

2016-2017

THÈSE

pour le

DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

**ÉTUDE DES DÉTERMINANTS DE L'INSTALLATION
LIBÉRALE ET AMBULATOIRE DES JEUNES
SPÉCIALISTES DE SECOND RECOURS
NOTAMMENT DANS UNE ZONE RURALE À FAIBLE
DENSITÉ MÉDICALE**

Étude qualitative chez des internes de la faculté d'Angers

Hélène PAVIOT

Née le 5 juin 1987, à Rouen (76)

Pierre HENNEBELLE

Né le 20 novembre 1985, à Saint-Saulve (59)

Sous la direction du Docteur Mohammad-Bassam SAMMOUR

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Président
Monsieur le Professeur COUTANT Régis	Membre
Madame le Docteur ANGOULVANT Cécile	Membre
Monsieur le Docteur DIMA François	Membre
Monsieur le Docteur GUINEBERTEAU Clément	Membre

Soutenue publiquement le :
31 août 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Nous, soussignés Hélène PAVIOT et Pierre HENNEBELLE déclarons être pleinement conscients 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, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signés par les étudiants le **30/06/2017**

REPARTITION DU TRAVAIL ENTRE LES AUTEURS

Recherche bibliographique, élaboration du guide d'entretien, transcriptions, codages, rédaction des différentes parties par les deux auteurs.

Organisation du travail, contacts téléphoniques avec les internes, figures, tableaux et mise en page par Hélène Paviot.

Entretiens avec les internes par Pierre Hennebelle.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Connan
Vous nous faites l'honneur de présider notre jury, acceptez pour cela notre sincère reconnaissance.

Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Coutant, Madame le Docteur Angoulvant, Monsieur le Docteur Dima, Monsieur le Docteur Guineberteau
Vous nous faites l'honneur de juger notre travail, soyez assurés de toute notre gratitude.

À notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Sammour
Vous nous avez fait l'honneur de diriger notre travail de thèse, nous vous sommes reconnaissants pour l'aide et le temps que vous nous avez consacrés.

Aux internes qui ont participé à nos entretiens.

À nos relecteurs attentifs.

À nos maîtres de stage.

À nos collègues.

À nos familles.

À nos amis.

À notre fils, Olivier.

LISTE DES ABREVIATIONS

DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ORL	oto-rhino-laryngologie ou oto-rhino-laryngologue
DES	diplôme d'état spécialisé
M	masculin
F	féminin
CSP+	catégorie socioprofessionnelle supérieure
NC	non concerné
PH	praticien hospitalier
CHU	centre hospitalo-universitaire
CH	centre hospitalier
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
ECN	épreuves classantes nationales
PDS	permanence des soins

PLAN

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Choix de la méthode de recherche**
- 2. Constitution de l'échantillon**
- 3. Recueil de données**
- 4. Analyse**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de l'échantillon**
- 2. Perception de l'exercice libéral**
 - 2.1. Une recherche d'indépendance
 - 2.2. Un exercice médical différent
 - 2.3. La gestion administrative
 - 2.4. Les aspects financiers
 - 2.5. L'installation en libéral
- 3. Vision de l'exercice futur**
 - 3.1. Le temps de travail
 - 3.2. Travailler à plusieurs
 - 3.3. La permanence des soins
 - 3.4. Une activité mixte souvent recherchée
 - 3.5. Le choix de la spécialité
- 4. Le lieu d'installation**
 - 4.1. Le choix de la ville d'internat
 - 4.2. Le type d'environnement recherché
 - 4.3. La vision de l'exercice dans une zone rurale à faible densité médicale
 - 4.4. Les aides à l'installation
- 5. Formation à l'exercice libéral et ambulatoire**
 - 5.1. Une formation médicale hospitalo-centrée
 - 5.2. Le stage ambulatoire
 - 5.3. Les remplacements
 - 5.4. Connaissance en dehors du parcours de formation
 - 5.5. Une vision de l'avenir encore imprécise
- 6. La Mayenne, représentation d'un territoire rural**
 - 6.1. Des représentations plutôt négatives
 - 6.2. Un territoire méconnu

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Principaux résultats**
- 2. Critique de la méthode**
- 3. Discussion des résultats**
 - 3.1. Des conditions d'exercice idéalisées
 - 3.2. Un souhait de regroupement
 - 3.3. L'importance de rester branché... sur l'hôpital
 - 3.4. Une formation laissant peu de place à l'élaboration d'un projet professionnel ambulatoire
 - 3.5. La recherche d'un environnement urbain et la mauvaise image des zones sous-denses et rurales
- 4. Conclusion**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXE 1

INTRODUCTION

La démographie médicale est un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir et préoccupe tout autant les citoyens, les praticiens et les pouvoirs publics.

Dans le système de soins français qui repose sur une architecture mixte entre monde hospitalier et médecine de ville, la médecine libérale spécialisée de proximité joue un rôle majeur d'expertise efficace et rapide auprès des patients, comme le souligne un rapport ministériel sur la médecine spécialisée [1].

Les délais de consultations en médecine de ville se sont allongés depuis 2012, surtout pour les spécialités d'organe. Ces difficultés pour obtenir un rendez-vous sont un motif de renonciation aux soins pour certains patients [2].

Pour les médecins généralistes installés en ambulatoire, la présence de spécialistes de second recours en libéral est essentielle pour assurer le suivi correct des patients, surtout avec l'augmentation des suivis de maladies chroniques [3]. Le départ dans les prochaines années de nombreux praticiens libéraux qui ne seront pas remplacés préoccupe les instances ordinaires [4].

Les pouvoirs publics prennent peu à peu conscience de l'importance de la médecine spécialisée dans les soins de proximité [1][5]. Un important travail de réflexion est en cours sur l'organisation de la médecine spécialisée et du second recours [6].

Les dernières projections de la DRESS concernant l'évolution de la démographie médicale en France font état d'une augmentation du nombre de médecins d'ici à 2020, dans l'hypothèse d'un maintien des comportements actuels et en prenant en compte les installations de médecins étrangers qui ont permis de compenser certains départs en retraite de praticiens. La proportion de médecins exerçant exclusivement en libéral poursuivrait son déclin, passant de 47% en 2016 à 38% en 2040. Jusqu'en 2025, les effectifs de médecins augmenteraient moins que les besoins de soins de la population

(augmentation et vieillissement de la population française). Dans le même temps le volume de soins par médecin diminuerait du fait du changement générationnel [7].

Entre 2004 et 2014, le nombre de médecins libéraux est resté à peu près stable, mais leur répartition sur le territoire était inégale [8]. La démographie globale serait suffisante, mais les écarts de densités départementales varient de 1 à 2 pour les généralistes, et sont encore plus importants pour les spécialistes [9].

Le département de la Mayenne est concerné par ces problématiques. En Mayenne seul 9% des spécialistes d'organe installés (tous modes d'exercices confondus) exerçant en 2015 avaient moins de 40 ans, et 33% avaient plus de 60 ans [10]. Depuis 2000, la Mayenne a perdu 13 spécialistes d'organe installés en libéral, tandis qu'elle compte 54 spécialistes supplémentaires exerçant en salariat [4].

Pour ce travail, nous nous sommes intéressés à six spécialités de second recours qui nous semblaient importantes dans notre exercice en médecine de ville, et dont certaines présentent des difficultés de renouvellement à court terme sur notre territoire: cardiologie, dermatologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), pneumologie, hépato-gastro-entérologie, et rhumatologie. Pour ces spécialités, la densité médicale des praticiens libéraux pour 100 000 habitants est en Mayenne inférieure à la moyenne nationale ainsi qu'à la moyenne régionale (tableau I). La rhumatologie, la dermatologie et l'ORL sont les spécialités pour lesquelles les prévisionnels sont les plus défavorables en terme d'effectifs au niveau national [11].

Tableau I: Densité de praticiens libéraux pour 100 000 habitants, au niveau départemental, régional et national (source: données 2017 de la démographie médicale interactive [12])

	département Mayenne	région Pays de Loire	national
dermatologues	1,6	3,2	4,1
cardiologues	2,5	5,0	6,8
gastro-entérologues	1,6	3,7	4,0
ORL	1,6	2,4	2,8
pneumologues	0	2,6	3,5
rhumatologues	1,3	2,1	2,6

L'objectif du présent travail était d'explorer les déterminants d'une installation en médecine de ville chez les internes futurs spécialistes de second recours.

