

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Déterminants à
l'installation des jeunes
médecins dans les Mauges**

Etude qualitative
Dynamique et avenir d'une zone sous-dotée

RESNIER Pauline

Née le 27 Avril 1988 à Beaupréau (49)

Sous la direction de Monsieur Docteur **GIVEL Brice**

Membres du jury

Madame Professeur DE CASABIANCA Catherine	Présidente
Monsieur Docteur GIVEL Brice	Directeur
Madame Professeur ANGOULVANT Cécile	Membre
Madame Docteur GHALI Maria	Membre
Monsieur Docteur LAMOUREUX Marlon	Membre

Soutenue publiquement le :
09 MARS 2023

« *Rien n'est plus insondable que le système de motivations derrière nos actions* »

De Georg Christoph Lichtenberg (1742-1799)

Extrait de son livre « *Le miroir de l'âme* » paru en 1800

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Pauline RESNIER
déclare être pleinement consciente 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'étudiante le **09/03/2023**

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
DUCANCELLA 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 Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
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 Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
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 Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
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, RECONSTRUCTRICE 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 VISCIERALE 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 :	Médecine
	NEUROCHIRURGIE	
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 Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
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 Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A la présidente du Jury, Madame le Professeur DE CASABIANCA, pour avoir accepté de présider ce jury et d'évaluer mon travail de thèse.

A mon directeur de thèse, Le Docteur Brice GIVEL pour m'avoir guidée pendant ce travail avec enthousiasme, disponibilité et bienveillance. Un grand merci pour ces moments de partage.

Au membre du Jury, Le Professeur Cécile ANGOULVANT, merci d'avoir pris le temps d'évaluer mon travail et éclairer la problématique de vos connaissances.

Ainsi qu'au Docteur Maria GHALI et au Docteur Marlon LAMOUREUX pour votre intérêt à cette thématique qui m'a beaucoup touché. J'ai appris de votre expérience et cela me sera bien utile.

Je tiens également à remercier le Docteur Romain CLISSON, chef de clinique du département de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers, qui a su se rendre disponible pour m'aiguiller dans la méthodologie de cette thèse qualitative.

Un immense remerciement à tous les jeunes médecins généralistes récemment installés dans notre belle région des Mauges qui ont participé avec plaisir à ce travail. Je vous souhaite le meilleur pour la suite et j'espère avoir le plaisir de vous croiser à nouveau dans un avenir proche.

Mais, je veux aussi remercier tous ceux qui sont dans l'ombre de ce travail depuis maintenant de nombreuses années et qui sont tout aussi importants, sinon plus.

A toi, Ronan, tu n'auras pas supporté une thèse mais bien porté deux thèses à mes côtés. Merci pour avoir été ma motivation dans les moments difficiles. Il est temps de profiter ensemble, en famille.

A Marcel, mon fils, que j'ai porté et qui m'a porté pendant mon concours de l'internat. Tu me fais grandir chaque jour.

A vous, mes parents, merci de votre présence au quotidien et de votre soutien inconditionnel. A ma sœur et sa famille, toujours présents.

A ta famille Ronan, à tes parents, à tes sœurs et leurs familles, merci pour les moments de bonheur que vous nous apportez. Ils sont source d'énergie et de confiance.

A mes co-internes, Margot, Elodie, Jeremy, Alexis, Celia. Merci pour ces moments de partage d'expérience, et d'humour carabin.

A Anaïs, qui aura partagé de nombreux stages à mes côtés et où l'avenir nous dira si nous partagerons la suite des aventures dans un cabinet commun. Si c'est le cas, ça sera avec plaisir !

A toutes mes amies d'enfance, Carole, Claire et Elise, présentes à mes côtés depuis maintenant de nombreuses années. Je suis si fière d'avoir une amitié aussi solide ! Vivement la prochaine soirée, elles sont mes bouffées d'oxygène.

Au groupe de musique Cachemire et conjointes ! Vous êtes devenus une deuxième famille au cours de ces dernières années. Merci pour vos évasions dans ce monde artistique qui font un bien fou au corps et à l'esprit.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

METHODES

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

- 1.1. Caractéristiques sociodémographiques
- 1.2. Caractéristiques d'activité professionnelle

2. Les déterminants à l'installation dans les Mauges

- 2.1. Pourquoi la médecine rurale
- 2.2. L'ancrage et l'opportunité
- 2.3. Une qualité d'exercice
- 2.4. Allier travail et qualité de vie
- 2.5. L'installation : démarches et aides

3. Le désert médical des Mauges

- 3.1. Une démographie médicale en difficulté
- 3.2. Les tensions au sein du cabinet
- 3.3. Particularité des Mauges

4. Avenir et dynamique du territoire

- 4.1. Perception sur leur avenir
- 4.2. Les actions déjà en place
- 4.3. Quelles solutions selon eux pour demain

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Liste des abréviations

APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de Santé
CAIM	Contrat d'aide à l'installation des médecins
CESP	Contrat d'engagement au service public
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPA	Infirmier de pratique avancée
ISNAR-IMG	Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
ZAC	Zone d'action complémentaire
ZIP	Zone d'intervention prioritaire

RESUME

La désertification médicale est aujourd’hui un enjeu sociétal en France. Les Mauges, territoire du Maine-et-Loire n’échappe pas à cette problématique croissante. L’objectif de ces travaux était de connaître les déterminants à l’installation des jeunes médecins dans les Mauges et de les questionner sur leur avenir. Selon une méthode qualitative avec un guide d’entretien établi, des médecins installés depuis moins de 10 ans dans les Mauges ont été sollicités.

L’étude a permis d’interroger douze médecins âgés de 35,5 ans en moyenne et comprenant 75% de femmes. Il s’agit en totalité de primo-installé depuis 4 années en moyenne. Leur motivation se centre sur leur choix de la médecine rurale familiale avec une relation de confiance renforcée, pour ces médecins qui se définissent d’origine rurale. Sur leur condition d’exercice, leurs critères sont en accord avec la littérature : exercice de groupe, présence d’un secrétariat et distance souhaitée mais raisonnable du domicile (<30min). Concernant leur lien avec les Mauges, ils sont : soit issus des Mauges, soit ils ont réalisé leur stage ou remplacement sur le territoire. Ce choix des Mauges est principalement orienté par la proximité de leur domicile, dont ils sont propriétaires. L’installation a été permise dans la grande majorité des cas suite à un départ d’un praticien avec une reprise de patientèle. Les aides financières n’ont pas influencé ces médecins.

Quant à leur avenir, ces médecins sont bien conscients des difficultés qui s’annoncent pour les dix prochaines années. Ils restent cependant capables de se projeter dans leur cabinet. Ils poursuivent leur dynamique afin de s’adapter à la situation que les attend avec le développement des cabinets, le recrutement d’infirmiers Asalée, ou encore d’assistants médicaux. Leurs solutions pour attirer se concentrent sur l’accueil d’internes, afin de combattre les préjugé, et ayant l’avantage de fournir à court terme des potentiels remplaçants, et voir de futurs confrères.

Le territoire des Mauges est donc aujourd’hui à une période charnière. Ces jeunes médecins, qui se soutiennent grâce aux groupes de pairs, seront essentiels pour consolider et développer une communauté médicale.

INTRODUCTION

1. Du numérus clausus à la désertification médicale

Reprenez un instant le fil de l'histoire, suite à l'ouverture des universités après les émeutes de 1968, une augmentation majeure d'inscription est observée. Près de 25 000 étudiants sont inscrits en première année de médecine. La France compte alors 72 000 médecins dont 38 000 médecins généralistes, soit 75 médecins généralistes pour 100 000 habitants (1). La revendication d'un quota d'étudiants est alors portée par des médecins hospitalo-universitaires dans un but de rétablir l'ordre dans les facultés, de s'adapter aux possibilités d'accueil des externes (externat étant devenu obligatoire depuis 1968), mais également afin de restaurer le prestige de la profession par une sélection sévère à l'entrée.

Le projet sera porté par le Ministre de l'Education Nationale Mr Guichard en collaboration avec le Ministre de la Santé Mr Boulin et la secrétaire d'état à la Santé et la Sécurité Sociale Mme Dienesch, membres du gouvernement Chaban-Delmas sous la présidence de Pompidou. La loi est promulguée le 12 juillet 1971 (2). A la rentrée 1971, le numerus clausus est instauré en fin de la première année avec une limite à 8 566 places. Ce quota permet initialement de stabiliser le nombre d'étudiants admis en deuxième année autour de 8 600 entre 1971 et 1977 (3).

Durant les décennies suivantes, une modulation du numerus clausus est permise en fonction de la densité souhaitable de médecins estimée à 250 pour 100 000 habitants en 1975 (4). Selon les projections suivant l'instauration du numerus clausus, la densité souhaitable serait dépassée à partir des années 2000 si le numérus clausus est maintenu autour de 8000. Devant la peur de cette pléthore de médecins et sous la pression de la

communauté hospitalo-universitaire, le ministère de la santé met en place une réforme en 1979 (5). Elle permet de diminuer progressivement le numerus clausus à 6130 en 1983, jusqu'à atteindre son niveau le plus bas autour de 3500 entre 1993 et 1998 (6). Dans un souci de régulation des inégalités interrégionales, le numerus clausus est également modulé proportionnellement selon les régions en respectant une baisse plus importante dans les régions à forte densité médicale que dans les autres et réciproquement. Cependant, la mobilisation des praticiens hospitaliers conduit à épargner l'accès aux spécialités faisant porter l'essentiel de la baisse des effectifs sur les médecins généralistes (4).

Évolutions du numerus clausus depuis son instauration

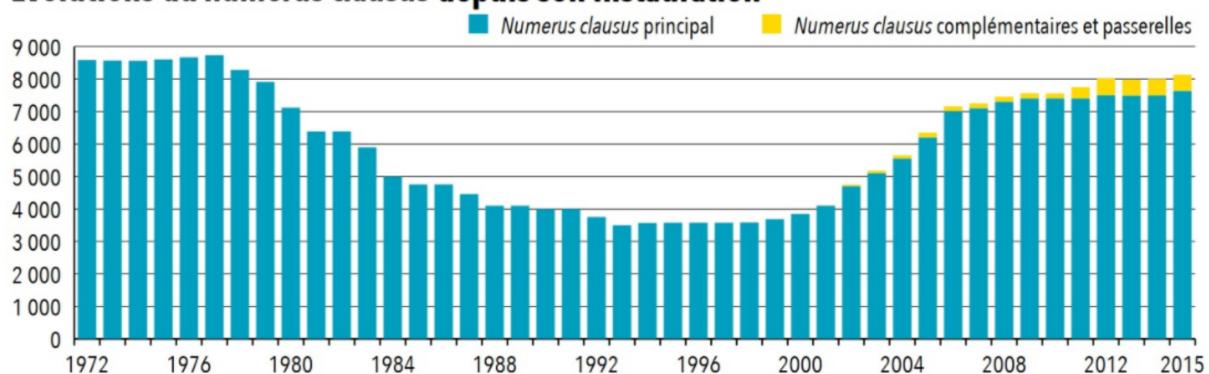
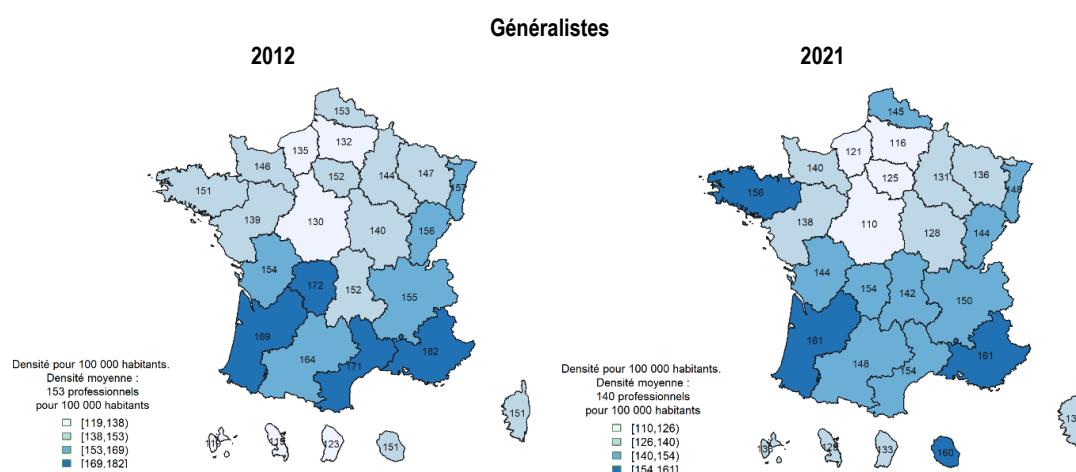


Figure 1 : Issue du site le club de médiapart. Chapitre 1 - 1983, Diminution du numerus clausus et dotation globale.

Malgré la mise en place de la réforme de 1979 devant s'adapter à la densité souhaitable de médecin, le numérus clausus n'est pas augmenté durant la décennie 90 (7). Le retard pris dans l'augmentation du numerus clausus a été particulièrement préjudiciable pour deux raisons. La première concerne la modification de la démographie à partir de 1994 avec une augmentation significative de la natalité, une population vieillissante accrue et un solde migratoire positif plus important que prévu. La seconde raison s'explique par une réduction de l'offre de soin en lien avec une réduction significative du temps de travail des médecins et par l'augmentation de postes salariés (4). Le numerus clausus est enfin augmenté de 6% en

1999 (Figure 1). Une accélération qui ira crescendo durant le début des années 2000 afin de palier au « trou noir » annoncé selon le quotidien de médecin, seulement la pénurie est déjà là. En 2028, on compte 102 000 médecins généralistes en France, soit 148 médecins pour 100 000 habitants (8).

En conséquence du numérus clausus et des politiques menées en France, les déserts médicaux s'agrandissent d'années en années. Cependant, si la France compte dès 2011 une densité médicale relativement élevée soit le 14^{ème} rang sur les 33 pays de l'OCDE (9), la répartition est très aléatoire et parfois fortement inadaptée aux territoires (10). Selon les instituts de santé, les disparités régionales de localisation des médecins généralistes libéraux sont importantes : en 2012, la région la moins dense correspond à la région Picardie avec une densité de 130 médecins généralistes sur 100 000 habitants contre la région la plus dense la Provence Alpes Côtes d'Azur avec 182 médecins pour 100 000 habitants. En 2021, les constatations sont inchangées avec une répartition nord-sud toujours présente (Figure 2).



Note > Les bornes des classes de densité ont été définies à partir de la densité moyenne, augmentée ou diminuée de 10 %.
Champ > Médecins généralistes actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.
Source > RPPS, INSEE, traitement DREES.

Figure 2 : Répartition des médecins généralistes actifs de moins de 70 ans sur le territoire français en 2012 et 2021.

Par ailleurs, si les chiffres des régions semblent satisfaisants, ils cachent de grandes disparités interdépartementales. Ces disparités peuvent être facilement mises en évidence sur les cartes de zonage de l'ARS (2020) (Figure 3). En pays de la Loire, on note une sous-dotation sur la totalité des départements de la Sarthe et de la Mayenne, contrairement au département de la Loire-Atlantique qui profite de l'attraction de Nantes et des zones côtières ou encore du Maine-et-Loire avec Angers. Même si ces derniers départements résistent, les zones d'intervention prioritaire et zones d'action complémentaire ne cessent de s'élargir et gagnent progressivement les territoires au pourtour des grandes agglomérations, tel que le territoire des Mauges. Elles passent de 25,6% en 2012 à 46,8% en 2018 (11).

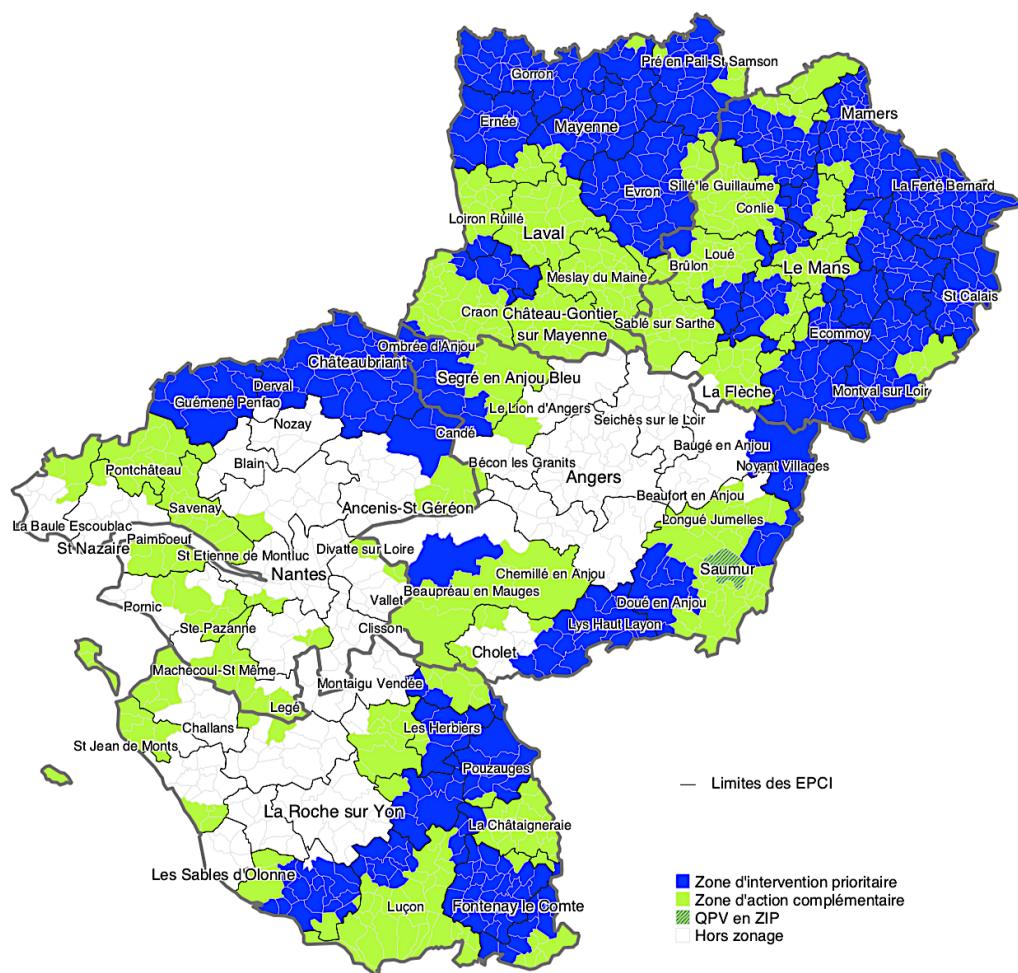


Figure 3 : Zonage ARS des pays de la Loire datant de 2020.

