

2021-2022

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE**

**ETUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT  
L'INSTALLATION DES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES EN SARTHE**

**MASURIER Nathan**

Né le 10 mars 1995 à Le Havre (76)

Sous la direction de Mme la Dr GUELFF Jessica |  
et M. le Dr CLISSON Romain |

Membres du jury

Mme Pr ANGOULVANT Cécile | Présidente

Mme Dre GUELFF Jessica | Directrice

Mr Dr CLISSON Romain | Codirecteur

Mr Dr RICHARD Bernard | Membre

Soutenue publiquement le :  
08 décembre 2022



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné MASURIER Nathan, déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant le 15/10/2022

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS**

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine

COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie

LACCOURREYE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
Laurent		
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
Françoise		
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
Pascale		
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN	MEDECINE GENERALE	Médecine
Aline		
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RESTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVIAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ András	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

## AUTRES ENSEIGNANTS

<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST</b>		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie

MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

# REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, la Dre Jessica Gueiff  
Je te remercie profondément d'avoir accepté de diriger ma thèse. Ta disponibilité et ta gentillesse ont rendu mon parcours de thèse beaucoup plus agréable. J'espère que ce travail est à la hauteur de tes attentes.

Au Dr Romain Clisson, mon co-directeur  
Je te remercie pour ces nombreuses remarques constructives et ton implication. Tes références culturelles d'un autre âge pendant nos séances de double codage vont me manquer.

Au Pr Angoulvant  
Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury. Je vous remercie également pour vos conseils concernant mon installation.

A mes parents,  
Aucun mot ne pourrait suffisamment retranscrire l'admiration et la gratitude que j'ai à votre égard. Si j'en suis arrivé là c'est grâce à vous et je ne l'oublierai jamais.

A mes frères,  
Théo et Paul, je suis heureux de vous avoir dans ma vie et surtout d'avoir encore de nombreuses aventures à partager avec vous. Je suis fier de notre fratrie. Mamadou, tu enjolives nos journées et j'espère que cela continuera ainsi.

A ma compagne Priscille,  
Qui aurait cru que cette garde nous mènerait jusqu'ici. Merci d'avoir été aussi compréhensive pendant mes soirées et week-ends de travail. J'espère pouvoir t'accompagner aussi bien pendant ta thèse que pour le reste de notre vie.

A mon parrain et toute ma famille  
C'est un immense bonheur de faire partie de cette famille, aussi nombreux que nous sommes. J'ai beaucoup de chance de vous connaître. Jean, il n'existe pas meilleur parrain que toi.

Aux Drs Bougeard, Tabares-Garcia, Maunoury, Jammart, Creusot, Gouault, Chantepie, Laffont et tous mes autres maîtres de stages  
Je vous remercie grandement de m'avoir permis d'apprendre la Médecine avec bienveillance et pédagogie. Vous avez rendu mon internat aussi instructif que plaisant.

Aux équipes de Médecine polyvalente, Pédiatrie, EMASP et SAU du Mans,  
Vos qualités personnelles et professionnelles me rendent heureux de m'installer non loin de vous.

A Elodie, Laetitia, Julie Choplin, les Streptocop's et tous les autres co-internes avec qui j'ai pu travailler  
Je vous remercie pour ces moments de rigolades si nombreux que j'en ai encore mal aux joues.

A Mélanie et Blandine  
Cette thèse signe le début de notre aventure et je vous remercie profondément d'avoir accepté de suivre ce projet avec autant d'entrain.

Aux Avenzots  
J'espère sincèrement nous voir à 80 ans en train de fêter la nouvelle année autour d'un jeu organisé par Maître Quentin.

Aux médecins sarthois ayant accepté de participer à cette étude  
Vous avez donné de votre temps pour que ce travail existe et je vous en suis très reconnaissant. Un grand merci à chacun d'entre vous.

A Eleusis, Gautier et Mathilde  
Vous avez été les rayons de soleil dans le ciel, parfois gris, des études de Médecine. Nos temps passés à réviser, faire de la musique, profiter ou simplement discuter resteront dans ma mémoire aussi longtemps que j'en aurai une.

## Liste des abréviations

DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
APL	Accessibilité potentielle localisée
CESP	Contrat d'engagement service public
GROUMF	Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
PDL	Pays de la Loire
CHM	Centre hospitalier du Mans
RH	Ressources humaines
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
CHU	Centre hospitalier universitaire
SASPAS	Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé

# **Plan**

**LISTE DES ABREVIATIONS**

**RÉSUMÉ**

**INTRODUCTION**

**MÉTHODES**

**RÉSULTATS**

**1. Caractéristiques des médecins interrogé**

**2. Catégories**

- 2.1. Mise en danger
- 2.2. Déconstruire les a priori
- 2.3. Expérimentation
- 2.4. Besoin relationnel
- 2.5. Mimétisme
- 2.6. Liberté
- 2.7. Statut particulier
- 2.8. Sécurité financière
- 2.9. Evolution du projet d'installation
- 2.10. Compromis entre vies personnelle et professionnelle
- 2.11. Ancrage

**DISCUSSION ET CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**LISTE DES FIGURES**

**LISTE DES TABLEAUX**

**TABLE DES MATIERES**

**ANNEXES**

# **RÉSUMÉ**

## **Introduction**

La Sarthe fait partie des départements ligériens dont l'offre de soins en médecine générale est la plus faible. Le cheminement conduisant à l'installation des médecins généralistes dans ce département n'a jamais été étudié. Le but de cette étude était de déterminer les facteurs influençant l'installation des médecins généralistes en Sarthe.

## **Méthodologie**

Il s'agissait d'une étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée. Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné théorique dans une population de jeunes médecins généralistes sarthois installés depuis moins de 5 ans. Les données ont été recueillies par des entretiens semi-dirigés.

## **Résultats**

Il n'a pas été mis en évidence de facteur attractif propre au département de la Sarthe. L'installation des médecins interrogés a découlé principalement d'une expérimentation du réseau de soins sarthois, d'une recherche constante de sécurité et de l'existence d'une structure répondant à leurs attentes.

## **Discussion et conclusion**

L'attractivité de la Sarthe pour les médecins généralistes dépend principalement de liens sociaux préexistants et de l'intégration de ces professionnels dans le milieu de soins. Permettre l'expérimentation du réseau de soins sarthois dans de bonnes conditions et proposer des structures médicales adaptées aux attentes des jeunes médecins généralistes favoriserait leur installation en Sarthe.

## **INTRODUCTION**

Le nombre de médecins généralistes en France a baissé de 11% depuis 2010 et la croissance annuelle moyenne est de -0.94% (1). Ainsi, une diminution de plus de 2000 médecins généralistes est attendue d'ici 2025 (1). Le point critique de la démographie médicale toutes spécialités confondues est envisagé cette même année (1,2). Cette tendance s'explique entre autres par le départ en retraite des praticiens issus d'un numerus clausus élevé entre 1971 et 1978 (2).

Selon les projections, les cessations d'activités et la transformation de l'exercice qui conduit à un temps de travail hebdomadaire inférieur chez les jeunes médecins seraient insuffisamment compensées par le nombre croissant de médecins entrant dans la vie active et les installations de médecins ayant été diplômés à l'étranger (2). Par ailleurs, la population des médecins généralistes vieillit et se féminise (1-3).

La demande de soins, quant à elle, se majore avec la croissance de la population générale, son vieillissement ainsi que l'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques (2,3).