L'objectif secondaire était d'explorer la vision d'une installation dans un département rural à faible densité médicale comme la Mayenne.

MÉTHODES

1. Choix de la méthode de recherche

Pour cette thématique, une étude qualitative semblait la meilleure manière de permettre une approche personnalisée du projet professionnel de chaque interne interrogé.

Nous avons interrogé des internes puisqu'ils représentent les médecins spécialistes de second recours de demain. Nous nous sommes limités aux internes de la faculté d'Angers, dont dépend le département de la Mayenne.

2. Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient d'une part d'être interne en cours de cursus de formation pour les diplômes d'études spécialisées (D.E.S.) de cardiologie, dermatologie, ORL, pneumologie, hépato-gastro-entérologie, et rhumatologie, à la faculté de médecine d'Angers, et d'autre part d'envisager un exercice en libéral et ambulatoire au moins à temps partiel. Il n'y avait pas de critère d'ancienneté de semestre. L'échantillon a été constitué au fur et à mesure de l'enquête, jusqu'à saturation des données.

Nous avons contacté les internes inscrits dans les D.E.S. concernés en fonction des coordonnées dont nous disposions par nos connaissances personnelles, puis par effet « boule de neige », les internes nous communiquant certains numéros de leurs collègues. Un contact était pris au téléphone pour exposer le sujet de notre travail, puis nous leur posions la question suivante: « Envisages-tu un exercice en libéral et ambulatoire, même à temps partiel? ». En cas de réponse positive, un rendez-vous pour un entretien était proposé.

3. Recueil de données

Le recueil de données se faisait par des entretiens individuels semi-structurés avec enregistrement audio. Treize entretiens physiques et un entretien téléphonique ont été réalisés entre le 29/05/2016 et le 06/06/2017.

Les participants étaient informés au préalable que les entretiens étaient enregistrés dans le but de les transcrire, et ont été assurés de la préservation de leur anonymat.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des travaux antérieurs traitant de l'installation en libéral, et a évolué après les premiers entretiens.

4. Analyse

Les verbatim ont été retranscrits. Il n'était pas possible de les anonymiser suffisamment, de nombreuses informations pouvant permettre d'identifier les internes qui sont peu nombreux dans chaque promotion. Par conséquent les verbatim ne sont pas joints aux annexes de ce travail.

Les données ont été codées et analysées de manière thématique par les deux chercheurs, avec l'aide d'un tableur Excel. Une triangulation des données a été réalisée après chaque codage. Les catégories ont été consolidées en fin de recueil des données.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons interrogé quatorze internes de la faculté de médecine d'Angers répartis dans les six spécialités étudiées.

Ceux-ci étaient sélectionnés à partir de l'ensemble des internes de spécialité sur leur intérêt pour un éventuel exercice libéral et ambulatoire au moins à temps partiel.

Les données semblaient saturées au bout de onze entretiens mais nous avons poursuivi ceux-ci afin de confirmer la saturation et de disposer d'au moins deux entretiens par spécialité étudiée. Cet objectif n'a pas pu être atteint pour les internes de gastro-entérologie, chez lesquels nous n'avons réussi à obtenir qu'un seul entretien.

Tableau II: Répartition des internes sollicités pour participer à l'étude

spécialité	internes dans la promo au 1 ^{er} semestre 2016	internes sollicités par téléphone	internes non intéressés par l'exercice libéral	refus de participer à l'étude	réponses positives	entretiens effectués
cardiologie	15	7	5	0	2	2
dermatologie	9	5	0	0	5	4
gastro-entérologie	12	6	3	2	1	1
ORL	5	3	1	0	2	2
pneumologie	11	11	5	0	6	3
rhumatologie	8	2	0	0	2	2
TOTAL	60	34	14	2	18	14

La majorité des internes interrogés était en couple, avec dans la moitié des cas un conjoint médecin également ; aucun n'avait encore d'enfant.

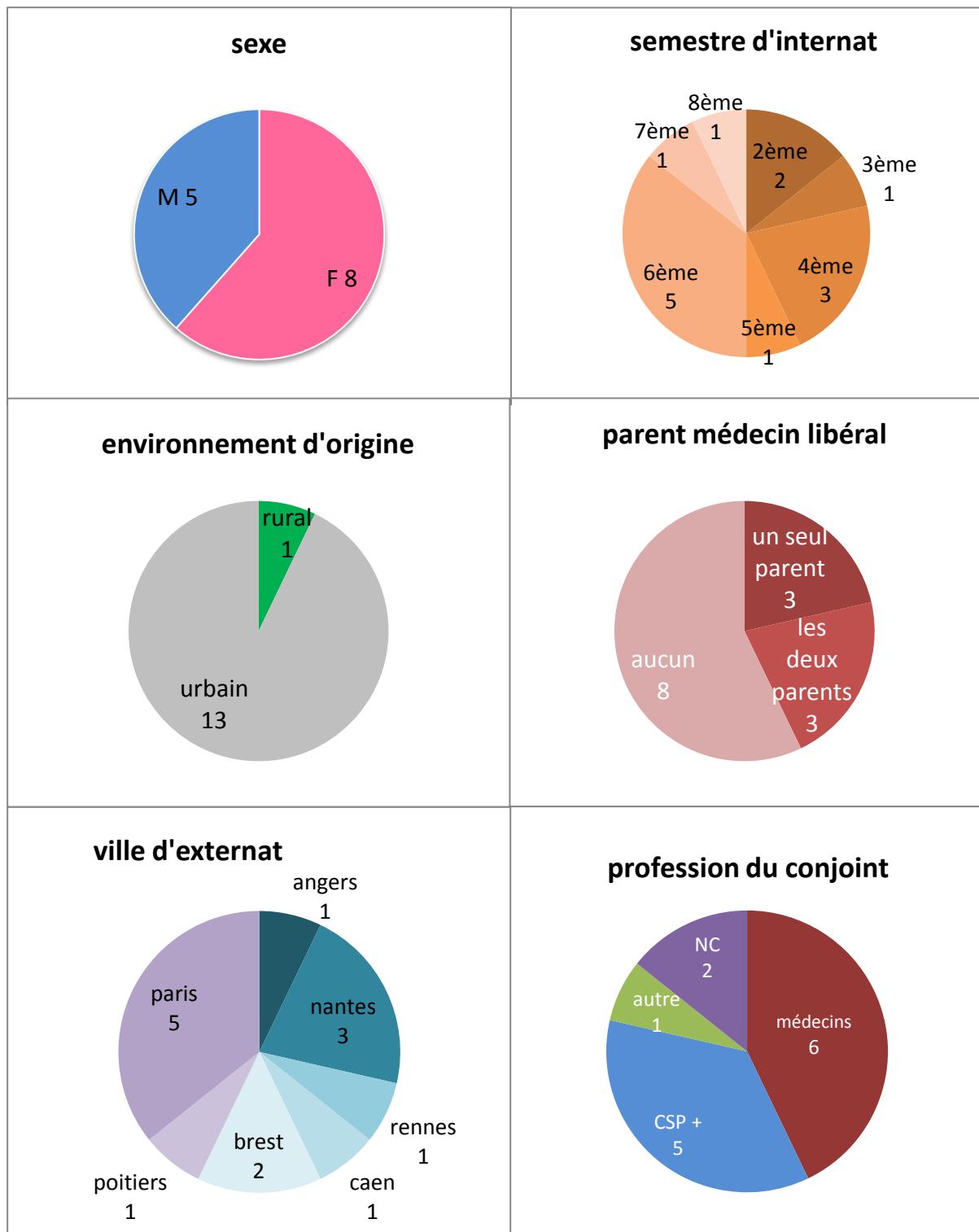


Figure 1: Caractéristiques des internes interrogés

2. Perception de l'exercice libéral

2.1. Une recherche d'indépendance

L'idée d'indépendance était évoquée par les internes à chaque début d'entretien de manière presque systématique. Les internes insistaient particulièrement sur l'absence de hiérarchie et sur la plus grande liberté procurée par le mode d'exercice libéral « *les avantages c'est la liberté... de... un petit peu gérer les choses comme on a envie* ».

