnelles et de ressentis qui ne sont peut-être pas partagés par tous. Il serait intéressant de connaître l'ampleur de ce phénomène dans une étude portant sur un plus grand échantillon.

Les relations insatisfaisantes qu'ont connu nos interviewés en milieu urbain peuvent correspondre au fait de n'y avoir été que remplaçant. Il se peut également que l'installation des jeunes médecins en milieu urbain soit influencée par la qualité de la relation qu'ils ont eu avec les patients au cours de leurs recherches d'installation. Cependant pour les médecins interrogés, une telle qualité de relation serait plus spécifique du milieu rural. Cela est-il lié à des représentations personnelles ou à un véritable fait sociologique ? Existe-t-il vraiment une différence de comportement entre les patients urbains et les patients ruraux ? Est-ce lié à une différence de catégories socioprofessionnelles ? Dans ce cas est-ce en lien avec les origines personnelles des médecins comme le laisse suggérer nos interviewés ? Est-ce dû à une image du médecin qui serait différente ? Ou à une pénurie de médecin en milieu rural expliquant que les médecins soient plus respectés car peu nombreux ?

Par ailleurs la relation médecin-malade est la principale préoccupation des usagers de médecine générale [29]. Pour le patient, comme pour le médecin, la qualité de la relation est essentielle. Une relation satisfaisante pour le médecin, comme pour le patient est au cœur de la réussite de son installation et de sa prise en charge.

Existe-t-il une dégradation de la relation médecin-malade en milieu urbain ?

On pourrait se poser d'autres questions devant les résultats des questions concernant la relation médecin-malade dans notre étude. En effet, certains interviewés ont souhaité fuir la médecine de ville parce qu'il n'y trouvaient pas de relation satisfaisante avec leurs patients : consumérisme, manque de respect, manque de fidélité. Dans quelle proportion ce ressenti est-il partagé par les médecins exerçant en milieu urbain ? Existe-t-il une dégradation de la relation médecin-malade en milieu urbain ? Si oui à quoi est-ce lié ? Caractéristiques socio-démographiques ? Effet de génération ? Société de consommation qui se développe au détriment de la qualité de la relation ? Surpopulation médicale en milieu urbain ?

7) Les facteurs personnels

Dans une thèse sur l'installation des jeunes médecins généralistes Angevins [30], on retrouve des caractéristiques de la médecine rurale semblables à celles que nous avons cité précédemment : qualité de la relation médecin-malade et variété de l'activité médicale. Cependant parmi les médecins interrogés, aucun ne renoncerait à son projet de vie familial pour s'installer en milieu rural. Malgré les atouts de la médecine rurale, les inconvénients majeurs tel que la solitude, la surcharge de travail et le poids des responsabilités font peur. Les facteurs personnels sont donc de toute première importance et peuvent primer sur les facteurs professionnels.

Travailler en groupe pour dégager du temps personnel, rester proche de la famille, d'une grande ville, des services de proximité, prise en compte du choix du conjoint, ce sont là autant de facteurs personnels qui influencent le choix d'installation des jeunes médecins.

L'image du " médecin de campagne" persiste

Il existe par ailleurs des représentations personnelles concernant le "médecin généraliste de campagne" qui peuvent influencer le choix d'installation. Nos interviewés ont fait état d'un médecin polyvalent, dévoué, toujours prêt à travailler. Cela correspond à une image du médecin généraliste qui est liée à l'histoire de la médecine rurale, et qui imprègne encore fortement la société. Dans la représentation collective, le médecin généraliste rural est un notable local, parfois même un héros, un "bon médecin", un humaniste [31]. Les médecins généralistes qui sont sensibles à cette image peuvent donc être attirés par la médecine rurale.

Par ailleurs, notre étude suggère que d'autres mécanismes peuvent également influencer, ou même déclencher l'installation d'un jeune médecin en milieu rural. En effet, certains de nos interviewés ont été sensibles aux besoins de la population en matière de santé en écoutant la demande pressante des patients. La pénurie de médecins dans les territoires ruraux qu'ils ont rencontré a provoqué chez eux, soit le souhait de s'y installer pour soigner la population dans le sentiment gratifiant d'être utile, ou bien ils ont pris conscience de la nécessité pour ces populations

d'être soignées, et se sont installés, au moins temporairement, dans un sentiment d'altruisme. Les jeunes médecins ont donc bien conscience du rôle important qu'ils peuvent et ont à prendre dans les territoires pauvres en offre de soins. Il faut les encourager à s'installer dans des zones où ils seront attendus car nécessaires, reconnus car engagés. Les jeunes médecins ne sont pas insensibles à des critères d'ordre moraux: le souhait et la possibilité de rendre service en s'installant dans des zones pauvres en offre de soins en milieu rural est une valeur forte sur laquelle ils s'appuient pour élaborer leur projet d'installation. En revanche, cela ne les empêcherait pas d'envisager leur départ en cas de détérioration de leurs conditions de travail.

Les origines sociales peuvent influencer le choix

Certains médecins expriment un lien entre leurs origines sociales et leur choix d'installation. Ceux-ci choisissent de s'installer auprès de catégories socioprofessionnelles avec lesquelles ils se sentent à l'aise. On retrouve également ce lien dans une étude de l'ISNAR IMG sur près de 3000 internes en médecine générale [32]. C'est donc un facteur non négligeable qu'il faut mettre en rapport avec la recherche d'une relation médecin-malade satisfaisante.

Le lieu d'origine familiale ou du conjoint influence fortement le lieu d'installation

Il serait difficile de dire, dans une étude qualitative, si être originaire d'un milieu rural est un facteur indépendant d'installation en milieu rural; mais on peut dire que certains médecins sont fortement attachés à leur région d'origine ou à celle de leur conjoint. Cela conditionne en grande partie le choix du lieu leur d'installation.

La qualité de vie en milieu rural est un facteur d'attractivité pour certains

Le choix du lieu d'habitation exerce nécessairement une influence sur le lieu d'installation. Ceux qui ont fait le choix d'un lieu d'habitation en milieu rural soulignent un facteur personnel d'attractivité spécifique du milieu rural : le ressenti d'une meilleure qualité de vie. Ce n'est, cependant, que personnel et d'autres médecins seront plus attirés par un mode de vie urbain. Ceux qui habitent en milieu urbain et sont installés en zone rurale montrent bien leur motivation à exercer en milieu rural étant donné la distance quotidienne qu'ils doivent parcourir, et qu'ils ont la liberté et le choix du lieu d'installation. L'allongement du trajet domicile-travail se retrouve par ailleurs dans l'étude PANEL [7] où le temps de trajet s'allonge chez les moins de 45 ans. On retrouve d'ailleurs cet allongement des trajets quotidiens dans toute la région Pays de la Loire, toutes professions confondues [14].

Les jeunes médecins sont très attachés aux grandes agglomérations universitaires

Tous les médecins installés en milieu rural que nous avons interrogé montrent un attrait important pour les grandes villes puisque aucun n'habite à plus de 30 minutes d'une grande ville. Ils choisissent donc des cadres de vie soit urbain, soit ruraux, mais péri-urbain. La possibilité d'habiter dans une grande ville ou bien de s'y rendre facilement conditionne beaucoup le lieu

d'installation. C'est un frein important à l'installation dans les territoires ruraux très éloignés. Si la proximité des grandes villes, notamment universitaires, est recherchée pour leur attractivité elle peut également l'être pour rester proche du travail du conjoint.

Les relations sociales tissées dans les grandes villes universitaires par les jeunes médecins qui y ont passés neuf à dix ans d'études peuvent également représenter un des facteurs d'attractivité des grandes agglomérations universitaires.