L'analyse de la démographie médicale nécessiterait d'être optimisée pour définir au mieux les zones déficitaires et apporter des solutions adaptées. Par exemple, le terme de « désert médical », issu du langage médiatique, ne peut à lui seul définir une zone sous-dotée car il apporte une définition dichotomique et non graduée des difficultés d'accès aux soins (4,5). Ainsi, des indicateurs ont été créés pour permettre une analyse la plus fine possible des territoires concernés. Le plus récent, créé

conjointement par la DREES et l'Irdes en 2012 est appelé « accessibilité potentielle localisée » (APL). Il permet de cartographier le pays en le compartimentant par « bassins de vie » (4).

Cet indicateur, à l'origine d'une nouvelle cartographie, met en avant l'inadéquation entre les actions menées à l'échelle nationale (par exemple le numerus clausus) et le besoin de mesures locales adaptées aux caractéristiques propres à chaque bassin de vie concerné (6,7). Cependant, il présente lui-même ses limites et malgré une optimisation récente, il suscite encore de nombreux débats quant à son emploi pour des actions de politique publique. En effet, aussi précis soit-il, il ne peut s'affranchir de la création de limites territoriales, elles-mêmes potentiellement responsables d'inégalités dans les actions de santé publique mises en œuvre (8).

Afin de rendre l'installation en zones sous-dotées plus attractive pour les médecins généralistes et étudiants amenés à le devenir, l'Etat a mis en place des aides incitatives. Ces aides ont pour objectif de contrer les problématiques pécuniaires et organisationnelles pouvant freiner l'installation. Elles peuvent concerter les jeunes médecins ou les étudiants avec le Contrat d'Engagement Service Public (CESP), qui aide financièrement les étudiants en médecine par une bourse mensuelle moyennant un engagement d'installation sur un territoire déficitaire. Il existe aussi des contrats d'engagement territoriaux propres à chaque département ou région et fondés sur les mêmes principes ainsi que d'autres aides perçues lors de l'installation. Ces aides peuvent aussi concerter les médecins en fin d'activité comme le cumul emploi-retraite.

En mai 2019, un point d'étape du programme « Ma Santé 2022 » lancé par le Ministère des Solidarités et de la Santé, mettait en évidence 6 mesures commençant à montrer des résultats positifs allant de l'augmentation des stages ambulatoires pendant la formation médicale au développement des délégations de tâches et des coopérations entre professionnels de santé pour libérer du temps médical (9).

Un guide a d'ailleurs été créé dans l'objectif d'informer les collectivités territoriales des différents dispositifs mis à leur disposition pour apporter une réponse locale aux problématiques de démographie médicale (10).

Même si ces mesures semblent corrélées avec les attentes des internes (11), une optimisation apparaît souhaitable en matière de coût, d'efficacité et de clarté devant la multiplication du nombre d'aides. Cela pourrait faciliter leur utilisation par les médecins et l'accompagnement des étudiants ayant souscrit un de ces contrats sur leur projet d'installation (12-15).

Par ailleurs, le secteur sanitaire ne représente pas la seule variable modifiable pour répondre aux problématiques de démographie médicale. Ainsi, comme l'indique un rapport sénatorial de 2017 : « Ces inégalités sont le reflet de fractures territoriales qui dépassent le seul champ de la politique de santé : l'attractivité des territoires, l'environnement socio-économique et la qualité de vie sont des déterminants forts des choix d'installation des professionnels libéraux. » (14).

Ces disparités d'offre de soins constatées à l'échelle nationale sont aussi présentes au sein des Pays de la Loire (16).

Malgré le recensement régional de 5 552 médecins généralistes en janvier 2021, dont deux tiers sont libéraux ou mixtes, et une progression du nombre de généralistes libéraux de + 0,4 % par an depuis 2016 (17), la répartition inter et intradépartementale est très hétérogène (16).

La Sarthe fait partie des départements ligériens dont l'offre de soins est la plus faible (16). Cela est d'autant plus problématique que la population sarthoise augmente et vieillit (18).

En ce qui concerne la médecine générale, on retrouve la même dynamique qu'à l'échelle nationale, soit : un vieillissement, une féminisation de la profession et des modifications de mode d'exercice (19). Cependant, ce recul de l'offre de soins est majoré sur le département sarthois. Les effectifs ont diminué de 19,6% de 2010 à 2022 contre une moyenne nationale de -11% (1). La densité médicale y est faible : 66 généralistes libéraux stricts pour 100 000 habitants contre 90 pour la région Pays-de-la-Loire et 88 pour la France en 2019 (20). En 2021, 53 300 sarthois n'avaient pas de médecin traitant (21).

Ces chiffres restent cependant une moyenne ne prenant pas en compte les disparités intra-départementales. Ainsi, on retrouve, à l'est, des bassins de vie plus déficitaires que sur le reste du département. On constate par ailleurs que la ville du

Mans, principale agglomération sarthoise et 23ème ville la plus peuplée de France, a une densité médicale tout aussi faible que celle du reste du territoire (22,23).

Un suivi de cohorte d'internes en médecine générale dans la subdivision d'Angers, dont le département de la Sarthe dépend, avait été réalisé en 2012 et 2019 (24,25). La première étude montrait qu'en 2012, à peine 8% des internes avaient un projet d'installation en Sarthe et la deuxième relevait moins de 12% d'installés en Sarthe en 2019.

L'ensemble de ces données fait suggérer que l'attractivité du département de la Sarthe pour l'installation des médecins généralistes reste insuffisante.

Plusieurs études ont déjà évalué les facteurs influençant l'installation définitive des médecins remplaçants ou internes en médecine générale (26-28). Mais, aucune n'a étudié spécifiquement l'installation en Sarthe. Le but de cette étude était de déterminer les facteurs influençant l'installation des médecins généralistes en Sarthe.

# MÉTHODES

## Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, permettant ainsi de mieux comprendre les phénomènes sociaux et choix de vie des participants. Elle a été inspirée de la théorisation ancrée car c'est l'approche la plus pertinente pour produire un modèle explicatif à partir de l'analyse de phénomènes sociaux.

L'étude a été construite à l'aide de l'ouvrage : « Initiation à la recherche qualitative en santé » du GROUMF. Un journal de bord a été mis en place avec recensement des présuppositions du chercheur, disponible par lien internet sur l'annexe I ou par le flashcode suivant:



## Population

Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné théorique dans une population de jeunes médecins généralistes sarthois collaborateurs ou installés depuis moins de 5 ans afin d'étudier des conditions d'installation représentatives de celles actuelles. Ils ont été contactés par mail ou téléphone puis sélectionnés par effet boule de neige. Aucun lien relationnel ne préexistait entre le chercheur et les médecins interrogés. Tous les refus d'entretien ont été justifiés par un manque de disponibilité du médecin interrogable.

## **Recueil des données**

Les entretiens menés ont été semi-dirigés, enregistrés par système audio et menés par un unique chercheur, interne en Médecine Générale (NM), entre octobre 2021 et août 2022. Un seul entretien a été réalisé en visio.

Un guide d'entretien a été rédigé à partir de la littérature et expérimenté par un entretien test. Il a été revisité entre chaque entretien afin d'étudier de nouvelles questions nées de l'analyse des précédents entretiens, sur un principe d'itération. Les différentes versions du guide d'entretien sont disponibles par lien internet sur l'annexe I ou grâce au flashcode suivant :



Les entretiens ont été retranscrits intégralement sur Microsoft Word manuellement pour une moitié et pour l'autre avec le logiciel NVivo© puis pseudonymisés.