L'organisation plus libre du temps de travail était évoquée par tous « *j'aime bien l'idée de pouvoir organiser mon emploi du temps comme je le souhaite* ».

A l'inverse, certains internes décrivaient un monde hospitalier oppressant, avec une grande inertie, et des relations avec leurs collègues et leurs chefs qui semblaient parfois leur peser « *toute cette hiérarchie qui est une grande inertie* », « *parfois à se tirer dans les pattes pour avoir le poste* ».

2.2. Un exercice médical différent

Les internes parlaient d'une relation au patient différente avec davantage de suivis « *on voit nos patients régulièrement* », et des patients avec lesquels la communication était plus facile « *c'est des patients qui vont mieux que des gens hospitalisés, qui sont moins lourds, avec qui on peut un peu plus parler* ».

L'activité médicale était parfois vue comme plus centrée sur la spécialité par rapport à l'hospitalisation conventionnelle « *On fait plus de rhumatologie qu'en hospitalisation conventionnelle où on a des patients qui viennent pour autre chose que de la rhumatologie* ». Les avis divergeaient sur l'intérêt plus ou moins grand de l'exercice médical: certains imaginaient une activité plus variée, plus générale que dans les services hospitaliers « *c'est quand même une activité qui est assez diversifiée, où... euh... on voit pas mal de pathologies* », « *voir le tout-venant de pneumologie. Ne pas me dire : je vais être PH sur-spécialisé dans mon petit domaine de compétences... et de pas faire*

le reste », d'autres la répétition de situations médicalement moins intéressantes « on voit peut être des cas... moins intéressants... un peu moins stimulants qu'en hospitalier ».

Ils insistaient sur des échanges entre professionnels plus difficiles, sur un exercice moins collectif et craignaient l'isolement « *un petit manque social peut être vis-à-vis de ses confrères... moins de relation avec les confrères, moins rapides, moins directes* ». Les difficultés de gestion des patients à pathologies complexes et d'accès aux lits d'hospitalisation étaient également évoquées « *quand on a besoin d'une place en hospitalisation et cætera, c'est plus compliqué* ».

2.3. La gestion administrative

Le poids de la gestion était évoqué, tant au niveau de l'installation, qu'au niveau de la gestion du cabinet sur le long terme : locaux, matériel, personnel, comptabilité « *l'inconvénient majeur c'est le poids du travail administratif* ». Cet aspect de l'exercice était perçu comme chronophage, dénué d'intérêt, ennuyeux « *assez saoulant au bout d'un moment* ».

2.4. Les aspects financiers

Les attentes financières ne semblaient pas être au premier plan concernant la décision de l'exercice libéral « *c'est pas du tout ça qui me motive dans l'idée de l'exercice libéral* ». Tous s'attendaient cependant à des revenus confortables « *avoir des bonnes fins de mois* » avec souvent l'idée d'un meilleur revenu en libéral « *je pense qu'il y a quand même plus d'argent en libéral qu'en... qu'à l'hôpital* ».

Certains évoquaient la perte des avantages sociaux liés à la fonction publique hospitalière et au salariat concernant les congés et les arrêts maladies « *y a pas les avantages entre guillemets du fonctionnement hospitalier: le système du salariat, tous les congés mal..., enfin les arrêts maladie, les congés payés* ».

2.5. L'installation en libéral

L'installation en libéral était perçue par certains internes interrogés comme une étape angoissante avec des démarches méconnues « *à trois mois de la fin de l'internat, ça fait quand même très peur* ». L'installation au sein d'une structure existante était rassurante et facilitatrice « *Si je pouvais m'installer dans un cabinet où il y a déjà quelqu'un, quelqu'un qui cède sa patientèle, je pense que c'est des choses quand même moins stressantes, plus intéressantes* ». Le coût d'installation était évalué comme important « *l'investissement risque d'être assez important* » et pouvant être limitant en début de carrière. Les internes envisageaient une installation en libéral assez lointaine: plutôt en deuxième partie de carrière, ou bien ils remettaient leur décision pour la période du post-internat : « *en deuxième partie de carrière, une fois que j'en aurais eu un peu marre du cadre hospitalier* », « *Pas tout de suite sauf si je suis forcée parce que je n'ai pas de poste à l'hôpital* ».

3. Vision de l'exercice futur

3.1. Le temps de travail

Les internes interrogés insistaient sur la nécessité de contrôler leur temps de travail. Même si les temps de travail envisagés étaient variables, ils rejetaient l'idée d'un temps de travail trop important. « *J'ai pas envie d'avoir des journées de 8h à 20h du lundi au vendredi, non, j'ai pas envie de ça* », « *pas forcément envie de finir tous les soirs après 20h* ». Ils étaient conscients de la nécessité d'une amplitude horaire importante « *j'me vois quand même faire de bonnes journées* », « *De toute façon, je pense pas qu'on puisse faire beaucoup moins en étant médecin, c'est pas possible* ».

Beaucoup évoquaient l'importance de se ménager du temps de vie personnelle, avec la possibilité de prendre une journée ou une demi-journée dans la semaine « *la possibilité de pouvoir avoir une journée ou au moins une après-midi par semaine de temps pour soi* ».

3.2. Travailler à plusieurs

Les internes exprimaient le souhait de travailler en groupe. Cette association était d'abord vue avec des médecins de la même spécialité, parfois avec des spécialités proches (cardiologue et angiologue par exemple) et pour certains avec d'autres spécialités voire des paramédicaux : une interne de rhumatologie a évoqué l'importance de travailler avec un kinésithérapeute.

L'association permettait pour eux une simplification de l'installation, la mise en commun du matériel, du secrétariat et des locaux « *niveau infrastructures et niveau équipements, j'pense que c'est indispensable d'être en groupe* ». Elle facilitait de la continuité des soins « *j'pense que pour avoir une activité chirurgicale et permettre une continuité des soins c'est plus simple d'être quand même à plusieurs* ». L'ambiance de travail et les échanges étaient mis en avant « *je trouve ça quand même plus sympa d'avoir des collègues* » « *avec plusieurs pneumologues et possibilités d'avoir des avis, et un soutien de pneumologues plus âgés* »

3.3. La permanence des soins

La vision de la permanence des soins était différente selon les internes interrogés. Certains ne se sentaient pas concernés, évoquant le confort du second recours et l'absence d'urgence dans leur spécialité en libéral. Elle était acceptée si limitée, plus facile à organiser en groupe et plutôt associée au travail en structure hospitalière ou clinique.

3.4. Une activité mixte souvent recherchée

Une activité variée était recherchée par la plupart des internes. Ils évoquaient une envie de conserver des gestes techniques et d'accéder à un plateau technique. Un exercice partiel en structure hospitalière, privée ou publique, était recherché. « *avoir une vacation à l'hôpital, ou... surtout en dermatologie, accès au bloc pour de la petite chirurgie et cætera c'est pas mal. Moi j'aimerais vraiment faire les deux quoi. Etre à la fois en libéral et un peu à l'hôpital* ». Une interne a évoqué l'exercice en lieux multiples « *Exercer à Angers, et faire des consultations à Saumur par exemple* ».

3.5. Le choix de la spécialité

La possibilité d'exercer en libéral et ambulatoire n'a été évoquée que par deux internes comme élément déterminant dans le choix de leur spécialité « *je voulais une spé où on puisse faire de l'ambulatoire* ». La possibilité d'avoir une activité variée et de pouvoir la faire évoluer était importante pour certains internes « *je voulais une spé où euh... en même temps je puisse avoir quelque chose d'un peu diversifié, une activité mixte* ». L'intérêt intellectuel pour la spécialité était souvent évoqué. Beaucoup ont choisi leur spécialité au décours d'un stage d'externat « *c'était un super stage, ça m'a donné envie de faire ça* ». Certains internes rappelaient également le confort du second recours et de la spécialisation limitant l'activité médicale à un domaine bien précis.