Cependant ils suivent une tendance générale qui touche toute la population et tous les services. Ils ne souhaitent pas s'installer en zone rurale isolée, où les services élémentaires, notamment publics, sont tous partis depuis déjà longtemps pour certains. Il faut se poser la question de la répartition géographique des avantages et des services de notre société qui se fait surtout au profit des grandes villes.

Le problème de la démographie médicale en milieu rural s'intègre donc plus largement dans une problématique de développement et d'aménagement des territoires ruraux. Comment imaginer, en effet, un jeune médecin français s'installer dans un territoire rural où tous les services de proximités sont partis ? Où son conjoint ne trouve pas de travail ? Le médecin devrait-il rester exercer seul, à l'heure de la centralisation des services dans les villes ? Et pourtant les populations vivant dans ces territoires, souvent âgées, ont aussi besoin de soins médicaux.

Malgré la désertification des territoires isolés, les petits pôles ruraux attirent les jeunes médecins

Les communes rurales qui disposent des services de proximité semblent cependant avoir attiré plus facilement nos interviewés. Ce sont des communes plutôt semi-rurales, des petites unités urbaines, chef-lieu de canton, petits pôles ruraux, autour desquelles la vie s'organise et qui bénéficient des services médicaux et paramédicaux permettant de s'appuyer sur un réseau de professionnels.

VIII- SYNTHESE

PRINCIPAUX ELEMENTS MENANT A L'INSTALLATION

Eléments nécessaires à l'élaboration d'un projet d'installation en milieu rural :

Connaissance du milieu rural : stage d'interne ou remplacements

Éléments de motivation à l'origine du projet d'installation :

Qualité de la relation médecin-malade

Variété de l'exercice médical

Souhait de s'installer dans une zone de faible densité médicale

Souhait de vivre en milieu rural

Eléments qui semblent nécessaires à la réalisation du projet :

Installation en groupe ou en MSP

Présence d'un réseau de professionnels de santé

Eléments qui peuvent déclencher une installation :

Proposition de reprise d'une patientèle

Qualité de la relation avec les associés

Demande des patients

Certains facteurs d'installation mis en évidence dans notre étude sont spécifiques au milieu rural. D'autres ne le sont pas ; ils seraient susceptibles d'attirer tous les médecins dans différents secteurs. D'autres encore ne sont pas spécifiques mais semblent particulièrement attractifs en milieu rural. Nous présentons dans le tableau ci-dessous les facteurs les plus importants retrouvés dans notre étude.

TABLEAU RECAPITULATIF

	Facteurs d'installation mis en évidence dans notre étude	
	Spécifique du milieu rural	Non spécifique du milieu rural
Parcours de formation, connaissance du cabinet	Stage d'interne et remplacements en milieu rural	Opportunité
Mode d'association		Collaboration Association temporaire
Mode d'organisation du cabinet	L'organisation en groupe est un facteur de motivation non spécifique d'installation en milieu rural mais le regroupement paraît particulièrement nécessaire en zone de faible densité médicale	
Maison de santé pluridisciplinaire	Idem	
Relation avec les associés		Cordiales
Type d'activité médicale	Variété de l'exercice, être le premier recours	
Environnement professionnel	Hôpital local	Présence des services médicaux et paramédicaux
Aspects financiers		Aides à la création des MSP et aides au maintien
Relation médecin-malade	Fidélité, confiance	
Représentations personnelles	Le médecin rural comme un "bon médecin", humaniste. S'installer "là où il y en a besoin"	
Facteurs personnels	Qualité de vie en milieu rural Présence des services de proximité	Proximité d'une grande ville universitaire Proximité du travail du conjoint et de la famille

IX- CONCLUSION

Les jeunes médecins installés en milieu rural ont connu la médecine rurale au cours de leur internat ou de leurs remplacements. Le choix de leur installation a été fait en comparaison avec les expériences professionnelles qu'ils ont vécu en milieu urbain. Les facteurs qui les ont poussé à s'installer en milieu rural sont essentiellement liés à des représentations personnelles, une certaine vision de l'exercice médical. Ces jeunes médecins recherchent avant tout une relation médecin-malade qui leur convienne, basée sur la fidélité, la confiance réciproque, le respect, la discussion autour des prises en charges. Ils fuient absolument la relation de type commerciale qu'ils ont pu connaître en milieu urbain. Ils recherchent une place centrale dans le parcours de soins et une certaine diversité dans leur exercice que leur confère un relatif éloignement des structures médicales et des confrères spécialistes. La possibilité d'exercer en groupe, ou en maison de santé pluridisciplinaire, est un élément essentiel dans leur prise de décision. Cette organisation correspond au métier pour lequel ils ont été formés : l'organisation des soins et la prise en charge pluridisciplinaire des personnes et des pathologies. Par ailleurs ce mode d'organisation leur permet, particulièrement en milieu rural, de concilier vie privée, qu'ils ne sont pas prêts à sacrifier, et vie professionnelle. Pour la création de ces MSP, les aides financières sont indispensables pour eux. Ils ont un attachement très fort aux grandes agglomérations où ils ont fait leurs études, développé leurs réseaux professionnels, tissé leurs relations sociales, rencontré un conjoint qui y travaille. Ils habitent dans ou proches de ces agglomérations, recherchant une juste distance entre leur cabinet, le travail de leur conjoint, la ville et ses attraits, et leurs familles. Les facteurs personnels s'imbriquent donc avec les facteurs professionnels pour former un ensemble cohérent. La recherche d'un compromis entre l'intérêt que représente pour eux un exercice médical en milieu rural et l'attractivité des grandes villes universitaires explique qu'ils ne soient pas prêts à s'installer dans des zones très éloignées des grands centres urbains, en général à plus de 45 minutes. Ceux qui ont fait le choix d'habiter en milieu rural recherchent une meilleure qualité de vie et choisissent des communes plutôt semi-rurales. Ce comportement correspond à une évolution sociétale impliquant une urbanisation et une rurbanisation grandissante qui touche toute la société. Le problème de la démographie médicale en milieu rural est donc à mettre en rapport avec la désaffection croissante des Français pour le milieu rural, et à l'organisation de la société, notamment des bassins d'emploi et des services, dans les grands centres urbains, au détriment des territoires ruraux.

