



HAL
open science

Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Étude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde

Gary Boukhors

► **To cite this version:**

Gary Boukhors. Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Étude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01095705

HAL Id: dumas-01095705

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01095705>

Submitted on 16 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

BOUKHORS Gary

Né le 15 décembre 1983 à Paris 9e

Le 2 décembre 2014

**Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine
le choix des médecins généralistes ?
Etude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde**

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Shérazade KINOUBANI

Monsieur le Professeur Gérard DUCOS

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY	Président
Monsieur le Professeur Louis Rachid SALMI	Juge
Monsieur le Professeur Gérard DUCOS	Juge
Madame le Docteur Shérazade KINOUBANI	Juge
Monsieur le Docteur Bernard PLEDRAN	Juge, Rapporteur

REMERCIEMENTS

A mon président de jury

A Monsieur le Professeur Bernard GAY

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.
Veuillez trouver toute ma considération et ma gratitude.

A mes juges

A Monsieur le Professeur Louis Rachid SALMI

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger cette thèse.
Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre présence.

A Monsieur le Professeur Gérard DUCOS

Je vous remercie vraiment d'avoir dirigé cette thèse.
Je tiens à vous faire part de mon profond respect.

A Madame le Docteur Shérazade KINOUBI

Je tiens à te remercier d'avoir accepté de diriger ma thèse. Tous tes conseils ainsi que ton soutien m'ont été très précieux tout au long de la réalisation de cette thèse.
Sois assurée de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Bernard PLEDRAN

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être rapporteur de cette thèse.
Je tiens à vous en remercier très sincèrement. Veuillez être assuré de mon profond respect.

Au Docteur Baptiste Luaces, je te remercie très sincèrement d'avoir accepté de participer à ce travail de recherche, en particulier en ce qui concerne le codage des entretiens. Ton aide m'a été très précieuse tout au long de sa réalisation.

A Mr le Docteur Guillaume Valdenaire, praticien hospitalier et responsable du pôle des urgences du CHU de Bordeaux. Je tiens à vous remercier de toute l'aide que vous m'avez apporté dans la recherche des médecins participant à ce travail.

Aux médecins interrogés, un grand merci de m'avoir accordé un temps si précieux. Merci pour la sympathie et la qualité de ces échanges, et pour le profond intérêt que vous avez manifesté pour le sujet.

A l'URPS-MLA, vous m'avez fait l'honneur de participer au financement mon travail de thèse. Je vous en remercie très sincèrement.

Au Conseil Général de la Gironde et à la Direction des affaires médicales du CHU de Bordeaux, votre aide m'a été précieuse dans la constitution de mon échantillon de médecins participant à ce travail.

Au responsable du google groupe de remplaçants, merci pour toute l'aide que vous m'avez apporté dans la recherche des médecins participants à mon étude.

A ma famille pour leur présence et leur soutien.

A mes amis : Pierre-Michel, Stéphanie, Elise, Lémy, Guillaume, Cécilia, Justin, Magalie, Claire, Chancel, Pierre-Louis, Nadège, Antoine, Alexandre, Adeline, Thibaut.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMC : Assurance Maladie Complémentaire
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ARH : Agences Régionales d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale d'hospitalisation
ECN : Examen Classant National
EHPAD. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
CDOM : Conseil Départemental de L'Ordre des Médecins
CEID : Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les addictions
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CFE : cotisation foncière des entreprises
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNOM. : Conseil National de L'Ordre des Médecins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DIU. : Diplôme Interuniversitaire
DMG. : Département de Médecine Générale
DREES. : Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques
DROS : Dispositif Régional d'Observation Sociale
DU : Diplôme Universitaire
ECN : Examen Classant National
FMC : Formation Médicale Continue
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
ONDPS. : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORS : Organisation Régionale de la Santé
PAPS : Plate-forme d'appui aux Professionnels de Santé

PDS : Permanence des soins

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

PRGDR : Programme régional de gestion du risque

PRIAC : Programme Régional Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie

PRS : plan régional de santé

PRT : programme Régional de Télémédecine

PSRP : Plan Stratégique Régional de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SROMS : Schéma Régionale d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SRP : Schéma Régional de Prévention

SSR : Soins de suite et de Réadaptation

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance-Maladie

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de santé-Médecins libéraux

URSSAF : Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION	14
1.1 L'EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET DES MODES D'EXERCICE	14
1.1.1 La crise de la démographie médicale.....	14
1.1.2 Un secteur libéral en perte de vitesse au profit du secteur salarié, en particulier hospitalier.....	14
1.1.2.1 Une évolution des modes d'exercice des médecins plus favorable au salariat qu'au secteur libéral.....	14
1.1.2.2 Des jeunes médecins qui délaissent l'installation en libéral.....	17
1.1.2.3 Une féminisation croissante.....	18
1.2 LES REFORMES MENEES POUR PALLIER LE MANQUE D'INSTALLATION EN LIBERAL.....	20
1.2.1 Les réformes du système de soins français.....	21
1.2.1.1 La planification régionale de l'offre de soins.....	21
1.2.1.2 Une réorganisation de la permanence de soins.....	24
1.2.1.3 Un soutien au développement des maisons et pôles de santé.....	25
1.2.2 Les mesures incitatives à l'installation.....	28
1.2.2.1 Exonérations fiscales et sociales proposées par l'État.....	28
1.2.2.2 Aides financées par les collectivités territoriales.....	29
1.2.2.3 Les autres incitations à l'installation en zones sous dotées.....	30
1.2.3 Le Pacte Territoire Santé.....	33
1.2.4 Les aides au choix du lieu d'installation.....	37
1.2.5 L'évolution de la formation des médecins généralistes.....	37
1.3 DES REFORMES INSUFFISANTES ?.....	39
1.4 QUESTION DE RECHERCHE.....	41
1.5 OBJECTIFS.....	42
2 METHODES	43

2.1	SCHEMA D'ETUDE.....	43
2.2	ECHANTILLONNAGE.....	43
2.2.1	Critères d'éligibilité.....	43
2.2.2	Recrutement des participants.....	44
2.2.3	Echantillonnage raisonné.....	45
2.3	RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES.....	47
2.3.1	Recueil des données.....	47
2.3.1.1	Canevas d'entretien.....	47
2.3.1.2	Déroulement des entretiens.....	47
2.3.2	Retranscription des enregistrements.....	48
2.3.3	Analyse des données issues des entretiens.....	48
2.4	RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	50
3	RESULTATS.....	51
3.1	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	51
3.2	LE CHOIX DU TYPE D'INSTALLATION DES MEDECINS.....	52
3.2.1	Les critères professionnels.....	52
3.2.1.1	Les critères financiers.....	52
3.2.1.1.1	Un niveau du revenu minimum.....	52
3.2.1.1.2	La liberté de décider de son niveau de revenu.....	52
3.2.1.1.3	La régularité du revenu.....	53
3.2.1.1.4	Le paiement à l'acte comme mode de rémunération en libéral..	53
3.2.1.2	Les relations confraternelles	55
3.2.1.2.1	Des relations confraternelles vécues comme une contrainte...	55
3.2.1.2.2	Des relations vues comme un avantage.....	56
3.2.1.3	La relation médecin-malade.....	57
3.2.1.3.1	Une relation mise à mal	57
a)	Un manque de reconnaissance.....	57
b)	Un risque procédurier qui altère la relation.....	58
c)	Des demandes mal vécues par les médecins.....	58