4. Le lieu d'installation

4.1. Le choix de la ville d'internat

Les internes évoquaient les déterminants liés aux études: le classement lors des ECN et la qualité de la formation proposée dans la ville d'internat choisie. Beaucoup souhaitaient rester proches de leur région d'origine, ou évoquaient des choix en lien avec leur vie affective « *j'avais envie de rester dans l'Ouest* », « *il y avait la volonté de pas trop m'éloigner de ma famille* ». Enfin certains parlaient d'un choix guidé par les loisirs, et l'attrait de la région en elle-même.

4.2. Le type d'environnement recherché

Beaucoup parlaient de l'importance d'exercer à proximité d'un plateau technique, d'un centre hospitalier « *si possible un plateau technique sur place ou alors facilement accessible* », « *plutôt dans des grosses villes où y a un CHU, ou au moins un gros CH* ». Les déterminants du choix de zone étaient similaires au choix de la ville d'internat : vie affective, attrait pour la région. C'était un environnement urbain qui était recherché, plutôt dans une ville définie comme « *grosse* » ou

« grande » : « j'me verrais pas bosser à Saumur », « Angers c'est peut-être un peu petit finalement », « Moi, je me vois exercer dans une ville... de relativement grande importance quand même... je me vois pas dans une petite ville ». Seuls deux internes se voyaient éventuellement exercer dans une ville plus petite, « en campagne », l'un avait vécu en milieu rural et l'autre à proximité. Certains internes avaient déjà une idée de leur territoire d'installation « sur la côte en Bretagne » « plutôt dans la région nantaise » « plus à la périphérie de Bordeaux ». La liberté d'installation était importante « si on m'interdit de m'installer où je veux, ça me... ça me pèserait ».

4.3. La vision de l'exercice dans une zone rurale à faible densité médicale

L'activité en zone rurale et sous-dense était vue comme plus stimulante avec des pathologies plus avancées, un sentiment d'utilité « *dans des zones rurales, je pense que les patients sont souvent plus graves.. car ils viennent plus au dernier moment* ». Certains redoutaient un manque d'activité « *j'ai du mal à envisager une activité suffisante dans un... dans une zone à faible densité médicale... pour un spécialiste* » mais la plupart craignaient plutôt une surcharge de travail « *plus t'as de demandes et moins t'arrives à refuser de toutes façons* », « *j'aurais l'impression de me sentir oppressée en permanence* », avec en plus les difficultés liées à l'isolement : accès moins facile aux examens complémentaires, aux avis spécialisés et aux places d'hospitalisation ; ceci pouvant aboutir à des prises en charge de moins bonne qualité « *c'est se mettre des difficultés plus qu'autre chose* ».

4.4. Les aides à l'installation

Les aides financières à l'installation étaient peu connues par ces internes qui exprimaient des doutes sur leur efficacité même si elles leur semblaient bienvenues, notamment au moment de l'installation « *si il y a des aides: tant mieux, si il y en a pas...* ».

Une interne évoquait l'idée de structures pluri-disciplinaires pouvant favoriser l'installation en zone à faible densité médicale.

5. Formation à l'exercice libéral et ambulatoire

5.1. Une formation médicale hospitalo-centrée

Les internes décrivaient une formation, réalisée essentiellement au CHU, assez complète et de bonne qualité, mais très centrée sur l'activité hospitalière « faire tourner un service ». Ils déploraient une activité libérale non valorisée « *on nous vend pas du tout du tout l'installation en libéral... Tous les co-internes, tous... même les anciens... sont tous hospitaliers. Tous. Y en a aucun qui s'est installé...* », un manque d'activité de consultations « *J'y vais peut-être deux ou trois fois sur un semestre, mais.. sinon c'est pas possible, y a trop d'entrées, y a trop de trucs dans le service* » et le manque de temps afin de réaliser des formations complémentaires pouvant être utiles au futur exercice libéral souhaité. Certains spécialistes (ORL et dermatologues) déploraient l'absence de représentations de certains gestes techniques utiles pour la pratique ambulatoire « *y a pas mal d'activités de l'ORL qu'on fait pas au CHU, euh de l'endoscopie du sommeil, de la sialo-endoscopie, euh 'fin y a des versants qu'on, qu'on fait pas beaucoup, qu'on pratique pas au CHU et que je pourrais potentiellement... qui pourrait plus être intéressant pour une activité libérale* ». Ils disposaient de peu de marge de manœuvre pour adapter leur maquette à leur futur exercice « *alors après le problème c'est que une fois qu'on est interne, euh... y a tous les impératifs de la maquette et de comment on est classé dans la promo, qui fait que c'est un peu compliqué d'orienter vraiment ta maquette comme euh... y a trop de contraintes* ».

5.2. Le stage ambulatoire

L'hypothèse de la mise en place d'un stage ambulatoire était globalement bien accueillie. Ces internes parlaient de l'intérêt qu'il représentait pour découvrir une activité libérale mal connue « *Je pense que ce serait très très bien d'en faire au moins un, pour voir comment ça se passe justement* ». Certains émettaient des réserves en raison de sa difficulté de mise en place au sein de la maquette actuelle, de son caractère inadapté aux internes en début d'internat, de la crainte d'un manque de temps de

formation au sein de ce stage et du besoin de formation auprès de vrais « référents » de la spécialité « *il faut le temps pour former des gens... je suis pas sûr qu'en ville il y ait toujours beaucoup de temps pour former des gens* ».

5.3. Les remplacements

Ils étaient vus comme utiles à la formation et pour découvrir l'exercice libéral mais les internes mettaient en avant la difficulté à réaliser ceux-ci durant l'internat. Ils étaient donc envisagés plutôt en post-internat. « *on a le droit d'en faire, mais dans les faits on le fait jamais, parce que sinon on fait pas notre maquette (...) Donc: non! on ne peut pas faire de remplacements* »

5.4. Connaissance en dehors du parcours de formation

La connaissance de l'exercice médical libéral en dehors de la formation, à travers l'expérience de l'entourage familial ou amical était évoquée par certains internes comme un facilitateur pour se projeter « *j'ai été élevée dans un modèle où ma mère était en libéral (...) ça me paraît... instinctif qu'il faut aller en libéral* ».

5.5. Une vision de l'avenir encore imprécise

Les internes interrogés envisageaient l'activité libérale pour la première fois le plus souvent au cours de l'internat. Pour la plupart, rien ne semblait fixé « *là je le vois avec mes co-internes, on sait jamais trop ce qu'on veut faire, est-ce qu'on veut faire de la ville* ». Leurs expériences du libéral demeuraient très limitées. Des changements dans leurs projets d'exercice futur demeuraient possibles. Pour certains l'échéance à court terme du post-internat éclipsait les projections d'exercice futur « *C'est surtout le post-internat qui est compliqué... On sait pas...* ». Les possibles opportunités de postes en post-internat influaient beaucoup « *j'ai des envies de travailler en ville... après si le post-internat débouche sur quelque chose d'intéressant... je peux rester à l'hôpital aussi... Je suis pas du tout fermé à ça, ça dépendra de ce qui est proposé... dans les suites de l'internat* ».

6. La Mayenne, représentation d'un territoire rural

6.1. Des représentations plutôt négatives

Pour ces internes, le département de la Mayenne évoquait la ruralité, mais aussi l'éloignement, l'isolement, avec la crainte de difficultés à maintenir une vie sociale. « *Quand j'en entends parler, j'ai l'impression que c'est le fin fond de la campagne* », « *pour moi les mayennais c'est des paysans quoi* », « *Ils m'ont dit que c'était, perdu quoi... en dehors de l'internat, il y avait pas grand-chose... pas grand-chose à faire donc* », « *du coup on est plus isolé donc on aurait moins de copains* ». La vision était plutôt négative avec même une idée de rejet très net exprimée par plusieurs d'entre eux « *la fuite* » « *vraiment ça m'attire pas du tout* ».