2. Territoire des Mauges et démographie médicale

Alors pourquoi m'intéresser au Territoire des Mauges ? Premièrement, il s'agit du territoire de mes origines familiales et deuxièmement c'est un territoire subissant inexorablement la désertification médicale comme tant d'autres en France. Les Mauges sont situées à l'extrême Sud-Est du Massif armoricain. Elles sont délimitées au Nord par la Loire, à l'Est par le Layon, à l'Ouest par la Sèvre Nantaise et au Sud par la Moine. Si on exclut l'agglomération choletaise, ce territoire d'environ 1 350 km² regroupe 6 nouvelles communes avec un nombre d'habitant approximatif de 120 000 soit 90 habitants/m² (12). Quant à l'agglomération choletaise, elle représente à elle seule 105 000 habitants (13). Selon la légende, « Mauges » serait une déformation de « mauvaises gens », et cela proviendrait de Jules César en personne, qui aurait appelé ainsi (ou, du moins, *malae gentes*) la population du pays. Une légende qui dure encore (14). En fait, on en sait peu de choses. Les historiens s'accordent pourtant à faire remonter le premier texte évoquant ce territoire où les mines sont légion vers l'an 845. C'est d'elles que viendrait le *pagus medaligo*, pour évoluer en *Medalgia pagus* (texte daté entre 1052 et 1064), *Maalgia* (entre 1052 et 1082) ou encore *Maaugia* (1124) (15-16). Suite à l'industrialisation du début du XXème siècle, les Mauges sont reconnues comme un bassin ouvrier dans le domaine du textile et chaussures. Si la région a souffert de la mondialisation avec la fermeture progressive des usines, le bassin a su s'adapter et rester dynamique avec un taux de chômage à 8,0% (13) contre 13,4% au niveau national.

Concernant sa démographie médicale, le nombre de médecins pour 100 000 habitants est inférieur à la moyenne nationale depuis plus de 10 ans. Elle parvient tout de même à se maintenir de part son ancrage entre Angers, Nantes et Cholet autour de 104 médecins pour 100 000 habitants (contre une moyenne sur les pays de la Loire à 144/100 000 et nationale

à 148/100 000) (17). Selon les projections de la DREES, la densité médicale va poursuivre son déclin jusqu'à son point le plus bas en 2028 avec - 5% par rapport à 2021 (Figure 4) (18). Les prochaines années sont donc cruciales.

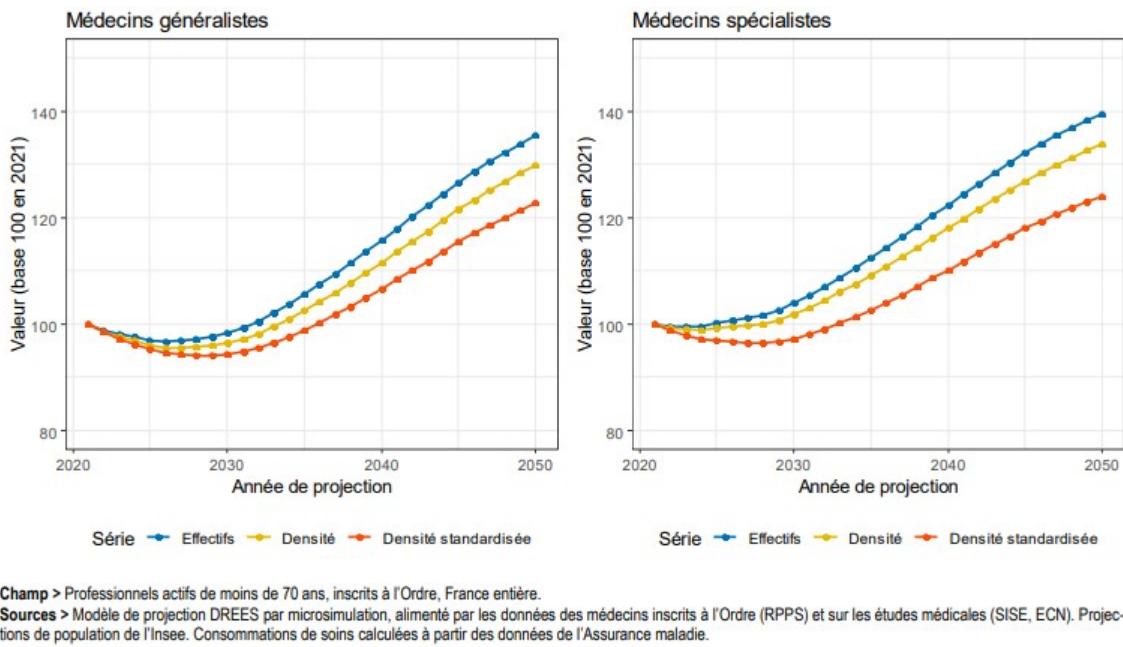


Figure 4 : Projection concernant la démographie médicale à partir de 2020 selon les données de la DREES.

3. Les freins à l'installation en zone sous-dotée

Des études ont été publiées sur les freins à l'installation de jeunes médecins comprenant entre autres la distance, ou encore la peur de la charge de travail (19-20). Pourtant, certains choisissent délibérément de s'installer dans ces zones, alors pourquoi ? Quelques travaux ont été menés sur l'importance des conditions d'installations avec la présence déterminante de structure pluridisciplinaire, sur l'attrait de la médecine rurale (21-23). Concernant les aides financières, elles ne semblent pas être un déterminant majeur à l'installation (24). Sur les origines (rurales), les données internationales semblent montrer qu'il s'agit d'un point important, mais peu d'études françaises le confirment (25).

4. Questions de thèse

Je me suis donc demandé qu'elles avaient été leurs motivations. Forte de toutes ses informations, je suis allée à la rencontre de ces jeunes irréductibles médecins Maugeois afin de comprendre ce qui les a poussés à venir s'installer ici, contre vents et marées pour braver les « mauvaises gens » et surtout comment voyaient-ils leur avenir ?

METHODES

Dans le cadre de ce travail, la méthode utilisée est qualitative avec des entretiens semi-dirigés de médecins installés depuis moins de 10 ans dans la région des Mauges, incluant l'agglomération choletaise.

Les critères d'inclusion comprennent les médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans, exerçant dans la région des Mauges (représentant la zone des 6 communes nouvelles : Sèvremoine, Beaupréau-en-Mauges, Chemillé en Anjou, Orée d'Anjou, Montrevault sur Evre, Mauges sur Loire) et englobant l'agglomération choletaise. Le recrutement a été réalisé par contact des médecins des différentes MSP sur le territoire. Le nombre de médecins potentiellement concerné est de 33 selon les chiffres de l'ARS datant de 2020 (correspondant au nombre de médecins âgés de moins de 40 ans sur le territoire). Le nombre souhaitable d'entretien était de 10 médecins interrogés.

Le guide d'entretien est réalisé selon les objectifs de la thèse et inspirés de guides d'entretien de différentes thèses concernant les déterminants à l'installation des médecins généralistes (19 ; 21-22). Les entretiens ont été entièrement réalisés par mes soins à l'aide du guide d'entretien (Annexe 1). Ils ont été retranscrits, anonymisés et analysés en recherchant la cohérence du parcours et de la situation de chaque médecin, dans le but de comprendre les phénomènes qui ont amené les jeunes médecins à s'installer dans les Mauges (Annexe 2).

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

1.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'étude m'a permis d'interroger 12 médecins généralistes. Sur ce panel, on compte 9 femmes (75 %) et 3 hommes (25 %). L'âge moyen des médecins interrogés est de 35,5 ans. La totalité des participants sont en couple et 11 d'entre eux sont parents d'au moins un enfant (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée.

Médecins	H/F	âge	couple	enfants	Nombre d'année de remplacement	Année d'installation	Nombre de jours travaillés /semaine
M1	F	33	oui	non	0	2018	2
M2	F	34	oui	oui	1	2018	4
M3	F	38	oui	oui	3	2016	3
M4	F	37	oui	oui	1	2017	3
M5	H	36	oui	oui	3	2018	3
M6	H	37	oui	oui	2	2017	4
M7	H	34	oui	oui	1	2017	4
M8	F	41	oui	oui	3	2017	3
M9	F	34	oui	oui	2	2019	4
M10	F	34	oui	oui	1	2018	4
M11	F	32	oui	oui	2	2021	3
M12	F	34	oui	oui	1	2018	3

1.2. Caractéristiques d'activité professionnelle

La totalité des participants sont installés sur le territoire des Mauges avec une répartition sur 5 des 7 communes ou agglomérations concernées (Figure 5).

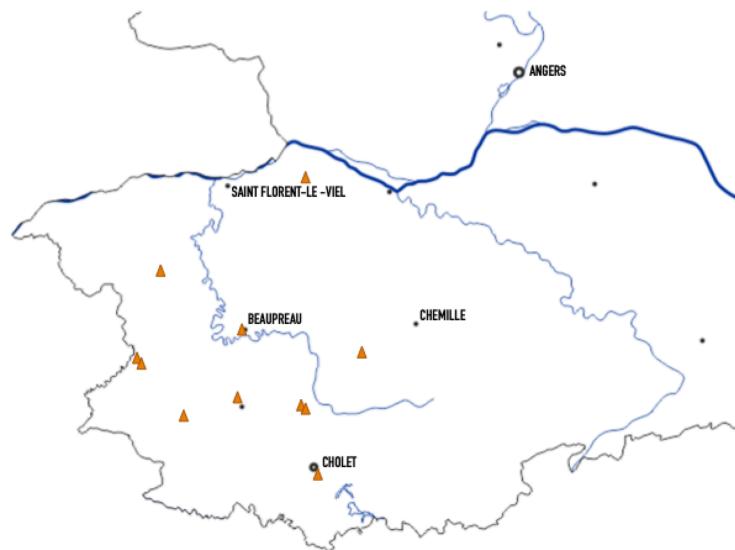


Figure 5 : répartition des participants de l'étude sur le territoire des Mauges.

Ces médecins généralistes sont en grande majorité (92%) dans un cabinet avec au moins 1 autre collègue médecin. Pour la plupart, une structure de maison de santé pluridisciplinaire (MSP) est présente. Il s'agit pour l'intégralité des participants d'une primo-installation. Ils ont été formés pendant leur internat pour la moitié d'entre à la faculté de Médecine d'Angers et pour l'autre moitié sur Nantes.

Leur exercice est uniquement libéral pour 75% et mixte pour 25% avec une activité salariée dans un hôpital local, au département de médecine générale ou encore en assurance. Ils exercent en moyenne 3,5 jours/semaine (Tableau I).

Ils ont effectué en moyenne une période de 20 mois de remplacement avant leur installation. Leur ancienneté d'installation est en moyenne de 4 ans lors des entretiens avec une variable comprise entre 9 mois d'installation à 6 ans.

2. LES DETERMINANTS A L'INSTALLATION DANS LES MAUGES

2.1. Pourquoi la médecine rurale

2.1.1. Etre médecin généraliste

La première des informations est la notion de vocation. Comme l'exprime très bien le médecin 2 (M2) : « J'ai toujours été attiré par la médecine. J'ai fait médecine pour être médecin généraliste ». Pour la plupart, ils expriment ce choix délibéré. Ils évoquent la spécificité de la médecine générale avec sa diversité de consultation qu'ils ont appréciée comme M10 « Je ne me voyais pas me cantonner à une seule spécialité. J'aime la médecine générale parce que c'est diversifié, on fait plein de chose tous les jours, c'est tous les jours différent », ou encore M7 « de passer d'un truc aigu à un renouvellement, après de voir des enfants, de voir des choses variées ». C'est pour eux l'attrait important de cette spécialité.

2.1.2. Fuir l'hôpital et la médecine de ville

Il semble essentiel de mentionner leur rapport à l'hôpital et à la médecine de ville. Concernant l'hôpital, la plupart expriment clairement l'idée de rejet du système hospitalier venant de leur expérience durant leur formation comme M3 « J'ai fui l'hôpital parce que justement je n'aimais pas ça ! », ou encore M4 « Je voulais faire pédiatre moi à la base, mais les stages hospitaliers m'ont dégouté de l'hôpital ».

Par ailleurs, concernant la médecine de ville, une grande majorité mentionne une expérience en ville qui ne leur correspondait pas comme M4 « de base moi je ne voulais pas m'installer en ville, je n'ai pas du tout apprécié la pratique de ville », ou encore M6 « J'ai eu

une expérience aussi dans le centre ville, et je m'étais dis surtout pas là ! Je ne m'installerais surtout pas dans un endroit comme ça ! ».

En détaillant le sujet, ils abordent différents points qui ont pu expliquer leur ressenti négatif de leur expérience en ville. Beaucoup évoquent la notion de consommation du soin comme l'exprime M3 « En ville, on a l'impression d'être un service », ou encore M7 « des demandes multiples et variées à chaque consultation, un peu le sentiment qu'ils sont au supermarché ! ». Un contact qu'ils les amènent à trouver cette relation patient-médecin différente comme l'exprime M8 « Après je trouve que les gens, ce n'est pas la même relation, je trouve qu'ils sont plus exigeants, qu'ils sont plus demandeurs » ou encore M6 « les patients sont désagréables, ils viennent consommer de la médecine ». Pour certains, ce sont les motifs de consultation qu'ils ne trouvaient pas adaptés comme le dit M7 « c'était beaucoup de bobologie », ou encore M11 « des attentes et des demandes des patients, les motifs de consultations. En fait, en ville, je trouve que les gens ils viennent plutôt pour une bêtise ». S'ils décrivent pour la plupart cette notion de « bobologie », certains évoquent également l'impossibilité d'approfondir les démarches diagnostiques avec une demande très rapide pour aller consulter un spécialiste comme le décrit très bien M10 « Les patients, ils demandaient, ils allaient vite chez le médecin spécialiste, donc ils venaient à la consultation pour demander un courrier pour le spécialiste ». Et dans ce même esprit, l'absence du rôle du médecin généraliste dans la gestion et l'orientation des urgences est soulevée avec M7 « les patients en ville ont des structures d'urgence à proximité, donc les gens ne venaient pas nous voir pour les urgences, ils allaient directement aux urgences ».

Enfin, quelques médecins évoquent une limite très pratico-pratique de la médecine de ville, c'est l'accès. Un accès difficile et parfois très contraignant comme l'exprime M5 « c'est surtout la voiture, moi les bouchons tout ça ! », ou encore M8 « pour moi, ville1 je ne pouvais pas ! Il faut déjà se trouver une place pour se garer ! ».

2.1.3. L'attrait de la médecine rurale

2.1.3.1. Lien avec la ruralité

Certains abordent premièrement une expérience lors de leur stage en milieu rural qui les a convaincus comme M3 « ... et j'avais fait une semaine en Département7, où c'était génial. Je savais que ça me plairait ! Oui, ce n'était pas une surprise », ou encore M2 « pour m'imprégner un peu de la médecine plus rurale, ou semi-rurale. Du coup, ça m'avait bien plu ».

Ce qui me paraît intéressant et qui ressort lors des entretiens, c'est le lien personnel avec la ruralité. La plupart sont issus ou se considèrent comme des personnes originaires de zone rurale comme l'exprime M4 « parce que moi je suis originaire du Département3, donc je trouve que c'est un peu pareil », ou encore M11 « Je vivais dans une commune de 4 000 habitants, un peu comme ville61. Du coup, je pense que je me reconnaissais mieux dans la patientèle ». Ils décrivent la sensation d'une proximité avec leur patient comme M6 « C'est un milieu que je connais bien parce que je suis originaire de la campagne. J'avais envie de voir ces gens-là », ou comme M11 « Je me sens plus proche parce que j'ai vécu en campagne. Donc je me sens plus à l'aise aussi avec cette population ». Enfin, si certains mettent en avant le lien avec la ruralité, d'autres médecins vivent leur origine rurale comme une incompatibilité avec la vie en ville comme le décrit M8 « Je suis issue d'un milieu rural. J'ai des grands-parents agriculteur, j'ai vécu dans une petite commune,... tout le monde se connaissait et je ne me voyais pas du tout en ville », ou encore M10 « Je ne suis pas quelqu'un de la ville non plus ! J'ai grandi dans une petite ville. Voilà, je ne me voyais pas ailleurs ».

2.1.3.2. Une diversité de patientèle et de consultation

Le premier point sur lequel beaucoup s'accordent concerne leur patientèle. Comme le rappelle M7 « c'est pas, comment dire, des gens qui n'ont pas fait d'étude et qui ne sont pas cortiqués ! C'est plus ça, il y a de tout ! ». Ils décrivent une patientèle très diverse en catégorie socio-professionnelle comme l'exprime M4 « on a vraiment tous les types de profils, on a des agriculteurs, alors on a de plus en plus maintenant de gens qui travaillent en ville, donc ça offre un panel encore plus large de personnalité », ou encore M11 « Ici, on voit vraiment tout, déjà c'est des gens qui vivent à la fois en ferme, il y a des ouvriers, il y a des gens qui travaillent à l'usine, il y a des cadres ».

Ils expriment également l'avantage d'avoir des consultations diverses comme le dit M3 « une médecine différente aussi dans la pratique, les gestes. Les spécialistes ne sont pas à proximité ». Pour beaucoup, ils évoquent la possibilité de réaliser des suivis pédiatriques ou encore gynécologiques comme M8 « on fait de la gynéco, on en fait beaucoup », ou encore M3 « on est amené à faire du suivi gynécologique, on fait de la pédiatrie aussi ». Enfin, la plupart mentionne leur rôle dans la gestion des urgences comme M11 « j'ai vu une plaie de tronçonneuse ici ! Il n'y aurait jamais eu ça en ville ! On a un peu de place à l'urgence aussi », ou encore M4 « j'ai eu une suture, on fait les sutures ». Seul un médecin évoque l'avantage de faire plus de visites « faire plus de visites, parce que je faisais des visites et j'aimais bien ça ».

2.1.3.3. Une relation médecin-patient de confiance

Leur expérience les conforte dans la relation patient-médecin qu'ils souhaitent. La plupart décrivent une population bienveillante comme l'exprime M4 « l'ancien médecin disait qu'il s'entendait très bien avec sa patientèle, que c'était des gens très gentils. Et

effectivement, les gens sont très attachants, je trouve, dans les Mauges ». C'est un sentiment partagé par beaucoup avec « sympa » pour M10, « agréable » pour M9, ou encore « accueillant » pour M3.

Ils décrivent une relation de confiance comme le dit M6 « Il y a de la confiance ce qui me paraît le plus important. Je vois bien que je crée quelque chose avec les gens », ou encore M10 « ils nous font confiance ». Si la majorité ressent cette confiance, seul un des médecins (M8) fait le lien avec l'origine rurale en disant « il y a certainement une culture en effet du rural ou les gens font confiance ».

Par ailleurs, la notion de respect est également comparée avec la médecine de ville. M5 décrit sa patientèle rurale comme « plus respectueuse ». Une notion à laquelle semblent attachés ces jeunes médecins comme le dit M7 « Là, on sent beaucoup plus de respect des gens, ils respectent la personne et nos décisions », ou encore M6 « Je trouve que les gens sont hyper respectueux de moi en fait ».

Enfin, plusieurs d'entre eux évoquent leur rôle central dans le parcours de soin du patient comme l'exprime M8 « C'est une relation différente, ici, on est vraiment central. En milieu rural, on fait beaucoup plus de choses. On est les soins de premiers recours. Donc les gens viennent. Ils ont un problème, ils viennent ici nous demander notre avis ».