d)	Une relation de type médecin-client.....	58
3.2.1.3.2	Une relation appréciée par les médecins.....	60
a)	Une relation de proximité.....	60
b)	Le généraliste se percevant comme le médecin de famille.....	61
3.2.1.4	L'intérêt professionnel.....	61
3.2.1.5	L'apprentissage de l'exercice professionnel.....	65
3.2.1.5.1	La formation à l'exercice libéral et à l'installation.....	65
3.2.1.5.2	L'apprentissage du futur exercice de médecin généraliste.....	66
a)	Les stages réalisés au cours de l'internat.....	66
b)	Un désir de se former davantage.....	68
3.2.1.6	S'identifier à des confrères plus âgés.....	69
3.2.1.7	Les remplacements.....	70
3.2.1.8	Les conditions d'exercice.....	71
3.2.1.8.1	L'activité de soins.....	71
a)	Exercer une activité diversifiée.....	71
b)	Exercer une activité mixte.....	72
c)	Exercice d'une activité complémentaire à celle des soins classiques.....	73
d)	Les visites à domicile.....	74
3.2.1.8.2	La charge de travail.....	74
a)	L'importance de la charge de travail.....	74
b)	La gestion du temps face à une charge de travail importante..	75
3.2.1.8.3	Le temps de travail.....	75
a)	Le rythme de travail.....	75
•	Les horaires de travail.....	75
•	Travailler à temps partiel.....	76
•	Adapter son temps de travail à ses besoins.....	78
•	La régularité du travail.....	79
b)	Des congés comme facteurs de choix.....	79
c)	Un manque de stabilité du cadre définissant les conditions d'exercice.....	80
d)	Un désir d'autonomie.....	80
3.2.1.8.4	L'impact psychologique du rythme de travail.....	80
3.2.1.8.5	Les urgences et la permanence des soins.....	81

a)	La gestion des urgences.....	81
b)	La permanence des soins.....	82
3.2.1.8.6	Les tâches administratives.....	83
a)	Une réticence face aux tâches administratives.....	83
b)	La comptabilité	83
•	La formation à la comptabilité.....	83
•	Eviter de se charger de la gestion comptable.....	84
3.2.1.8.7	La gestion du cabinet.....	85
a)	Une gestion perçue comme chronophage.....	85
b)	La gestion du paiement des actes	85
3.2.1.9	Les opportunités d'installation.....	86
3.2.1.10	Des possibilités salariales réduites pour les médecins généralistes..	87
3.2.1.11	Une évolution de carrière appréciée.....	87
3.2.1.12	Une certitude à l'installation.....	90
3.2.2	Les critères personnels.....	90
3.2.2.1	L'influence de la famille.....	90
3.2.2.1.1	Le rôle du conjoint.....	91
3.2.2.1.2	Le rôle des enfants.....	92
3.2.2.2	Le cadre de vie.....	94
3.2.2.2.1	La distance domicile-travail.....	94
3.2.2.2.2	Le lieu d'habitation.....	94
3.2.2.2.3	La qualité de vie.....	95
3.2.2.3	Les déménagements.....	96
3.2.2.4	La protection sociale.....	96
3.2.2.5	Le vécu personnel.....	98
3.2.2.5.1	La personnalité.....	98
3.2.2.5.2	Avoir des parents médecins.....	98
3.3	RESULTATS SECONDAIRES.....	101
3.3.1	Les centres de santé.....	101
3.3.1.1	Une méconnaissance des centres de santé.....	101
3.3.1.2	Quels lieux pour les centres de santé ?.....	101
3.3.1.3	Des centres de santé jugés attractifs.....	102
3.3.1.4	Les raisons d'un attrait pour ces centres.....	103

3.3.1.4.1	Les raisons professionnelles.....	103
a)	Etre salarié tout en étant médecin généraliste.....	103
b)	Conserver une activité de médecine générale.....	104
c)	Un travail en équipe plébiscité.....	105
d)	Des raisons financières.....	105
e)	Un avantage en terme de rythme de travail pour des soins de qualité.....	106
f)	Eviter les tâches administratives et la gestion comptable.....	107
g)	Améliorer l'accès aux soins.....	107
3.3.1.4.2	Les raisons personnelles.....	107
a)	Du temps supplémentaire.....	107
b)	Une meilleure protection sociale.....	108
3.3.2	Les aides à l'installation des médecins.....	109
3.3.2.1	Des aides mal connues par certains médecins.....	109
3.3.2.2	Des aides non recherchées par les médecins.....	109
3.3.2.3	Un mauvaise opinion des praticiens sur les aides proposées.....	109
3.3.2.3.1	Des aides jugées insuffisantes.....	109
3.3.2.3.2	Un manque de stabilité.....	109
3.3.2.4	Des aides inadéquates face aux attentes des médecins.....	110
3.3.2.4.1	Des aides concentrées dans certaines zones.....	110
3.3.2.4.2	Des aides qui ne répondent pas aux besoins des médecins....	110
3.3.3	Le tiers payant intégral.....	112
3.3.4	Les critères de choix du lieu d'installation.....	113
3.3.4.1	Les critères professionnels.....	113
3.3.4.1.1	Les critères financiers.....	113
3.3.4.1.2	Les relations avec les collègues.....	114
a)	Avec les collègues de son lieu d'exercice.....	114
b)	Une bonne entente avec son prédécesseur.....	114
c)	Avec les collègues du secteur d'exercice.....	114
3.3.4.1.3	Les relations avec les patients.....	114
3.3.4.1.4	L'intérêt professionnel.....	115
3.3.4.1.5	L'expérience des études et des remplacements.....	115
3.3.4.1.6	Les conditions d'exercice.....	116
a)	Un exercice diversifié.....	116

b)	Les visites à domicile.....	117
c)	L'importance du temps et de la charge de travail.....	117
d)	Le rythme de travail.....	118
e)	La permanence des soins.....	118
3.3.4.1.7	Les infrastructures médicales à proximité.....	119
3.3.4.1.8	Les conditions d'installation.....	120
a)	Une installation en groupe, source de réduction de charges...	120
b)	Une installation en groupe, source de travail en équipe.....	120
c)	Un cabinet de groupe, synonyme de temps libre.....	121
d)	La nécessité d'un secrétariat.....	121
e)	Des conditions matérielles satisfaisantes.....	122
3.3.4.1.9	Les opportunités d'installation.....	122
3.3.4.2	Les critères personnels.....	123
3.3.4.2.1	L'influence de la vie de famille.....	123
3.3.4.2.2	Les raisons d'un déménagement.....	123
3.3.4.2.3	Le rôle du travail du conjoint.....	124
3.3.4.2.4	L'influence de la distance domicile-travail.....	125
3.3.4.2.5	Rester proche de sa famille et de ses amis.....	125
3.3.4.2.6	Les Infrastructures non médicales.....	126
a)	La recherche d'une ville fonctionnelle.....	126
b)	Avoir une école à proximité.....	126
3.3.4.2.7	La sécurité sur le lieu d'installation.....	126
3.3.5	La représentation des médecins sur la féminisation.....	127
3.3.6	Théorisation ancrée.....	128
4	DISCUSSION.....	129
4.1	LIMITES.....	131
4.2	FORCES.....	134
4.3	COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE.....	134
4.3.1	Eléments connus de la littérature.....	134
4.3.1.1	L'équilibre vie professionnelle-vie personnelle.....	134
4.3.1.1.1	L'équilibre à travers un emploi du temps adapté.....	134