X- BIBLIOGRAPHIE

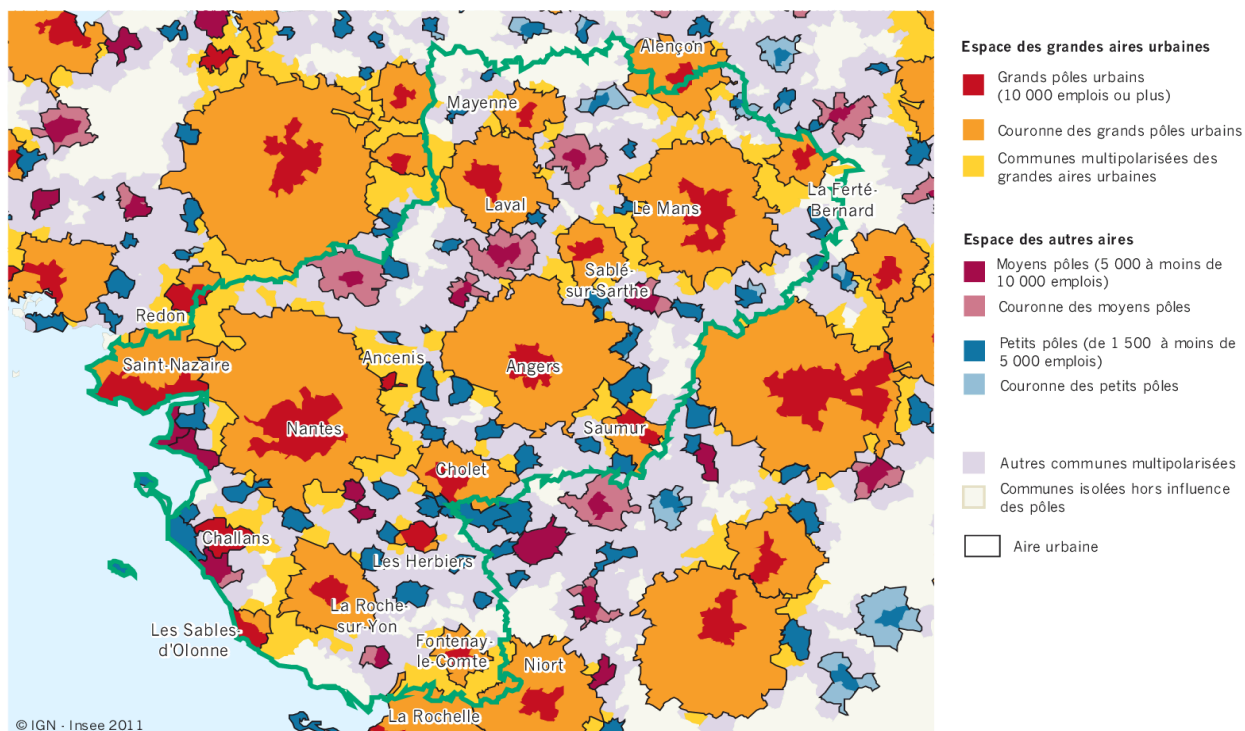
1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [internet]. 0167. Sect. 1p. 121184. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr>
2. BOUET P, RAULT J, LEBRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM; 2014.
3. RAULT J, LEBRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale en Pays de la Loire. Situation en 2013. CNOM; 2013.
4. ROMESTAING P, LEBRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM; 2011.
5. DORY V, POUCHAIN D, BEAULIEU M, PESTIAUX D, GAY B, ROCHER G, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer. 2009;85:4–7.
6. LE FUR P, BOURGEUIL Y, CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Questions d'économies de la santé. 2009 juillet;(144).
7. BOURNOT MC, GOUPIL MC, TRUFFEAU F, HERAULT T. "Conditions D'exercice Des Médecins Généralistes Des Pays de La Loire.", ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire; 2007.
8. BOURNOT MC, GOUPIL MC, LECLERE B, TALLEC A, TRUFFEAU F, HERAULT T. "L'exercice Des Médecins de Groupe Des Médecins Généralistes Des Pays de La Loire," ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire; 2013.
9. BOURNOT MC, GOUPIL MC, LECLERE B, TALLEC A, TRUFFEAU F, HERAULT T. "Vie Professionnelle, Vécu Du Travail Et État de Santé Des Médecins Généralistes Des Pays de La Loire." URML Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire; 2010.
10. THIEBAUT M. Médecine générale et rythme de travail: impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural [Reproduction de]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2003.

11. DORMONT B, SAMSON A. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes: les inégalités entre générations. *Economie et statistiques*. 2008;(414).
12. HUSSON A. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France: éternellement nomade? Université Paris Diderot Paris 7; 2012.
13. FAUR J, DUVERNE S. Bassin de vie 2012 en Pays de la Loire: la difficile course à l'équipement du périurbain. INSEE Pays de la Loire; 2012.
14. PIROT P, RINCE C, VIGNERON P, MILLON P, ROBERT B, GICQUAUD N, et al. En Pays de la Loire la ville déborde de plus en plus sur la campagne. INSEE; 2010.
15. BOURGUEIL Y, MOUSQUES J, TAJAHMADI A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptés en France. IRDES; 2006.
16. DRESS. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes et résultats. 2005 Sep;(430).
17. GRAY P, HAUTOBOIS L. Le zonage en aires urbaines en 2010: en Pays de la Loire, les villes tissent leur toile toujours plus loin. INSEE; 2011.
18. DECORDE A. Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord Alpin. Grenoble; 2011.
19. URPS Bourgogne, ARS Bourgogne. Pourquoi les jeunes médecins boudent l'exercice libéral: révélations sur un métier en difficulté. 2012.
20. BESSIN C, CAREL D, DESQUENE V, GODINAUD J, LAMOULIATE V, VAN KEMMELBEKE C, et al. Santé et milieu rural. Une démarche exploratoire menée par trois URCAM. URCAM Aquitaine, URCAM languedoc-Roussillon, URCAM Franche-Comté, CREDES, MSA; 2002.
21. AULAGNIER M, OBADIA Y, PARAPONARIS A, SALIBA-SERRE B, VENTELOU B, VERGER P. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions Françaises. Etudes et résultats. 2007 Nov;(610).
22. DELATTRE E, SAMSON A. Stratégies de localisation des médecins généralistes français: mécanismes économiques ou hédonistes? *Economie et statistiques*. 2012;(455-456):115–42.

23. DUBOIS P. L'hôpital local: comment pourrait-il influencer l'installation des médecins généralistes en zone rurale? CRETEIL; 2008.
24. EDO S. Etudes comparatives des conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes et milieu urbain, semi urbain et rural en Isère. Claude Bernard Lyon 1; 2010.
25. DREES. Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain. Etudes et résultats. 2003 août;(254).
26. Le PROVOST-FALALA M. L'attractivité de la médecine générale rurale: enquête qualitative auprès d'internes en médecine générale et de médecins remplaçants de la région Auvergne [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2010.
27. GENET C. L'attractivité de la médecine rurale: une étude qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Cantal. Clermont Ferrand; 2008.
28. BLEAU F. Facteur ayant favorisé l'installation des médecins en zone rurale en Champagne Ardennes des médecins généralistes. REIMS; 2010.
29. KRUCIEN N, LE VAILLANT M, PELLETIER-FLEURY N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? IRDES, Questions d'économies de la santé. 2011 Mar;(163).
30. VIOT M. Motivations de l'installation des jeunes médecins Angevins en exercice en soins primaires. Angers; 2006.
31. TONNELIER F. Le médecin de campagne, ou l'ambiguïté des symboles. Presses de sciences Po. 2009;(23):96.
32. ISNAR IMG, BAUDE N, FLACHER A, BOSSON J, MARCHAND O. Soins primaires: crise et dynamique d'avenir. Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. MEDECINE. 2008 Mar;139.

ANNEXE 1

Zonage en aires urbaines (ZAU) 2010 de la région Pays de la Loire : un maillage territorial serré



Le zonage en aires urbaines 2010

L'objectif du zonage en aires urbaines 2010 est d'avoir une vision des aires d'influence des villes (au sens des unités urbaines définies par l'Insee) sur le territoire. Ce zonage est basé sur les données 2008 du recensement de la population et plus particulièrement l'emploi et les déplacements domicile-travail.

La méthode d'élaboration de ce zonage consiste dans un premier temps à retenir les unités urbaines de plus de 1 500 emplois, qualifiées de pôles. Parmi ces derniers, on distingue les grands pôles urbains (unités urbaines de plus de 10 000 emplois), les moyens pôles (unités urbaines de 5 000 à 10 000 emplois) et les petits pôles (unités urbaines de 1 500 à 5 000 emplois).