2.1.3.4. Etre médecin de famille

Enfin, ils se mettent d'accord sur une notion bien particulière, ils insistent pour dire qu'ils sont médecins de famille, expression utilisée par M2, M3, M4, M6, M7, M8, M10 et M11. Cela semble être une motivation importante pour eux ayant fortement impacté leur décision de s'installer en zone rurale comme l'exprime M8 « Si on vient en zone rurale, c'est aussi pour avoir un exercice familial », ou encore M6 « Je voulais être médecin de famille,

c'est ça qui m'intéressait. J'ai des familles où je suis médecin de quatre générations et je trouve ça hyper sympa ». Comme le dit M4 « la richesse, c'est de se dire que l'on suit les gens sur plusieurs générations ; suivre les grossesses, puis après les enfants ... C'est ça la richesse en fait! », ou encore M2 « Ici, je suis les parents, les grands-parents, l'oncle et la tante, et ça, ça me plait ! ». Ils décrivent l'importance dans leur travail de connaître le lien entre les personnes, leur environnement comme l'exprime M2 « Il y a plein de tissage social, de choses qui sont vachement intéressantes. Les gens, ils connaissent leurs voisins, ils vont parler avec eux, on peut avoir des choses dynamiques sur ce territoire là ! ». Pour ceux issus des Mauges, ils expriment aussi ce lien particulier avec les patients car ils partagent un territoire commun comme le mentionne M10 : « Moi, j'aime bien les patients ici, parce que je connais le territoire. Quand ils me parlent de leur boîte, ou de là où ils sont allés se promener et bah ça me parle. Il y a quelque chose qu'on partage en commun ». La plupart décrivent ce lien plus intime par cette relation avec les différents membres de la famille comme M7 « Je me dis que le fait d'être leur médecin traitant, et de connaître leur famille parce que je suis souvent la famille. Ça crée un lien plus fort que d'être juste leur médecin traitant », ou encore M4 « On a l'impression d'être vraiment inclus dans une petite communauté ».

2.2. L'ancrage et l'opportunité

2.2.1. Le lien au territoire

Le deuxième axe important dans cette thèse est le lien de ces jeunes médecins généralistes avec les Mauges. On distingue alors deux parcours bien distincts qui les ont amenés à s'établir dans ce territoire. Cependant, avant de parler de ces deux profils, un

point essentiel est apparu en lien avec ces études longues. Ils sont pour la grande majorité propriétaire de leur bien immobilier avant leur installation. Ce qui a conditionné de manière prépondérante la recherche de leur cabinet pour une future installation comme l'explique M5 « C'est surtout parce que j'ai acheté une maison près de ville35 en 2017 et donc j'ai cherché aux alentours », ou encore M8 « On est venu acheter une maison dans la ville34 et donc j'ai recherché à m'installer autour ». L'achat est principalement conditionné par le lieu de travail du conjoint comme l'explique M10 « Lui, il travaillait entre Ville2 et Ville42. On a trouvé une maison à Ville82 qui est à équidistance ». D'ailleurs, il est important de préciser que la plupart n'habitent pas dans le territoire des Mauges.

Concernant le choix d'exercer dans les Mauges, le premier profil concerne les médecins ayant un ancrage familial dans les Mauges. Cela représente environ la moitié d'entre eux. Ils évoquent très spontanément leur envie de revenir dans le bassin familial comme M2 « Je suis originaire du coin. C'est le secteur que je connaissais. De toute façon, j'allais m'installer quelque part par-là ! », ou encore M9 « Mes parents n'habitent pas très loin d'ici. Et après mon mari a ses parents qui habitent aussi dans les Mauges. Donc, on a voulu rester pas très loin de nos familles ».

Le deuxième profil fait part d'une opportunité de découverte du territoire durant leur formation ou leur exercice professionnel. Pour une partie d'entre eux, ils ont découvert le territoire lors de leur stage ambulatoire pendant leur internat. C'est le cas pour M1 « J'ai fait mon stage prat dans les Mauges et sur ville1. », ou encore M2 « j'ai fait mon stage SAFE ici ». Il est intéressant de voir que certains se sont aisément projetés dans leur installation grâce au stage comme M6 « C'est parce que je suis passé quand j'étais interne. Je m'étais déjà dit, c'est dans un endroit comme ça que j'ai envie de travailler ». Il semble d'ailleurs intéressant de voir que certains se sont installés dans le cabinet où ils avaient effectué leur stage ambulatoire comme l'explique M9 « parce que j'ai rencontré Docteur41, mon

prédécesseur quand je suis passée en stage SASPAS », et M6 « Je pense qu'à la fin de mon stage prat, j'étais convaincu que j'allais venir ici ».

Pour les autres, la découverte a eu lieu pendant leur expérience de remplacement. Le contact se fait par une annonce comme l'explique M3 « voilà, on commence à chercher des remplacements. Et puis je suis tombée sur une annonce du Docteur10 qui était installé ici. Donc j'ai été remplaçante de 2013 à 2016 », ou encore M11 « J'avais vu l'annonce de Ville61 sur Facebook ». Il est essentiel de noter qu'il s'agit pour la plupart de remplacement fixe dans le cabinet comme le précise M11 « J'ai commencé par un remplacement fixe » ou encore M10 « j'ai fait un an de remplacement régulier sur le cabinet ici ».

Il faut préciser qu'aucun n'a eu la volonté de venir dans une zone sous-dotée comme le mentionne M9 « Je ne me suis pas dit, je vais faire ma bonne action, je vais m'installer dans un endroit paumé où il n'y a personne ».

2.2.2. L'opportunité d'installation

L'opportunité d'une installation via la reprise d'une patientèle est un point crucial. Il s'agit dans la plupart des cas d'un départ en retraite comme dans le cas de M1 « Il y avait deux médecins qui partaient à la retraite, ils m'ont proposé une collaboration » ou encore de M10 « Après je me suis installée en succession du Docteur45 qui partait à la retraite ». Avec parfois, un temps de travail commun entre le futur installé et le futur retraité comme l'explique M2 « Une fois que j'ai décidé que je m'installai ici avec le Docteur6 on a fait un temps partiel ». Pour des cas plus isolés, il s'agit de remplacement d'un confrère qui se dirigeait vers une activité salariée comme pour M3 « Docteur11 en a profité. Elle ne se plaisait plus en libéral. Elle en a profité pour partir vers une activité salariée. Donc du coup, j'ai augmenté mon activité ». Dans le cas de M8, il s'agit de la reprise d'une patientèle d'une

consoeur qui ne s'était finalement pas installée comme elle l'explique « J'ai entamé très rapidement une collaboration comme il y avait un bureau de libre. En fait, quelqu'un était arrivé en collaboration, une jeune fille qui avait fait deux ans de collaboration et qui était partie et donc il y avait déjà une patientèle qui attendait quelqu'un ».

2.2.3. L'avantage du réseau

Pour quelques uns, ils évoquent l'avantage certain lors de leur installation d'avoir effectué leur stage d'internat à proximité et donc de connaître le réseau comme l'évoque M2 « Du coup, j'ai fait tout le reste de mon internat sur Ville1. Et du coup, mon réseau médical était déjà tissé », ou encore M6 « Les Mauges, en fait, pendant mon parcours d'internat, j'ai été amené à faire tous mes stages quasiment à Ville1. Et puis j'ai surtout fabriqué mon réseau ».

2.3. Une qualité d'exercice

2.3.1. Un groupe de médecins et des valeurs

2.3.1.1. L'indispensable exercice de groupe

Dans les entretiens, un des critères majeurs pour leur future installation était la présence d'autres confrères. Cette notion semble essentielle comme l'exprime M3 « C'était une condition sine qua non de ne pas exercer seule », ou encore M10 « C'est un fondamental pour moi. Je ne me serais pas installée toute seule ». Ils évoquent plusieurs raisons à cette recherche d'exercice en groupe. Le premier et le plus largement partagé est la notion d'entraide comme le mentionne M2 « Quand on a un problème, on peut faire appel à nos

confrères. Et ça, c'est rassurant pour quelqu'un qui veut s'installer ». Le deuxième point partagé par la plupart est la possibilité d'arrangement, comme le dit M1 « L'avantage d'être en groupe, c'est qu'on peut s'adapter, s'arranger entre nous », ou encore M2 « On peut s'arranger, si on arrive plus tard un matin, ou que l'on veut partir plutôt le soir, ça s'organise quoi ». Seul un des médecins interrogés exprime son choix de s'installer seul « Non, à la base au contraire, au départ, je voulais être tout seul ». Cependant, actuellement installé dans une maison de santé pluriprofessionnelle, il exprime son changement d'avis après quelques années d'installation « Finalement, ça s'est très bien passé, en terme relationnel. Et en fait, j'ai changé d'avis là dessus ».

Par ailleurs, si l'exercice seul semble être un projet inconcevable pour la nouvelle génération, plusieurs d'entre eux évoquent leur difficulté à se projeter dans des structures importantes. M3 nous dit « Par contre, je ne voulais pas d'une structure où il y avait trop de médecins. Un gros cabinet de sept ou huit médecins, ça m'aurait fait peur ». M6 lui évoque une expérience « Donc à Ville10, ça se passait très bien. C'était à peu près la même ambiance. Mais le cabinet était plus gros. Il était trop gros pour moi. C'est une grosse machine et je trouvais qu'il manquait une proximité entre nous (càd entre médecins) ».

2.3.1.2. Une entente et des valeurs

Tous évoquent la notion primordiale d'entente avec les confrères ce qui leur a permis de se projeter dans leur installation. Une entente qui a guidé leur choix comme l'exprime M1 « ce qui a guidé mon choix en premier lieu, c'étaient les collègues », ou encore M7 « Après l'entente entre les collègues, au delà que ça soit un cabinet de groupe ». Ils décrivent l'importance de leur bien être dans leur travail comme M6 « parce qu'ici, je me sens hyper bien aussi avec mes collègues, avec notre secrétaire », ou M3 « J'aime le métier que l'on fait

ici, j'aime les relations avec les collègues », ou encore M10 « ce qui a fait penché la balance, c'est vraiment que je me sente bien dans le cabinet ». Pour beaucoup, ils n'expliquent pas cette alchimie qui s'est faite quasiment instantanément comme le dit M11 « Tout de suite, on a blagué. Il y a eu un bon feeling ».

Beaucoup évoquent aussi le partage de valeurs dans leur travail. Un point qui leur a permis de créer une cohésion avec leur collègue comme M4 « Quelqu'un avec qui je partageais des valeurs aussi au niveau du travail », ou M7 « C'était déjà présent et c'était la culture du cabinet, quand on disait, on a tous la même vision du métier », ou encore M11 « Une manière de travailler en équipe. En fait, je travaille quasiment comme docteur50 et sans le savoir avant ».

2.3.2. Des bases d'exercice : secrétariat et rythme de travail

2.3.2.1. Un secrétariat physique

Le secrétariat est un critère majeur. Ils évoquent systématiquement ce point comme M10 « le fait qu'il y ait une secrétaire ». Mais plus que le secrétariat, ils précisent bien la nécessité d'un secrétariat physique comme M7 « La présence d'un secrétariat, des secrétaires en présentiel et pas en distanciel. C'est surtout ça », ou comme M9 « On tient à garder notre secrétariat physique ». La plupart le décrivent comme un avantage comme le dit M8 « Les atouts, là c'est quand même qu'on a une secrétaire sur place ». Un confort d'exercice lié sur leur capacité à faire de la régulation au quotidien comme l'exprime M7 « Nos secrétaires, elles régulent déjà énormément », ou encore M11 « Elle sont capable de conseiller. Elles font une première régulation quoi. Les secrétaires, c'est super important ».

2.3.2.2. Un rythme de travail

Le rythme de travail a été pour eux un critère important comme l'exprime M5 « Je ne voulais pas travailler 5 jours. C'était une de mes conditions à l'installation ». Pour la plupart, le nombre de consultations est restreint aux alentours de 25 par jour comme l'explique M11 « On voit 20-25 patients par jour, on n'en voit pas 30, 40, ni même 50 ! ». Très rapidement, la notion de limite est apparue comme l'exprime M6 « En fait, j'ai tout de suite mis des limites ». Ces limites se semblent pas être compliquées à mettre en œuvre comme l'explique M2 « On a ses propres limites, mais c'est plus facile quand on est plusieurs et qu'on a les mêmes. Je trouve que c'est gérable. Il faut mettre ses limites ». Des limites essentielles pour leur qualité de travail et de vie comme le dit M3 « Pour qu'on se sente tous aussi bien dans nos pratiques. Et qu'on ne se sente pas surmené justement, on se pose des limites ». D'ailleurs, peu évoquent des remarques de la part des patients sur ces limites d'horaires comme le précise M2 « Ça ne m'a jamais été reproché que je ne travaillais pas assez tard le soir ».

2.3.3. Un travail d'équipe pluridisciplinaire

2.3.3.1. Proximité des paramédicaux

L'un des critères importants qui les a convaincus à s'installer est la proximité d'un réseau paramédical. Cela est bien résumé par M7 « le fait qu'il y ait la pharmacie, les infirmières. Ça c'est un point positif qu'il y ait un réseau de paramédicaux très proche ». Ils montrent un intérêt à travailler en équipe comme l'exprime M3 « J'aime beaucoup le travail en équipe comme on le fait avec les infirmières, les aides-soignantes, l'orthophonistes,...etc ».

2.3.3.2. Un réseau à taille humaine

L'avantage de la proximité physique réside dans une facilité d'échange comme l'explique M2 « C'est facile d'accès. On a le numéro des infirmières. Les pharmaciens à coté, on se connaît quoi », ou encore M7 « La proximité fait que les relations sont simples, c'est facile ». Une proximité parfois favorisée par le partage des locaux et les temps de repas comme le décrit M9 « mes collègues, sage-femme, c'est la porte d'en face, on mange ensemble le midi et donc ça c'est vraiment top », ou encore M10 « Le midi, je mange régulièrement avec une psychologue ou certaines sages-femmes ». Ils expliquent le bénéfice pour le travail à se connaître et à travailler ensemble comme le résume M4 « Je pense que c'est un atout de se connaître entre nous, de se connaître entre pharmaciens, infirmiers, kiné, ergo. On s'entend tous très très bien dans la MSP ».

2.3.3.2. Collaboration inter-professionnelle

La plupart décrivent des temps de concertation entre les différents professionnels de santé comme le décrit M11 « On partage, on fait une réunion tous les mardis pour discuter », ou encore M2 « une fois par mois, on a une réunion où l'on discute ensemble. Donc ça c'est nous qui avons instauré et on est très content ».

2.4. Allier travail et qualité de vie

2.4.1. Un travail à distance raisonnable

La distance entre leur lieu de travail et leur domicile est un critère important comme l'explique M9 « Je ne voulais pas être trop loin de mon domicile », ou M8 « Etre assez près pour rentrer le midi et pour pouvoir rentrer dans la journée si besoin ». La plupart d'entre

européennes. eux sont à moins de 30 minutes comme le précise M2 « Moi, je suis à 25 minutes de mon domicile », ou encore M10 « J'aurais voulu un peu moins, j'aurais voulu 20 minutes. 30 minutes c'était mon maximum ». La facilité d'accès peut être évoqué comme avec M11 « Je suis à 20 minutes de chez moi avec la quatre-voies donc pas de bouchon ». Par ailleurs, plusieurs décrivent ce trajet comme bénéfique. Ils profitent de ce temps dans la journée comme « sas de décompression » comme le décrit M3 « J'aime bien aussi avoir ce moment le matin et le soir. Le matin pour se mettre dedans, se mettre dans la journée, se préparer. Et puis le soir, pour décrocher et pour rentrer chez moi sans bagages », ou encore M10 « Ça me fait un sas de coupure aussi, j'écoute des podcasts dans la voiture. C'est un temps pour moi ».

2.4.2. Un travail à distance de la vie personnelle

Cependant, si pour la plupart, leur cabinet doit se trouver à moins de 30 minutes, tous sont unanimes sur la nécessité d'une certaine distance géographique de leur domicile. M2 s'exprime sur ce point « Vivre au même endroit qu'on exerce ! Pour moi c'est inenvisageable. On est repéré, on est identifié comme le médecin du village ». Ils expliquent la nécessité de séparer leur vie personnelle et leur vie professionnelle comme le dit M10 « Je n'avais pas envie de croiser de patient au marché ou en faisant mes courses. J'ai envie de couper, de vraiment séparer les deux ». Pour certains, ce critère est apparu suite à une expérience comme M1 pendant son internat « J'étais proche de l'hôpital et je croisais les patients tout le temps. J'ai trouvé que c'était très dérangeant de ne pas couper entre ta vie professionnelle et ta vie personnelle », ou encore M11 « j'ai travaillé à cinq minutes de chez moi. Donc c'était bien, je pouvais rentrer manger mais on ne peut pas couper et surtout je commençais à reconnaître mes patients ».

2.4.3. Une qualité de vie

2.4.3.1. Le choix minoritaire d'une vie rurale

Pour quelques uns, c'est aussi le choix d'une qualité de vie qu'ils ont trouvé à vivre en zone rurale comme l'explique M2 « C'est une qualité de vie quand même », ou M9 « après le deuxième critère, c'est le cadre de vie ». Un choix qui s'est construit par l'expérience de l'enfance en zone rurale comme le dit M10 « Je ne suis pas quelqu'un de la ville » ; ou des études en ville comme l'exprime M11 « Depuis les études, je m'étais rendue compte que moi j'aimais beaucoup être étudiante à Ville5, mais je ne me voyais pas y vivre ».

2.4.3.2. Un équilibre de vie

Il est important de noter que la plupart ont un souhait d'une qualité de vie personnelle. S'ils ne négligent pas leur métier, ils souhaitent comme le dit M6 « aussi vivre à coté » et « trouver l'équilibre au milieu de ça. C'est pas toujours simple ». Ils ne souhaitent pas irrémédiablement augmenter leur temps de travail devant la charge de travail comme le précise M10 « Moi, je n'ai pas envie de travailler plus », ou encore M11 « Je pense que je garderais le nombre de consultation que j'ai actuellement pour réussir à allier vie de famille et vie professionnelle ».

2.5. L'installation : démarches et aides

2.5.1. Les démarches administratives

Les avis restent très partagés sur la facilité et l'accompagnement des nouveaux installés dans leur démarche pour l'installation. Pour certains, les démarches ne sont

révélées plutôt simples comme M9 « Je ne me suis pas sentie en difficulté à l'installation ».

Pour d'autres, ils ont trouvé du soutien auprès de leurs confrères ou auprès des institutions comme M3 qui explique « Donc on avait été à l'URML. Ils organisent des journées de l'installation ».

2.5.2. Les aides à l'installation

Les aides incitatives financières comme le contrat d'aide à l'installation du médecin (CAIM) sont créés depuis 2016 par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Cependant, sur les 12 médecins interrogés seulement deux ont pu bénéficier de la CAIM comme M5 l'explique « C'est l'endroit où je pouvais avoir des aides à l'installation ». Pour les autres, ils n'ont eu aucune aide financière comme M2 « Je n'ai pas eu d'aide spécifique », et M9 « Je n'ai pas eu d'aide de la sécu, ni de l'ARS » ce qui démontre que ce critère n'était pas discriminant pour eux.