6.2. Un territoire méconnu

La totalité des internes admettait ne pas connaître le département « *pour tout dire, j'ai appris que Laval était en Mayenne avant-hier, donc je pars de loin (rires)* ». Ceci concernait le département lui-même mais aussi les structures médicales « *le problème de l'ORL c'est qu'on a quand même besoin d'un... pour certaines chirurgies d'avoir un complexe de réa derrière, et euh, faut voilà, faut savoir si y a une réa qui est pas loin, si il y a une clinique avec* ». Ils évoquaient l'absence de terrain de stages dans le département. Des changements de représentation semblaient à priori possibles « *mais c'est aussi un lieu que je connais pas, fin, c'est que des à priori. Peut-être que c'est magnifique!* ».

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Principaux résultats

Les internes s'orientaient vers le libéral pour l'indépendance et la liberté que ce mode d'exercice procure notamment concernant le temps de travail. Ils s'imaginaient un exercice différent de l'exercice hospitalier avec un rapport différent au patient et à la spécialité. Ils recherchaient souvent un exercice mixte, à la fois en ville et dans une structure hospitalière importante. Les internes interrogés souhaitaient plutôt un exercice en groupe pour le partage de l'administratif et du matériel mais aussi pour les facilités concernant l'installation, la continuité des soins et les échanges professionnels. Le choix de leur future zone d'installation, plutôt urbaine, semblait guidé par des déterminants personnels : leur histoire personnelle et leur attrait pour le lieu lui-même, mais aussi professionnels : une distance raisonnable d'un plateau technique, d'une structure hospitalière. Ils évoquaient la possibilité d'une formation plus tournée vers l'ambulatoire: une augmentation de l'activité de consultations, la mise en place d'un stage ambulatoire et le développement de la possibilité d'effectuer des remplacements en ville. Finalement leur projet professionnel était le plus souvent peu précis et surtout incertain.

Les représentations concernant la Mayenne étaient plutôt négatives même s'ils reconnaissaient ne pas connaître ce territoire.

2. Critique de la méthode

Nous n'avions pas d'expérience antérieure dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont quasiment tous été effectués par le même chercheur, afin d'obtenir une acquisition d'expérience et une amélioration des relances au fur et à mesure des entretiens. Un des entretiens a été effectué par téléphone par le chercheur le moins expérimenté, pour des raisons pratiques. Ce changement de

méthodologie a peut-être abouti à une moindre qualité de cet entretien. Nous avons choisi de ne pas retranscrire l'infra-verbal, toujours par manque d'expérience, alors que celui-ci aurait pu nous apporter quelques éléments complémentaires. Les entretiens étaient assez brefs (entre 20 et 30 minutes), nous avions choisi d'assurer des entretiens de 30 minutes maximum pour éviter les refus d'internes de participer à l'étude. Cela peut expliquer que la saturation des données ait été rapidement atteinte.

Nous avons essayé d'obtenir des entretiens avec au moins deux internes de chacune des six spécialités retenues, mais nous n'avons pas pu tenir cet objectif pour les internes de gastro-entérologie, chez lesquels nous n'avons pas réussi à joindre suffisamment d'internes. Nous n'avions pas les coordonnées de tous les internes et nous les avons obtenues par effet « boule de neige », ce qui ne permettait pas de maîtriser les critères de recrutement et peut nuire à la représentativité de notre échantillon. Il n'y avait pas de critère d'ancienneté dans le cursus de formation ni de genre.

Au fur et à mesure des entretiens, nous nous sommes aperçus du caractère « confusiogène » de certains mots. Le mot « libéral », trop souvent employé seul, pouvant s'appliquer à un exercice en clinique ; l'utilisation des mots « ambulatoire » ou « en cabinet de ville » a par la suite été plus souvent utilisé pour clarifier les entretiens.

3. Discussion des résultats

3.1. Des conditions d'exercice idéalisées

Les internes interrogés étaient tous plus ou moins intéressés par l'exercice de leur spécialité en libéral. Leurs motivations à exercer en libéral étaient similaires à celles retrouvées dans les précédentes études chez les médecins généralistes. Dans une revue de la littérature réalisée en 2011, les médecins généralistes mettaient en avant l'indépendance professionnelle, la gestion libre du temps de travail, le contact privilégié avec la patientèle, et l'intérêt du travail que permettait ce mode

d'exercice ; ils en redoutaient également certaines conditions d'exercice comme l'isolement professionnel, et les difficultés d'accès aux lits d'hospitalisation pour leurs patients [13].

La notion de maîtrise était très forte, qu'il s'agisse des horaires, du temps de travail et de l'activité. Ce sentiment de maîtrise était d'autant plus fort chez ces jeunes spécialistes que la notion de gestion des urgences était peu présente pour eux. Certains internes estimaient qu'il n'y avait pas d'urgences dans leur spécialité, ou évoquaient le confort du second recours. Ce constat nous a initialement surpris. Il peut résulter de la méconnaissance de l'exercice libéral entraînant une certaine idéalisation de celui-ci, rejetant ses contraintes. Mais il correspond peut-être aussi à l'évolution actuelle de la gestion des urgences de plus en plus hospitalière.

On retrouve cette volonté de maîtrise professionnelle et de préservation de la qualité de vie personnelle dans deux études portant d'une part sur les emplois du temps des médecins libéraux (avec différentes classes d'âge) [14] et d'autre part sur les pratiques professionnelles des jeunes médecins [15]. Le temps de travail estimé par les internes que nous avons interrogés était tout à fait en adéquation avec les temps de travail relevés par ces études.

Ce souhait de maîtrise semble cependant difficile dans les territoires à faible densité médicale où la pression des patients et des autres praticiens est forte, et pourrait constituer un frein majeur à l'installation dans ces zones.

3.2. Un souhait de regroupement

La crainte de se retrouver isolé lors d'une installation en libéral est tout naturellement suivie par une évolution des modalités d'exercice des spécialistes. Un travail de 2011 sur l'évolution démographique des cardiologues soulignait l'augmentation significative de l'exercice des libéraux en cabinet de groupe et de l'exercice en société [16]. Plus récemment, la Société Française de Rhumatologie a publié son Livre Blanc, dans lequel elle met la lumière sur la réorganisation souhaitable de l'offre de soins des rhumatologues libéraux. Elle encourage l'ouverture de centres de rhumatologie libérale qui

s'inscrivent dans une démarche de « structures de soins ambulatoires performantes, répondant à un besoin de santé publique ». Ces centres doivent permettre l'organisation de la continuité des soins, la mise en place de programme d'éducation thérapeutique, et l'accueil des jeunes confrères en formation [17].

Si les regroupements pluri-professionnels dans des centres sont souhaitables et plébiscités, ils ne sont pas adaptés à tous les territoires, notamment pas aux zones à faible densité de population comme les zones rurales. Un rapport du Docteur Arnault réalisé pour le CNOM évoque l'initiative d'un groupe de praticiens libéraux organisés en réseau : il s'agit du groupe cardio-vasculaire Sorgue-Luberon constitué de huit cardiologues avec chacun leur sous-spécialité, répartis sur trois sites géographiques, avec un logiciel commun assurant une continuité des soins [18].

Lors de notre enquête, nous avons relevé le caractère nécessairement physique du regroupement. Aucun interne n'a évoqué les moyens dématérialisés, alors que l'on imagine qu'ils les utilisent couramment dans leur vie privée. Il nous semble indispensable que ces solutions soient formalisées et structurées afin de constituer une véritable alternative.

Une seule interne a évoqué le travail en lien avec le médecin généraliste lors de la thématique concernant la continuité des soins. L'occultation spontanée totale du lien avec le médecin généraliste par les treize autres internes interrogés montre que le parcours de soins ambulatoire actuel n'est peut-être pas intégré par nos confrères hospitaliers.

3.3. L'importance de rester branché... sur l'hôpital

Beaucoup des jeunes spécialistes de demain souhaitent garder un pied dans une structure hospitalière. Le dernier rapport de la DREES concernant l'évolution de la démographie médicale d'ici à 2040 annonce un recul de l'exercice libéral exclusif au profit de l'exercice mixte [7]. Cette recherche d'une activité mixte chez les jeunes et futurs installés est également soulignée par la Société

Française de Rhumatologie [17]. Cette activité mixte leur permet de réaliser un pont entre la médecine de ville et l'hôpital, et également de continuer à pratiquer des actes techniques nécessitant du matériel performant et coûteux et parfois des plateaux techniques lourds.