Une étude de terrain a été menée en parallèle pour préciser certains points de la recherche. Le chercheur (NM) a ainsi participé à un débat public pour mieux cerner la détresse et les attentes de la population sarthoise. Il a questionné des internes de toute spécialité au sein de l'internat du Mans pour analyser leur ressenti vis à vis de l'ambiance de cet internat. Il a également participé aux choix de stage pour comprendre l'impact des évaluations sur l'attractivité des terrains de stage sarthois.

La suffisance des données a été atteinte après huit entretiens et validée par deux entretiens supplémentaires.

La relecture de l'entretien a été proposée à chaque participant avant analyse. L'ensemble des entretiens anonymisés et pseudonymisés est disponible par lien internet sur l'annexe I ou ici:



### **Analyse des données**

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs (NM et RC).

L'étiquetage initial a été conduit à l'aide des logiciels Microsoft Word et Excel. Le livre de codes est disponible par lien internet sur l'annexe I ou ici :



L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisées par NM à partir d'une carte mentale sur le logiciel Wondershare EdrawMind Pro et à l'aide du logiciel Microsoft Publisher Document.

Les grilles COREQ et RATS ont été utilisées pour assurer la qualité de l'étude et de sa rédaction.

### **Aspects éthiques et réglementaires**

Un document d'information et de consentement a été délivré à chacun des participants et une lettre de consentement a été signée par l'ensemble de ceux-ci. Un engagement de conformité à la méthodologie CNIL MR-004 a été obtenu, disponible en annexe II. Cette étude n'était pas considérée comme recherche impliquant la personne humaine selon la loi Jardé.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques des médecins interrogés

Les participants avaient une moyenne d'âge de 32,3 ans et étaient tous collaborateurs ou installés depuis moins de 5 ans. Le résumé des caractéristiques des dix médecins interrogés est disponible en annexe III.

## 2. Catégories

### 2.1. Mise en danger

Pour les médecins interrogés, l'installation était vue comme une décision importante qui exposait à des risques. La volonté d'exercer en Sarthe imposait de faire face au manque de professionnels du second recours médical, à la détresse de la population et au risque de surmenage et d'erreur médicale.

*M3 : "Le fait de se mettre en insécurité dans certaines prises en charge hein parce que quand on est tout seul et... on est dans une zone où il y a peu de spécialistes autour en fait donc si n'y a pas beaucoup de spécialistes et qu'on est tout seul à gérer certaines situations forcément on peut faire des erreurs."*

Un manque d'expérience et de connaissance dans la pratique de la médecine générale a augmenté cette sensation de prise de risque.

*M10 : "De ne pas être assez efficace médicalement parlant, de rater des choses, de ne pas savoir, d'être mise en difficulté et de ne pas savoir, ne pas avoir la réponse."*

L'installation en Sarthe n'a été envisagée qu'après la mise en place de différents mécanismes, volontaires ou involontaires, permettant de contrôler ces risques.

## **2.2. Déconstruire les a priori**

Pour se projeter en Sarthe, il a fallu obtenir une image satisfaisante de celle-ci. Avant leur installation, la Sarthe était vue par les médecins interrogés comme un territoire naturel, campagnard, calme et agréable qui offrait une bonne accessibilité au bord de mer ou à Paris. Les propositions d'activités sportives y étaient nombreuses. La population était accueillante.

*M2 : "Ce que moi, je trouve bien, c'est déjà la tranquillité. Globalement, on est tranquille hein, c'est pas Paris, où voilà où ça bouge, c'est compliqué, il y a des bouchons, etc."*

Pourtant, ce département souffrait d'une réputation peu flatteuse, notamment par l'absence de mer et de montagne sur place. La présence d'une campagne était parfois synonyme d'isolement et d'ennui.

*M5 : "Oui, souvent, c'est ça. C'est un peu « En Sarthe y'a rien à faire » quoi."*

*M8 : "Je trouvais ça très plat et du coup, non, je n'étais pas très enchantée"*

Le Mans était vue comme une ville en expansion, pas forcément attrayante ni jolie mais pouvant devenir un bon compromis par son accès facile aux autres villes. Les

médecins interrogés décrivaient une offre universitaire variée mais peu développée pour la filière médicale. Au final, elle était perçue comme une ville sans particularité notable mais dynamique.

*M4 : "On va dire la proximité vis à vis de Paris. Donc j'ai pas mal de potes à Paris, Tours, Angers où j'ai aussi pas mal d'amis, et puis Bordeaux. Donc c'est un bon compromis."*

L'image du réseau de soins importait également. Le CHM y tenait une place prépondérante. Celui-ci renvoyait une image positive par la qualité de la formation proposée, l'architecture des nouveaux bâtiments mais aussi par l'ambiance de son internat. Les hôpitaux locaux tels que le Bailleul étaient cependant décrits comme moins attractifs voire rebutants.

*M7 : "Je rentrais en stage avec une mauvaise image en disant bah comme tout le monde « ah ici, H2 c'est de la m\*rde, les médecins ils sont mauvais » donc j'y allais un peu en disant « ça y est je vais avoir six mois d'enfer ça va être horrible »"*

L'image de la Sarthe que se faisaient les médecins interrogés s'était construite essentiellement sur des a priori, positifs comme négatifs, avec une place prépondérante pour le bouche-à-oreille.

*M6 : "De ce que j'en avais entendu globalement, que les stages étaient plutôt bien, plutôt cools. Ça se passe bien. Les gens sont sympas. Je suis arrivé avec quand même... Sans a priori négatif."*

Il existait par conséquent un panel d'a priori à déconstruire. Cela s'est fait en allant à la rencontre du territoire. Les médecins interrogés ont découvert en premier lieu la Sarthe par le biais des stages et donc par le prisme du réseau de soins sarthois, qu'ils ont expérimenté.

*M7 : "Par contre ceux qui vont à l'hôpital du Mans quand même disaient... Ils adorent, ils adorent leur stage à l'hôpital du Mans donc je pense que le niveau ... L'appréciation de la Sarthe augmente."*

## 2.3. Expérimentation

L'expérimentation du territoire sarthois a permis de diminuer le risque en passant de l'inconnu au connu. Elle a offert aux médecins interrogés la possibilité de découvrir des types d'exercice à travers leurs stages ambulatoires et de rencontrer les professionnels du territoire ainsi que ses hôpitaux.

*M2 : "C'est vrai qu'on arrive plus facilement à voir ceux qui sont passés en stage au Mans parce que l'hôpital est bien et qu'une fois qu'on y est on se dit « ah ouai en fait c'est bien »."*

Cette expérimentation s'est également faite par les remplacements, servant de filtre pour choisir un cabinet d'installation correspondant aux critères recherchés.

*M1 : "Des remplacements, au départ un peu partout et puis en fait au fur et à mesure on cible un peu les cabinets, j'en avais de moins en moins"*

L'expérimentation, surtout par le biais des remplacements, a aussi permis de diminuer le manque d'expérience ressenti qui freinait la réalisation de projets.

*M7 : "ça me paraît très très compliqué, pour moi en tout cas, de tout penser sans expérience, de penser aux locaux, à l'accueil, au secrétariat, au logiciel, la communication ... Sans expérience ça me paraissait .... Ça me paraîtrait un peu compliqué"*

Cependant, les stages ont rarement poussé à l'expérimentation du territoire en dehors du milieu de soins.

*M5 : "Si les étudiants en médecine voyaient autre chose que l'internat tout pourri de l'hôpital du Mans ... [...] Mais si au moins, on pouvait sortir en ville tout ça bah je pense que vraiment on ferait des attaches au Mans quoi. Ça donnerait peut-être plus envie de louer un appart au Mans, de continuer son internat au Mans et puis, une fois que tu commences à faire ta vie quelque part tu as peut-être un peu moins envie de déménager"*

Parfois, c'est aussi l'absence d'expérimentation d'autres territoires qui a favorisé l'installation en Sarthe.