A contrario, beaucoup décrivent la bienveillance des médecins à qui ils ont succédés. Certains décrivent une aide administrative comme M3 « Il m'a aidé d'un point de vue administratif. Il me donnait les renseignements dont j'avais besoin ». Mais, la plupart insistent sur les conditions de successions grandement favorisées par le médecin retraité comme M6 « L'installation, elle a été facilitée par Docteur5. Il a tout fait pour que se soit simple. J'ai rien acheté. Il m'a laissé toutes ses affaires. Franchement, ça été facile pour moi », ou comme M11 « Elle m'a tous laissé. J'ai rien payé ! Elle m'a laissé l'ordinateur, le bureau. J'ai juste dû acheter les chaises ! ». Enfin, certains parlent de transmissions pour les patients comme M9 « Il m'a transmis plein de choses », ou encore M7 « Il m'a transmis, on a vu des patients ensemble, on a vu des choses ensemble ».

3. LE DESERT MEDICAL DES MAUGES

3.1. Une démographie médicale en difficulté

3.1.1. Encore une vague de départ en retraite

Lors des entretiens, beaucoup évoquent le départ de collègues autour d'eux depuis leur installation. M2 me raconte « Alors pour nous, ça été compliqué parce que du coup, on s'est installé dans les années 2017-2018. On a eu trois médecins qui sont partis dans l'entourage proche ». Par ailleurs, ils évoquent l'exercice solitaire de ces médecins sans succession possible comme le dit M1 « Des médecins qui exerçaient seuls et il n'y a pas eu de successeurs », ou encore M11 « On a attendu deux ans parce qu'on attendait de voir s'il y aurait pas des repreneurs ».

Ces départs successifs ont eu des conséquences sur leur exercice comme le dit M4 « On sent là, actuellement, que la carence en médecin se fait de plus en plus forte. On a beaucoup plus de demandes qu'avant », ou encore M7 « Il y a eu le départ de deux médecins. Donc ça a fait un afflux de patients au cabinet ».

Et comme l'évoque M7 « Ce qui est sûr c'est que là dans les 5 à 10 ans, il y a énormément de médecins qui vont partir ». Une situation partagée par la plupart des médecins interrogés comme M1 « Il y a au moins quatre médecins qui partent dans les deux ans qui viennent » ; ou encore M11 « Il y en a deux qui vont partir à la retraite à Ville7 et je ne sais pas s'il y a des repreneurs ».

3.1.2. Manque de remplaçants

Ils m'ont tous fait part de leur difficulté à trouver des remplaçants comme M5 « Je n'ai pas de remplaçant. Je n'arrive pas trop à trouver de remplaçant », ou comme M6 « On n'a pas trouvé de remplaçant fixe ». Ils évoquent également la difficulté plus importante de trouver des remplaçants mêmes hors vacances scolaires comme le précise M9 « Avant c'était compliqué pendant les vacances scolaires, mais très facile hors vacances. Maintenant c'est compliqué tout le temps ».

Ce qui est intéressant c'est que la plupart précisent des difficultés croissantes surtout depuis les dernières années comme M8 « On n'a pas de remplaçants. Ça a changé depuis 2-3 ans, on ne trouve plus du tout », ou encore M10 « Depuis 2 ans, c'est beaucoup plus compliqué de trouver ». Lors de l'entretien avec M11, il me confirme ce changement récent de situation en me confiant « Moi quand j'étais remplaçant, il y a 5 ans, sur le fameux site, c'était nous les remplaçants qui disaient, je cherche des remplacements. Maintenant, sur les annonces, il n'y a plus personne qui répond ... je ne sais pas où ils sont ? ».

Ils évoquent plusieurs réponses à cette fuite de remplaçants comme M8 « Je pense qu'ils ont été dégoutés de la médecine libérale et donc il y en a qui sont partis vers la médecine du travail ou d'autre vers la médecine scolaire », ou encore M11 « Ils sont soit salariés, parce que le Covid a fait que pleins de remplaçants ont eu leurs remplacements d'annulés pendant l'année. Ils ont dû trouver d'autres moyens de rémunérations ». M11 explique également « certains font les téléconsultations en complément, il y a eu les centres de vaccinations, il y a les centres de soins non programmés qui ouvrent ». D'autres médecins évoquent les freins au recrutement des remplaçants avec la distance comme M9 « Je pense qu'il y en a pas mal qui sont attirés par le semi-rural mais du coup, on est un peu loin », ou

encore le rythme comme M8 « C'étaient des jeunes femmes avec des enfants en bas âge. Ça ne leur paraissait pas compatible, les horaires, la charge de travail ».

3.1.3. Manque de spécialiste

Quant aux spécialistes, le discours est unanime sur ce point. La totalité évoquent la difficulté d'accès pour leur patient comme le résume M1 « le deuxième recours, c'est la cata ! », ou encore M7 « On a énormément de mal à avoir des rendez-vous dans certaines spécialités ». Ils sont bien sûr conscients des difficultés qui sont similaires aux leurs comme l'explique M2 « Mais ils souffrent d'un manque d'effectif. Et du coup, c'est compliqué surtout sur certains secteurs ».

Sur les spécialistes en grande tension, ils évoquent en premier lieu les dermatologues comme l'exprime M9 « On a plus de dermato », ou encore M5 qui a dû trouver une solution temporaire comme il l'explique « alors c'est très dur pour la dermato, du coup je fais de la téléexpertise ». Puis, de manière assez consensuelle, ils citent la pédiatrie, la gynécologie ou encore la cardiologie comme le résume M8 « les pédiatres ne font plus le suivi des patients, les gynécologues ne font plus et les cardiologues ils acceptent encore un petit peu mais... ». Par ailleurs, après la contrainte de trouver un spécialiste, M9 évoque le problème de la distance « Je pense que la vraie difficulté, c'est l'éloignement des spécialistes ». En effet, certains patients n'ont pas la possibilité, ou du moins la facilité à se déplacer dans des grandes villes, ce qui crée une réelle perte de chance.

Enfin, cette difficulté se répercute sur la pratique du cabinet comme le précise M4 « On nous demande, à nous, de gérer de plus en plus, d'être de plus en plus un couteau-suisse pour palier justement à ces spécialistes absents ».

3.2. Les tensions au sein du cabinet

3.2.1. Difficulté de refus des patients

Le départ des confrères depuis ces dernières années a eu un impact sur leur quotidien. Tous décrivent l'afflux de patients à la recherche d'un nouveau médecin traitant comme l'exprime M6 « J'ai vraiment l'impression qu'on a beaucoup, beaucoup de patients et puis, on a toujours des demandes permanentes », ou encore M10 « La demande de nouveau patient qui augmente et on ne sait jamais quand arrêter ».

Une situation qui les a obligés à mettre des limites comme M1 « C'est quand même assez compliqué quand on travaille parce qu'on est obligé de refuser du monde », ou encore M2 « Du coup, ça été très compliqué, parce qu'il fallu qu'on ferme les portes à un moment ». La plupart expliquent leur limite en lien avec le secteur comme M8 « De toute façon, on ne prend que les gens qui habitent le secteur », ou encore M9 « ils appellent et ils expliquent qu'ils n'ont pas de médecin traitant. Alors on leur explique qu'on ne peut pas non plus prendre tout le monde et que l'on prend notre territoire ». Cependant, quelques uns expriment clairement leur difficulté à refuser comme M6 « C'est pénible, c'est pas facile de dire non, on n'a pas envie de dire non. Mais on se dit, je ne peux pas », ou encore M7 « On dit non. Donc on est gêné pour eux. Mais ce n'est pas notre faute non plus ! ». En effet, ils sont conscients de leurs capacités et de leurs incapacités comme le dit M8 « Donc on ne veut pas non plus accepter quelque chose qu'on ne pourra pas assumer derrière », ou encore M11 « Nous, on ne veut pas prendre des gens qui habitent trop loin parce que sinon les visites en urgence, on ne pourra pas y aller ». Une situation qui peut éveiller de l'angoisse comme l'exprime M4 « Mais ça nous fait peur de voir des gens qui viennent taper à la porte tous les jours ».

3.2.2. Gestion des consultations et gardes

Devant cette conjoncture, certains décrivent des difficultés croissantes. Ils évoquent premièrement l'allongement du délai de consultations non urgentes comme M4 « Là, on a beaucoup de reproche des gens qui disent qu'ils ont du mal à prendre des rendez-vous, on a des délais de deux semaines pour les renouvellements », ou encore M8 « Les délais pour un renouvellement du coup, c'est hyper long, là on a un mois de délai ». Il est important de percevoir que ce défaut de disponibilité peut mettre en difficulté les praticiens comme l'exprime M10 « C'est pas satisfaisant de voir que les délais s'allongent pour les rendez-vous non urgents. Là, j'ai 4 à 5 semaines de délai. Ça ne va pas du tout », ou encore M8 « C'est frustrant de ne pas être disponible pour voir le petit nourrisson ».

Selon certains, cet allongement peut s'expliquer par une proportion de plus en plus importante des consultations du jour. M4 nous le décrit « là actuellement, on est sur moins de 50% des rendez-vous pris à l'avance pour pouvoir absorber les urgences du jour. Chose qui n'était pas le cas avant ». Et malgré cela, ils décrivent une difficulté à absorber les consultations urgences comme le disent M1 « Tu diffères certaines consultations, qui ne sont pas forcément urgentissimes du jour », et M8 « C'est difficile de rajouter, on se dit tant pis, on n'est pas content de notre prise en charge. On se dit tant pis. Je dépanne par téléphone, ça sera moins pire que s'il n'y a rien quoi ! ».

S'ils trouvent cette charge de travail en progression, certains ont évoqué les gardes qui subissent les mêmes changements. Comme nous le dit M1 « les gardes sont vraiment de plus en plus blindée de monde ». Une augmentation des passages en garde qui s'explique selon M7 par les difficultés de disponibilités des médecins traitants « Je me rends compte aussi quand on est en garde. Beaucoup de gens viennent nous voir parce qu'ils n'ont pas pu avoir leur médecin dans la journée ou qu'ils n'ont même pas de médecins traitants ».

3.3. Particularité des Mauges

3.3.1. Un réseau de médecins solidaires

De nombreux médecins ont évoqué une solidarité comme le dit M1 « On sent quand même sur l'ensemble du territoire une cohésion, une solidarité entre nous ». Une solidarité qui semble venir des groupes de pairs ou groupes qualités présent sur le territoire des Mauges. Les groupes de pairs dans les Mauges ont un historique bien particulier. Ils sont créés dans les 80-90 par les médecins généralistes du territoire, qui souhaitent être indépendants des laboratoires. Ils fixent alors un temps d'échange sur leur temps de travail. Contrairement aux laboratoires, ou aux FMC qui ont lieu sur les temps du midi ou en soirée, ce temps de formation est prévu en semaine sur une matinée à raison d'une fois par mois. Ces groupes englobent aujourd'hui près d'une quarantaine de médecins généralistes du territoire. M7 évoque le fonctionnement de ces groupes « On expose des cas dans le respect, la bienveillance et l'écoute ».

Le premier effet de cohésion est permis par leur relation lors de ces groupes de pairs comme l'évoque M10 « Ça permet de connaître des médecins avec qui on ne travaille pas tous les jours », ou M2 « Même avec nos confrères, les confrères installés autour je vois tous à peu près qui c'est », ou encore M7 « Ça veut dire que tu crée des liens entre nous ». La plupart ne connaissaient pas le fonctionnement de ces groupes avant de choisir de s'installer dans les Mauges comme l'explique M7 « C'était pas quelque chose qui m'a fait venir ». Par contre, la plupart trouvent maintenant ce temps important pour leur pratique comme l'exprime M6 « Je pense que ça joue beaucoup sur notre volonté probablement de s'installer et puis de rester surtout », ou encore M7 « C'est un gros point positif d'avoir une formation médicale continue. Si je changeais de lieux d'exercice, je serais déçu s'il n'y avait pas ce système là ».

Enfin, nombre d'entre eux ont abordé une conséquence inattendue des groupes de pairs. Ils évoquent le caractère « anti-burn out » de ces moments d'échange entre eux. M10 nous l'explique « On part souvent hors sujet sur des difficultés au cabinet, ou nos craintes pour l'avenir aussi ». Comme le dit également M6 « C'est hyper intéressant, c'est complètement anti-burn out parce que ça nous fait du bien », ou encore M7 « C'est pas pour la prévention du burn out mais l'échange nous permet de nous protéger ». Ce point explique probablement le lien fort que les médecins créent entre eux avec ces temps de partage et pourquoi ils y sont attachés.

3.3.2. Les Mauges, triangle géographique

L'implantation géographique des Mauges semble importante et a plusieurs conséquences. Le premier point est la situation partagée entre Nantes et Angers comme l'explique M1 « Le territoire est particulier quand même à la fois, on est entre Angers et Nantes, et on est entre plusieurs départements ».

Puis, beaucoup évoquent la problématique de la distance des facultés de médecine comme M2 « Je trouve que le point noir qu'on a parce qu'ici on est loin de Ville5 et Ville2 », ou encore M10 « Après je pense que le frein principal, c'est la distance. Là, on met 45 à 50 minutes pour venir ici c'est trop loin ». Certains expliquent la problématique de la centralisation des études comme le dit M4 « Après quand on fait nos études de médecine, 10 ans en ville, on a un conjoint, on s'installe en périphérie des grandes villes souvent », ou encore M3 « Le problème de nos études longues, qui font que l'on construit sa vie autour du centre urbain et avec notre conjoint ».

4. AVENIR ET DYNAMIQUE DU TERRITOIRE

4.1. Perception sur leur avenir

4.1.1. Une inquiétude pour les prochaines années

Lors de mes entretiens, ils ont parlé de leur vision des prochaines années. Pour la plupart, ils semblent bien renseignés sur l'évolution de la démographie médicale. Ils évoquent assez spontanément une période difficile pendant encore une décennie comme M7 « On a encore 10 ans à souffrir et après ça ira », ou encore M8 « Ça va être très dur pendant 10 ans là. On n'est pas encore au creux de la vague, le creux des départs ». Certains expriment leur vision péjorative à ce propos comme M3 « On est un peu pessimiste, moi personnellement, je ne vois pas d'issue possible parce que de toute façon, il va manquer de médecin ». D'autres ne se font pas d'illusion comme M5 « Je pense que dans 10 ans, il n'y aura plus personne sauf moi ! ».

Cependant, la principale inquiétude évoquée se concentre sur la charge de travail comme l'exprime M1 « C'est compliqué de tenir dans la durée dans ces conditions de travail là », ou encore M8 « ... vis à vis de la pression qu'on nous met, de la charge de travail aussi ». Certains expriment la peur du surmenage professionnel comme M4 « Je n'ai pas envie de déplaquer un jour parce que je suis dégoutée du métier », ou encore M10 « Moi, je n'ai pas envie de faire un burn out ».

4.1.2. Une envie de poursuivre son travail

De manière assez contradictoire, la plupart se projettent. Ils évoquent premièrement leur exercice actuel comme M2 « Je me vois toujours ici parce que je me plais bien ici » ; ou encore M6 « Je me vois exactement comme ça. Je me sens vraiment bien ici ». Pour

d'autres, ils citent l'environnement professionnel comme motivation comme M9 « J'espère toujours avec les mêmes collègues, à exercer à peu près de la même façon, voilà, ce que je fais actuellement me convient », ou encore M4 « Dans nos nouveaux locaux, avec un super bureau et avec mes deux compères ».

Si l'inquiétude des départs de confrères est présente, quelques uns décrivent également le renouvellement de la population médicale comme M8 « Il y a déjà eu un renouvellement. On le voit dans les groupes de formation. Alors ça fait du bien », ou encore M9 « Après, le reste de la population médicale est plutôt jeune. Il y a déjà eu un turn-over ».

Par ailleurs, certains décrivent les raisons de leur optimisme comme M1 « Avec l'ouverture du numérus clausus, je ne suis pas complètement pessimiste », ou M7 « je pense qu'on a la capacité de faire au mieux. Pour moi, ça ne m'inquiète pas en tout cas », ou encore M6 « On avance ensemble, ce projet là, il me plaît beaucoup et j'ai envie de le poursuivre ». L'espoir de recruter des collègues peut se retrouver dans les paroles de M8 « J'ai bon espoir en fait parce que vraiment là, on a des internes qui n'habitent pas loin et qui ont vraiment envie de faire de la médecine générale ».

Enfin, il est important de dire que la plupart ne regrettent pas leur décision comme l'exprime M8 « Moi je ne regrette pas d'avoir fait le métier que je fais. Je trouve que c'est un super métier ».

4.2. **Les actions déjà en place**

4.2.1. **Accueillir et former les futurs médecins**

Il faut noter que la majorité des médecins interrogés accueille des étudiants en médecine. Il peut s'agir d'externe comme M3 « Moi, du coup, j'ai des étudiants en D4 », ou

d'interne comme M6 « Là, ça y est. J'ai commencé les internes ». Pour la plupart, ils décrivent une expérience positives comme M9 « Ça se passe bien, c'est plutôt sympa », voire même d'une responsabilité comme M1 « J'estime que c'est même notre responsabilité de pouvoir accompagner et former les jeunes médecins ».

Pour eux, l'accueil des étudiants est important pour faire découvrir la médecine générale comme l'exprime M3 « C'est quand même intéressant qu'ils voient notre travail de médecine de premier recours », ou encore M8 « C'est nécessaire de former les internes, de leur ouvrir la porte, de leur montrer ce qu'est l'exercice libéral, parce que c'est différent de l'hôpital ». Ils décrivent également l'apport des étudiants pour leur pratique comme M7 « Déjà je trouve que c'est bon pour le médecin parce que ça permet d'avoir un regard extérieur », ou encore M8 « C'est hyper intéressant parce que ça nous remet en question de façon perpétuelle ».

Enfin, ils ne se cachent pas de l'opportunité que cela représente pour recruter des remplaçants, voir des futurs collaborateurs comme l'évoque M6 « Je le fais aussi évidemment pour attirer des gens, je ne vais pas me cacher derrière la formation uniquement » ; ou encore M7 « C'est aussi pour faire venir du monde qui potentiellement dans les années qui viennent vont terminer leurs études et donc potentiellement nous remplacer ».