Pour aller dans ce sens, il paraît important de développer des temps partiels hospitaliers et de favoriser l'utilisation du matériel et des locaux hospitaliers par les libéraux. Tout en renforçant le lien ville-hôpital, cela pourrait paradoxalement favoriser l'attractivité de l'exercice libéral.

Les internes que nous avons interrogés souhaitaient garder un contact étroit avec des praticiens hospitaliers pour échanger sur des dossiers complexes et faciliter leurs demandes d'hospitalisation. Lorsqu'un praticien exerce dans un territoire assez éloigné d'une grande structure, le développement des partenariats entre les centres hospitaliers et les médecins ambulatoires avec des staffs en téléconférence pour échanger sur les dossiers compliqués serait intéressante.

3.4. Une formation laissant peu de place à l'élaboration d'un projet professionnel ambulatoire

Quelque soit l'ancienneté des internes interrogés, nous avons été surpris par la méconnaissance de la réalité d'exercice de leur spécialité en ville et par les grandes incertitudes concernant leur projet professionnel à ce stade de leur cursus de formation.

Le seul moyen pour les internes de connaître l'exercice en médecine de ville était d'effectuer des remplacements, mais pour beaucoup cela semblait difficile à mettre en œuvre avant la fin du post-internat. Presque tous les internes étaient favorables au développement d'un stage ambulatoire dans leur spécialité. Tout comme pour les médecins généralistes, la généralisation de ce stage pourrait permettre aux internes de spécialité de mieux appréhender la réalité de leur exercice en ville [19]. Certains corps professionnels de spécialistes souhaitent que la formation de leurs futurs confrères prennent cette voie, et des stages en cabinet de ville sont déjà mis en place dans certaines facultés : dermatologie à Angers et rhumatologie à Rouen [17].

Les stages ambulatoires permettent aussi de développer le lien ville-hôpital en favorisant les échanges : staffs communs, visio-conférences et le partage de protocoles de prise en charge [18].

Le développement de plages de consultations en ambulatoire en fin d'internat, et éventuellement la mise en place en post-internat d'un temps partiel ambulatoire pourraient également être envisagés.

Les spécialistes de second recours sont attachés à l'excellence de leurs pratiques, d'où une sur-spécialisation, qui, bien que restrictive, est souvent recherchée. On peut s'interroger sur la compatibilité entre cet exercice hyperspécialisé délivré dans les CHU et la pratique plus « générale » du monde ambulatoire et plus particulièrement des territoires ruraux ou sous-denses. Une équipe de la faculté de médecine de Montréal a souligné que la pratique dans des régions peu médicalisées entraînait un sentiment de déqualification pour les praticiens par rapport à leur formation initiale [20]. Certains des internes que nous avons interrogés expliquaient qu'ils essayaient de garder une vision assez globale de leur spécialité afin de pouvoir l'exercer en ville. Nous devons réfléchir à la façon de revaloriser un exercice moins spécialisé, plus tourné vers les besoins de santé de chaque territoire.

Certains internes nous ont interpellés sur le caractère prioritaire de leur projet de post-internat par rapport à leur projet d'installation. Le post-internat est aujourd'hui un passage quasi obligatoire en fin de cursus pour compléter la formation. Un rapport de l'IGAS datant de 2010 soulignait la non adéquation entre l'organisation du post-internat et les besoins liés à l'offre de soins. D'après ce rapport, il allongerait la durée des études, et le temps de formation hospitalier, renforcerait les effets de sur-spécialisation, et irait parfois à l'encontre de la tentative de régulation via les numérus clausus régionaux aux ECN, du fait d'un manque de postes dans certaines régions [21]. Un projet de réforme du post-internat pour réduire ces contre-effets est en cours ; ses effets seront à analyser.

Malgré un intérêt affirmé pour l'exercice libéral, certains internes reconnaissaient se laisser la possibilité d'un exercice hospitalier en cas d'opportunité de poste intéressante. Une étude de 2007,

portant sur l'installation des internes en Franche-Comté, montrait elle aussi une grande incertitude concernant l'avenir professionnel des internes et une décision finale d'installation dépendant souvent des opportunités de postes [22].

Les internes immergés dans le monde hospitalo-universitaire, autant au travers de leurs lieux de stages que de leurs référents, sont naturellement guidés dans cette voie. Cela peut expliquer cette priorité donnée à la carrière hospitalière. D'autres référents, libéraux et ambulatoires, pourraient aider les internes qui le souhaitent dans leur choix de formation afin de les préparer à un futur exercice ambulatoire, un peu sur le modèle du tutorat instauré en médecine générale, avec un accompagnement et une aide à la construction du projet professionnel.

Les stages ambulatoires pourraient aussi avoir un impact sur cette orientation professionnelle. En effet, les internes évoquaient souvent avoir choisi leur spécialité au décours d'un stage d'externat qui leur avait plu.

3.5. La recherche d'un environnement urbain et la mauvaise image des zones sous-denses et rurales

Bourgueil et al. ont réalisé une synthèse de la littérature internationale portant sur les déterminants du lieu d'installation des médecins [23]. Ils soulignaient l'importance majeure des éléments personnels, et notamment le cadre de vie et la vie de famille (travail du conjoint et services de proximité). Les médecins ont une forte proportion de conjoints cadres supérieurs (46%) [24], ce qui les amène à rester à proximité de grands centres urbains. Aussi, comme le reste de la population, les médecins sont sensibles aux avantages des grandes villes bien équipées.

Les critères professionnels sont également très marqués chez les futurs spécialistes de second recours que nous avons interrogés. Ces derniers soulignaient l'importance pour eux de disposer d'un important plateau technique, proche d'un CHU.

Tout comme beaucoup de leurs jeunes confrères [25], ils avaient une mauvaise image globale des zones rurales. La synthèse de Bourgueil et al. [23] soulignait que les étudiants originaires de zones rurales ou « défavorisées » projetaient plus facilement de s'y installer. D'après les études qu'ils ont analysées, ni les mesures incitatives financières ni les mesures coercitives n'ont eu d'effet sur la répartition géographique des médecins. Les auteurs préconisaient plutôt des mesures éducatives avec la mise en place d'une sélection basée sur le profil du candidat, et lui fournissant une formation adaptée à ses conditions d'exercice futures ainsi qu'un suivi pendant et après les études.

Les études médicales spécialisées sont longues, et bien que la mobilité soit importante au moment de l'internat (plus de la moitié des étudiants changent de subdivision de formation à l'entrée en troisième cycle [26]), les jeunes médecins se projettent plus facilement dans des lieux de vie similaires. La formation des jeunes médecins spécialistes se déroulant quasi-exclusivement dans de grands centres urbains, ceux-ci peuvent avoir des difficultés à se projeter dans un autre environnement. Les internes que nous avons interrogés craignaient beaucoup de perdre leur cadre de vie sociale.

Poimboeuf a réalisé une revue de littérature sur les facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux. Il analyse que le lieu des stages en médecine générale est le principal facteur d'installation dans une zone « désertifiée » : l'installation dans ces zones est fortement liée à la réalisation d'un stage dans une zone similaire [27]. Il paraît donc important d'ouvrir d'autres types de territoires à la formation des internes de spécialité d'organe. Cette immersion peut permettre le développement d'un réseau social en milieu rural et accroître ainsi l'envie de rester dans cette zone. En effet, Fournier et al. ont associé l'intégration sociale et culturelle des médecins à la communauté en générale et à la communauté médicale en particulier à un meilleur taux de rétention en zones dites « éloignées » [20]. La mise en place du contrat de transmission d'activité [28] et la généralisation du statut d'assistant libéral vont dans ce sens en permettant un statut intermédiaire favorisant les échanges intergénérationnels et la transmission d'une activité médicale mais aussi d'un environnement social. Reste à voir si les praticiens installés se saisiront de ce type d'initiatives.

Les exercices en lieux multiples se développent de plus en plus et peuvent également permettre de répondre à des besoins ponctuels de territoires éloignés des grands centres et peu denses: en imaginant une permanence pluri-mensuelle d'un médecin qui pourrait le reste du temps exercer dans un cabinet de groupe [18].