La seconde étape consiste à définir les couronnes des grands pôles urbains, c'est-à-dire l'ensemble des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % des actifs résidents travaillent dans le pôle et les communes attirées par celui-ci, par un processus itératif.

L'ensemble constitué par un grand pôle urbain et sa couronne est appelé « grande aire urbaine ».

Certaines communes rurales ou unités urbaines ne sont pas attirées par une seule aire urbaine, mais par plusieurs. On définit le concept de communes multipolarisées des

grandes aires comme les communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % des actifs résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec aucune d'entre elles.

L'ensemble constitué par les couronnes des grands pôles urbains et les communes multipolarisées des grandes aires constitue l'espace périurbain.

On définit par ailleurs les couronnes des moyens pôles et des petits pôles de la même manière que les couronnes des grands pôles.

L'ensemble formé par un moyen pôle et sa couronne est appelé « moyenne aire » et l'ensemble formé par un petit pôle et sa couronne « petite aire ».

Parmi les communes rurales non présentes dans les grandes, moyennes et petites aires et qui ne sont pas multipolarisées des grandes aires, on détermine les « autres communes multipolarisées » dont au moins 40 % des actifs résidents travaillent dans au moins deux aires.

Les communes restantes sont nommées « communes isolées hors influence des pôles ».

On dénombre ainsi sur le territoire métropolitain 230 grandes aires urbaines, 126 moyennes aires et 415 petites aires. Dans les Pays de la Loire, ce découpage dénombre 16 grandes aires urbaines, 10 moyennes aires et 42 petites aires.

ANNEXE 2

STRUCTURE DES ENTRETIENS

Question principale :

Vous avez choisi d'exercer la médecine en milieu rural, pouvez-vous me dire comment cela s'est-il passé?

Conditions d'installation et d'exercice

1) Parcours professionnel

Quel a été votre parcours professionnel?

Stage d'interne, remplacements, lieux de formation

2) Connaissance du cabinet (comment avez-vous connu votre cabinet?)

Stage, remplacement, annonce, bouche à oreille, affinités, recherche d'un cabinet dans un lieu précis.

Projet déjà constitué ou à mettre en place ?

Création ou reprise ?

L'arrivée à-t-elle induit une modification ?

3) Description de l'organisation du cabinet (pouvez-vous décrire l'organisation de votre cabinet?)

MSP, cabinet en groupe, cabinet seul, PDS, temps plein ou partiel ?

Informatisation, télémedecine ?

Projet de soins avec l'ARS ? Action de prévention, éducation ?

Quelle organisation des tâches avec les confrères et autres collègues éventuels du cabinet ? (infirmière, secrétaires, autres)

4) Description de l'environnement professionnel

Hôpital local, radiologie, biologie, pharmacie,

professionnels de santé paramédicaux,

service d'urgence le plus proche,

spécialistes les plus proches, offres de soins primaires préexistante?

5) Relation avec les associés

Confraternelle, professionnelle, amicale, cordiale, conflictuelle, concurrentielle, autres

Age des associés et caractéristiques socio-démographiques

6) Aspect financiers

Aide en nature ou aide financière

Aide à l'installation, aide au maintien

Charges, défiscalisation ?

Nombre de consultations par jours

Etude préalable ?

7) Autre activité professionnelle

Possibilité d'exercer une autre activité professionnelle dans ou autour du lieu d'installation

MDR, urgence, pompiers, samu, hôpital local, PMI, sport, travail, école, autres

Facteur pris en compte préalablement à l'installation ?

8) Formation professionnelle

Organisme de formation

Formation à distance

Distance par rapport aux lieux de formation

Possibilité d'évolution professionnelle

Type d'activité médicale

9) Place du généraliste dans l'activité de soins

Par rapport aux autres confrères spécialistes

Par rapport aux autres professionnels de santé

Par rapport aux hôpitaux de proximités

Degré d'implication dans le suivi et le traitement des patients et des pathologies

Position du médecin généraliste en milieu rural ? (centrale, reconnaissance, autonomisation et responsabilisation face à l'isolement)

10) Variété de l'activité médicale

Existe-t-il une particularité de l'exercice médical rural ? Laquelle ?

Spécialités exercées (cardiologie, rhumatologie, pédiatrie, gynécologie, pneumologie...)

Pathologies rencontrées, stade des pathologies

Réalisation d'actes techniques

Tranche d'âge rencontrées en consultation

Suivi, actes urgents ou semi-urgents

Suivi de familles sur plusieurs générations

11) Réalisation de visites à domicile

Nombres de visites par jours

Lieu des visites : MDR, domicile, hôpital local

Distance maximum du cabinet

Quel vécu des visites ?

La relation médecin-malade

12) Spécificités de la relation médecin-patient en milieu rural

Existe-t-il une spécificité ?

Vécu de la relation médecin-malade en milieu rural ?

Spécificité de votre propre patientèle (rencontre avec une patientèle) ?

Respect du médecin

Confiance

Fidélité

Consommation de soins

Selon les catégories socioprofessionnelle : agriculteurs, ouvriers, retraités

Autres

Facteurs personnels

13) Origine géographique et familiale

Connaissance antérieure du milieu rural, voire du lieu d'installation

14) Environnement

Lieu d'habitation

Cadre de vie rural et autre environnement géographique (mer, typologie géographique)

Structures administratives, éducatives, commerciales, sportives, autres

Accès aux infrastructures routières, ferroviaires

15) Souhaits du conjoint

Profession, origine géographique et familiale, souhaits personnels, autres

16) Souhaits personnels

Relations sociales personnelles et loisirs

Autres

ANNEXE 3

RESULTATS PAR ENTRETIEN

Dr P

Le Dr P a connu son cabinet en tant qu'interne

Le Dr P est originaire de Châteauroux en région Centre. Il est installé à E en milieu rural, dans un cabinet qu'il a connu en tant qu'interne. Il en avait gardé un bon souvenir, notamment sur le plan relationnel avec les patients. Il a débuté comme remplaçant puis comme collaborateur.

Il est seul médecin dans une MSP construite par la mairie

Aujourd'hui il est installé comme seul médecin, dans une MSP construite par la mairie, qui était prévue avant son installation. La MSP dispose de deux infirmières, un podologue, un ostéopathe, un cabinet dentaire et un deuxième cabinet médical, tous deux inoccupés. Lorsque son associé est parti à la retraite sans trouver de successeur il a beaucoup hésité à partir ; son maintien n'a été possible que parce qu'il a trouvé une remplaçante fixe qui vient un jour par semaine. Le laboratoire d'analyse médicale est à 15km, radiologie, urgences et spécialistes se trouvent à 30 minutes.

Les aides financières sont pour lui importantes

Les aspects financiers ont clairement fait partie du choix, notamment l'aide à la création du cabinet qui a coûté 450000 euros à la commune, et la majoration de 20% des honoraires avec l'option démographique. Cette aide n'a duré qu'un temps et il n'en bénéficie plus suite à la redéfinition des zones éligibles aux aides par l'ARS sans toutefois que ses conditions de travail aient changé: il ne constate pas plus de médecins dans son secteur. Il voit entre 30 et 40 personnes par jours. Il rémunère seul sa secrétaire.

Il se sent reconnu dans son exercice

L'éloignement des spécialistes n'est pas pour lui pas une difficulté ; il se forme, s'habitue à gérer les situations plus loin dans la prise en charge. Il ne se serait pas installé en ville où, selon lui, les gens vont directement chez le spécialiste et le travail du médecin généraliste est moins reconnu.