4.2.2. Evolution des pratiques

De nombreux médecins ont parlé des évolutions qu'ils mettent en place pour s'adapter aux manques de médecins. Pour quelques uns, il s'agit du travail en collaboration avec un(e) infirmier(e) Asalée comme M8 « On accueille depuis peu un infirmier Asalée, qui va nous décharger beaucoup ». Ils évoquent la complémentarité dans le suivi des patients comme l'évoque M6 « En particulier avec l'infirmière Asalée, on a plus de lien. On a une relation de

complémentarité médicale ». Le rôle probablement méconnu comme le décrit M8 « Je ne savais pas. Mais l'infirmier Asalée est capable de beaucoup de choses. Il est capable de suivre d'un patient diabétique. Donc on peut décharger beaucoup de choses sur lui ». Cependant, l'un des éléments importants semble le contrôle de la prescription qui reste uniquement réalisé par le médecin comme le dit M8 « Mais pas encore la prescription ». Par ailleurs, l'un des médecins aborde l'avantage administratif « L'infirmier Asalée, c'est ça qui est pratique aussi. C'est qu'il est salarié de Asalée et donc nous on a aucune démarche administrative ».

Quelques uns sont revenus sur l'expérience de la téléconsultation éprouvée pendant la pandémie du Covid comme l'exprime M6 « On a expérimenté la vidéo-consultation par contrainte à cause du Covid ». Cependant leur expérience ne semble pas satisfaisante comme l'explique M3 « La télémédecine, ce n'est pas satisfaisant non plus. Il faut voir les gens, il faut les toucher » ou encore M6 « J'ai horreur de ça. J'ai besoin de toucher les gens, de les sentir. J'ai besoin d'avoir leur regard, leur vrai regard dans les yeux ».

4.2.3. Poursuivre les projets

Ils semblent déterminés à développer des projets. Cela peut passer par la construction d'une nouvelle maison médicale comme pour M8 « C'est ce qui est en train d'être construit. Une structure avec six bureaux médicaux, et à côté avec les paramédicaux ».

Il s'agit également de développer des projets dans la structure existante comme l'exprime M10 « On est passé en SISA, donc une vrai MSP avec pour le coup, plein de projets », ou encore M5 « On a créé une équipe de soins primaires ici ». Une volonté des médecins qui met en avant la dynamique des équipes comme l'exprime M2 « Il y a quand même une dynamique en place », ou encore M8 « Il y a des projets aussi, des projets de territoire, des projets de santé ».

4.3. Quelles solutions selon eux pour demain

4.3.1. Combattre les préjugés par la formation

Pour quelques uns, la médecine rurale subit encore une mauvaise image comme l'exprime M2 « Je crois vraiment que ce qu'il faut changer c'est plus l'image ». Pourtant, ils confirment que l'exercice rural ou semi-rural a bien évolué comme le dit M6 « Le rural d'aujourd'hui, ce n'est pas le même rural qu'il y a 30 ans ». Pour eux, l'accueil des étudiants en médecine permet de lutter contre ces préjugés comme le précise M7 « C'est leur montrer qu'on peut être médecin généraliste en zone semi-rurale ou rurale, ne pas travailler 70h par semaine et avoir un jour de repos par semaine », ou encore M2 « Je pense qu'il faut qu'on se fasse connaître. Plus ils vont voir les bénéfices à travailler dans un environnement comme ça et plus ils auront envie de s'installer ». Pour ceux qui n'accueillent pas actuellement des étudiants, certains l'envisagent comme M3 « C'est un projet aussi pour la suite de prendre des internes », ou encore M10 qui le pense comme une opportunité pour trouver des remplaçants « Je pense que ça permettrait d'avoir plus facilement une continuité. Après c'est facile de proposer des remplacements ».

4.3.2. Favoriser l'installation

Certains font part du problème de la faible proportion d'installation comme M5 « Ceux qui choisissent l'internat de médecine générale, finalement je crois qu'il n'y a que 30% qui s'installent ». Alors que font les médecins non installés ? Selon M6, ils ont beaucoup d'opportunités dans les hôpitaux comme il le raconte « Dans ma promo, on est peut-être 10% à s'être installé, j'en ai plein qui sont partis dans les petits hôpitaux de périphéries, qui sont devenus urgentistes, qui sont devenus médecins dans les services de post-urgences ».

Pour d'autres médecins, il s'agit également du statut de remplaçant qui peut être considéré comme plus avantageux comme le dit M7 « Le statut de remplaçant est un statut confortable parce que quand on s'installe, on ne peut plus prendre trois mois de vacances ».

Plusieurs d'entre eux évoquent des possibles solutions pour favoriser l'installation des médecins. Premièrement, quelques uns envisagent des avantages financiers comme l'exprime M3 « Je pense qu'il faudrait des aides financières ». Cependant, sans réelle précision possible, seul un des médecins précise « Il faut que la consultation ne soit pas à 25 euros dans les zones désertes ». Enfin, certains évoquent la nécessité de l'accessibilité du territoire aux internes ayant signés un CESP comme l'explique M1 « Si on passe hors zonage, ça peut quand même intéresser au moins les internes qui ont signé un CESP ». Deuxièmement, certains envisagent des aides financières « indirectes », comme peut le détailler M7 « Ce qui fait peur aussi aux jeunes médecins qui veulent s'installer c'est toutes les charges. Si par exemple, les mairies prenaient en charge la première année de loyer ou une partie des salaires des secrétaires ? ». Enfin, le salariat a été également abordés par certains comme solution comme M4 « peut être que ça passera par un salariat aussi parce qu'on a l'impression que le salariat, ça marche bien », ou encore M6 « Le salariat, ça peut être une solution. Il y en a qui s'installent comme ça ».

4.3.3. Réguler les demandes et déléguer les tâches

Ils témoignent également de l'augmentation de la demande comme le précise M1 « Je pense aussi que la demande a tellement explosé ». Des consultations qui semblent incongrues comme le mentionne M5 « il faudrait que les gens viennent plus pour des trucs nécessaires ». Une augmentation qui semble corrélée avec la pandémie du Covid comme le précise M3 « Il y a aussi plus de demande et d'autant plus depuis la Covid. C'est même des

adultes qui viennent et qui ont besoin de venir tout de suite. Ça, on ne voyait pas ça avant ».

La plupart arrivent alors à la nécessité d'éducation des patients comme le dit M7 « Il faudrait axer aussi sur pourquoi on va chez le médecin, éduquer nos patients et ne pas consulter pour rien. On donne des conseils ». D'autres se posent la question de déléguer certaines consultations comme M5 « Peut être que l'on fasse moins de renouvellement ».

La plupart étudient des pistes pour aider à la prise en charge de leur patientèle au quotidien. Certains envisagent la collaboration avec un infirmier Asalée comme M11 « Il y a un de mes collègues qui est en train de penser à une infirmière Asalée », ou encore des assistants médicaux comme M2 « on travaille aussi sur le projet d'assistants médicaux ». La plupart m'ont évoqué les infirmières de pratiques avancées (IPA). Aucun des médecins interrogés n'a actuellement d'IPA dans sa structure. De nombreux médecins ont évoqué des craintes concernant leur délégation de tâches auprès d'une IPA comme l'exprime M3 « Moi, ce que me fait peur c'est qu'on essaye de nous enlever des tâches qui pour moi ne sont pas des tâches. Ce sont les fondamentaux de mon métier » ; ou encore M7 « Si on ne voit pas les développements des enfants, qu'on ne voit pas les renouvellements qui se passent bien, l'intérêt du métier, il sera beaucoup moins intéressant ». Certains ont également décrit la peur de se retrouver uniquement avec les consultations complexes comme le dit M5 « Le problème, c'est que nous on va se retrouver avec des situations plus compliquées mais à 25 euros », ou encore M7 « Si c'est pour laisser aux médecins que les cas compliqués, ou les cas où ça se dégrade... ».

DISCUSSION

Selon les chiffres de la DREES, en 2020, 65% des médecins généralistes de moins de 40 ans sont des femmes. Le panel étudié avec 75% de femmes est donc assez représentatif de cette nouvelle génération (26). Par ailleurs, malgré la difficulté à estimer le temps de travail (entre présence au cabinet et charges administratives), une étude datant de 2019 montre un temps hebdomadaire de 44h en consultations/semaine. En sachant que les praticiens de moins de 50 ans, ont une moyenne plus basse autour de 41h par semaine (27). Une diminution du temps de travail confirmé par le panel avec 3,5 jours travaillés par semaine en moyenne. Cette génération Y qui choisit de travailler avec une qualité de vie quel que soit le métier.

Les critères sur les conditions d'exercice sont assez unanimes, incluant un exercice de groupe, la présence d'un secrétariat ainsi qu'une certaine distance entre le lieu d'exercice et le domicile. Tous ces critères sont déjà connus de la littérature et l'étude ici ne fait que confirmer ces données (23 ; 28). Par contre, concernant la formation de structure telle que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les médecins interrogés montrent leur réticence. Instauré par la loi Touraine, ce dispositif créé en 2016 a pour objectif de développer la coordination des soins entre professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge de la patientèle vieillissante et atteinte de maladie chronique. Leur importance a été réaffirmée dans le plan Ma Santé 2022 d'Agnès Buzyn, avec l'objectif affiché de 1000 CPTS créées d'ici 2022. Selon les dernières données datant du 15 décembre 2022, la France comptait 741 CPTS dont 40 effectives sur les Pays de la Loire (29). Une volonté inspirée des pays anglo-saxon ou de l'Europe du Nord comme l'Allemagne afin de promouvoir la coordination interprofessionnelle, la création de « parcours de soins » ambulatoires et une meilleure relation avec les hôpitaux (30-32). Cependant, comme dans

cette étude, la plupart des médecins restent frileux. Une enquête de 2019 montre que 67% des médecins interrogés ne souhaitent pas s'engager dans une CPTS (33). Ils évoquent leur peur de « l'usine à gaz », ou encore la mort de la médecine libérale avec une tarification par capitation plus importante (33). Si l'intérêt de promouvoir la santé publique et la prévention semble fondé, la mise en pratique dans un contexte de sous dotation médicale semble difficile. En effet, comme souhaité par l'ARS, le montage d'une CPTS se base sur l'initiative et le volontariat des professionnels de santé du territoire et particulièrement des médecins. On peut alors se demander comment les professionnels de santé pourraient être plus favorable aux CPTS ? La coordination des soins en réseau territorial permet-elle une meilleure gestion des consultations pour les patients chroniques ? Et donc un temps de gestion moins lourd pour le médecin traitant ? S'il est clair que cela n'est pas un souhait pour les médecins installés, comment cela est-il perçu pour les internes, remplaçants ? Est-ce un avantage ?

Concernant leur choix de la médecine rurale, il est important de montrer que la médecine rurale représente un véritable attrait pour les étudiants en médecine (21 ; 28). Comme le montre nos entretiens, elle est mise en avant grâce à une relation médecin-patient privilégiée et une pratique diversifiée. Il est important aussi de noter que leur expérience en ville a été faite en tant que remplaçant ou interne. Il existe donc un biais en comparaison à leur expérience en tant que médecins installés en zone rurale permettant une relation médecin-patient plus établie. Selon un travail de thèse datant de 2014, le projet d'installation en zone rurale se cantonne à seulement à 12% des internes dans la région Rhône Alpes (23). Par ailleurs, une étude de 2012, réalisée par l'ISNAR-IMG, montre qu'en proportion 9% des internes vivent en milieu rural et 17% en zone semi-rurale (26). L'étude menée ici confirme des travaux de thèse sur l'importance de l'origine rurale pour un futur exercice rural (23 ; 28). Au niveau mondial, différentes politiques de sélection des étudiants ont été tentées comme en Pennsylvanie (Etats-Unis) depuis déjà 1974. Ce programme «

Physician Shortage Area Programme » vise à sélectionner des étudiants en médecine issus de zone rurale ; et en leur proposant une compensation financière minime et un programme de formation centré sur la médecine rurale (25). Les dernières données recueillies début des années 2010 montrent en effet le succès de ce programme avec une probabilité 10 fois supérieure à celle de leurs collègues hors programme d'exercer en soins primaires en milieu rural (25 ; 34). Depuis, six autres états américains ont développé leur programme, les données sont moins robustes mais elles confirment la tendance positive de cette sélection (25 ; 34). A noter que l'Australie en a même fait le cœur de sa stratégie depuis 1990, en imposant aux facultés de médecine un objectif de 25 % d'étudiants d'origine rurale. Même si les données restent discutées, on note que les zones très éloignées ont vu leur densité augmenter de 25 %, les zones éloignées de 21 %, alors que les métropoles sont autour de 7 % (25). Il est important de noter que l'OMS recommande depuis 2010 la sélection des étudiants issus des zones rurales, ou de minorité ou de quartier défavorisé associé au développement de programme de santé rurale (34).

Par ailleurs, notre étude va dans le sens du peu d'intérêt que portent les futurs installés aux aides financières. Concernant les aides durant les études, plusieurs pays comme le Canada ou les Etats-Unis ont mis en place des soutiens financiers pour les étudiants (25). Le bilan des études reste mitigé. Les médecins exerçant au titre des obligations du programme étaient beaucoup moins susceptibles que les autres de rester sur place après avoir rempli leur engagement : après neuf ans, 12 % étaient encore au même endroit (versus 39 % pour leurs pairs hors programme), et 29 % pratiquaient en zone rurale (versus 52 %) (35). Une revue de littérature plus récente (2009) confirme le constat que les participants restent moins longtemps dans les zones où ils ont été envoyés que leurs confrères qui se sont installés dans ces zones sous-médicalisées sans incitation financière (36). En France, le Contrat d'Engagement du Service Public (CESP) a été instauré en 2009.

Entre les campagnes 2010-2011 et 2020-2021, le nombre de CESP offerts en médecine s'établit à 5 432 avec 2 167 contrats en cours dont 1 280 internes en médecine générale au 31 décembre 2021 (37). Les données sur les résultats du CESP en France restent pauvres (38-39). Le rapport du CNG de 2020 rappelle que le dispositif ayant été mis en place sur la rentrée 2010-2011, le nombre de médecins concernés reste encore très minoritaire. A titre d'exemple, le nombre de médecins en Pays de la Loire ayant signé et honoré leur contrat CESP en 2020 est de 8 (37). Dans cette étude, aucun des médecins n'était concerné. Il reste donc difficile actuellement de connaître l'impact d'une telle mesure en France et d'en tirer des conclusions.

Par ailleurs, l'étude soulève la question du zonage puisque très peu des médecins interrogés ont obtenu les aides à l'installation. En effet, l'ARS publie régulièrement les cartes régionales fixant les territoires en zones d'action complémentaire (ZAC), ou zones d'intervention prioritaires (ZIP). Ce zonage rend alors éligible à certaines aides (40). Ces zones sont actuellement définies par l'intermédiaire de l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisé (APL) développé en 2012 (41). Le calcul de l'APL prend en compte la distance entre le cabinet et le patient ; le nombre de médecins généralistes et la demande de soin selon les classes d'âge concernées (41). D'après ce calcul, une agglomération comme Cholet est considérée comme correctement dotée en médecins généralistes puisque la totalité des praticiens sont comptabilisés incluant libéraux et salariés (hôpital, clinique). Alors que ces praticiens exerçant en clinique ou à l'hôpital ne le sont pas pour exercer les soins primaires, faussant ainsi le réel accès au premier recours de la population. On peut se poser la question de la pertinence de cet indice de l'APL pour les villes moyennes ayant des hôpitaux locaux et également lorsque toutes les zones deviennent désertes (Sarthe, Mayenne). Comment savoir où placer les priorités ?

Et les aides financières sont-elles un réel attrait ? Comme le montre cette étude, elles n'ont pas, ou uniquement pour un petit nombre, influencé le choix du lieu d'installation. L'incitation financière est pourtant le premier levier utilisé avec un recours dans plus de deux tiers des pays de l'OCDE depuis les années 2000 (42). Cependant, il existe peu d'études robustes sur l'impact de telles mesures (25). En France, les quelques études menées montrent que pour un nombre très restreints de médecins, leur coût est très élevé (24 ; 43). A l'étranger, le Canada a mis en place une politique d'incitation financière depuis le milieu des années 80. La conclusion est qu'après trente ans de recul « on reconnaît, aujourd'hui, que la décision pour un professionnel hautement qualifié, comme un médecin, de pratiquer en région éloignée est un processus complexe qui ne peut être influencé que de façon marginale par des incitations économiques de courte ou de moyenne durée » (44). Alors faut-il associer d'autres mesures financières ayant un impact sur les charges à l'installation qui on le sait freinent les jeunes médecins ? On pourrait imaginer une aide pour soulager les frais liés aux locaux, ou encore à l'embauche d'une secrétaire. On peut penser que les assistants médicaux ont leur rôle à jouer, avec des aides pour les zones sous denses. Pourtant les médecins restent frileux. En effet, la contrepartie consiste à augmenter la patientèle pour des médecins qui en ont déjà une plus élevée que la moyenne. Une condition contradictoire avec la volonté de se libérer du temps pour mieux prendre en charge leur patientèle actuelle. On note que les cabinets qui envisagent l'embauche d'un assistant médical sont en cours de recrutement d'un nouveau confrère au sein de leur structure afin de tenir les objectifs qui conditionnent le versement de l'aide. Mais alors que se passera-t-il à l'arrêt des aides ? Ces postes sont-ils pérennes dans l'évolution des pratiques ou uniquement là pour palier le manque de médecins ? Bien sur, le manque de recul ne nous permet pas d'évaluer cela, mais il pourrait être intéressant d'interroger ces assistants médicaux.

Enfin, il est important de souligner la particularité des villes comme Cholet. Malheureusement, mon étude ne me permet pas de conclure des informations fiables concernant Cholet au vu du nombre trop restreint de praticiens concernés. Il ne semble pas que le choix des villes de tailles moyennes soit orienté pour l'attrait de la médecine de famille. Par contre, ces villes rencontrent des difficultés similaires comme l'éloignement de la faculté. Il me semble pourtant que la problématique est différente pour ces villes et le profil décrit dans mon étude n'y répond pas. Une étude plus ciblée sur les villes de taille moyenne en situation de sous dotation serait probablement intéressante et soulèverait de probable piste pour aider à l'attrait de jeunes médecins.

Enfin, il faut noter que les Mauges ont une démographie médicale en partie renouvelée. En 2021, avec une proportion de médecins généralistes âgés de moins de 40 ans évalué à 32%, le territoire profite d'un taux plus important que celui du Maine-et-Loire (30%), de la Région Pays de la Loire (30%) et de la France (21%) (45). Pour exemple, la ville d'Angers avec ses 209 praticiens compte 22 % de médecins généralistes âgés de moins de 40 ans. Il me semble que le territoire est à un moment charnière. En effet, le nombre des médecins s'est maintenu depuis 10 ans en raison des maisons médicales déjà présentes et qui se sont consolidées, renouvelées, voire agrandies. A l'heure actuelle, ces cabinets sont maintenant à leur capacité maximum. Et, le départ en retraite de praticiens isolés, n'ayant que peu de chance de trouver dans ces conditions des successeurs, va dégrader la situation sur le territoire. Cependant, ces jeunes praticiens, comme ils le disent, n'ont pas vocation à recruter des consœurs ou confrères. Il s'agit probablement dans les prochaines années de s'inspirer des solutions mises en place dans les zones qui souffrent depuis plus longtemps afin de palier aux manques de médecins. Malgré la réticence perçue lors des entretiens, de plus en plus de cabinet franchissent le pas des assistants médicaux, des infirmiers Asalée. Cependant, l'infirmière de pratique avancée (IPA) semble être difficilement acceptée pour les

praticiens en ville comme le montre la série américaine Virgin River. Les premières promotions sont arrivées sur le marché du travail récemment, et les données sont donc encore actuellement très limitées. Pour la plupart, il s'agit de poste salarié dans des centres hospitaliers. Si la délégation de tâches est déjà largement répandue avec les paramédicaux, le transfert de compétence que représente l'IPA avec l'examen clinique et la prescription, est en revanche un obstacle notable.