*M7 : "Parce que je ne suis pas un baroudeur dans l'âme, que j'aime pas trop voyager donc je me plaisais là et du coup .... C'était bien."*

A l'instar de l'installation, l'expérimentation était contrôlée pour éviter les prises de risque. Les médecins interrogés se sont alors fiés à l'expérience des autres, par le biais du bouche-à-oreille ou des évaluations de stage.

*M6 : "Je savais qu'il était très complet parce que j'ai des amis qui y étaient passés avant."*

A travers leurs expérimentations, les médecins interrogés se sont découverts eux-mêmes. En tant que personnes évolutives, ils ont appris, développé des préférences, fait face à des situations nouvelles, dessinant ainsi les contours de leur projet professionnel. Leur projet d'installation a ainsi évolué au rythme de leur propre évolution.

*M8 : "A force de remplacer, tu savais ce que tu avais envie et ce que tu voulais pas."*

L'expérimentation par le biais des stages, remplacements ou collaboration, a permis aux médecins interrogés de découvrir l'installation progressivement, à moindre risque, réduisant ainsi la marche de l'installation.

*NM : "Est-ce que tu avais des craintes ou des hésitations ?" M9 : "Pas vraiment. Parce que je me doutais bien que ça n'allait pas changer, que ça n'allait pas changer grand-chose à mon exercice vu que ça restait avec les mêmes personnes au même endroit"*

## **2.4. Besoin relationnel**

Un autre moyen adopté par les médecins interrogés pour sécuriser leur installation a été de s'entourer. Ceux-ci ont cherché à se rapprocher de leur cercle social, comprenant famille et amis, qu'ils considéraient comme sécurisant.

*M10 : "Mais je sais pas si j'aurais réussi à m'expatrier comme ça si j'avais pas un petit peu de racines pas très loin de moi, ça me rassurait quand même de savoir qu'il était là."*

L'installation dans un cabinet de groupe leur offrait la possibilité de sécuriser leurs prises en charge en les faisant valider par autrui.

*M10 : "Parce que moi, j'aime bien quand j'ai des questions, aller toquer à la porte des voisins. On le fait tous à peu près au cabinet et ça n'a pas de prix de faire ça. Ça rassure."*

Cela permettait également d'avoir un relais en cas d'absence. La plupart des médecins interrogés se sont projetés dans un exercice coordonné avec d'autres professionnels de santé. L'exercice ambulatoire se rapprochait ainsi du travail d'équipe hospitalier, vu comme améliorant l'apport au patient.

*M8 : "où on puisse bah partager les cas complexes, proposer d'autres choses aux patients que simplement nos consultations"*

Cependant, le besoin relationnel ne semblait pouvoir être satisfait que si ce regroupement était associé à des échanges entre ses membres.

*M8 : "Il y avait ce qu'on appelle des réunions d'équipe toutes les semaines ou au moins toutes les semaines tu sais que tu peux parler des choses qui vont, qui vont pas. Les secrétaires peuvent faire un retour, tu peux ... enfin voilà ça je trouvais que c'était indispensable."*

*M10 : "l'ambiance à midi elle est sympa quoi"*

Aussi, le groupe devait faire preuve de dynamisme. Cependant, ce dernier pouvait être perdu si l'équipe devenait trop grande.

*M8 : "Et l'autre MSP où pour le coup, là, ça se passait bien mais où je trouvais qu'ils étaient trop nombreux pour que les initiatives portent leurs fruits"*

Les médecins interrogés ont aussi cherché à s'entourer de secteurs secondaire et tertiaire efficents. Cependant, en Sarthe, l'efficience de ces secteurs était perçue comme faiblissante.

*M9 : "C'est possible que j'aurais considéré les choses différemment, pour aller dans un secteur où ça tourne encore mieux parce que ça faisait partie des choses que moi je trouvais bien en travaillant ici, c'est qu'on avait une structure hospitalière à peu près performante il y a encore cinq ans. Je n'avais pas l'impression de rencontrer les mêmes difficultés d'organisation de soins qu'aujourd'hui."*

## 2.5. Mimétisme

On a retrouvé un mimétisme dans les choix et actions qu'ont portés les médecins interrogés tout au long de leur parcours. Ils ont pu suivre un modèle ou une personne ressource. Avoir un projet similaire à une autre personne les a rassurés.

*M8 : "Mais ce qui m'a beaucoup aidé, c'est que M60 avait aussi envie de s'installer, sinon je ne me serais pas bougé."*

Ils ont également pu reproduire les actions de leurs pairs, surtout si celles-ci étaient fructueuses. Ils ont ainsi laissé une place importante aux avis qui leur ont été donnés.

*M8 : "Je faisais un peu là où mes copines aussi remplaçaient."*

## 2.6. Liberté

L'installation était perçue comme un engagement, plutôt définitif, et donc risqué. Les médecins interrogés ont alors cherché à garder une porte de sortie. Cette crainte de l'engagement définitif a orienté un des médecins interrogés vers le salariat.

*M4 : "Si je veux partir dans un mois, c'est possible. En libéral, c'est quand même plus compliqué. Donc, voilà cette liberté-là de pouvoir se dire que si on en a marre, on peut facilement s'en aller. C'était surtout ça."*

Les médecins interrogés ont considéré et apprécié le statut de collaborateur après avoir été assurés d'un maintien de liberté.

*M8 : "Ils m'ont beaucoup rassurée en me disant que ça n'allait rien changer, que je pouvais être collaboratrice pendant un an ou deux, puis après partir ailleurs"*

Cependant, si les médecins interrogés avaient perçu une perte de liberté dans leur projet, ils y auraient renoncé.

*M7 : "Il y a des choses qui me feraient partir d'ici. Si je ne me sens pas libre, c'est-à-dire que si à un moment on me constraint à quelque chose"*

## **2.7. Statut particulier**

Le projet d'installation en Sarthe a pu offrir un statut ressenti comme socialement important aux médecins interrogés, d'autant plus qu'il concernait une zone déficiente.

*M1 : "Normalement on était censés passer en commission mais comme là c'était ... Voilà un médecin qui ne peut pas travailler alors qu'ils sont déjà très en recherche ... Ils ont pu se renseigner un peu plus vite et accélérer les choses pour moi."*

Les médecins interrogés s'attendaient alors à une implication d'autrui dans leur installation et leur exercice.

*M7 : "Bah écoutez, construisez un bureau et j'arrive quoi"*

Cela leur a offert la possibilité d'imposer des conditions.

*M3 : "Alors moi ma vie personnelle elle est tournée pour ma famille et mes enfants donc du coup bah c'est les week-ends et puis le mercredi et surtout je vais pas finir à 23h tous les soirs."*

Les médecins interrogés s'attendaient ainsi à une reconnaissance de ce statut, que ce soit par les patients ou même les élus locaux.

*M5 : "Des fois, il ne faut pas grand-chose pour attirer les gens, juste les remercier d'être venus, enfin, ça compte."*

Ils s'attendaient aussi à une reconnaissance venant de l'hôpital.

*M5 : "À un moment donné, il y a des patients, on sait qu'ils peuvent rentrer directement en hospitalisation. Il n'y a pas besoin de faire un bilan par les urgences."*

Ce besoin de reconnaissance a été également traduit par la recherche de considération de la part de leurs collègues, par exemple en étant impliqués dans les décisions du cabinet dès le remplacement ou la collaboration.