4.3.1.1.2	Une charge de travail acceptable pour préserver sa vie privée..	137
4.3.1.2	L'intérêt professionnel.....	137
4.3.1.2.1	L'intérêt du travail mis en avant.....	137
4.3.1.2.2	L'autonomie dans le travail.....	139
4.3.1.3	Gérer une entreprise libérale.....	140
4.3.1.4	Une influence à travers les stages, les formations complémentaires et les remplacements.....	141
4.3.1.4.1	Les stages hospitaliers.....	141
4.3.1.4.2	Les formations complémentaires.....	142
4.3.1.4.3	Les remplacements.....	142
4.3.1.5	Un travail en équipe.....	142
4.3.1.6	Quel type de relation avec son patient ?.....	144
4.3.1.7	Les opportunités d'installation.....	145
4.3.1.8	Les aspects financiers.....	145
4.3.1.9	Les tâches administratives.....	146
4.3.1.10	Des aides mal connues et inadaptées.....	147
4.3.1.11	Une attirance des médecins pour les centres de santé.....	148
4.3.1.12	Des critères personnels.....	149
4.3.1.12.1	La protection sociale.....	149
4.3.1.12.2	Les expériences personnelles.....	149
4.3.1.12.3	Le rôle du conjoint.....	150
4.3.2	Eléments peu ou pas retrouvés dans la littérature.....	150
4.3.2.1	Des conditions de travail source du stress.....	150
4.3.2.2	Se former davantage.....	151
4.3.2.3	Instabilité des conditions d'exercice.....	151
4.3.2.4	Des revenus réguliers.....	151
4.3.2.5	Les visites à domicile.....	152
4.3.2.6	Une comparaison père/fils.....	152
4.3.2.7	Conduire pour se rendre au domicile des patients.....	152
4.3.2.8	La personnalité, les convictions personnelles.....	153
4.3.2.9	La perception d'une grossesse dans son entourage professionnel.....	153
4.3.3	Instaurer un tiers payant généralisé.....	154
5	CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	157

REFERENCES.....	161
ANNEXES.....	172
ANNEXE 1 : Critères obligatoires du cahier des charges national.....	172
ANNEXE 2 : Lettre d'intention.....	173
ANNEXE 3 : Le canevas d'entretien initial.....	174
ANNEXE 4 : Le canevas d'entretien final.....	176
ANNEXE 5 : Fiche de thèse.....	179
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	183
ABSTRACT.....	184

1 INTRODUCTION

1.1 L'EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET DES MODES D'EXERCICE

1.1.1 La crise de la démographie médicale

Le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) recensait 198 760 médecins inscrits en activité régulière au 1er janvier 2014. Cet effectif serait stable depuis de nombreuses années : le CNOM a constaté une baisse de 0,03 % du nombre de médecins en activité régulière entre 2007 et 2014. Selon leurs projections, l'effectif devrait continuer à stagner entre 2014 et 2020, avec une baisse attendue de 0,02 % (1). Les variations d'effectifs ont été plus significatives au niveau régional. Les effectifs des médecins en activité régulière entre 2007 et 2014 variaient de - 5,6 % en région Île-de-France à + 5,7 % dans les Pays-de-la-Loire. En ce qui concerne l'Aquitaine, la variation a été de + 2,6 % dans cette période (1).

Les médecins généralistes en activité régulière seraient au nombre de 90 630 au 1er janvier 2014. Cela correspondrait à une baisse d'effectif de 1 % sur un an et de 6,6 % entre 2007 et 2014 (1). Selon les projections du CNOM, les médecins généralistes en activité régulière ne seront plus que 86 203 en 2020 (1).

Seule une région - les Pays de la Loire - a enregistré une hausse du nombre des spécialistes en médecine générale entre 2007 et 2014 (1). En tenant compte de l'évolution de la population, la densité des médecins généralistes a baissé dans toutes les régions françaises entre 2007 et 2014 (1). En Aquitaine, leur densité est passée de 155 à 145,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants (1).

1.1.2 Un secteur libéral en perte de vitesse au profit du secteur salarié, en particulier hospitalier

1.1.2.1 Une évolution des modes d'exercice des médecins plus favorable au salariat qu'au secteur libéral

Le nombre total de médecins en France aurait évolué en deux phases de 1995 à nos jours. Selon un rapport remis au président de la république en 2010 à la suite d'une mission présidée par le Dr Legmann (président du CNOM de 2007 à 2013), le nombre total de médecins, toutes spécialités confondues, aurait augmenté de 12,7 % entre 1995 et 2009. Cette augmentation aurait surtout profité au secteur salarié. Pendant la même période, les effectifs des médecins

exerçant en secteur libéral et mixte (libéral et salariée) n'auraient augmenté que de 5,8 % (2). A partir de 2009, le nombre total de médecins en activité régulière aurait commencé à baisser (2).

Au cours des sept dernières années, l'attrait des médecins pour le salariat s'est confirmé : le nombre de médecins exerçant en secteur libéral exclusif, toutes spécialités confondues, aurait baissé de 4,4 % de 2007 à 2014 (1). Selon les projections du CNOM, cette baisse pourrait se poursuivre jusqu'en 2020 (1).

Le nombre de médecins salariés exclusifs aurait dans le même temps augmenté de 4,5 % (1). Deux tiers des médecins salariés au début de l'année 2014 exerceraient à l'hôpital (1).

L'effectif des médecins ayant une activité mixte (libérale et salariée à la fois) en 2014 aurait augmenté de 11,2 % par rapport à 2007. Une projection en 2020 confirmerait la poursuite de cet attrait pour la médecine mixte (1).

Le tableau I présente l'évolution des effectifs de médecins en activité en France en 2007 et 2014 et les effectifs attendus pour 2020 (1).

Tableau I : pourcentage des médecins en activité régulière en France en 2007 et 2014, toutes spécialités confondues, ainsi que les estimations pour 2020.

	Médecins libéraux exclusifs	Médecins en activité mixte	Médecins salariés exclusifs
2007	47,6	9,7	41,7
2014	45,6	10,8	43,6
2020	43,7	11,6	44,7

Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2014.