La relation qu'il entretient avec ses patients sont pour lui un élément très important

Il apprécie particulièrement la relation qu'il a avec ses patients et qu'il n'avait pas trouvé en ville : il trouve les patients plus fidèles, moins consommateurs, consultant pour des problèmes significatifs. Pour lui, les gens font toute confiance au médecin et ne discutent pas les décisions. Toutefois sa patientèle est en train de changer : le mode de relation se rapproche de plus en plus de celui qu'il a connu en ville. Cela serait dû à l'arrivée d'une population urbaine qui s'installe à E, et qui travaille en ville, mais également à un changement de génération.

Il habite la périphérie Nantaise où travaille son épouse

Sur le plan personnel il est père d'un enfant, son épouse est expert-comptable à Nantes. Ils ont fait le choix d'habiter la périphérie Nantaise, à 30 minutes de son travail, pour profiter de l'attractivité de Nantes et pour pouvoir éventuellement changer son mode d'exercice si les conditions de travail devenaient trop difficiles pour lui. Il prend un jour de congé par semaine pour préserver sa vie familiale.

La relation que le Dr P entretient avec ses patients a donc été un facteur ayant fortement influencé son installation. Il souhaitait être le premier recours en s'éloignant des spécialistes. Les aides financières ont été déterminantes pour le choix de son installation. Le lieu d'habitation a été choisi pour sa relative proximité avec la ville de Nantes, dont il souhaite rester proche pour son attractivité. Toutefois, étant seul, et les conditions de son exercice se révélant difficiles, il se réserve la possibilité de partir en l'absence d'installation d'un associé.

Dr Ba

Le Dr Ba a connu son cabinet en remplacement

Le Dr Ba s'est installée à B ; elle est originaire d'Indre et Loire non loin de B, et a été à la faculté de médecine d'Angers. Elle a connu B en remplacement et son prédécesseur lui a proposé de reprendre l'activité après son départ à la retraite. Elle a connu les remplacements à Angers mais avait trouvé cela moins intéressant.

Elle a fusionné le cabinet de son prédécesseur avec les autres cabinets de la commune

Son prédécesseur exerçait seul. Le Dr Ba a souhaité se regrouper avec un autre cabinet lors de son installation ce qui lui permet d'échanger entre collègues, de partager des avis, de s'entraider. Elle a repris une grosse patientèle ce qui lui faisait craindre une surcharge de travail. Le regroupement rend possible le partage de cette charge. Elle est actuellement installée dans un cabinet avec cinq médecins et un podologue ; un autre médecin s'est ensuite installé en création de poste. Le maire et la population ont accueilli très favorablement l'arrivée des nouveaux médecins car trois médecins sont partis lorsque elle est arrivée ; la population était très inquiète de ne plus avoir de médecin.

Un projet de MSP est en cours

Un projet de MSP est prévu regroupant tous les services médico-sociaux de la ville. Bien qu'elle y soit favorable, elle accueille avec appréhension une si grosse structure. Elle n'a pas spécialement étudié les aspects financiers mais se rendait bien compte en remplacement "comment ça se passait".

L'environnement correspond plus à un milieu semi-rural

Elle considère son lieu d'installation comme étant semi rural. L'environnement professionnel comprend de nombreux services paramédicaux, un service de radiologie, de biologie, et un hôpital local dans la commune.

Son activité est très variée, elle est le premier recours

Elle trouve son activité très diversifiée, voit "de tout", voit des familles jusqu'à quatre générations, voit toutes les catégories socio-professionnelles. Le médecin généraliste est très clairement le premier recours à B. Elle a constaté qu'en ville les gens vont plus directement chez le spécialiste. Elle est sollicitée pour les urgences et se sent plus responsabilisée qu'en ville.

Elle entretient une relation particulière avec ses patients

Elle ne souhaitait pas s'installer en ville car la relation avec les patients n'est, selon elle, pas la même. A B, les patients font beaucoup confiance au médecin, le médecin est quelqu'un d'important. Elle apprécie la patientèle de condition sociale modeste qu'elle suit.

Elle habite en milieu rural

Elle vit en couple sans enfant pour l'instant, son conjoint n'a pas d'emploi. Elle est issue du milieu rural, où son père exerce en tant que médecin généraliste. Elle souhaitait vivre dans ce même milieu et profiter d'une certaine qualité de la vie. Cela lui permet notamment d'avoir une grande maison et un grand jardin. Elle habite à proximité de son lieu de travail et à 30 minutes d'Angers. Les relations sociales du couple sont à Angers.

Le Dr Ba s'est donc installée en milieu rural par une combinaison de plusieurs facteurs: une expérience négative de la relation médecin-malade en milieu urbain s'opposant à une expérience positive de cette même relation en milieu rural. Le médecin généraliste est clairement le premier recours à B, elle se sent responsabilisée, cela apporte certainement du sens à son activité. C'est aussi le fait d'une opportunité qui lui a été proposée car elle ne cherchait pas spécifiquement à s'installer dans les environs. C'est également le fait d'un style de vie choisi en milieu rural pour sa qualité, l'importance de pouvoir bénéficier d'une grande maison tout en restant relativement proche d'Angers.

Dr Sa

Le Dr Sa a connu son cabinet en tant qu'interne

Le Dr Sa s'est installée à G. Elle a connu ce cabinet par un stage d'interne. C'est un cabinet mono-disciplinaire avec quatre médecins. Il y a des infirmières et un kinésithérapeute dans la commune. Le laboratoire est à 10km, les urgences et les spécialistes sont à Cholet à 15km.

La relation qu'elle entretient avec ses collègues est excellente

L'excellente relation qu'elle a avec ses collègues l'a convaincu de s'y installer comme collaboratrice. Elle n'a pas connu la médecine générale de ville et ne ressent donc pas de particularité dans son exercice. Elle voit beaucoup d'ouvriers et de jeunes. Elle n'a pas étudié les aspects financiers, elle a refusé le contrat de PTMG proposé par l'ARS.

Elle habite en milieu urbain

Sur le plan personnel elle habite Montaigu ou elle "trouve tout". Elle souhaitait rester proche de Nantes en Loire Atlantique ou en Vendée d'où elle est originaire. Son conjoint est médecin remplaçant, ce choix a été fait en couple.

Dr D

Le Dr D a connu son cabinet en tant que remplaçante

Le Dr D s'est installée à V en Mayenne en milieu rural. Elle est originaire de Rennes où elle a fait ses études. Elle a connu le lieu de son installation par l'intermédiaire de son conjoint, également médecin, qui y avait déjà pris des remplacements.

La rencontre avec la médecine rurale lui a donné l'envie d'y exercer

Elle a connu la médecine en milieu urbain et en a été profondément déçue. A la fin de son internat elle ne souhaitait pas exercer la médecine générale, elle ne se sentait pas prête. Elle a débuté en se disant qu'il fallait bien travailler et que "les gens au moins ici ils auront besoin de moi". Cette impression est vite passée en découvrant un attrait pour l'exercice médical en milieu rural.

Elle a travaillé un an et demi comme associée temporaire non thésée

Elle a débuté comme remplaçante, puis comme assistante non thésée pendant un an et demi, pour progressivement prendre la place de son prédécesseur qui cherchait un successeur. Elle a rapidement recruté une ancienne collègue d'internat pour s'installer ensemble, elle aussi reprenant la suite d'un médecin décédé prématurément. Elle n'a jamais remplacé ailleurs qu'à V.