*M8 : "En fait, on avait un peu l'impression de servir de bouche-trous et de pas du tout avoir de reconnaissance ou d'avoir notre mot à dire sur ce qu'on faisait."*

Afin de se sentir considérés et compris par leurs collègues, les médecins interrogés se sont installés avec une équipe qui leur ressemblait. Ils ont favorisé les cabinets modernes, avec de jeunes médecins au rythme de travail similaire.

*M4 : "Le fait d'être avec une équipe de médecins jeunes, dynamiques, dans la même manière de travailler. On se tire un peu tous vers le haut. C'est-à-dire que quand quelqu'un a des questions, on en discute ensemble et en général je trouve qu'on apprend pas mal de choses."*

## 2.8. Sécurité financière

L'installation était considérée comme coûteuse. Les médecins interrogés, qui estimaient ne pas bien connaître la fiscalité en médecine générale lors de l'installation, percevaient les dépenses comme risquées. Cela concernait l'achat du matériel et l'investissement immobilier. Ils ont alors priorisé une installation qui leur a assuré une sécurité financière notamment grâce aux aides, au matériel déjà fourni ou par la possibilité d'obtenir une patientèle en nombre suffisant dès les premiers mois d'exercice.

*M8 : "c'était hyper rassurant de pouvoir commencer sans avoir à investir des sous personnels de côté ou s'endetter"*

Les aides financières ont offert à certains médecins interrogés la possibilité de s'implanter sur le territoire sarthois.

*M3 : "J'avais signé un contrat en 2ème année d'internat pour pouvoir acheter ma maison"*

Elles ont aussi favorisé le début d'exercice.

*M8 : "C'est de pouvoir se dire on peut faire les choses bien dès le début avec du matériel de qualité."*

En revanche, leur absence ne constituait pas un point de blocage si le projet des médecins interrogés ne permettait pas de les obtenir.

*M7 : " Vu qu'au final je voulais une maison médicale de groupe, à ce moment-là ça trie vachement quoi, donc moi j'avais pas de zone d'action prioritaire avec une maison de santé"*

## **2.9. Evolution du projet d'installation**

Il n'a pas été retrouvé de temporalité propre à la création d'un projet d'installation. Certains médecins se sont projetés dans l'installation en Sarthe dès leurs études quand d'autres ne l'ont envisagée que plus tard.

*M3 : " J'ai acheté ma maison durant ma 2ème année d'internat quand j'ai su où je voulais m'installer"*

La période de l'internat a été peu propice à la construction du projet d'installation. Cette démarche étant considérée comme chronophage, elle a été peu priorisée par rapport à la thèse.

*M6 : "Moi je ne me suis pas dit « bah je vais faire quoi après ? ». Dans ma tête c'était « il faut que je boucle cet internat et cette thèse »"*

Aussi, l'investissement variable des médecins interrogés dans leur projet a rendu cette temporalité très personnelle. Si certains ont porté très tôt au cours de leurs études un projet et se sont donné les moyens de le réaliser, d'autres ont attendu des opportunités, n'éprouvant parfois pas le besoin de se projeter.

*M7 : "Je me suis laissé porter. [...] je me suis laissé dériver dans les événements qui font la vie et j'avais une opportunité ici et du coup ça s'est fait comme ça."*

Si un projet était fixé et que les médecins interrogés étaient certains de vouloir s'installer, ils ont cherché à le faire vite. L'existence de bureaux disponibles a alors été favorable à l'installation.

*M8 : "L'idée est venue de s'installer mais on n'avait pas envie que ça prenne trop d'années. Donc on ne voulait pas construire quelque chose et on avait cette maison de santé-là qui était déjà bien faite et libre."*

Les projets de construction de bâtiment pour une primo-installation sont restés rares. Ils étaient perçus comme un engagement trop important associé à des démarches trop lourdes et trop risquées pour des médecins qui se considéraient comme inexpérimentés.

*M10 : "Parce que je ne savais pas ce que c'est qu'un cabinet. Je ne sais pas comment ça s'organisait. [...] Je n'aurais pas su dire de quoi on avait besoin techniquement, humainement, en termes de RH. Maintenant, je sais comment ça marche un cabinet, ça fait X ans que je suis dedans. Je sais de quoi on a besoin. Je connais les postes de dépenses, maintenant, je saurais reconstruire un truc comme ça à côté oui."*

Tout au long de l'évolution de leur projet, en lien avec leur vécu, les médecins interrogés ont généré des conditions à respecter pour leur installation. Ces conditions ont orienté le choix de leur cabinet.

*M2 : "Ce qui comptait pour moi c'était de me retrouver dans une MSP, en milieu semi-rural, voire rural, et dans un projet qui démarrait."*

Enfin, le bornage du projet d'installation était étroitement lié au vécu personnel et professionnel des médecins interrogés. Il a donc évolué dans le temps.

## **2.10. Compromis entre vies personnelle et professionnelle**

Si la vie professionnelle des médecins interrogés, à travers leurs expérimentations et l'élaboration de leur projet d'installation, a été évolutive, leur vie personnelle l'a été tout autant. Ces deux vies qui se sont construites en parallèle ont dû s'accorder par compromis.

*M9 : "Voilà, donc je suis dans un compromis où je peux aller faire des loisirs nautiques pendant les vacances, les weekends et continuer à travailler ici, ça me va bien."*

La vie personnelle s'est caractérisée entre autres par la création d'attachments sentimentaux. Ces situations ont fortement orienté l'évolution du projet d'installation, permettant parfois la venue en Sarthe. On retrouvait alors l'impact du cercle social.

*M8 : "je ne me suis pas posé dix mille questions et j'ai confiance en mon conjoint. Il reprenait l'exploitation j'ai suivi quoi, en me disant que j'allais m'y faire."*

Il était également décrit la nécessité d'une distance acceptable pour les médecins interrogés, et donc propre à chacun, entre leur lieu de travail et leur lieu de

vie. Cette distance, qui ne devait pas être trop longue, ne devait parfois pas être trop courte non plus.

*M2 : "C'est à cinq minutes du cabinet, ce qui ne me convient pas du coup [...] parce que je n'avais même pas encore mis mon nom sur la boîte aux lettres, je n'avais pas encore déménagé mes affaires, que tout le monde savait où j'habitais."*

Cette distance se mesurait surtout en temps de transport et était corrélée à la facilité d'accès au cabinet.

*M6 : "Je fais un aller-retour par semaine en voiture. Souvent je prends le train. C'est moins fatigant".*

## 2.11. Ancrage

L'installation en Sarthe a été l'aboutissement d'un ancrage sur le territoire. On retrouvait alors les notions d'attaches sentimentales ainsi que l'ancrage par le lieu d'habitation.

*M3 : "Donc il ne me restait plus qu'à trouver vraiment autour d'où ma femme avait trouvé un poste et où on avait acheté la maison"*

Cependant, selon les médecins interrogés, cette notion d'ancrage par la vie personnelle a pu mettre en défaut des installations en Sarthe. Les internes ont fait évoluer leur vie sociale pendant leurs études de médecine, or, celles-ci se sont déroulées plutôt en dehors de la Sarthe.

*M6 : "Bizarrement autour des CHU t'as pas de problème. Regarde V64. C'est une ville agréable mais c'est petit, et les gens restent. Pourquoi ils restent ? Parce qu'ils ont fait leurs études là-bas. Je vois dans ma promo, ils sont la moitié à être restés quasiment."*

Concernant la vie professionnelle, ce sont principalement les stages d'internat en Sarthe, surtout ambulatoires, qui ont participé à l'ancrage sur le territoire. Les médecins interrogés connaissaient le cabinet et ont eu tendance à y revenir pour remplacer ou s'installer.