Selon le rapport de 2010 du Dr Legmann, l'augmentation du nombre de généralistes entre 1995 et 2009 aurait été plus favorable au secteur salarié que libéral, plus particulièrement au secteur salarié hospitalier. Il rapportait une augmentation au cours de cette période de 39,1 % des généralistes salariés hospitaliers et de 15,4 % des généralistes salariés non hospitaliers (2). Entre 2007 et 2012, l'exercice libéral exclusif des médecins généralistes aurait baissé de 5,5 %. Leur exercice salarié aurait augmenté de 2,6 %. Selon différentes estimations, les effectifs de médecins généralistes en exercice libéral pourraient continuer de décroître en faveur de la médecine salariée dans les années à venir (2, 3). L'offre d'emploi hospitalière de médecins généralistes ces dernières années pèserait sur leur choix d'installation. Il pourrait y avoir une

concurrence entre l'autonomie procurée par l'exercice libéral et la maîtrise du temps de travail que procurerait l'hôpital (4).

Les statuts des médecins généralistes travaillant à l'hôpital sont divers. Les médecins généralistes salariés hospitaliers occuperaient le plus souvent un poste de praticien hospitalier (5). Ces derniers représentaient 61 % des généralistes salariés hospitaliers dans une étude réalisée en Franche-Comté. Dans cette étude, les autres médecins généralistes salariés hospitaliers étaient répartis de la manière suivante : 12 % étaient des assistants de médecine générale, tous salariés exclusifs et 11 % étaient des attachés de médecine générale. Ces derniers pouvaient avoir une activité mixte en étant installé en libéral ou en effectuant des remplacements (5).

Le tableau II présente l'évolution des effectifs de médecins généralistes en activité en France entre 2011 et 2014 (1, 3, 6, 7).

Tableau II : pourcentage des médecins généralistes en activité régulière en France entre 2011 et 2014.

	Médecins généralistes libéraux exclusifs	Médecins généralistes en activité mixte	Médecins généralistes salariés exclusifs
2011	59,0	7,1	33,8
2012	59,7	6,0	34,2
2013	59,0	6,3	34,5
2014	58,2	6,8	34,9

Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2011-2014.

En Aquitaine, il y aurait eu aussi une augmentation du nombre de médecins généralistes salariés. Selon le rapport régional de l'ONDPS de mars 2009, le nombre de médecins, toutes spécialités confondues, aurait augmenté de 12,3 % sur la période 1998-2008 en Aquitaine (8). Cette augmentation aurait surtout bénéficié aux médecins généralistes, en particulier ceux exerçant en secteur hospitalier. Pendant cette période, le nombre de médecins généralistes hospitaliers aurait augmenté de 74,7 % (478 en 1998 versus 835 en 2008). Le nombre de médecins généralistes libéraux et celui des médecins généralistes salariés non hospitaliers n'auraient augmenté respectivement que de 9,5 % (3651 en 1998 versus 3998 en 2008) et 9,6 % (533 en 1998 versus 584 en 2008) dans la même période (8).

1.1.2.2 Des jeunes médecins qui délaissent l'installation en libéral

Les jeunes médecins, toutes spécialités confondues, hésiteraient à se lancer dans l'activité libérale à la fin de leurs études médicales (6).

La figure 1 représente le nombre de médecins en France, toutes spécialités confondues, exerçant une activité libérale ou salariée lors de la première inscription à l'Ordre des médecins de 1986 à 2007 (2).

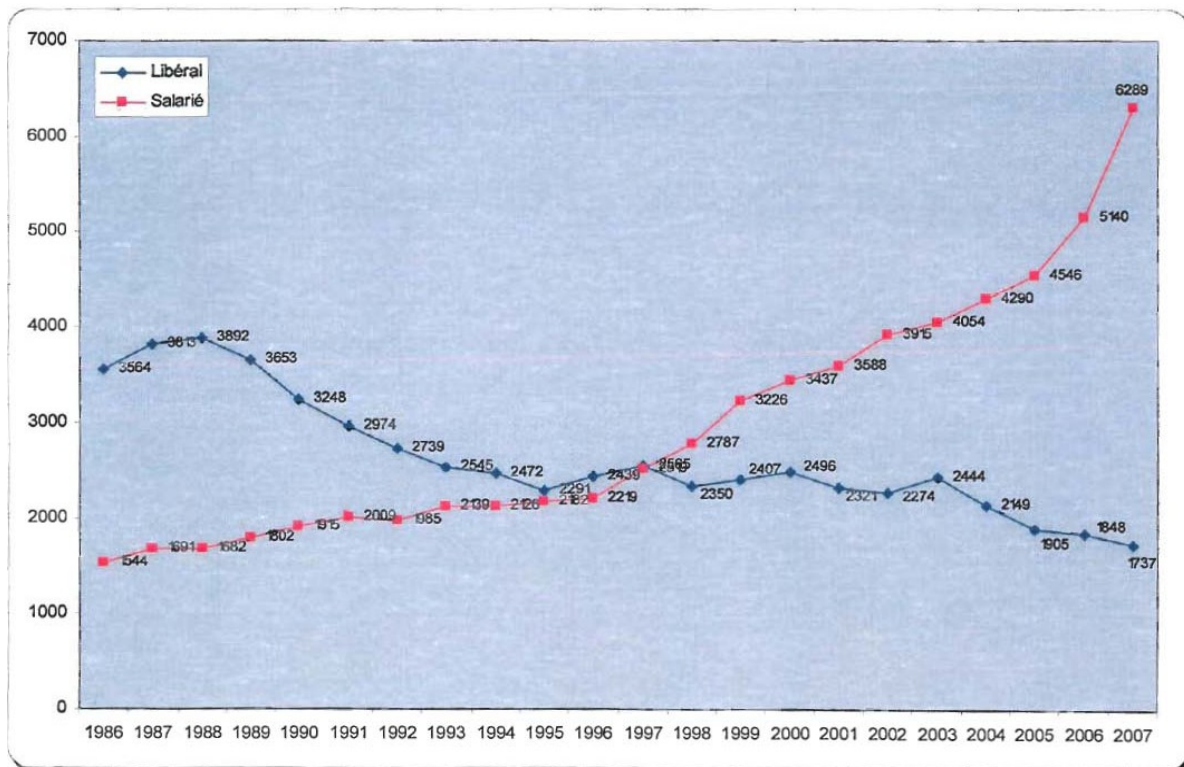


Figure 1 : évolution des activités libérale ou salariée des médecins en France, toutes spécialités confondues, lors de la première inscription à l'Ordre de 1986 à 2007.

Source : Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Paris : Ministère de la santé ; 2010.

Parmi les nouveaux médecins inscrits au 1er janvier 2014, 10,7 % avaient fait le choix d'exercer leur activité en libéral exclusif, 63,4 % en secteur salarié exclusif. Ils étaient 3,1 % à avoir une activité mixte et 22,8 % à être remplaçants (1). Les médecins généralistes privilégieraient lors de leur première inscription à l'ordre des médecins l'exercice salarié ou remplaçant (1, 3, 6, 7). Le statut mixte serait lui aussi apprécié par les jeunes médecins (3, 7, 9, 10-12), au détriment du secteur libéral exclusif. Les jeunes médecins généralistes récemment inscrits s'installeraient moins souvent en libéral que leurs aînés dès la fin de leurs

études (2, 3, 6, 7, 13-19). Le tableau III présente l'évolution des effectifs de médecins généralistes nouvellement inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins entre 2011 et 2014.