Un projet de MSP est en cours

Elles sont actuellement deux à travailler dans ce cabinet. Un projet de MSP est en cours avec la création d'un troisième cabinet, d'un cabinet de kinésithérapeute, d'un local pour deux infirmières, d'un studio et d'une salle de réunion pour d'éventuelles actions d'éducation thérapeutique. Elle espère la venue d'un troisième médecin avec l'agrandissement des locaux.

Elle apprécie par ailleurs les locaux qui sont spacieux, lumineux. Cela compte pour elle qui y passe de nombreuses heures. La MSP était déjà prévue avant son installation et ce projet l'intéresse bien plus que de travailler seule. Le député maire est très impliqué dans la création des MSP au niveau national et les soutient beaucoup de même que le conseil de l'ordre qui n'a pas posé d'obstacles bureaucratiques. Il y a donc une émulation qui rend le projet attractif. Elle se sentirait toutefois prête à partir si le troisième médecin n'arrivait pas et qu'elle était surchargée de travail.

Pour la MSP, les aides financière sont indispensables

Elle est intéressée par les aides financières pour la création de la MSP mais n'avait pas avant son arrivée connaissance de l'option démographie dont elle bénéficie actuellement. Elle a par ailleurs signé le contrat de PTMG.

Elle apprécie travailler en réseau professionnel local

La commune ne dispose pas d'autres professionnels de santé autres que la pharmacie qui a été reprise devant l'arrivée des jeunes médecins. Elle apprécie un fonctionnement local au quotidien, des professionnels de santé avec lesquels elle a un contact plus direct. Radiologie, urgences et spécialistes se trouvent à Laval à 30 minutes.

Elle a un exercice très varié, elle est le premier recours, est fière de son exercice

Elle doit être "débrouillarde au quotidien" devant la pénurie de médecins spécialistes dans son département, est obligée de s'intéresser à tout. Elle suit une patientèle plutôt âgée, suit des familles, des "dynasties entières", voit beaucoup d'enfants. Elle a une certaine notion du service rendu. Elle est fière de s'être installée "là où il y en avait besoin".

Elle apprécie surtout la relation qu'elle entretient avec ses patients

Elle apprécie particulièrement la relation qu'elle a avec ses patients. Ses paroles sont entendues et ont une certaine valeur. Elle n'a pas ressentie cela lorsqu'elle a exercé en ville ou elle a eu l'impression d'être "un distributeur d'ordonnance et dans une société de services". En milieu rural "les gens n'ont pas tellement le choix". Cela lui permet d'être dans son rôle d'éducation thérapeutique. Si elle avait trouvé une telle qualité de relation en ville elle s'y serait peut être installée.

Elle habite en milieu urbain

Sur le plan personnel elle habite Laval et souhaite séparer sa vie personnelle et sa vie familiale. Son conjoint est médecin au SAMU à Laval. Elle n'a pas d'enfant.

Le Dr D s'est donc installée en milieu rural pour la qualité de la relation médecin-malade qu'elle y trouve et qu'elle n'a pas trouvé en ville. Elle a une volonté de rendre service, d'exercer "là où il y en a besoin". Plusieurs facteurs ont facilité son installation: le statut d'assistant non thésé lui a permis de goûter à l'installation tandis que les aides de la mairie et de l'ARS lui permettent et lui permettront encore mieux demain d'exercer dans le cadre pluridisciplinaire qu'elle souhaite. Le contact direct avec les collègues et professionnels de santé fait partie des facteurs d'attractivité de son cabinet

Dr Bo

Le Dr Bo a remplacé quelques années avant de s'installer

Le Dr B est originaire d'un milieu rural en Maine et Loire, il a fait ses études à Angers. Il a connu son cabinet en cherchant à joindre un médecin dans le cadre d'un stage d'interne. La secrétaire lui a fait part du départ prochain d'un médecin qui cherchait un successeur. Il a souhaité remplacer quelques années après l'internat de façon à pouvoir se décider en fonction de ses expériences qui l'ont amené à se rendre compte qu'il souhaitait travailler en groupe.

Il a fusionné les deux cabinets de la commune lors de son arrivée

Il s'est installé à G où un projet de MSP était évoqué par la mairie mais ne faisait pas depuis dix ans. Lors de son installation ils ont donc fusionné les deux cabinets médicaux de la commune sur initiative et fond privés. Il n'a pas bénéficié et ne bénéficie pas d'aides financières. Le cabinet est mono disciplinaire avec cinq médecins.

L'environnement est plutôt semi-rural

La proximité des spécialistes, cliniques et hôpitaux d'Angers (25min) était un critère de choix professionnel. Cela rendait l'exercice plus sécurisant. Par ailleurs la commune dispose de professionnels de santé paramédicaux et le laboratoire se trouve à 10km. Il considère son exercice comme étant semi-rural, trouve peu de différences avec ce qu'il a connu en ville si ce n'est peut-être d'avoir le sentiment d'être plus le premier recours étant donné l'éloignement des urgences. Il a le sentiment que la relation avec ses patients est un peu différente qu'en ville: les patients n'ont pas le même attachement au médecin, en ville la patientèle se renouvellerait plus rapidement.

Le choix d'installation a été fait en couple

Sur le plan personnel, son lieu d'habitation a été choisi sur les bords de Loire, qu'il apprécie beaucoup, à 30 minutes d'Angers, dont il souhaitait rester proche, et à 10 minutes de son cabinet. Il ne se serait pas installé "là où il n'y a rien". Son épouse est médecin généraliste sur les bords de Loire également. Ils ont 3 enfants. Le choix d'installation a plus été un choix de couple.

Le Dr B a donc choisi de s'installer à G dans le souci de concilier plusieurs facteurs: la proximité des services médicaux d'Angers qu'il trouve rassurante, le souhait d'exercer en milieu rural où il trouve les patients plus fidèles, et le souhait de vivre en bord de Loire en milieu rural tout en restant proche d'Angers pour son attractivité. Ce choix a surtout été un choix de couple et les facteurs personnels étaient prépondérants.

Dr L

Le Dr L a cherché un lieu d'installation proche de celui de son mari

Le Dr L est originaire d'un milieu rural en Maine et Loire proche de son lieu d'installation. Elle est l'épouse du Dr Bo. Elle a fait ses études à Angers. Elle a attendu d'avoir ses trois enfants avant de s'installer. Elle a cherché un lieu d'installation qui soit rural et proche du travail de son conjoint. Elle a débuté son activité comme remplaçante.

Elle est installée dans un cabinet pluridisciplinaire

Devant la demande croissante des patients et des associés elle s'est installée en création de poste dans un cabinet pluridisciplinaire avec 3 médecins. La relation entre collègues est bonne notamment avec les kinésithérapeutes avec lesquels elle apprécie partager des informations sur les patients.

Elle se sent le premier recours, elle apprécie la relation avec ses patients

La commune se situe à 30 minutes d'Angers, la biologie est dans une commune voisine à 10km. Son activité de médecin généraliste a une place très importante, même centrale pour le patient, tandis qu'en ville elle trouve que les gens vont plus directement chez le spécialiste. L'éloignement des spécialistes rend son activité différente elle doit se poser plus de questions, faire en sorte que les choses se passent localement. L'activité est très variée. Elle n'a pas la même relation avec les patients en milieu rural qu'en ville. Elle trouve que en milieu rural il y a une certaine estime du médecin, les patients sont fidèles.

La situation financière est juste. Elle n'a pas bénéficié d'aides

Du fait que ce soit une création de poste la situation financière, bien qu'elle l'ait étudié sérieusement avant l'installation, est difficile. Elle a de nombreuses charges et taxes, ne voyait au début que 10 à 15 personnes par jours. Elle n'a bénéficié d'aucune aide lors de son installation mais trouve que cela aurait été le bienvenu devant la pénurie prochaine de médecin dans les alentours. Elle travaille à mi-temps.