*M6 : "je suis directement venu ici. Peut-être par rapport toujours à cette sécurité. Quelque chose que je connais quoi. De pas aller toujours vers l'inconnu."*

La connaissance d'un cabinet sarthois qui répond à leurs conditions a pu pousser les médecins interrogés à s'installer en Sarthe alors que tous les autres aspects de leur vie concernaient un autre département.

*M9 : "Pour moi, la Sarthe se limite à mon exercice professionnel du coup. Je n'ai pas de loisirs qui se passe ici"*

Les médecins interrogés se sont aussi attachés à la Sarthe par la connaissance des professionnels de santé du territoire.

*M6 : "Au bout d'un moment, on connaît son réseau, on connaît les spécialistes, on connaît tout et on connaît les gens. Bah moi je n'avais plus envie après d'aller voir ailleurs tout simplement."*

Enfin, on retrouvait l'ancrage par contrat d'engagement.

*M3 : "Si j'avais pas signé le contrat avec la Sarthe je me serais installé à V30 où j'ai fait mon SASPAS."*

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## Résultat principal et comparaison avec la littérature

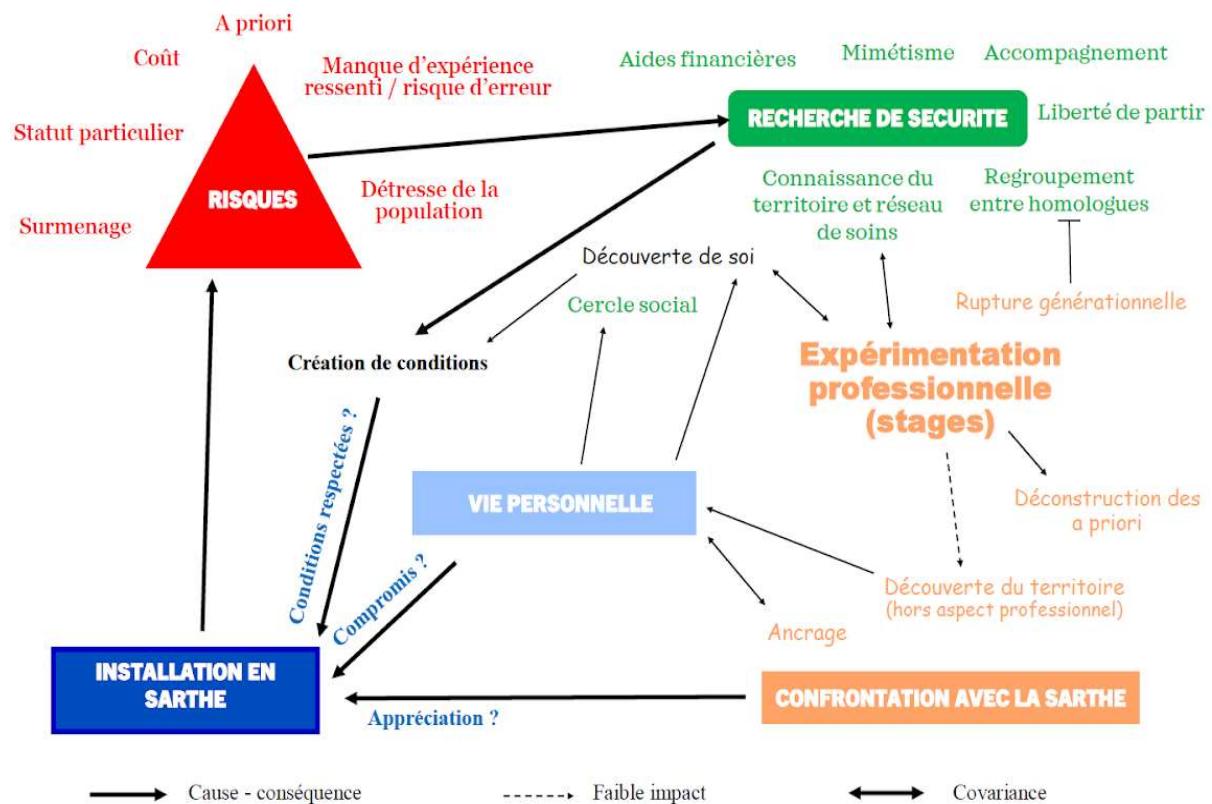


Figure 1 : Modèle explicatif de l'installation des médecins généralistes en Sarthe

Les résultats de cette étude ne mettent pas en avant de facteur attractif propre à la Sarthe. Sans surprise, on retrouve un impact majeur de la vie privée des médecins interrogés permettant la venue ou le maintien en Sarthe par des liens sociaux. La proximité familiale et la situation du conjoint sont des facteurs d'installation également décrits à l'échelle nationale (29). Cependant, habiter en dehors de la Sarthe n'est pas une barrière absolue à une installation dans le département. Mais dans ce cas, un accès facile au lieu de travail est nécessaire.

Cette étude montre que l'attractivité des médecins en Sarthe, hors liens sociaux préexistants, se fait essentiellement par leur intégration dans le réseau de soins. Ainsi, la confrontation des médecins avec le milieu médical sarthois est primordiale. L'accueil des internes dans le réseau de soins, notamment en ambulatoire, par le biais de stages appréciables, est un élément clé de l'installation en Sarthe. Les stages permettent à l'interne de découvrir le territoire et donc de passer de l'inconnu, inquiétant, au connu, rassurant. Les stages vont aussi augmenter les chances de créer un ancrage sur le territoire. Ils sont d'autant plus importants qu'ils sont décrits comme accélérant l'installation et que la plupart des libéraux sont influencés par leurs expériences professionnelles antérieures (26,30).

La venue en stage en Sarthe dépend de la réputation des terrains de stage. Celle-ci se transmet notamment par le bouche-à-oreille ou les évaluations de stages. L'ambiance de l'internat du CHM y contribue également.

La notion de prise de risque à l'installation est prépondérante. Elle est majorée en Sarthe par le déficit en médecins qui entraîne une pression supplémentaire de par les attentes de la population, des élus et des médecins installés. L'engagement que représente l'installation est alors perçu comme risqué. L'installation découle ainsi d'un parcours évitant l'inconfort et la prise de risque. Elle va se dérouler par étapes, visant à lisser la marche de l'installation en testant le futur lieu d'installation, par les stages, les remplacements ou encore la collaboration.

La possibilité d'une porte de sortie à toute étape du parcours professionnel, respectant le besoin de liberté des médecins, est une assurance qui les aide à cheminer vers une installation.

Comme la construction d'un nouveau cabinet reste rare car considérée comme trop risquée, trouver une opportunité sur un lieu existant reste un facteur plus déterminant de l'installation, ce que confirment d'autres études (26).

La période entre la fin de l'internat et l'installation est marquée par le besoin de profiter temporairement, par une période de vacances ou de travail léger, de remplacer pour gagner en expérience, fixer sa vie personnelle et trouver son lieu d'installation. Ce besoin de remplacer a déjà été décrit dans la littérature (28,31).

L'évolution du médecin et de son projet d'installation entraîne la création de conditions à l'installation. On retrouve de nombreuses conditions similaires chez les médecins interrogés. On peut ainsi élaborer un tableau du cabinet idéal qui est le plus attractif en Sarthe.