Tableau III : répartition des médecins généralistes nouvellement inscrits en France entre 2011 et 2014, en pourcentages.

	Médecins généralistes libéraux exclusifs	Médecins généralistes en activité mixte	Médecins généralistes salariés exclusifs	Médecins généralistes remplaçants
2011	17,86	0,80	36,93	44,41
2012	19,16	2,09	37,85	40,91
2013	19,40	3,70	35,14	41,73
2014	20,40	4,30	33,40	41,90

Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2011-2014.

1.1.2.3 Une féminisation croissante

Les femmes représentaient 38 % des médecins en activité régulière en 2007 et 44 % en 2014(1). Les femmes médecins devraient devenir plus nombreuses que leurs confrères masculins en 2022 selon les projections de la DREES (20).

Elles représentaient 53 % des nouveaux inscrits toutes spécialités confondues en 2006. Elles représentaient 58 % des nouveaux inscrits en 2014 (1) et devraient représenter plus de 60 % des effectifs en 2018 (7).

Les médecins généralistes comptaient 43 % de femmes dans leur effectif en 2014 contre 49 % pour les autres spécialités médicales et 27 % pour les spécialités chirurgicales (1). Cette tendance à la féminisation des professions médicales est retrouvée dans d'autres enquêtes (2, 13, 21, 22). Le rapport sénatorial de 2007 sur la démographie médicale s'inquiétait des répercussions liées à cette féminisation en termes de densité médicale sur le territoire français (13).

Les femmes médecins, sans distinction de spécialité, choisiraient par exemple davantage le salariat que leurs homologues masculins (2, 13, 14, 20). En 2009, plus d'une femme sur deux aurait été salariée contre un homme sur trois selon le CNOM (2). En 2014, 45,8 % des généralistes féminins exerceraient en secteur libéral exclusif contre 67,7 % des généralistes

masculins (1). Près de la moitié des généralistes féminins exercerait en salariat contre près d'un quart pour les généralistes masculins (1). En Aquitaine, les femmes seraient également moins nombreuses en médecine générale libérale que dans le secteur salarié (8). En 2008, la proportion de femmes n'était que de 29,1 % parmi les médecins généralistes libéraux alors qu'elle était de 48 % parmi les médecins généralistes hospitaliers et 66,6% parmi les médecins généralistes non hospitaliers (8).

1.2 LES REFORMES MENEES POUR PALLIER LE MANQUE D'INSTALLATION EN LIBERAL

Une des premières réformes menées pour résoudre la crise de la démographie médicale a été l'augmentation du numerus clausus des médecins formés, avec une modulation régionale des étudiants admis en deuxième année de premier cycle des études médicales (13, 23). Ce numerus clausus avait été instauré en 1971 (22). Il était alors de 8000 étudiants par an. Le numerus clausus a décliné progressivement du début des années 70 jusqu'en 1993 pour atteindre son plus bas niveau soit 3500 étudiants (22, 24). A partir de 1997, les autorités ont augmenté progressivement le numerus clausus de sorte que, neuf ans plus tard, le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine soit multiplié par 2 (23). En 2012, le numerus clausus a de nouveau atteint un chiffre de 8000 étudiants (22). La figure 2 représente le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine (numerus clausus) entre 1971 et 2012.

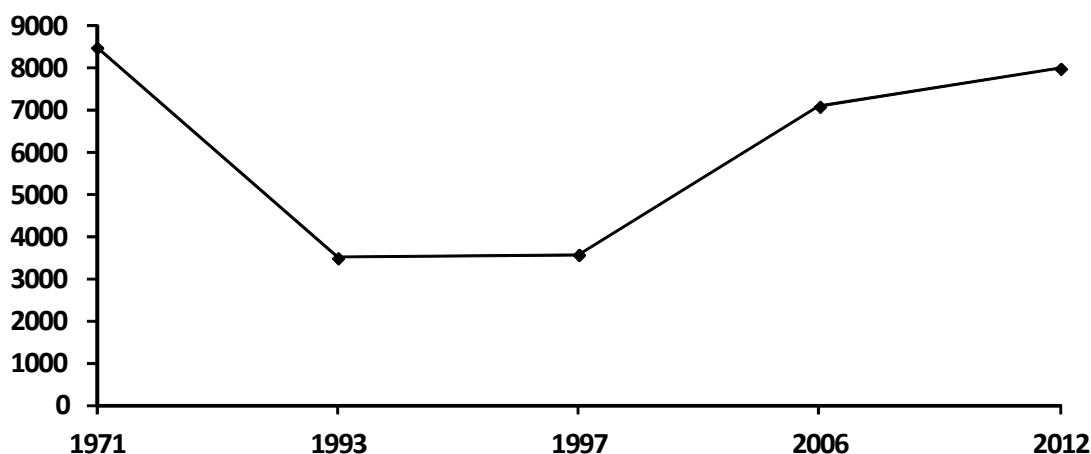


Figure 2 : évolution du numerus clausus des étudiants admis en 2^{ème} année des études médicales en France entre 1971 et 2012.

La modification du numerus clausus n'aurait réduit que faiblement les inégalités de répartition des médecins sur le territoire français (23). La différence maximale de densité médicale interrégionale n'a diminué que d'environ 20 % entre 1985 et 2005. En 2007, cette différence

en ce qui concerne la médecine générale était de 50 % (23).

D'autres mesures de régulation ont été prises. A l'échelle nationale, l'État et l'assurance-maladie privilégieraient les aides financières pour inciter les jeunes médecins à s'installer en libéral ou ceux qui pourraient prendre leur retraite à poursuivre. Mieux informer sur les aides proposées fait également partie des priorités nationales. A l'échelle régionale, des dispositifs ont été mis en place pour la formation des médecins. Ces dispositifs aident aussi les professionnels de santé dans les domaines suivants : l'exercice en groupe, la délégation de tâches à d'autres professionnels de santé, la télémédecine, etc. (23). Ces différentes mesures de régulation vont être successivement être présentées ci-dessous.

1.2.1 Les réformes du système de soins français

1.2.1.1 La planification régionale de l'offre de soins

Avec la loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont remplacé les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Elles ont en charge la gestion des établissements, des services de santé et des établissements médico-sociaux. La loi HPST permet aux ARS d'organiser l'offre de soins ambulatoire, à la différence des ARH (22, 25). Les ARS élaborent les plans régionaux de santé (PRS). Chaque région bénéficie, grâce au PRS, de l'élaboration de priorités d'actions sanitaires concernant les domaines ambulatoire, hospitalier, de prévention et médico-social. Ces plans sont adaptés aux situations spécifiques rencontrées dans la région (22). L'arrêté du 6 octobre 2010 a permis, dans cette optique, la création de six territoires de santé en Aquitaine (25).

Le PRS d'Aquitaine est établi pour cinq ans et précise la politique de santé de la région en termes d'objectifs et de priorités d'action. Le dernier PRS concerne les années 2012 à 2016. Il est constitué de plusieurs éléments (25) :

- Un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui constitue l'ossature du projet régional de santé. Il précise les principales stratégies sanitaires adoptées par la région.