Enfin, la télémédecine peut constituer une solution partielle à la raréfaction des praticiens libéraux dans certains territoires [19], même si elle demanderait une formation spécifique et un meilleur encadrement juridique [29].

4. Conclusion

Nous devons nous interroger sur les façons de faire concorder les besoins de santé d'une population vieillissante avec les souhaits d'exercice des jeunes praticiens, les premiers recherchant un accès facile et rapide aux soins et les seconds un équilibre entre bien-être professionnel et bien vivre personnel. Si notre étude n'a pas fait apparaître d'éléments nouveaux concernant les souhaits d'exercice de nos jeunes confrères spécialistes, elle a par contre permis de constater la fragilité de leurs projections dans un avenir professionnel ambulatoire. Ceci résulte principalement d'une formation réalisée essentiellement au CHU. Ce manque de préparation à un exercice ambulatoire de proximité constitue-t-il un simple dysfonctionnement du système ? Ou s'agit-il d'une tendance de fond qui pourrait à terme aboutir à une médecine de second recours quasi-exclusivement hospitalière ? Pour conserver une médecine ambulatoire de proximité, il paraît urgent et de promouvoir celle-ci au cours de la formation des médecins spécialistes tout en portant une attention particulière aux territoires fragiles, souvent éloignés des grands centres de formation universitaires.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Decalf Y. Concertation sur le projet de loi santé: Rapport de la mission sur la médecine spécialisée libérale [en ligne] 18 Mars 2015. Ministère chargé de la Santé [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet: < www.solidarite-sante.gouv.fr>
- [2] Renault MC. Explosion des délais pour avoir un rendez-vous chez le médecin [publication des résultats de L'Observatoire de l'accès aux soins IFOP Institut français d'opinion public pour JALMA 2017]. Le Figaro 23 Mars 2017; 22(587): 20
- [3] IRDES Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (page consultée le 20/06/2017). Données de cadrage : Les affections de longue durée (ALD), [en ligne]. <www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/ald-affections-de-longue-duree/incidence-ald.html>
- [4] Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins 53 (page consultée le 20/06/2017) Démographie médicale, [en ligne] <www.conseil53.ordre.medecin.fr/content/demographie-medicale-2>
- [5] Safon MO. La médecine spécialisée libérale en France. Eléments de bibliographie. Documentation IRDES [en ligne] Février 2017 [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet: < www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>
- [6] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Groupe de travail « Organisation de la médecine spécialisée et du deuxième recours » [document de travail] 22 Septembre 2016 [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : < www.securite-sociale.fr>
- [7] Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et Résultats DRESS [en ligne] Mai 2017; (1011) [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet: <www.drees.social-sante.gouv.fr>
- [8] Démographie des médecins libéraux et remboursements de l'assurance maladie. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016., Paris : Ministère chargé de la santé: 114-117 [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : < www.securite-sociale.fr>
- [9] Maurey H. Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. 5 Février 2013. Sénat. Rapport n° 335 [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : < www.senat.fr>
- [10] Rault JF, Le Breton-Lerouvilhois G. La démographie médicale en Région Pays-de-la-Loire. Situation en 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne] 2015. [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : <www.conseil-national.medecin.fr>
- [11] Rault JF, Le Breton-Lerouvilhois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne] 2015. [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : <www.conseil-national.medecin.fr>
- [12] Démographie médicale interactive (page consultée le 20/06/2017) [cartographie interactive en ligne] <www.demographie.medecin.fr/demographie>
- [13] Observatoire Régionale de la Santé Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. Synthèse de la littérature. [en ligne] Décembre 2011. [consulté le 20/06/2016]. Disponibilité sur Internet : <www.ors-aquitaine.org/index.php/publications>
- [14] Micheau J, Molière E, Sens P. L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. Dossiers solidarité et santé DRESS [en ligne] 2010; (15) [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet: <www.drees.social-sante.gouv.fr>
- [15] Robel M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne] Janvier 2006. [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : <www.conseil-national.medecin.fr>
- [16] Démographie des cardiologues : états des lieux en 2011. Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux Pratique [en ligne] juin-juillet 2012 ; 18(209)9-20 [consulté le 20/06/2016]. Disponibilité sur Internet : www.em-consulte.com
- [17] Syndicat National des Médecins Rhumatologues. Livre blanc de la rhumatologie française 2015. [en ligne] 2015 . [consulté le 20/06/2016]. Disponibilité sur Internet : <www.sfr.larhumatologie.fr>

- [18] Arnault F. Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires. Rapport de mission. Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne] Décembre 2016. [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : <www.conseil-national.medecin.fr>
- [19] Berrier S, Jaulin B. Démographie 8 idées reçues et corrigées. Médecins : Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Juillet-Septembre 2015 ;(40)17-22
- [20] Fournier MA, Contandriopoulos AP, Diene CP, et al. Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée : politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec. Rapport du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de la Faculté de médecine de Montréal. Juin 2004.
- [21] Aubin C, Daniel C, Schaetzl F, et al. Le post-internat : constats et propositions : rapport : tome 1. Rapport IGAS ; 2010 008. Inspection Générale des Affaires Sociales [en ligne] Juin 2010 [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : <www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>
- [22] Observatoire Régional de la Santé Franche-Comté. Installation des jeunes médecins spécialistes : 80% occupent leur 1^{er} poste en Franche-Comté. [en ligne] Mai 2007. [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : <www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/technique/publications-regionales>
- [23] Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Rapport IRDES n°534 [en ligne] Juin 2006 [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet: <www.irdes.fr/publications/rapport.html>
- [24] Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes et Résultats DRESS Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques [en ligne] Septembre 2005; (430) [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet: <www.drees.social-sante.gouv.fr>
- [25] Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. Enquête BVA commandée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. [en ligne] Mars 2007 [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : <www.conseil-national.medecin.fr>
- [26] Bachelet M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013. Etudes et Résultats DRESS Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques [en ligne] Octobre 2014; (894) [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet: <www.drees.social-sante.gouv.fr>
- [27] Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature. [thèse d'exercice de doctorat en médecine] 14 Décembre 2015. Faculté de médecine de Rennes 1
- [28] La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. [document d'information] [en ligne] [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : <convention2016.ameli.fr>
- [29] Fichet JL, Maurey H. Déserts médicaux : agir vraiment [Note de synthèse du Sénat concernant le rapport publié le 5 février 2013] [en ligne] [consulté le 20/06/2017]. Disponibilité sur Internet : <www.senat.fr>

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Caractéristiques des internes interrogés P 16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Densité de praticiens libéraux pour 100 000 habitants, au niveau départemental, régional et national..... P 12

Tableau II: Répartition des internes sollicités pour participer à l'étude P 15

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS.....	5
REMERCIEMENTS.....	7
LISTE DES ABREVIATIONS	10
PLAN	11
INTRODUCTION.....	12
MÉTHODES	15
1. Choix de la méthode de recherche.....	15
2. Constitution de l'échantillon	15
3. Recueil de données.....	16
4. Analyse.....	16
RÉSULTATS.....	17
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	17
2. Perception de l'exercice libéral.....	19
2.1. Une recherche d'indépendance	19
2.2. Un exercice médical différent	19
2.3. La gestion administrative.....	20
2.4. Les aspects financiers	20
2.5. L'installation en libéral.....	21
3. Vision de l'exercice futur	21
3.1. Le temps de travail	21
3.2. Travailler à plusieurs	22
3.3. La permanence des soins	22
3.4. Une activité mixte souvent recherchée	22
3.5. Le choix de la spécialité	23
4. Le lieu d'installation	23
4.1. Le choix de la ville d'internat.....	23
4.2. Le type d'environnement recherché	23
4.3. La vision de l'exercice dans une zone rurale à faible densité médicale	24
4.4. Les aides à l'installation.....	24
5. Formation à l'exercice libéral et ambulatoire.....	25
5.1. Une formation médicale hospitalo-centrée	25
5.2. Le stage ambulatoire.....	25
5.3. Les remplacements	26