Les Mauges représentent un territoire, comme tant d'autres en France, aux portes d'une période critique. Il me semble que la présence d'un panel de jeunes médecins dynamiques est un point essentiel pour permettre au territoire de s'adapter pour faire face aux prochaines années. La cohésion et le soutien obtenus par les groupes de paroles sont en cela un véritable atout pour fédérer, construire et innover ensemble.

CONCLUSION

La désertification médicale est aujourd’hui un enjeu sociétal en France. Les Mauges, territoire du Maine-et-Loire n’échappe pas à cette problématique croissante. L’objectif de ces travaux était de connaître les déterminants à l’installation des jeunes médecins dans les Mauges, il s’agissait également de les questionner sur leur avenir. Selon une méthodologie qualitative, 12 médecins ont été interrogés sur la période de Avril à Aout 2022. L’étude a permis de confirmer les données de la littérature sur les conditions d’installation recherchées : exercice de groupe ; présence d’un secrétariat et rythme de travail adapté. Leur exercice rural est guidé par leur lien à la ruralité dans leur enfance et le choix d’être médecin de famille. Concernant la zone géographique, elle semble majoritairement contrainte par des jeunes médecins propriétaires et qui souhaitent une distance travail-domicile raisonnable. Pour leur avenir, nombre d’entre eux sont inquiets devant le nombre croissant de patients. Cependant, la plupart ont déjà mis en place des solutions (assistants médicaux, infirmiers Asalée, et accueil d’externe ou interne). Les groupes de pairs sont pour eux un véritable soutien en cette période. Par ailleurs, la structuration des soins à l’échelle territoriale reste un obstacle car elle ne semble pas leur apporter de solution pour leur pratique quotidienne pour l’avenir. Les Mauges sont aujourd’hui à un moment charnière et la présence de jeunes médecins sera un atout pour s’adapter pour les prochaines années.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wallach D. *Numerus clausus - Pourquoi la France va manquer de médecin*. Springer France. 2011.
2. Loi n°71-557 du 12 Juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n°68-978 du 12 Novembre 1968 d'orientation sur l'enseignement supérieur. (J.O du 12-13 juillet 1971).
3. Deplaude M-O. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68. *Revue d'histoire de la protection sociale*. 2009;2:79-100.
4. Huguier M, Romestaing P. *Numerus clausus et démographie médicale en France*. *Bull Acad Natle Med* 2014 ;198 :1367-78.
5. Loi n°79-4 du 2 Janvier 1979 portant réforme de la loi n°68-978 du 12 Novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur et relative aux études de pharmacie et au statut des personnels enseignants des unités d'enseignement et de recherche pharmaceutiques.
6. Déplaude M-O. *La hantise du nombre. Une histoire du numerus clausus de médecine*, Les Belles lettres, Paris, 2015, 408 p.
7. Langlois J. La démographie médicale de 2003 à 2025. Difficultés présentes et à venir. *Bull Acad Natle Med*. 2004; 188: 475-93.
8. Dossier de Presse : Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. DREES. 2018.
9. OCDE. *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE. 2013.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

10. Dumontet M, Samson A-L ; Franc C ; comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice, Revue française d'économie. 2016. Vol. XXXI, issue 4, 221-267
11. Données ARS sur le Portail d'Accompagnement des Professionnels de santé, Pays de la Loire. Mise à jour le 04/08/2021. <https://www.paysdelaloire.paps.sante.fr/ou-minstaller-250>.
12. Données issues du site de Mauges Communauté.
<https://www.maugescommunaute.fr/une-communaute/le-territoire>.
13. Données INSEE concernant l'agglomération choletaise. 2021.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-200071678>
14. Davodeau E. Les Mauvaises Gens, Édition Delcourt, 2005 ;
15. Guilbert A. Histoire des villes de France, Volume 3, Édition Furne et Cie, 1845, p. 507.
16. Arnaud J-P, Aux origines des Mauges : l'étymologie au secours de l'histoire. Cahier des Mauges : la vie des gens et d'un pays. 2001. 1 : 13-16.
17. Rezone Médecin. Caisse nationale « de l'assurance maladie. 2021.
<http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoMed.html?reg=52>
18. Hasendalh S. Densité médicale le choc ? pour éviter le creux de 2028, une augmentation de 20% des étudiants formés serait souhaitable, le quotidien du médecin, article paru le 26/03/2021. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/densite-medicale-le-choc-pour-eviter-le-creux-de-2028-une-augmentation-de-20-des-etudiants-formes>.
19. Arnaud C et Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. Faculté de médecine de Grenoble. 2013.
20. Seisson P-E et Truchot V. Freins à l'installation des médecins généralistes : impact d'une journée d'information universitaire. Faculté de médecine de Marseille. 2022.

21. Carol G. Motivations des jeunes médecins à l'installation en milieu rural en région Pays de la Loire. Faculté de médecine de Nantes. 2014.
22. Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine ? Une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine. Faculté de médecine de Nancy. 2016.
23. Meunier J-B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon. Faculté de médecine de Lyon. 2014.
24. Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013. Faculté de médecine d'Angers. 2015.
25. Polton D, Chaput H, Portela M, Laffeter Q et Millien C. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale. Les dossiers de la DREES. N°89. Dec 2021.
26. Vincent J. Milieu rural et souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Revue Pour. 2012. 214 : 131-138.
27. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B et Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Etudes et Résultats. DREES. N° 1113. Mai 2019.
28. Rassu C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France : une revue systématique de la littérature. Faculté de Poitiers. 2016.
29. Fédération nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Cartographies des CPTS en région. Mise à jour le 10/01/2023. <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts>.
30. Bras P-L. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis. Pratiques et Organisation des Soins. 2011. 42: 27-34.

31. Imbaud C, Garassus P, André J-M et Langevin F. Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren. *Santé Publique* 2016. 28 :555-568.
32. Fauchier-Magnan E, et Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé : Appui à la DGOS. RAPPORT IGAS N°2018-041R. 2018.
33. Gattuso C. CPTS : très critiques, les généralistes ne sont pas prêts à s'engager, selon notre enquête. *Revue Le généraliste*. Sept 2019. <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/cpts-tres-critiques-les-generalistes-ne-sont-pas-prets-sengager-selon-notre-enquete>.
34. Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Markham, F. W., Santana, A. J. Increasing the Supply of Rural Family Physicians: Recent Outcomes From Jefferson Medical College's Physician Shortage Area Program (PSAP). *Academic Medicine*. 2011. 86(2), 264-269.
35. Pathman D.E, Konrad T.R, et Ricketts T.C. The comparative rétention of national Health Service Corps ans other rural physicians Résults of a 9-years follow-up study. *JAMA*. 1992. 268 (12) : 1552-1558.
36. Bärnighausen, T., et Bloom, D.E. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2009. 9 (1) : 86.
37. Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclu avec les étudiants et internes en Médecine et en Odontologie. CNG. 2022. https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-07/Bilan_CESP2022_VFinale.Pdf.
38. Capaldi Dumont M. Impact du contrat d'engagement du service public sur l'installation des jeunes médecins généralistes en France. *Faculté de Médecine de Nancy*. 2017.

39. Augros S. Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. Rapport du Déléguée Nationale à l'accès aux soins. Sept 2019.
40. Données issues du site Ameli.fr de la Caisse primaire d'assurance maladie. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>. Jan 2023.
41. Barlet M., Coldefy M., Colli C., et Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. DREES, Etudes et Résultats. 2012 (795).
42. Ono T., Schoenstein M., & Buchan J., 2014. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses, OECD Health Working Papers 69, OECD Publishing.
43. Freschi A., et Vigier P. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain. Assemblée nationale. 2018.
44. Fournier M-A. Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée : politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec. Montréal, Québec. Université de Montréal. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. 2004.
45. Cartosanté. Site géré par l'ARS. Mise à jour 2022. <https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Issue du site le club de Médiapart. Chapitre 1 - 1983, Diminution du numérus clausus et dotation globale	5
Figure 2 : Répartition des médecins généralistes actifs de moins de 70 ans sur le territoire français en 2012 et 2021	6
Figure 3 : Zonage ARS des Pays de la Loire datant de 2020	7
Figure 4 : Projection concernant la démographie médicale à partir de 2020 selon les données de la DREES	9
Figure 5 : Répartition des participant de l'étude sur le territoire des Mauges	13

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée	12
---	----

Table des matières

PLAN	1
RESUME.....	3
INTRODUCTION	4
1. Du numérus clausus à la désertification médicale.....	4
2. Territoire des Mauges et démographie médicale	8
3. Les freins à l'installation en zone sous-dotée.....	9
4. Questions de thèse	10
METHODES	11
RESULTATS	12
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	12
1.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	12
1.2. Caractéristiques d'activité professionnelle	12
2. LES DETERMINANTS A L'INSTALLATION DANS LES MAUGES	14
2.1. Pourquoi la médecine rurale	14
2.1.1. Etre médecin généraliste.....	14
2.1.2. Fuir l'hôpital et la médecine de ville.....	14
2.1.3. L'attrait de la médecine rurale	16
2.2. L'ancrage et l'opportunité	19
2.2.1. Le lien au territoire	19
2.2.2. L'opportunité d'installation.....	21
2.2.3. L'avantage du réseau	22
2.3. Une qualité d'exercice	22
2.3.1. Un groupe de médecins et des valeurs.....	22
2.3.2. Des bases d'exercice : secrétariat et rythme de travail.....	24
2.3.3. Un travail d'équipe pluridisciplinaire.....	25
2.4. Allier travail et qualité de vie.....	26
2.4.1. Un travail à distance raisonnable.....	26
2.4.2. Un travail à distance de la vie personnelle.....	27
2.4.3. Une qualité de vie.....	28
2.5. L'installation : démarches et aides	28
2.5.1. Les démarches administratives.....	28
2.5.2. Les aides à l'installation	29
3. LE DESERT MEDICAL DES MAUGES	30
3.1. Une démographie médicale en difficulté	30
3.1.1. Encore une vague de départ en retraite.....	30
3.1.2. Manque de remplaçants	31
3.1.3. Manque de spécialiste.....	32
3.2. Les tensions au sein du cabinet	33
3.2.1. Difficulté de refus des patients.....	33
3.2.2. Gestion des consultations et gardes.....	34
3.3. Particularité des Mauges	35
3.3.1. Un réseau de médecins solidaires.....	35
3.3.2. Les Mauges, triangle géographique	36

4. AVENIR ET DYNAMIQUE DU TERRITOIRE	37
4.1. Perception sur leur avenir	37
4.1.1. Une inquiétude pour les prochaines années	37
4.1.2. Une envie de poursuivre son travail.....	37
4.2. Les actions déjà en place	38
4.2.1. Accueillir et former les futurs médecins.....	38
4.2.2. Evolution des pratiques.....	39
4.2.3. Poursuivre les projets	40
4.3. Quelles solutions selon eux pour demain.....	41
4.3.1. Combattre les préjugés par la formation	41
4.3.2. Favoriser l'installation	41
4.3.3. Réguler les demandes et déléguer les tâches	42
DISCUSSION	44
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	52
LISTE DES FIGURES	57
LISTE DES TABLEAUX	57
ANNEXES.....	I
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	I
Annexe 2 : Résumé des entretiens auprès des médecins généralistes.....	II
Annexe 2.1 : Entretien M1	II
Annexe 2.2 : Entretien M2	III
Annexe 2.3 : Entretien M3	IV
Annexe 2.4 : Entretien M4	V
Annexe 2.5 : Entretien M5	VI
Annexe 2.6 : Entretien M6	VII
Annexe 2.7 : Entretien M7	VIII
Annexe 2.8 : Entretien M8	IX
Annexe 2.9 : Entretien M9	X
Annexe 2.10 : Entretien M10	XI
Annexe 2.11 : Entretien M11	XII
Annexe 2.12 : Entretien M12	XIII

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Canevas entretien

Thèse Pauline RESNIER

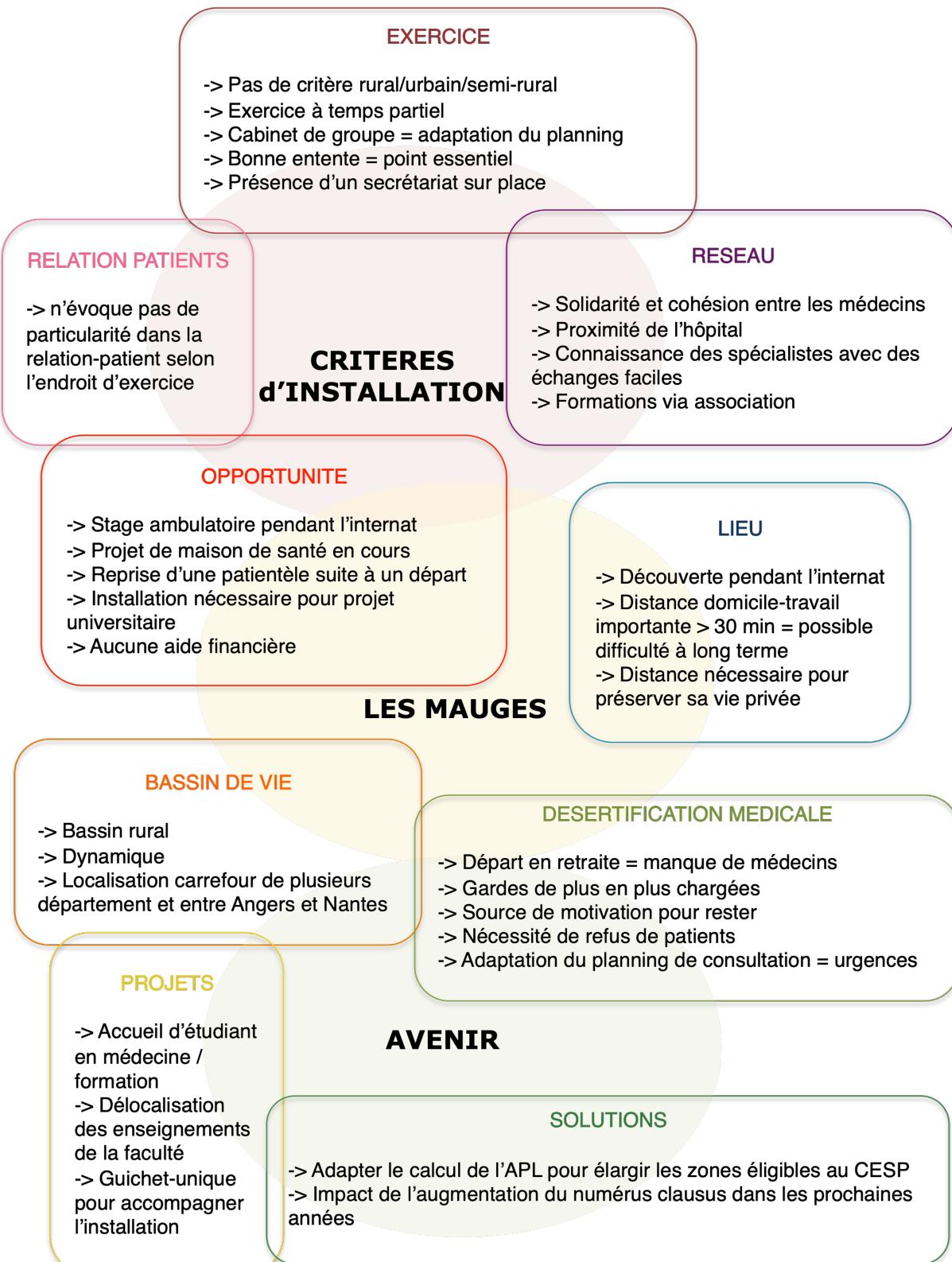
Date :

<p>NOM Prénom Age/DDN Année thèse Année installation Lieu installation</p>		<p>CODE ANONYMAT</p> <p>ENTRETIEN Heure de début : Lieu de l'entretien : Personne présente :</p>
<p>Présentation RAPPEL sur le consentement</p> <p style="text-align: right;"><i>remarques durant l'entretien</i></p>		
<p>1er AXE</p> <p>Qu'est ce qui a fait dans votre parcours de vie que vous vous êtes installé dans les Mauges ?</p> <p>Pouvez vous me raconter ce qui dans votre parcours de vie à influer sur votre installation ici au sein des Mauges ?</p> <p>quels arguments vous ont convaincus à vous installer ici ?</p> <p>quels sont les choses qui auraient été un bonus à votre installation ?</p>		
<p>2ème AXE</p> <p>En quoi, une installation de votre cabinet, ici à XXX, répond-t-elle aux critères que vous aviez pour votre installation ?</p> <p>Comment décririez-vous vos conditions de travail ?</p> <p>avez vous imaginez, murit ce projet longtemps avant votre installation ?</p> <p>Où vous voyez vous dans quelques années ?</p>		
<p>3ème AXE</p> <p>Selon vous, quand est-il de la démographie médicale actuelle dans les mauges ? Et comment voyez-vous l'avenir ?</p> <p>Etes vous optimiste ou pessimiste sur la démographie médicale dans les Mauges ?</p> <p>Comment vous sentez vous dans la situation actuelle ? Par rapport à ce que vous imaginez, la situation est pire ou mieux ?</p> <p>qu'est ce qui vous fait rester ?</p>		
<p>4ème AXE</p> <p>Pensez-vous que les medecins installés ont un rôle à jouer dans l'attractivité d'un territoire à l'installation de jeunes medecins ?</p> <p>si oui, comment pensez vous pouvoir agir ?</p> <p>Vous sentez vous concerné au recrutement de nouveau medecin ?</p>		
<p>5ème AXE</p> <p>Quel est l'impact de la démographie médicale dans votre pratique ? Comment voyez vous l'avenir ?</p> <p>selon vous, comment améliorer les choses ?</p>		
<p>Dernière question</p>	<p>Avez vous une remarque dont vous souhaitez exprimer sur cette thématique des jeunes medecins installés au sein des Mauges ?</p>	