Ils habitent en milieu semi rural proche d'une grande ville

Sur le plan personnel son lieu d'habitation se trouve à mi-distance entre son cabinet et celui de son mari, à 30 minutes d'Angers. Le choix de l'installation a été fait en couple: pas trop éloigné des grandes villes et sur les bords de Loire. La présence des services de proximité était également importante.

Le Dr L a donc choisi en couple son lieu d'installation. Le secteur géographique était recherché avec des critères précis: en bord de Loire pour son côté agréable à vivre, proche de ses origines géographiques, à une distance raisonnable d'Angers et disposant des services de proximité pour l'enfance notamment. Elle souhaitait exercer en milieu rural pour avoir une place centrale dans la prise en charge des patients: être le premier recours, mais également pour la qualité de la relation qu'elle y trouve avec les patients: estime du médecin et fidélité.

Dr Se

Le Dr Se a connu son cabinet en remplacement

Le Dr Se est originaire de la région parisienne et a fait ses études à Paris. Il est venu en Loire-Atlantique pour suivre sa femme nommée anesthésiste à Nantes. Il a fait des remplacements à Nantes et en région sud Loire. Il a connu son lieu d'installation par une annonce de remplacement puis a repris une activité.

Il exerce en groupe, la relation avec ses associés est très bonne

Il exerce dans un cabinet avec cinq médecins mais seulement trois bureaux. Le cabinet est organisé en société civile de moyens (SCM), immobilière (SCI) et professionnelle (SCP), où ils partagent les honoraires. L'environnement professionnel est composé de paramédicaux dans la commune, le laboratoire se trouve à 15 km, spécialiste et urgences à 20km. L'entente entre collègue est très bonne et c'est la principale raison de son installation à L outre son appétence pour l'activité médicale en milieu rural. Les tâches sont partagées dans la SCP. Les facteurs financiers n'ont pas été déterminants dans la prise de décision, d'ailleurs il ne bénéficie pas d'aides particulières hors défiscalisation des gardes qui sont organisées en CAPS.

Il apprécie particulièrement son activité et la relation avec ses patients

Il trouve son activité plus intéressante qu'en ville. Avec la gestion des urgences, il voit des cas plus importants. Il décrit le médecin généraliste comme étant vraiment le premier interlocuteur à L. Il souhaitait s'installer en milieu rural car il y trouve "la patientèle bien plus sympathique, les patients font confiance, les rapports humains sont francs et directs, d'égal à égal, les discussions sont vraies et humaines". A L, Les patients ont une "tradition de fidélité" envers leur médecin et envers le successeur de leur médecin. Le généraliste est quelqu'un de respecté. Il ne se sent pas comme un "prestataire de services" tel qu'il l'avait connu en ville. La patientèle est modeste d'un point de vue socio-économique, lui-même est issu d'un milieu modeste.

Il habite une grande agglomération

Il habite la banlieue Nantaise à 40 minutes de son cabinet car il aime la vie en ville. Cela permet également à son épouse de rester proche de son travail et pour lui de séparer vie professionnelle et familiale. Il a deux filles pour lesquelles il garde une journée de congé par semaine.

Le Dr Se a donc choisi de s'installer spécifiquement en milieu rural pour la qualité de la relation médecin-malade qu'il y trouve. L'exercice y est de plus pour lui plus intéressant. Il a spécifiquement choisi L pour la qualité de la relation qu'il a avec ses associés. Il est prêt à faire la

route pour trouver un lieu d'installation attractif pour lui tout en souhaitant rester proche de Nantes pour sa vie personnelle et pour permettre à son épouse d'exercer son métier.

Dr G

Le Dr G a d'abord cherché un lieu d'habitation

Le Dr G est originaire de Samur. Elle a fait l'externat à Angers et l'internat à Lille. Elle a d'abord cherché un lieu d'habitation, choisi entre Angers et Saumur, puis a cherché un cabinet pour faire des remplacements fixes. Ces remplacements étaient à mi-temps de façon à préserver la vie familiale. Elle a deux enfants en bas âge. Elle est mariée avec un pompier également originaire de Saumur. Tout deux souhaitaient avant tout s'installer dans leur région d'origine.

Elle s'est installé grâce à une opportunité

Elle souhaitait s'installer à plus long terme, mais pour des raisons de santé, la médecin qu'elle remplaçait a dû arrêter son activité et a proposé au Dr G de s'installer. Elle a accepté sous certaines conditions: charges pas trop élevées, patientèle gratuite, activité à mi-temps avec une autre collègue et partage de la patientèle.

Elle travaille à mi-temps

Cette installation lui permet d'être plus libre dans l'aménagement de ses horaires et de ses congés tandis que, le statut de remplaçant, l'obligeait à remplacer selon les souhaits des médecins qu'elle remplaçait. Elle est donc installée actuellement dans un cabinet mono disciplinaire, sans association avec ses collègues, avec un secrétariat téléphonique, paye simplement ses charges et le loyer à son prédécesseur encore propriétaire d'une part de la SCI.

Elle attend la création d'une MSP

Elle n'a pas l'intention de rester travailler dans ces conditions et a prévenu le maire de la commune qu'en l'absence de création d'un pôle santé, elle partirait. Elle souhaite en effet avoir un secrétariat commun et qu'il y ait plus de communication entre les professionnels de santé. Ce pôle de santé est en cours de construction et bénéficie des aides de l'ARS.

Elle se sent à l'aise avec ses patients

Elle apprécie particulièrement sa patientèle et avance que c'est la principale raison qui a motivé son installation. Les patients sont habitués aux remplaçants et cela lui permet d'exercer à mi-temps en partageant sa patientèle. Ils ne consultent que sur rendez-vous de façon à ce qu'elle ne soit pas gênée par des consultations rajoutées qui bousculent l'activité et l'emploi du temps. C'est une patientèle qui lui plaît dans la communication, compliant, qui s'associe au projet de soins.

L'environnement est plutôt semi-rural

L'environnement professionnel dispose des services médicaux de la ville de Saumur à moins de 30 minutes. Elle ne souffre pas d'isolement professionnel, et ses patients, habitués à faire la route, se déplacent facilement pour réaliser des examens complémentaires ou consulter le spécialiste. Elle considère le lieu son installation comme semi-rural. Elle aurait pu s'installer en ville mais pas en milieu rural où elle aurait eu peur d'être trop isolée.

Le Dr G a donc choisi son lieu d'installation et l'organisation de son activité en fonction de critères en premier lieu personnels et familiaux. Sur le plan professionnel la qualité de la relation qu'elle a avec sa patientèle était un des principaux motif d'installation. De même la proximité des services médicaux de la ville était important pour son exercice. L'aspect financier faisait partie des critères de façon à pouvoir exercer à mi-temps pour préserver sa vie familiale. De plus son intégration dans une MSP afin de partager l'activité et de communiquer entre collègues est un critère indispensable à son maintien.

Dr V

Le Dr V a connu son lieu d'installation en tant qu'interne

Le Dr V est originaire de Bordeaux et a fait son internat à Nantes. Elle a connu son lieu d'installation en tant qu'interne, en stage, puis comme remplaçante. Elle a également connu la médecine en milieu urbain mais en a été déçue: elle avait l'impression d'être une commerciale.