- Trois approches transversales qui traitent de problématiques essentielles que sont les maladies chroniques, la santé mentale et les pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie.

- Trois schémas régionaux, illustrés par la figure 3 :

- Le volet prévention (SRP) s'occupe de la promotion et de la prévention sanitaire, de la gestion de la veille sanitaire, de l'alerte et de l'organisation des urgences sanitaires et enfin de la santé environnementale.
- Le volet soins (SROS) traite de la gestion des soins en ville et à l'hôpital.
- Le volet médico-social (SROMS) est consacré à la programmation de l'offre médico-sociale sur le territoire (personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité, personnes confrontées à des addictions).

- Quatre programmes d'action de mise en œuvre des trois schémas :

- le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) est destiné aux personnes précaires.
- le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).
- le Programme régional de télémédecine (PRT).
- le Programme régional de gestion du risque (PRGDR).

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) est l'instrument permettant de mettre en œuvre le PRS. L'article L. 1434-7 du Code de la Santé Publique stipule que le SROS doit prévoir et mettre en œuvre les réformes nécessaires afin d'adapter la démographie médicale à la situation sanitaire des citoyens de la région. Il s'agit pour la région d'être compétente en termes d'efficacité et d'accès aux soins (22).

Le SROS comporte une partie relative à l'offre de soins en milieu ambulatoire. Les ARS établissent les priorités d'action et les zones précaires. Les ARS définissent également les territoires de santé où sont menées de manière spécifique des actions favorisant les soins de premier recours, l'équipement des établissements de santé, la prise en charge médico-sociale et des actions de santé publique (25). Le volet ambulatoire du SROS n'est pas opposable aux professionnels de santé (22, 25). Cette non opposition résulte de la loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade qui a modifié la loi HPST de 2009 (22). Le volet hospitalier est, lui, opposable aux établissements de santé et aux promoteurs (22, 25).

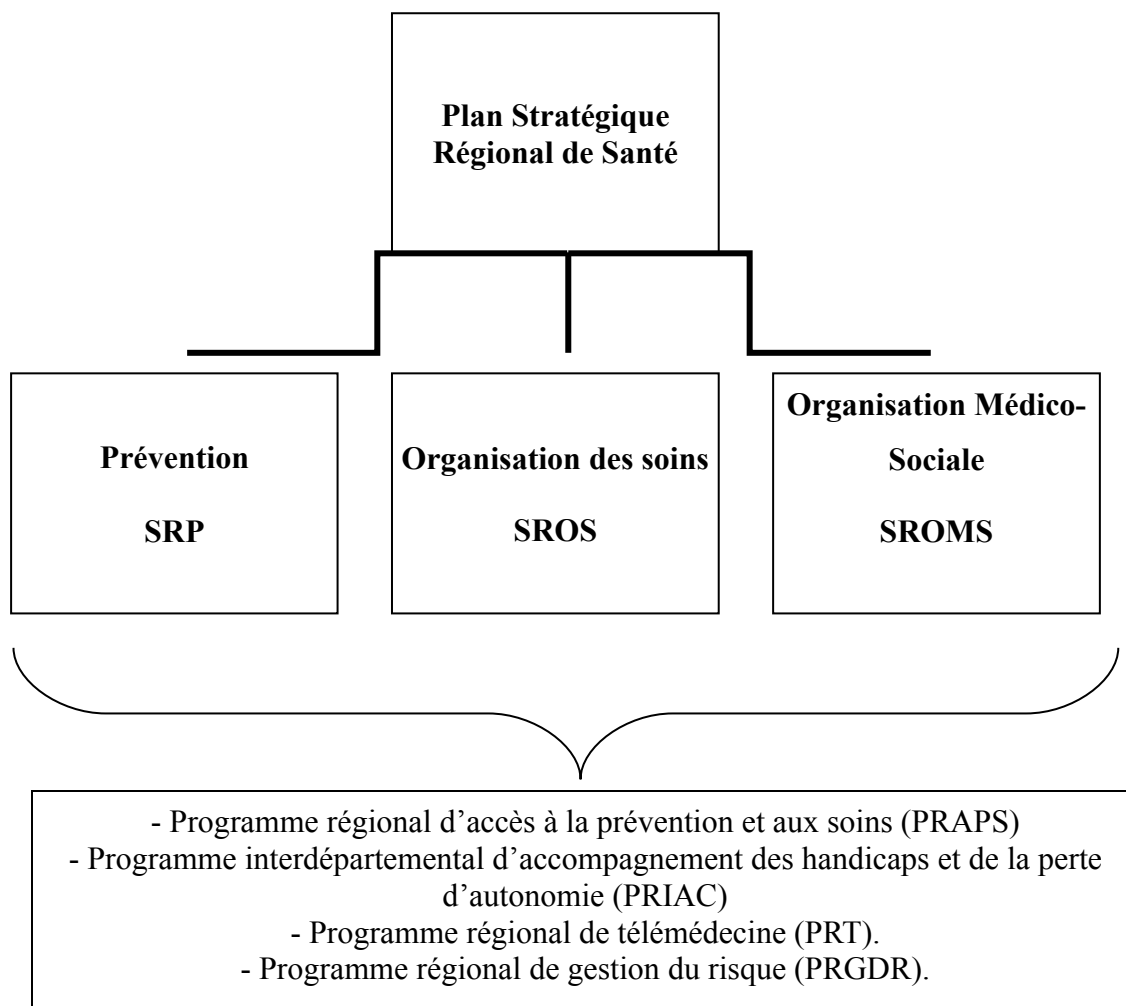


Figure 3 : articulation entre les 3 schémas régionaux et les 4 programmes d'action du Plan Stratégique Régional de Santé du Plan Régional de Santé d'Aquitaine 2012-2016.

L'ARS d'Aquitaine a établi un SROS qui comporte dans son volet ambulatoire 4 axes stratégiques, 7 objectifs et 19 actions. S'y ajoutent des objectifs sur la répartition des laboratoires de biologie médicale (25).

Les 7 objectifs du volet ambulatoire peuvent se résumer ainsi :

- Définir des priorités d'actions sur l'organisation soins de premier recours.
- Favoriser les actions de santé publique.
- Promouvoir toutes les formes d'exercice coordonnées.

Le volet hospitalier comporte 22 fiches thématiques et 124 objectifs, se résumant ainsi (25) :

- Préciser les activités de soins et le matériel lourd dont disposent les établissements hospitaliers.
- Définir l'offre de soins nécessaire dans les établissements pénitentiaires.

- Proposer des mesures liées à l'organisation des établissements de santé : créations, suppressions, transformations, regroupements, coopérations.
- Déterminer les missions de service public.