Annexe 2 : Résumé des entretiens auprès des médecins généralistes

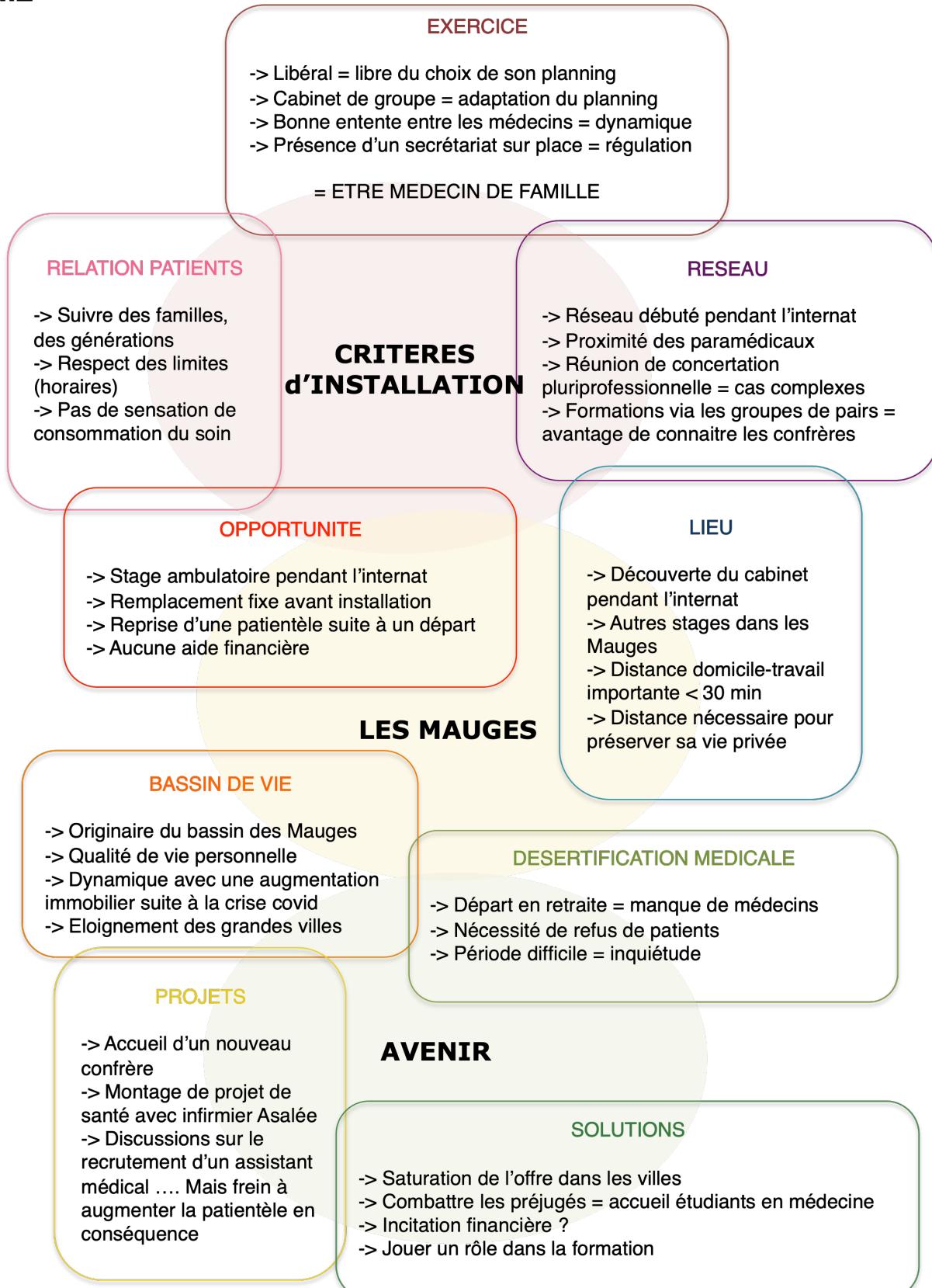
Annexe 2.1 : Entretien M1

M1



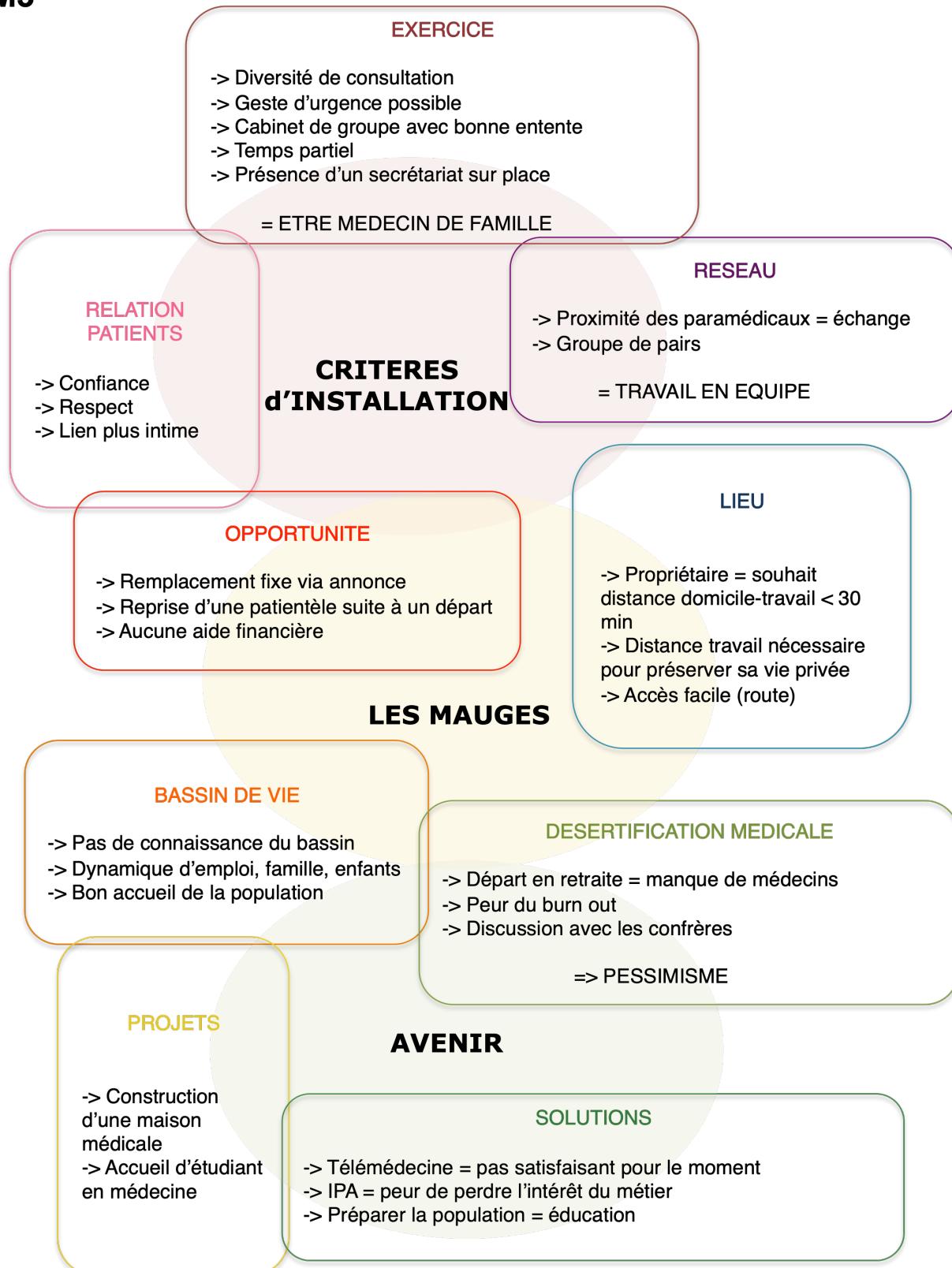
Annexe 2.2 : Entretien M2

M2



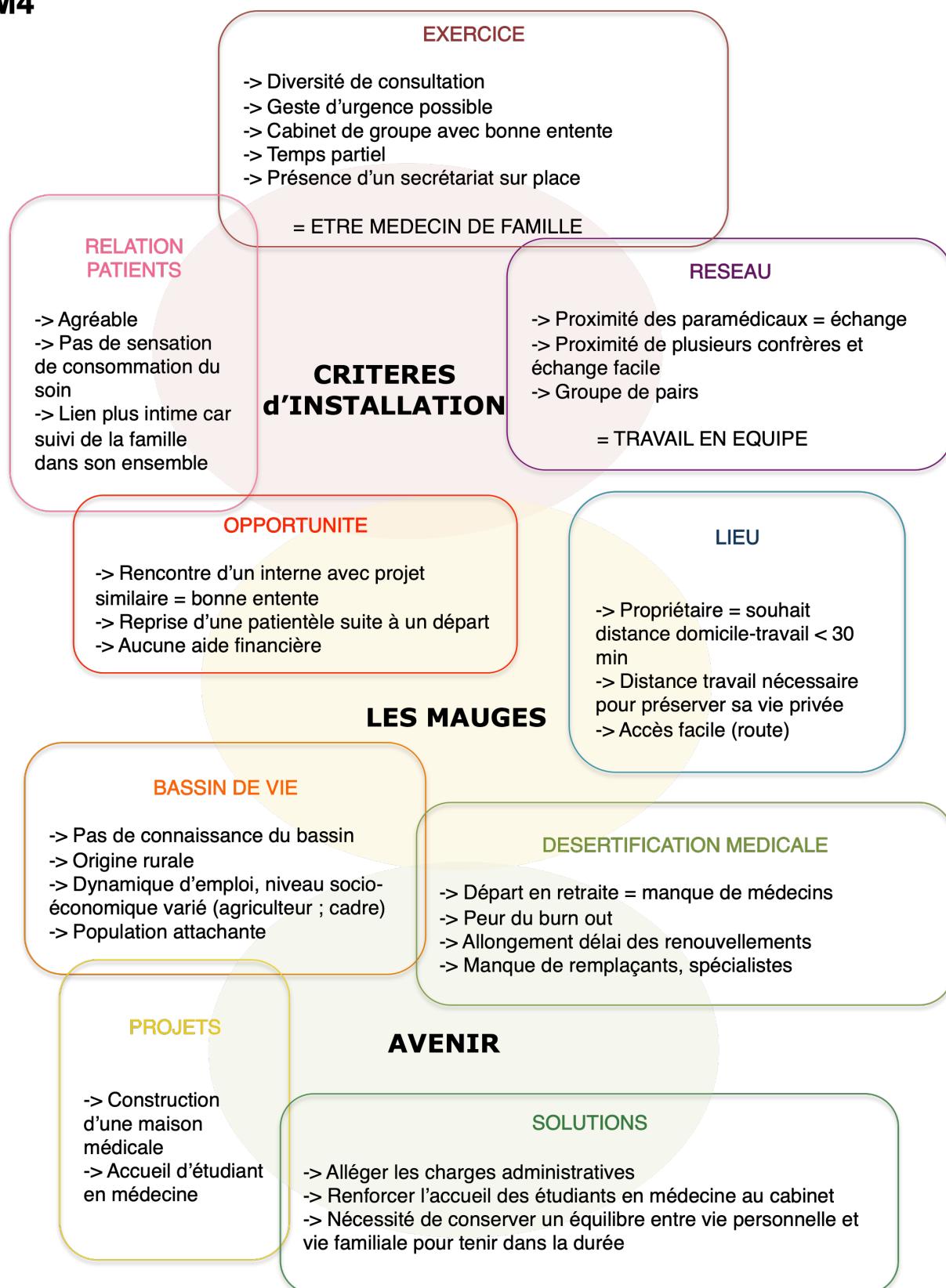
Annexe 2.3 : Entretien M3

M3



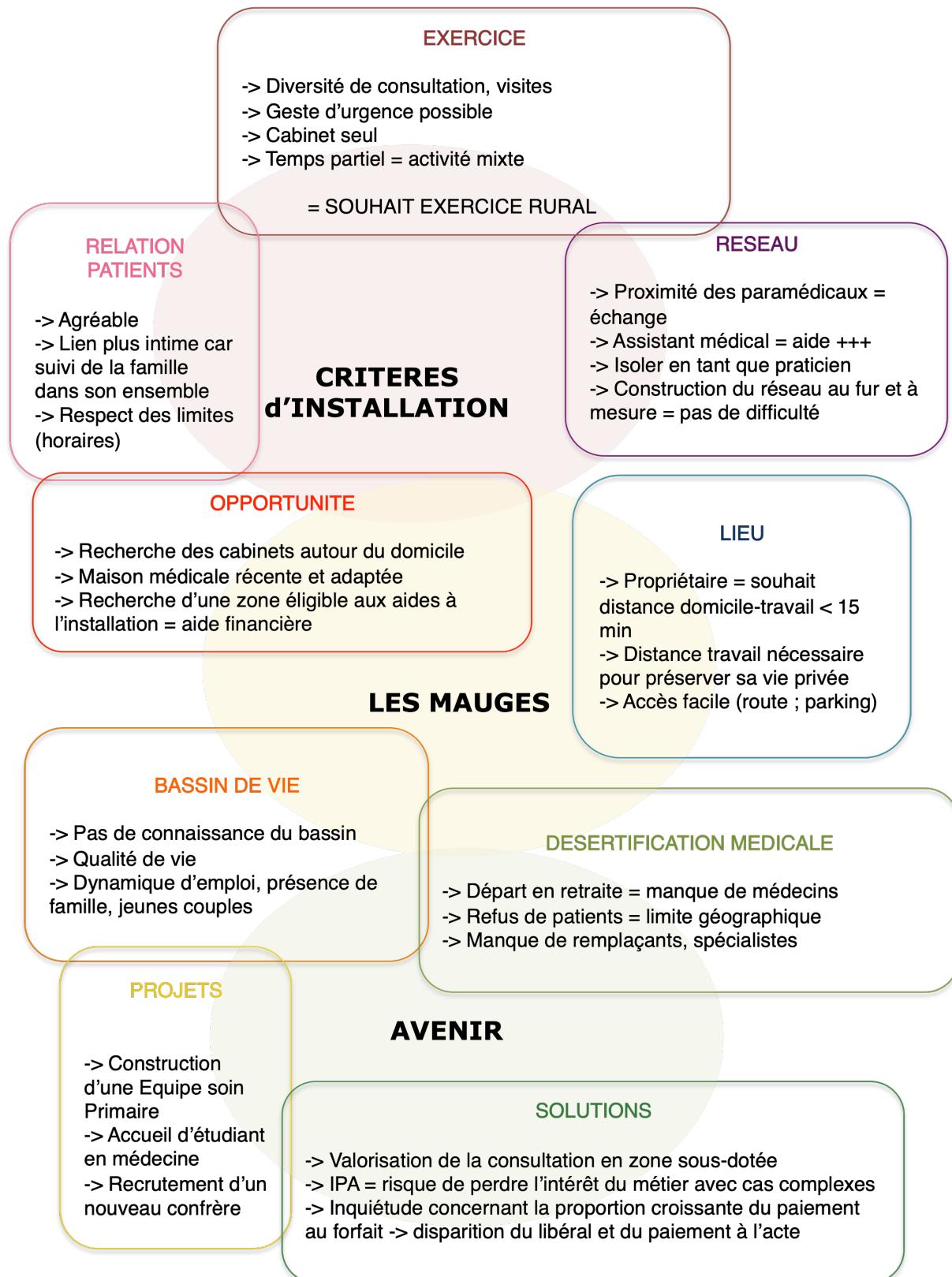
Annexe 2.4 : Entretien M4

M4



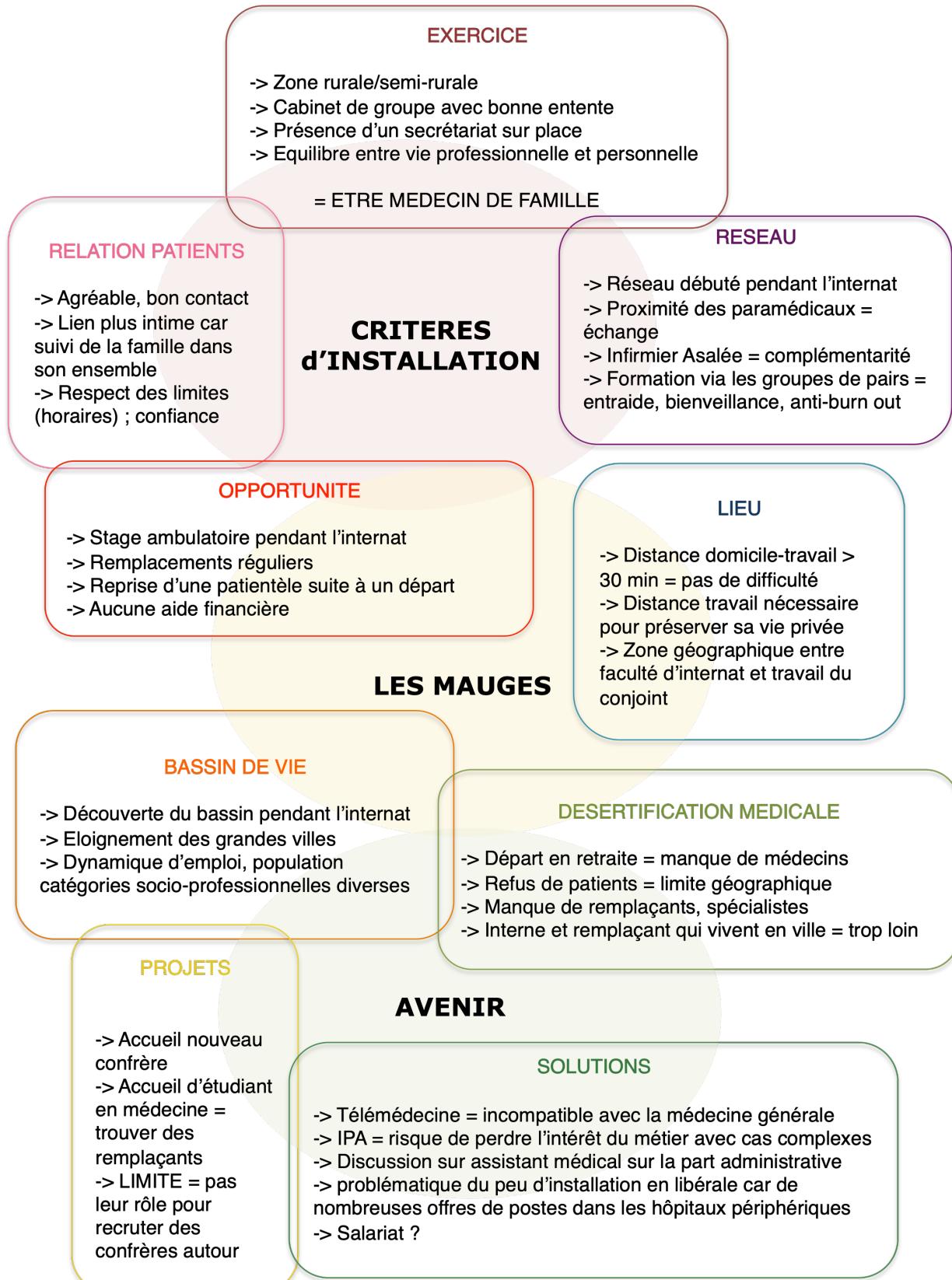
Annexe 2.5 : Entretien M5

M5



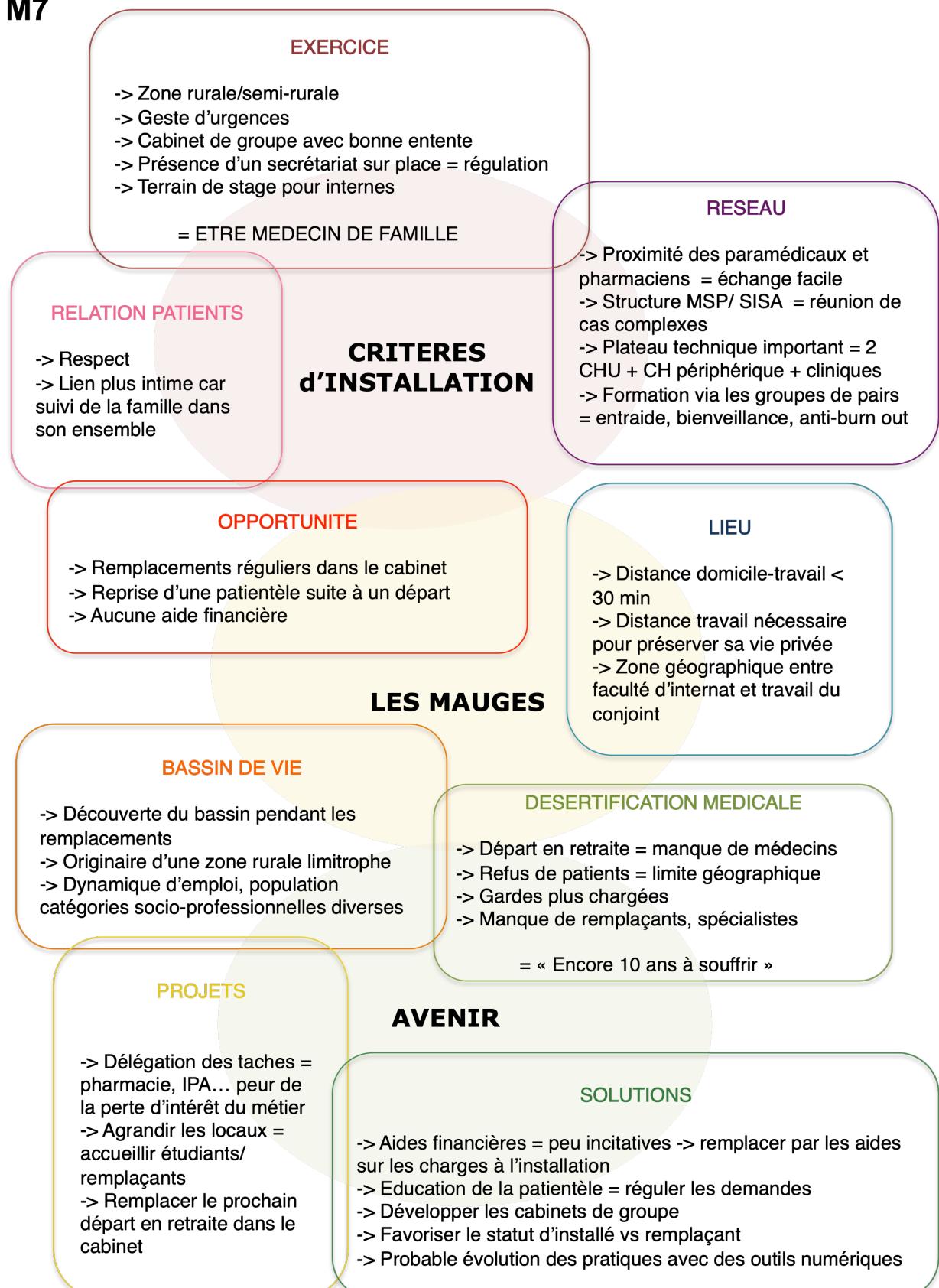
Annexe 2.6 : Entretien M6

M6



Annexe 2.7 : Entretien M7

M7



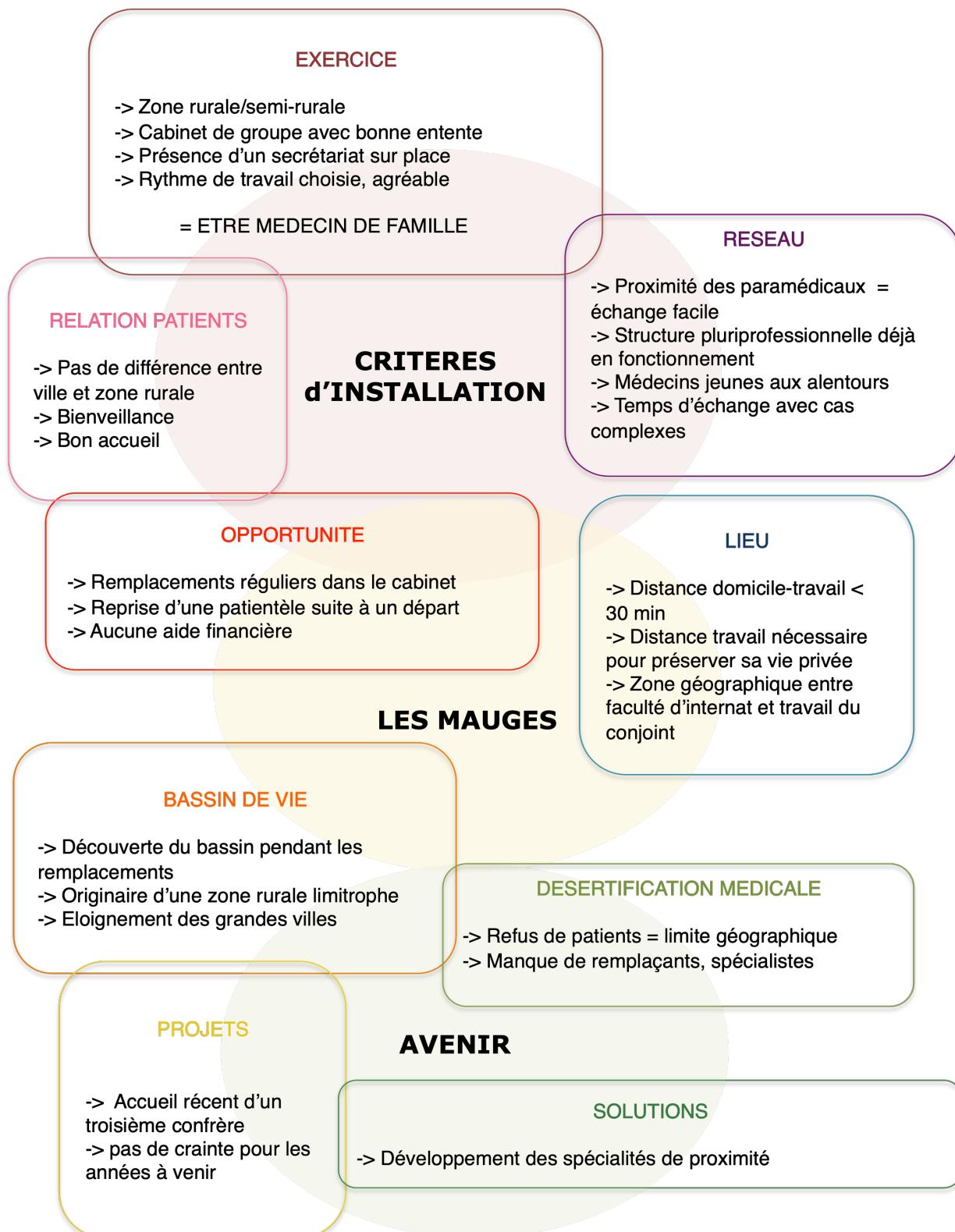
Annexe 2.8 : Entretien M8

M8



Annexe 2.9 : Entretien M9

M9



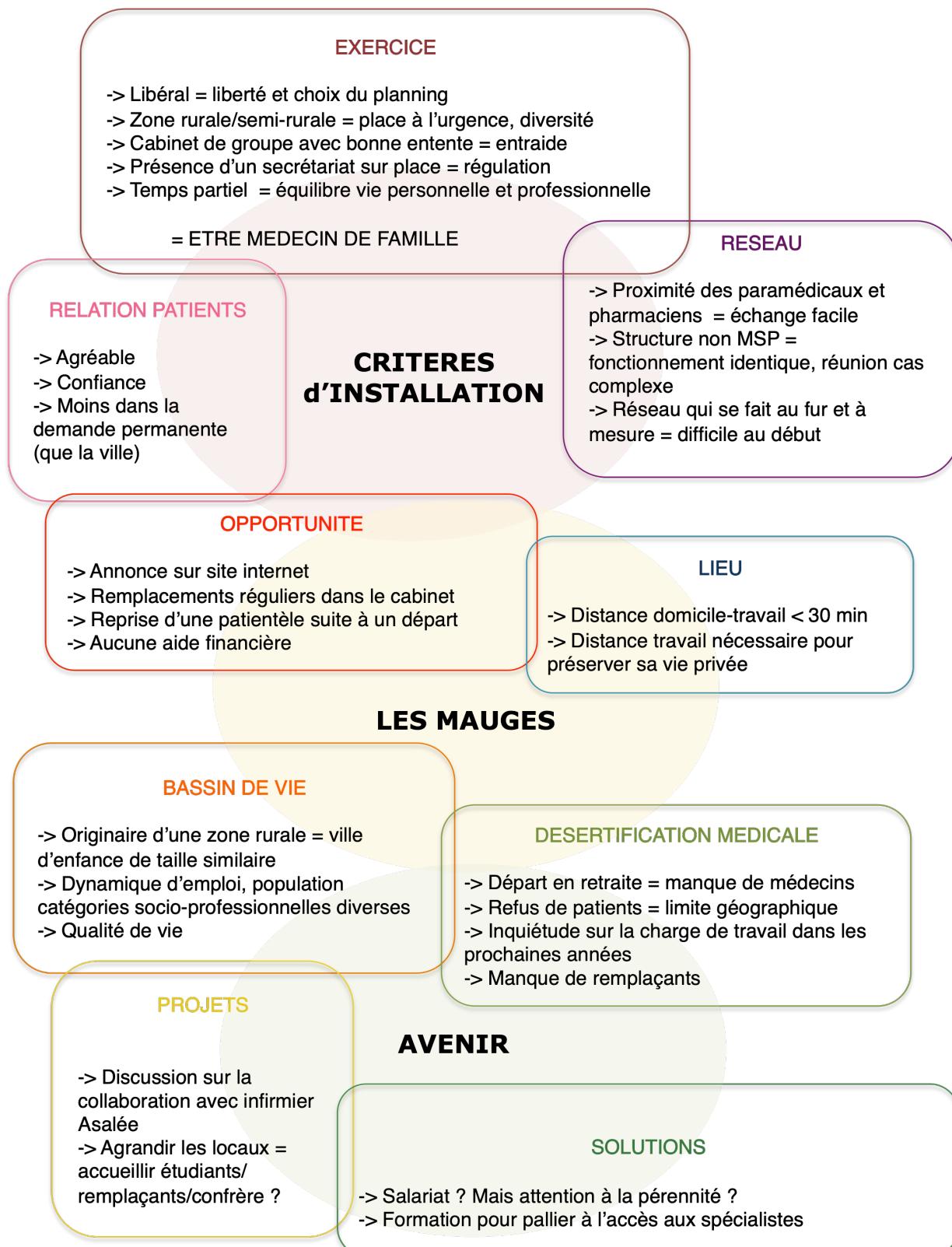
Annexe 2.10 : Entretien M10

M10



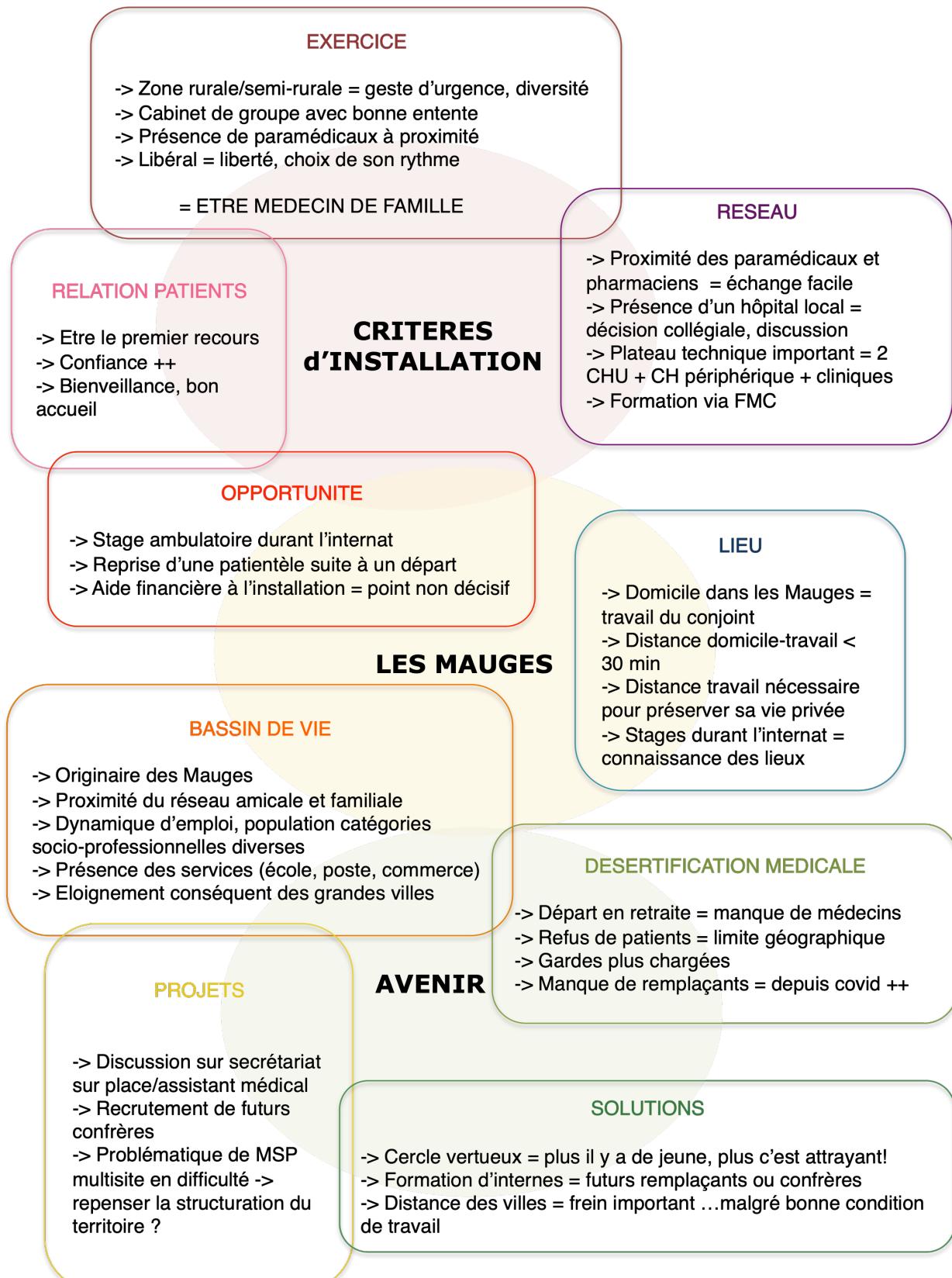
Annexe 2.11 : Entretien M11

M11



Annexe 2.12 : Entretien M12

M12



Déterminants à l'installation des jeunes médecins dans les Mauges

La désertification médicale est aujourd’hui un enjeu sociétal en France. Les Mauges, territoire du Maine-et-Loire n’échappe pas à cette problématique croissante. L’objectif de ces travaux était de connaître les déterminants à l’installation des jeunes médecins dans les Mauges et de les questionner sur leur avenir. Selon une méthode qualitative avec un guide d’entretien établi, des médecins installés depuis moins de 10 ans dans les Mauges ont été sollicités.

L’étude a permis d’interroger douze médecins âgés de 35,5 ans en moyenne et comprenant 75% de femmes. Il s’agit en totalité de primo-installé depuis 4 années en moyenne. Leur motivation se centre sur leur choix de la médecine rurale familiale avec une relation de confiance renforcée, pour ces médecins qui se définissent d’origine rurale. Sur leur condition d’exercice, leurs critères sont en accord avec la littérature : exercice de groupe, présence d’un secrétariat et distance souhaitée mais raisonnable du domicile (<30min). Concernant leur lien avec les Mauges, ils sont : soit issus des Mauges, soit ils ont réalisé leur stage ou remplacement sur le territoire. Ce choix des Mauges est principalement orienté par la proximité de leur domicile, dont ils sont propriétaires. L’installation a été permise dans la grande majorité des cas suite à un départ d’un praticien avec une reprise de patientèle. Les aides financières n’ont pas influencé ces médecins.

Quant à leur avenir, ces médecins sont bien conscients des difficultés qui s’annoncent pour les dix prochaines années. Ils restent cependant capables de se projeter dans leur cabinet. Ils poursuivent leur dynamique afin de s’adapter à la situation que les attend avec le développement des cabinets, le recrutement d’infirmiers Asalée, ou encore d’assistants médicaux. Leurs solutions pour attirer se concentrent sur l’accueil d’internes, afin de combattre les préjugé, et ayant l’avantage de fournir à court terme des potentiels remplaçants, et voir de futurs confrères.