Elle attend la création d'une MSP

Les conditions d'installation dans laquelle elle se trouve sont temporaires: elle est collaboratrice dans un cabinet mono-disciplinaire avec deux autres médecins. Elle attend la création d'un pôle santé prochainement dont elle avait connaissance avant de s'installer. Elle souhaite s'investir dans son exercice professionnel et c'est pourquoi elle souhaite passer de collaboratrice à associée dans la future MSP. Elle souhaite y exercer avec deux autres jeunes médecins de façon à avoir une vision commune de la pratique médicale. Les conditions d'installation sont rendues favorables par la mairie qui porte le projet de la MSP. Les aides financières à la création de la MSP ainsi que les aides financières substantielles au maintien sont la bienvenues. Ces dernières, bien qu'étant un argument de plus, n'étaient pas déterminantes dans son choix.

Elle travaille à l'hôpital local, elle apprécie la variété de son exercice

La présence de l'hôpital local, où elle fait les visites, est pour elle intéressante pour diversifier son activité. Elle apprécie d'ailleurs la diversité d'exercice en milieu rural qu'elle avance comme étant une des principales motivations de son installation. Elle y voit plus de gynécologie et de pédiatrie qui sont des activités qu'elle recherche. En effet les patients ne se déplacent pas facilement vers les spécialistes qui sont de plus déjà très chargés. Cela lui permet de pratiquer plus facilement ces spécialités. Elle voit également plus de plaies. La gestion des urgences bien que parfois difficiles donne du sens à son exercice: celui du service rendu. Selon le Dr V, le médecin généraliste en milieu rural à toute sa place, il est "la base pour les patients" et pour les autres professionnels de santé tandis qu'en ville les gens vont plus directement aux urgences.

Elle apprécie particulièrement la relation avec ses patients

En ce qui concerne la relation médecin-malade c'est aussi une des principales raisons de son installation. Elle trouve les patients plus "respectueux des horaires et de ce que dit le médecin", ils font "plus confiance au médecin".

Elle habite en milieu rural

Sur le plan personnel elle souhaitait quitter la ville, elle y trouve trop de bruit, des logements trop petits, des problèmes de circulation. Elle aime le milieu rural, bien qu'elle ne serait pas installée "là où il n'y a rien". Elle habite en milieu rural proche de son lieu d'exercice. Elle est célibataire et sans enfant. Ses activités sont dans les petites villes alentours et ses relations sociales sur Angers à 30 minutes.

Le Dr V s'est donc installée à M dans la volonté d'exercer en milieu rural pour la diversité d'exercice qu'elle y rencontre et la qualité de la relation qu'elle a avec ses patients. Elle a choisi un lieu où le médecin généraliste est au centre de l'activité médicale du territoire, devant même assurer le fonctionnement de l'hôpital local. Son projet d'installation à M correspond aussi à une volonté personnelle de profiter d'une certaine qualité de vie en milieu rural sans s'éloigner trop d'Angers.

Dr N

Le Dr N recherchait un exercice médical varié

Le Dr N s'est installé à C en milieu rural. Elle s'est formée une image du médecin généraliste comme étant celui d'un médecin en milieu rural dont la polyvalence serait une des principales caractéristiques. Elle apprécie cette polyvalence, elle souhaite la mettre en pratique et la développer, ce que lui permet la proximité de la faculté de Nantes, où elle a été formée, et les FMC de Montaigu.

Ses expériences en milieu urbain l'ont déçue

Les stages et remplacements en milieu urbain qu'elle a réalisés ne lui ont pas plu. Elle y a eu l'impression d'être un "prestataire de services". Elle a une meilleure approche avec les patients en milieu rural où le respect et la discussion sont au centre de la relation.

Elle s'est installée suite à une opportunité

Après son internat elle a remplacé dans plusieurs endroits différents, se laissant du temps disponible pour sa première maternité. Elle avait un projet d'installation en milieu rural à plus ou moins long terme. L'installation a été précipitée par le départ d'un médecin en retraite et par la demande insistante des patients qui craignaient de ne plus avoir de médecin.

Elle est installée dans une MSP

Elle apprécie la possibilité d'échanger directement entre collègues médicaux et paramédicaux. La structure pluridisciplinaire dans laquelle elle s'est installée le lui permet. Cette structure lui permet également de travailler à mi-temps et de mieux adapter sa vie professionnelle et sa vie familiale. La proximité des services médicaux, hôpitaux et spécialistes pourrait être un confort mais elle souffre des difficultés d'accès aux spécialistes. Les facteurs financiers bien qu'aidant à l'installation n'ont pas été déterminants.

Le lieu d'installation correspond à ses projets familiaux

Le lieu d'installation a toutefois été choisi de façon à ce que plusieurs critères soient réunis. Le cabinet devait être en milieu rural pour avoir un exercice professionnel qui lui plaise par sa diversité et dans lequel elle se sente à l'aise dans la relation avec les patients. Ce cabinet devait être une structure pluridisciplinaire de façon à pouvoir échanger entre collègues et de concilier vie familiale et vie professionnelle. Il devait être à une distance raisonnablement parcourable quotidiennement du domicile (20 minutes), domicile lui-même à une distance raisonnable de

Nantes et du travail de son conjoint cadre en informatique à Nantes. De plus les lieux d'habitation et d'installation ont été volontairement choisis proche de sa région d'origine (30 minutes).

Le Dr N s'est donc installée par volonté de rendre service à une patientèle de type rurale, de milieu social globalement modeste (ouvrier) avec laquelle elle a une relation non pas commerciale mais de dialogue et de respect. Elle souhaitait pratiquer une activité de type rurale en groupe, tout en conciliant vie professionnelle, familiale, proximité du travail de son conjoint, de la ville de Nantes et de son lieu d'origine.

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques

FMC : Formation Médicale Continue

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ORS: Observatoire Régional de la Santé

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux

Vu le Président du Jury,

Vu le Directeur de Thèse,

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, stylized 'P' followed by a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Vu le Doyen de la Faculté,

NOM : CAROL

PRENOM : Gabriel

MOTIVATIONS DES JEUNES MEDECINS A L'INSTALLATION EN MILIEU RURAL EN REGION PAYS DE LA LOIRE

RESUME

Nous voyons apparaître ces dernières années des zones de faible densité de médecins généralistes, particulièrement en milieu rural. Les médecins généralistes sont nombreux à partir en retraite et les jeunes médecins ne semblent pas intéressés par l'exercice libéral. Nous avons voulu comprendre quels étaient les facteurs favorisant l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu rural. Dix jeunes médecins de moins de 35 ans installés en milieu rural en région Pays de la Loire ont été interrogés par entretiens semi-directifs. Les jeunes médecins ligériens s'installent en milieu rural avec le souhait de pratiquer un exercice médical qu'ils jugent plus intéressant qu'en milieu urbain, avec notamment une plus grande diversité d'exercice et une meilleure relation avec les patients. Le regroupement, ou l'organisation en maison de santé pluridisciplinaire, semblent particulièrement nécessaires. Cela favorise l'échange entre collègues, le partage du travail, des charges administratives et financières. Cette organisation leur permet également de concilier vie professionnelle et vie privée, à laquelle ils sont très attachés. Les aides financières sont indispensables à la création de ces maisons de santé. Le lieu de leur installation répond à plusieurs contraintes : recherche d'un exercice médical de type rural, varié, d'une relation médecin-malade satisfaisante, proximité d'une grande ville universitaire, de la famille, du travail de leur conjoint, relative proximité des services médicaux, paramédicaux et des autres services de proximité. Ils privilégient ainsi des communes plutôt semi-rurales.

MOTS-CLES

Démographie médicale, milieu rural, médecins généralistes, facteurs d'installation, Pays de la Loire