Le cabinet idéal est récent et d'architecture séduisante. Il contient un bureau disponible, déjà équipé en matériel. Il est facile d'accès avec un temps de transport limité pour l'atteindre. Cette accessibilité permet au médecin de vivre à proximité de son cercle social. Le cabinet est informatisé avec un logiciel performant adapté à l'exercice de groupe et comprend un secrétariat en présentiel. D'autres médecins y sont installés et sont disponibles pour répondre aux questions. Ils sont dynamiques, plutôt

jeunes, et accueillent des internes. Cependant, les médecins ne doivent pas être trop nombreux. Le nombre idéal semble se situer autour de 5. La présence de paramédicaux est un plus. L'ambiance de l'équipe est bonne et des rencontres formelles, dans le cadre de l'exercice coordonné, ou informelles y existent. Le nouvel arrivant s'y sent considéré et ses conditions sont respectées. L'activité du cabinet permet au médecin d'avoir un relais s'il ne désire pas travailler tous les jours.

Ces conditions montrent la volonté de pallier les incertitudes du nouvel arrivant sur son début d'exercice en tant que médecin peu expérimenté. La volonté de se regrouper entre médecins et paramédicaux est déjà décrite à l'échelle nationale (28,32). En Sarthe, elle est marquée par la création de 9 MSP en 3 ans (21).

Même si le bénéfice des aides financières dans l'attractivité d'un territoire est critiqué, cette étude montre qu'elles favorisent l'implantation du médecin sur le territoire sarthois. Elles facilitent son installation en diminuant ses craintes autour de la fiscalité du début d'exercice, déjà décrites dans la littérature (29). Elles le rassurent également au sujet d'un éventuel investissement financier conséquent et anxiogène. Enfin, la présence d'un hôpital à proximité favorise l'installation (29). C'est ce qui est également retrouvé dans cette étude avec la nécessité d'une bonne relation entre médecins généralistes et spécialistes. En Sarthe, la collaboration avec les hôpitaux est satisfaisante mais parfois décrite comme déclinante.

## **Forces et limites**

Concernant l'échantillonnage, il aurait été intéressant d'interroger un médecin récemment installé en solitaire pour comprendre les raisons de cette installation en Sarthe. Or, aucun médecin répondant à ce profil n'a été trouvé. Dans la même idée, aucun médecin non originaire de Sarthe, ni de la faculté d'Angers et ne venant pas en Sarthe pour des liens familiaux n'a été repéré. Cependant, ces profils restent exceptionnels en Sarthe, ce qui va dans le sens des résultats de cette étude.

Un entretien a été réalisé en visio, diminuant la qualité de l'échange. Suite à cela, toute proposition d'entretien en visio a été refusée. Trois entretiens ont été réalisés avec une limite de temps liée aux impératifs des médecins interrogés. Cependant, cette limite était toujours supérieure à une heure et respectait la durée moyenne des autres entretiens. Il est possible malgré tout que cette limite de temps ait été responsable d'une perte de données par des entretiens plus directifs.

Il s'agissait de la première étude qualitative menée dans son intégralité par ce chercheur. Un chercheur novice peut être plus directif dans les entretiens et avoir plus d'a priori. Il avait cependant une expérience dans le double codage d'un autre travail qualitatif. Ses présupposés ont été étudiés dans son journal de bord. Pour pallier ce manque d'expérience, un entretien a été mené en amont de l'étude permettant de tester le guide d'entretien et d'exercer le chercheur à l'entretien semi-directif. Aussi, une phrase d'introduction rappelait l'anonymisation des données et la possibilité de modifier la retranscription. Elle incitait également le médecin interrogé à détailler un

maximum son discours. Ces mesures visaient à obtenir des données les plus intimes possibles.

Enfin, le chercheur était en cours d'installation en Sarthe pendant l'étude et pouvait ainsi être biaisé dans sa recherche. Ses présupposés ont été recherchés et retranscrits dans le journal de bord et tous les entretiens ont reçu un double codage.

Il aurait pu être intéressant d'interroger un médecin d'origine étrangère installé en Sarthe mais les sollicitations du chercheur n'ont pu aboutir.

## Perspectives

Ce travail montre l'importance de l'intégration initiale des médecins dans le réseau de soins sarthois avant leur installation. Développer la maîtrise de stage ambulatoire de tous niveaux sur le territoire et dans les hôpitaux sarthois pourrait ainsi favoriser la venue puis l'installation de nouveaux médecins en Sarthe.

Cette étude montre également qu'une installation dans un cabinet vide par un médecin ne connaissant pas le réseau de soins local sortirait du schéma attendu. Aussi, attendre une installation dans un cabinet ancien, avec des médecins proches de la retraite semble illusoire.

La vie personnelle impacte fortement l'installation. Or, peu d'éléments d'intérêt autres que professionnels ou sociaux ont été évoqués pour justifier une installation en

Sarthe. Il serait intéressant d'étudier l'impact d'une intégration des internes angevins en Sarthe par le biais d'événements répétés mettant en avant les centres d'intérêts sarthois.

## **Conclusion**

L'installation en Sarthe ne dépend pas de facteurs propres au département en lui-même. Elle est impactée par la vie personnelle du médecin mais également par son expérience professionnelle sur le territoire. Pour favoriser l'installation d'un médecin, il faut l'intégrer au réseau de soins et composer avec son niveau d'expérience ressenti, sa recherche de sécurité et son besoin de liberté.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1er janvier 2022. CNOM. 2022.
2. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Études et résultats*. 2017;(1011):6p.
3. Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé - édition 2016. Panoramas de la DREES. 2016.
4. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? *Les Dossiers de la DREES*. 2017;(17):63p.
5. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. «Déserts médicaux» en France : état des lieux et perspectives de recherches. *L'espace géographique*. 2018;4(47):362-80.
6. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011.
7. Déplaude MO. Enquête sur une politique manquée : l'État français et la démographie médicale (1960-2015). *Saude soc*. 2018;27(3):682-92.
8. Lucas-Gabrielli V, Mangeney C. Comment améliorer les mesures d'accessibilité aux soins pour mieux cibler les zones sous-denses ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2019;67:S25-32.
9. Jousset L. Ma santé 2022 : point d'étape des mesures d'accès aux soins. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019.
10. Accès aux soins : Le guide Pratique pour les élus. 2019.

11. Brabant B. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7. 2013.
12. ISNAR-IMG. Résultats de l'enquête CESP. 2019.
13. Desnouhes A. État des lieux des actions favorisant l'installation des jeunes médecins généralistes en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. 2018.
14. Cardoux JN, Daudigny Y. Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées. Sénat. 2017. Report No.: 686.
15. Augros S. Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. 2019.
16. Le Breton-Lerouville G. La démographie médicale en Région Pays-de-la-Loire. Situation en 2015. CNOM. 2015.
17. ORS Pays de la Loire. Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire - Situation 2021 et évolution. 2021. Report No.: 31.
18. INSEE. Département de la Sarthe - Dossier complet. 2021.
19. Chiffres de la DREES. Directions de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2022.
20. Rapport d'activité 2018 de la CPAM de la Sarthe. CPAM de la Sarthe. 2018.
21. Amélioration du système - Rapport annuel 2021 de la CPAM de la Sarthe. 2021.
22. Accessibilité potentielle localisée. Directions de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2019. <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>
23. INSEE. Villes et communes de France – Tableaux de l'économie française. 2020.

24. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. *Santé Publique*. 2014;26(1):65-74.
25. Clisson R. Devenir des projets professionnels en 2019 des internes en médecine générale d'Angers de 2012. *Santé Publique*. 2020;32(2020/5-6):507-15.
26. Lemonnier R, Aubry P. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France : une revue systématique de la littérature [Thèse de Médecine]. Université de Rouen. 2019.
27. Delattre E, Samson AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? *Economie et statistique*. 2012;455(1):115-42.
28. Rassu C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France : une revue systématique de la littérature [Thèse de Médecine]. Université de Poitiers. 2016.
29. Commission jeunes médecins du CNOM. Étude sur l'installation des jeunes médecins. CNOM Data. 2019.
30. ISNAR-IMG. Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS. 2020.
31. Guais-Lerat F. Etude des facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes libéraux en Bourgogne. Bourgogne: MSA Services. 2015.
32. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. *Études et Résultats*. 2019;(1114):2.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 .....	28
----------------	----

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I..... Annexe II

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>IX</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>7</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>11</b>
1. <b>Caractéristiques des médecins interrogés .....</b>	<b>11</b>
2. <b>Catégories .....</b>	<b>11</b>
2.1.    Mise en danger .....	11
2.2.    Déconstruire les a priori.....	12
2.3.    Expérimentation.....	14
2.4.    Besoin relationnel.....	16
2.5.    Mimétisme.....	18
2.6.    Liberté .....	19
2.7.    Statut particulier .....	20
2.8.    Sécurité financière .....	21
2.9.    Evolution du projet d'installation.....	23
2.10.    Compromis entre vies personnelle et professionnelle .....	25
2.11.    Ancre .....	26
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>35</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>38</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>39</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

## **ANNEXE I**

Lien d'accès au journal de bord :

[https://docs.google.com/document/d/1JuFYab22DjG7c6UCui0Ip6S5JqTUI0pL\\_-aAV6Nh5fw/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/1JuFYab22DjG7c6UCui0Ip6S5JqTUI0pL_-aAV6Nh5fw/edit?usp=sharing)

Lien d'accès aux différentes versions du guide d'entretien :

<https://drive.google.com/drive/folders/162v0vGLpNFBhVDtle5t4ZGd2fRoFeaE?usp=sharing>

Lien d'accès à l'ensemble des entretiens anonymisés et pseudonymisés :

[https://drive.google.com/drive/folders/1mWnz3N7EJW2B1tx\\_wN\\_MbecxwdhskRdN?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1mWnz3N7EJW2B1tx_wN_MbecxwdhskRdN?usp=sharing)

Lien d'accès au livre de codes :

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ok7vXKcoxPSCfKoGD2WGBBydpytx5b4v/edit?usp=sharing&ouid=100380524781886125565&rtpof=true&sd=true>

## ANNEXE II



Référence CNIL :

2221762 v0

### Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 31 mars 2021

Madame JESSICA GUELFF  
DOCTEUR GUELFF JESSICA  
38 RUE DU MANS  
72240 CONLIE

#### ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	DOCTEUR GUELFF JESSICA	N° SIREN/SIRET :	750313942 00039
Service :		Code NAF ou APE :	862iZ
Adresse :	38 RUE DU MANS	Tél. :	0638662888
CP :	72240	Fax. :	
Ville :	CONLIE		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 1 avril 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au*

## ANNEXE III

Tableau I : Caractéristiques des médecins interrogés

Code	Sexe	Âge	Type de lieu	Situation professionnelle dans le cabinet actuel	Date installation*	Situation conjugale à l'installation	Exercice à l'installation	Structure	Externat	Internat	Durée entretien (hh:mn)	Lieu entretien
M1	F	32	Rural	Collaboration	2020	Concubinage	Libéral	Cabinet de groupe	Hors PDL	Hors PDL	00:51	Cabinet
M2	M	29	Rural	Assistanat, collaboration puis installation	2020	Célibataire	Mixte	MSP	PDL	PDL	00:47	Cabinet
M3	M	32	Rural	Installation	2019	Marié	Libéral	Cabinet de groupe	PDL	PDL	01:28	Visio
M4	F	32	Ville	Installation	2019	Concubinage	Salariat	Centre de santé	Hors PDL	PDL	00:59	Cabinet
M5	F	33	Rural	Collaboration puis installation	2018	Concubinage	Mixte	Cabinet de groupe	Hors PDL/PDL	PDL	01:20	Cabinet
M6	M	28	Ville	Installation	2022	Célibataire	Libéral	MSP	Hors PDL	PDL	01:14	Cabinet
M7	M	29	Ville	Collaboration	2021	Pacsé	Libéral	MSP	PDL	PDL	01:12	Cabinet
M8	F	36	Rural	Installation	2021	Mariée	Libéral	MSP	Hors PDL	Hors PDL	01:05	Cabinet
M9	M	35	Ville	Collaboration puis installation	2017	Pacsé	Libéral	Cabinet de groupe	PDL	PDL	00:57	Cabinet
M10	F	37	Rural	Collaboration	2018	Concubinage	Mixte	Cabinet de groupe	Hors PDL	Hors PDL	01:10	Domicile

\* La date d'installation correspond à la date d'arrivée du médecin dans son cabinet actuel, comprenant sa période de collaboration si concerné  
PDL : Pays de la Loire



# ABSTRACT

# RÉSUMÉ

MASURIER Nathan

## ETUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT L'INSTALLATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN SARTHE

### Introduction

La Sarthe fait partie des départements ligériens dont l'offre de soins en médecine générale est la plus faible. Le cheminement conduisant à l'installation des médecins généralistes dans ce département n'a jamais été étudié. Le but de cette étude était de déterminer les facteurs influençant l'installation des médecins généralistes en Sarthe.

### Méthodologie

Il s'agissait d'une étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée. Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné théorique dans une population de jeunes médecins généralistes sarthois installés depuis moins de 5 ans. Les données ont été recueillies par des entretiens semi-dirigés.

### Résultats

Il n'a pas été mis en évidence de facteur attractif propre au département de la Sarthe. L'installation des médecins interrogés a découlé principalement d'une expérimentation du réseau de soins sarthois, d'une recherche constante de sécurité et de l'existence d'une structure répondant à leurs attentes.

### Discussion et conclusion

L'attractivité de la Sarthe pour les médecins généralistes dépend principalement de liens sociaux préexistants et de l'intégration de ces professionnels dans le milieu de soins. Permettre l'expérimentation du réseau de soins sarthois dans de bonnes conditions et proposer des structures médicales adaptées aux attentes des jeunes médecins généralistes favoriserait leur installation en Sarthe.

**Mots-clés : démographie médicale, Sarthe, médecine générale**

## STUDY OF FACTORS INFLUENCING THE INSTALLATION OF GENERAL PRACTITIONERS IN SARTHE

### Background

Sarthe is one of the Pays de la Loire departments with the weakest general medical care. The process leading to the installation of general practitioners in this department has never been studied. The aim of this study was to determine the factors influencing the installation of general practitioners in Sarthe.

### Methodology

This was a qualitative study, inspired by grounded theory. The participants were selected by theoretical reasoned sampling from a population of young general practitioners from Sarthe who had been established for less than 5 years. The data was collected through semi-structured interviews.

### Results

No attractive factor specific to the department of Sarthe has been identified. The installation of the doctors questioned stemmed mainly from experimentation with the Sarthe healthcare network, a constant search for security and the existence of a structure that met their expectations.

### Discussion and conclusion

The attractiveness of Sarthe for general practitioners depends mainly on pre-existing social ties and the integration of these professionals into the healthcare environment. Allowing experimentation with the Sarthe healthcare network in good conditions and offering medical structures adapted to the expectations of young general practitioners would encourage them to settle in Sarthe.

**Keywords : medical demography, Sarthe, general medicine**