1.2.1.2. Une réorganisation de la permanence de soins

La réorganisation de la permanence des soins a eu lieu en 2003 à la suite des grèves de gardes obligatoires de 2001 et 2002 menées par les médecins (22). La PDS repose désormais sur le volontariat des médecins, tout en restant une obligation au niveau collectif (22). Un tableau de garde, sur lequel s'inscrivent les médecins volontaires, est géré par le Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins (CDOM). Des astreintes financières sont versées aux médecins qui participent à la permanence de soins. Si le nombre de volontaires n'est pas suffisant, cela peut engendrer une réquisition préfectorale (22). La loi HPST du 21 juillet 2009 obligeait les médecins à avertir le CDOM des absences prévues. La loi Fourcade du 10 août 2011, qui est venue supprimer cette obligation, a permis de tenir compte des souhaits des médecins (26).

Il existe un système de régulation des appels soit par le biais du SAMU, soit par l'intervention de médecins libéraux en lien avec le 15. En concertation avec le CNOM, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi des recommandations sur la prise en charge des appels téléphoniques reçus par la régulation médicale (26). Le régulateur adapte le type d'intervention en fonction des situations. Les recommandations proposent six types de réponses :

- Le conseil médical sans intervention sur place.
- Une prescription médicale donnée par téléphone.
- La proposition de consultation médicale.
- L'envoi d'une ambulance ou des pompiers sur place pour effectuer un transport du malade vers les services d'urgences hospitaliers.
- L'intervention d'un effecteur médical de la PDS ou d'une équipe de Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) sur place.

L'enquête du CNOM de décembre 2013 sur l'état de la PDS montrait que le pourcentage de volontaires dépassait les 60 % dans les deux tiers des départements. Une baisse des médecins volontaires a été constatée dans 27 % des départements. On notait une hausse des volontaires dans 23 % des départements (26).

Dans 18 départements, des médecins non installés participaient à la PDS. Il s'agissait de médecins remplaçants, de médecins retraités, de médecins hospitaliers ou de médecins

salariés exerçant en centres de santé (26).

En zone urbaine, des médecins regroupés en association, par exemple SOS-Médecins, assurent aussi la PDS. Le nombre réduit de médecins dans ces associations n'entamerait pas l'efficacité du dispositif (26). Les médecins exerçant en zone rurale ou péri-urbaine seraient aidés par des confrères, urbains, qui participeraient à la régulation médicale (26).

1.2.1.3 Un soutien au développement des maisons et pôles de santé

- Les maisons de santé pluri-professionnelles

La première mention dans une loi des maisons de santé date de la loi de financement de la sécurité sociale du 19/12/2007 (27). Cette loi sur les maisons de santé a été insérée dans le code de la santé publique sous l'article L.6323-3 :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ».

En février 2008, Mme Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, annonçait une aide pour la création de cent maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Un cahier des charges a été alors établi pour définir les critères auxquels doivent répondre les MSP pour bénéficier d'un soutien financier, via le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Les orientations stratégiques du FIQCS pour 2008 prévoyaient de « *soutenir le développement de formes d'exercice regroupé des professionnels de santé, notamment dans les régions où l'offre de soins est déficitaire ou fragilisée* », et de favoriser le « *développement de maisons de santé pluridisciplinaires* » (28).

L'article 39 de la loi HPST du 21 juillet 2009 complétait l'article L.6323-3 du code de la santé publique :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre les professionnels médicaux et les auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux

orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé ».

La loi Fourcade du 10 août 2011 a donné une nouvelle définition des maisons de santé. Cette nouvelle définition est inscrite désormais dans le code de la santé publique, sous l'article L.6323-3 :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et le cas échéant de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnées à l'article L.1434-2. Il est transmis pour information à l'ARS. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions est explicitement prévue par le projet de santé ».

La loi Fourcade a permis aux pharmaciens de faire partie des MSP. Cette loi stipule que les soins prodigués sont, avant tout, des soins de premiers recours. Cette loi modifie donc certains éléments de la loi HPST du 21 juillet 2009. Elle a permis la création de la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) et modifie ainsi le cadre réglementaire des professionnels de santé exerçant en libéral au sein des MSP (22, 29). La SISA autorise des professions différentes à se rassembler. Une association juridique de type SISA de professionnels permet d'avoir des aides financières publiques de l'État, de l'assurance-maladie ou des collectivités territoriales. Elle facilite l'entrée et la sortie des professionnels de santé dans le dispositif tout en leur fournissant un cadre fiscal et social plus sécurisé qu'auparavant (22). Elle autorisera les professionnels de santé à exercer en commun certaines activités de soins et de coordination, rémunérées selon de nouveaux modes de rémunération, encore en cours d'expérimentation (29).

Une MSP peut donc regrouper dans ses locaux plusieurs types de professionnels de santé : des médecins généralistes et infirmiers exerçant à temps plein, ainsi que d'autres professionnels de

santé quels que soit leur temps de travail. Il peut s'agir de médecins spécialistes, de dentistes, de kinésithérapeutes, de podologues, de diététiciens, de psychologues, d'orthophonistes, etc. (22). Les professionnels de santé sont des professionnels libéraux. Ils doivent exercer leurs activités de manière coordonnée. Pour cela, ils s'accordent sur un projet commun de santé. Il n'existe à l'heure actuelle pas de critères de labellisation des MSP en France. Cela implique que la nomination « maison de santé » peut concerner n'importe-quel établissement. Cependant, la structure doit respecter un cahier des charges précis si elle souhaite bénéficier d'une aide financière publique, comme le FIQCS précité. Le cahier des charges est établi par la DGOS. Les maisons de santé qui souhaitent bénéficier d'aides financières concluent avec l'ARS un contrat d'objectifs et de moyens, sur plusieurs années (30). Un des critères précisés dans ce cahier des charges est par exemple que la MSP doit dénombrer au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical (27). Les autres critères concernent la présence d'un lieu géographique et fonctionnel commun ainsi que l'existence d'un projet de santé et d'un projet professionnel (31). L'annexe 1 reprend les critères obligatoires du cahier des charges.

En janvier 2012, on comptait en France 235 MSP en fonctionnement et environ 450 maisons étaient en cours d'élaboration. Elles étaient situées à 80 % en milieu rural et regroupaient 2650 professionnels dont 750 médecins (30).

- Les pôles de santé

Ils sont définis par l'article 40 de la loi HPST du 21 juillet 2009 qui a donné l'article L. 6323-4 du Code de la santé publique :

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale ».

Un pôle de santé pluri-professionnel (PSP) regroupe des praticiens libéraux exerçant de manière coordonnée mais qui n'ont pas de locaux en commun. Il peut associer des

professionnels exerçant soit seuls, soit au sein d'un cabinet, soit au sein d'une MSP ou d'un centre de santé (22). Un PSP peut également associer des professionnels de santé à des structures sanitaires ou médico-sociales. Le Pôle peut donc géographiquement être constitué de plusieurs sites sur un territoire, ayant des objectifs sanitaires ou sociales (27, 32). Un projet de santé est établi par les professionnels de santé du PSP afin de répondre aux besoins de la population dans le territoire concerné (27).

Les regroupements de professionnels de type MSP ou PSP favoriseraient l'organisation d'une offre de soins cohérente sur le plan territorial. Cela devrait permettre d'établir une unité d'offre de soins dans chaque lieu et améliorer la répartition géographique des médecins. Ce regroupement pourrait faciliter l'arrivée de jeunes médecins. Ceux-ci plébiscitent en effet l'exercice en groupe (6, 7, 14, 22, 27, 33-36). Cela pourrait aussi améliorer la productivité et les conditions de travail (37).