Le territoire des Mauges est donc aujourd’hui à une période charnière. Ces jeunes médecins, qui se soutiennent grâce aux groupes de pairs, seront essentiels pour consolider et développer une communauté médicale.

Mots-clés :

Désert médical ; Mauges ; médecins généralistes ; déterminants ; installation

Determinants of young general doctors settlement in less-favoured areas : the Mauges

Medical desertification is now a societal issue in France. Mauges, a territory of Maine-et-Loire, is no exception to this growing problem. The objective of this study was to identify the determinants which led the general doctors to settle their practice in the Mauges and question them about their future. According to a qualitative method with an established interview guide, doctors, established for less than 10 years in Mauges, have been contacted. During the study, twelve doctors have been interviewed, 35.5 years old average and including 75% of women. All of them are first-installed for an average of 4 years. For these rural-origin doctors, their first motivation is focused on their choice of rural family medicine characterized by a relationship of trust. Regarding their medical practice’s conditions, their criteria are in line with the literature: practice with other doctors, presence of an administrative secretariat, and reasonable distance from home (less than 30 min). Regarding their link with Les Mauges’ territory, they are: either originally from the Mauges, or they completed their internship or replacement in this area. Their choice of location is mainly decided by the proximity of their home, houses they own. In most cases, a doctor’s retirement leaving his patients’ list enabled the new young doctors to settle in. In this case, financial support did not influence doctors. As for their future, they are well aware of the difficulties for the next ten years. However, they are still able to project themselves into their practice. They continue their efforts to adapt to the situation by developing practices, recruiting Asalée nurses, or medical assistants. To attract more, they welcome interns in order to combat prejudice. In this way, it will allow them to prove their practice with replacements in the short term.

The territory of the Mauges is therefore today at a pivotal time. The presence of these young doctors, who support each other through peer groups, will be crucial in consolidating and developing a medical community.

Keywords :

General doctors ; desertification ; determinant ; settlement ; futur