5.4.	Connaissance en dehors du parcours de formation	26
5.5.	Une vision de l'avenir encore imprécise	26
6.	La Mayenne, représentation d'un territoire rural	27
6.1.	Des représentations plutôt négatives	27
6.2.	Un territoire méconnu	27
DISCUSSION ET CONCLUSION.....		28
1.	Principaux résultats.....	28
2.	Critique de la méthode	28
3.	Discussion des résultats	29
3.1.	Des conditions d'exercice idéalisées	29
3.2.	Un souhait de regroupement.....	30
3.3.	L'importance de rester branché... sur l'hôpital	31
3.4.	Une formation laissant peu de place à l'élaboration d'un projet professionnel ambulatoire .	32
3.5.	La recherche d'un environnement urbain et la mauvaise image des zones sous-denses et rurales	36
4.	Conclusion	36
BIBLIOGRAPHIE		37
LISTE DES FIGURES.....		39
LISTE DES TABLEAUX		39
TABLE DES MATIERES.....		40
ANNEXE 1		I
RESUME.....		IV

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

REPRESENTATION DU FUTUR EXERCICE PROFESSIONNEL

Brise-glace:

→ **Comment te vois-tu exercer dans 5 à 10 ans? A quoi ressemblera ta vie professionnelle plus tard?**
relances:

- Quelle image as-tu de ta spécialité en libéral ?
- As quel moment de ta vie / de ton cursus, as-tu commencé à envisager un exercice en cabinet libéral ?
Et pour quelles raisons ?
- Quels sont selon toi les avantages et les inconvénients de l'exercice libéral ?
- Comment envisages-tu ton temps de travail ?
- Dans ta spécialité, comment envisages-tu l'organisation de la continuité des soins ?
- D'un point de vue financier, quelles sont tes attentes ? Comment envisages-tu l'investissement dans le matériel dont tu devras disposer pour ton exercice libéral ?
- Que penses-tu des aides financières à l'installation

FORMATION ET PARCOURS PROFESSIONNEL

Brise-glace:

→ **Comment t'organises-tu au niveau de ta formation pour réaliser ton projet professionnel?**
relances:

- Quels ont été les déterminants de ton choix de spécialité ?
- Quels ont été les déterminants de ton choix de ville d'internat ?
- Quels ont été les déterminants du choix des stages que tu as réalisés ?
- Comment évalues-tu ta formation par rapport à l'exercice ambulatoire que tu envisages ?
- Selon toi, comment pourrait-on améliorer la formation ?
- Quelle image as-tu du libéral au travers d'éventuels remplacements que toi ou tes collègues ont pu effectuer ?
- Que penses-tu de la mise en place de stages dans des cabinets libéraux au cours de l'internat de spécialité ?

REPRESENTATION DU FUTUR LIEU D'EXERCICE

Brise-glace:

→ **Comment imagines-tu le lieu où tu souhaiterais exercer dans 5 à 10 ans?**
relances:

- Quels sont les déterminants de ce choix ? (personnels et en rapport avec l'activité professionnelle)
- Quelle image as-tu de l'exercice de ta spécialité : dans une grande ville ? dans une petite ville ? dans une zone à faible densité médicale ?
- Et si tu devais t'installer dans un cabinet assez loin d'une grande structure hospitalière, comment t'organiserais-tu ?

IMAGE DU TERRITOIRE DE LA MAYENNE

→ Brise-glace: Quelle image as-tu de la vie en Mayenne
relances:

- Stage ou remplacements en Mayenne?
- Quelle image as-tu de l'exercice de ta spécialité en Mayenne?
- Quels éléments pourraient faire que tu viendrais exercer dans une zone à faible densité médicale?

CLOTURE

"L'ENTRETIEN EST PRESQUE TERMINE, QUELS ELEMENTS AS-TU A AJOUTER?"

RECUEIL BIOGRAPHIQUE

- origine géographique:
 - ville d'origine
 - taille de ville d'origine
 - campagne ou ville?
- faculté d'externat
- profession des parents
- statut marital
- loisirs

Étude des déterminants de l'installation libérale et ambulatoire des jeunes spécialistes de second recours notamment dans une zone rurale à faible densité médicale

RÉSUMÉ

Introduction. L'évolution de la démographie médicale est marquée par un nombre insuffisant de médecins spécialistes pour répondre aux besoins de la population française, une diminution de l'exercice libéral et une inégalité de répartition sur le territoire. La Mayenne est particulièrement concernée par ces problématiques. L'objectif principal était d'explorer les déterminants d'une installation en médecine de ville chez les internes futurs spécialistes de second recours. L'objectif secondaire était d'explorer la vision d'une installation dans un département rural à faible densité médicale comme la Mayenne.

Méthodes. Etude qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès d'internes de la faculté d'Angers inscrits en DES de cardiologie, dermatologie, ORL, pneumologie, gastro-entérologie ou rhumatologie, envisageant l'exercice libéral. Menés jusqu'à saturation des données. Retranscription des verbatim avant codage thématique sur tableau Excel.

Résultats. 14 internes ont été interrogés entre mai 2016 et juin 2017. Les caractéristiques du libéral : indépendance, liberté notamment pour la gestion du temps de travail, rapport différent au patient et à la spécialité, attiraient les internes. Ils envisageaient leur travail en groupe, avec accès à un plateau technique, et toujours en lien avec des structures plus importantes. A ses facteurs professionnels s'ajoutaient des déterminants personnels, qui les orientaient vers un exercice urbain. Ils évoquaient la nécessité d'une formation plus tournée vers l'ambulatoire s'estimant insuffisamment préparés à cet exercice. La vision de leur avenir professionnel était très incertaine. Les représentations concernant la Mayenne étaient plutôt négatives même s'ils reconnaissaient ne pas connaître ce territoire.

Discussion. Ces résultats sont représentatifs des changements de souhaits d'exercice observés dans d'autres études. Les internes restent centrés sur l'hôpital, malgré un intérêt marqué pour le libéral. La méconnaissance des territoires éloignés de leurs lieux de formation et la recherche prédominante d'un cadre de vie facilitateur entraînent un rejet des territoires ruraux fragiles.

Conclusion. Cette étude permet de constater la fragilité des projections dans un avenir professionnel ambulatoire des futurs spécialistes de second recours. Ceci résulte principalement d'une formation réalisée essentiellement au CHU. Il paraît urgent d'articuler la formation des praticiens avec les modes d'exercice de demain, tout en portant une attention particulière aux territoires fragiles.

Mots-clés : démographie médicale, médecins spécialistes, libéral, internes

ABSTRACT

Introduction. The evolution of medical demography is affected by an insufficient number of specialist doctors to meet the french population's needs, a decrease in the liberal practice and an unequal distribution on the territory. La Mayenne is particularly concerned with these issues. The main objective was to explore the determining factors of private practice setup for future specialists. The secondary objective was to explore the outlook on setting up in a rural low medical density county such as la Mayenne.

Methods. Qualitative study with semi-structured individual interviews of residents of cardiology, dermatology, otorhinolaryngology, pneumology, gastroenterology or rheumatology, of the faculty of Angers considering liberal practice. Carried out until data saturation Verbatim transcription before thematic coding on Excel table.

Results. 14 residents were interviewed between May 2016 and June 2017. Characteristics of the private practice: independence, freedom (especially regarding the management of working hours), relationships to patients and to the practice, were attractive for residents. They planned a group practice, with access to a technical platform, and always connected to hospital. In addition to those professional factors were added personal determinants, which oriented them towards an urban practice. They brought up the necessity for more ambulatory training, considering themselves not ready enough for this practice. The outlook of their professional future was very unpredictable. Representations regarding la Mayenne were rather negative even if they acknowledged not knowing this area.

Discussion. These results are representative of the condition of practice changes observed in other studies. Residents remain focused on the hospital, despite a marked interest for private practice. Misreading of the areas far from their training sites and the predominant research of a facilitating environment lead to a rejection of the fragile rural territories.

Conclusion. This study reveals the weakness of projections in an ambulatory professional future for future specialist doctors. This is mainly due to training conducted mostly in university hospital. It seems urgent to connect the training of practitioners with the future way of practice, while paying particular attention to precarious areas.

Keywords : medical demography, specialist doctors, private practice, residents