Les MSP et PSP seraient promues par les professionnels de santé eux-mêmes et les élus (22, 27, 31).

1.2.2 Les mesures incitatives à l'installation

Un ensemble de dispositifs incitatifs a été mis en place afin de pallier le problème de la démographie médicale et de la répartition des médecins sur le territoire français. Ces dispositifs sont soit des exonérations fiscales et sociales décidées par l'État, soit des aides financières à l'installation en zones sous dotées financées par l'assurance-maladie, soit des aides financées par les collectivités territoriales. Parallèlement, différents dispositifs ont été créés afin d'informer les médecins sur les aides existantes (22, 38, 39).

1.2.2.1 Exonérations fiscales et sociales proposées par l'État

- Un dispositif d'exonération d'impôt sur le revenu a été mis en place avec la loi du 4 février 1995 pour l'aménagement et le développement du territoire. Ces exonérations fiscales concernent les sociétés qui s'installent dans une zone de redynamisation urbaine (ZRU). D'autres dispositions ont été prévues avec la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux en cas d'installation en zone de revitalisation rurale (ZRR). Ces lois prévoient que l'exonération soit totale les cinq années suivant l'installation puis diminue progressivement au cours des neuf années suivantes (22, 23, 38, 39).

- Les exonérations fiscales s'accompagnent, en cas d'embauche d'un salarié par un cabinet médical, d'exonérations de charges sociales en ZRU et ZRR (22). L'exonération de charges est financée par l'Etat et dure 12 mois (38).
- Une exonération de cotisation foncière des entreprises (anciennement appelée : taxe professionnelle) peut être proposée dans le cadre de la loi du 23 février 2005 relatif au développement des territoires ruraux. La période d'exonération s'étend de 2 à 5 ans, pour une installation en libéral en ZRR ou dans une commune de moins de 2000 habitants. Elle est financée par l'Etat (22, 23, 38, 39).
- La loi du 23 février 2005 a instauré une exonération de l'impôt sur le revenu pour les médecins qui acceptent de participer à la permanence de soins. L'exonération concerne les sommes perçues au titre de la PDS. L'installation du médecin doit avoir lieu dans une zone médicalisée et l'exonération ne peut dépasser 60 jours par an (13, 22, 38, 39).

1.2.2.2 Aides financées par les collectivités territoriales

La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux a rendu possible l'attribution d'aides financières par les collectivités territoriales. Les structures qui participent à la PDS sont ainsi aidées financièrement. Promouvoir l'installation et la poursuite d'activité des médecins en zones sous médicalisées font partie des objectifs de cette loi (22, 23, 38, 39).

Différents types d'aides peuvent être proposés :

- Les dépenses d'investissement ou de fonctionnement en relation avec l'activité professionnelle peuvent être prises en charge de manière complète ou partielle.
- Un logement et des locaux destinés aux soins peuvent être mis à disposition des médecins.
- Les médecins peuvent recevoir une prime d'installation ou une prime d'exercice forfaitaire s'ils exercent en libéral.

L'activité doit être poursuivie pendant 3 ans dans la même zone (22).

- Les internes qui effectuent leurs stages en zones sous dotées peuvent bénéficier d'indemnités de logement et de déplacements, versées par collectivités territoriales. Le cadre légal correspond également à la loi du 23 février 2005 qui autorise ces aides (13, 22, 23, 38, 39). Un logement peut également être mis à disposition des étudiants. Les jeunes médecins pourraient ainsi découvrir l'exercice libéral en milieu rural (22, 38).
- Toujours dans le cadre de la loi du 23 février 2005, une indemnité d'étude et de projet professionnel est versée aux étudiants contractants qui s'engagent à exercer pendant au moins

cinq ans dans une zone sous médicalisée. Ce dispositif concerne les futures médecins généralistes, spécialistes ou chirurgiens-dentistes. Cette indemnité est versée à l'étudiant avec un maximum fixé à 24 000 euros par an et correspond au montant des émoluments de troisième année d'études de troisième cycle. Le CESP instauré au niveau national s'est inspiré de cette mesure décidée localement (22, 23, 38, 39).

1.2.2.3 Les autres incitations à l'installation en zones sous dotées

- Un Contrat de bonnes pratiques « exercice en milieu rural » a été créé en annexe à la convention médicale de janvier 2005. Elle permet aux médecins de recevoir une indemnité complémentaire de 300 euros par jour de remplacement avec un maximum de 10 jours par an. Les conditions d'attribution sont : l'éloignement du cabinet par rapport aux services d'urgences (au minimum vingt minutes) et la densité de médecins généralistes dans le canton d'installation, qui doit être inférieure à 6/10000 habitants. L'activité doit être maintenue pendant trois ans et le médecin doit s'initier aux difficultés rencontrées en zones rurales en participant à une formation professionnelle conventionnelle. Ce contrat est financé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (38).

- Les obstacles juridiques et déontologiques à l'ouverture d'un cabinet secondaire par les médecins ont été assouplis. L'article R 4127-85 du code de la santé publique, modifié par le Décret 2005-840 et publié au journal officiel le 26 juillet 2005, permet à un médecin d'exercer sur plusieurs sites différents si cela permet d'améliorer l'offre de soins locale. L'article 85 du code de déontologie médicale a été lui aussi modifié pour assouplir les modalités d'autorisation de cabinet secondaire (40, 41). Le décret du 17 mai 2005 est venu réformer l'article 85 de sorte que les médecins doivent désormais demander un agrément pour chaque site où ils souhaitent exercer. Antérieurement, la demande d'autorisation ne concernait pas le lieu des plateaux techniques. La durée de cette autorisation de sites supplémentaires n'est plus déterminée à l'avance (elle était de trois ans auparavant). Le deuxième cabinet doit être situé dans une zone sous médicalisée (38, 40, 41).

- Un statut de collaborateur libéral a été créé par l'article 18 de la loi du 2 août 2005 concernant les petites et moyennes entreprises. Ce statut est accordé par le CDOM et permet aux jeunes médecins d'exercer au côté d'un médecin déjà installé (39). Le collaborateur libéral devrait pouvoir constituer plus facilement sa propre patientèle grâce à ce dispositif (38). A la fin de son contrat, le jeune médecin a l'autorisation de s'installer dans un autre

cabinet que celui où il a effectué la collaboration. Ce cabinet peut se situer dans une zone proche du lieu d'exercice du médecin installé. Il peut avoir d'autres formes d'exercices pendant cette période (remplacement, salariat). Un médecin collaborateur libéral a la possibilité d'établir des contrats avec plusieurs de ses confrères installés. Une femme médecin collaboratrice dispose d'un congé maternité de 12 semaines prévu dans le contrat du conseil de l'ordre. Pendant cette période, le médecin installé n'a pas le droit de résilier le contrat (39). Le médecin collaborateur libéral a le droit de bénéficier d'exonérations de l'impôt sur le revenu, de la cotisation foncière des entreprises et de l'impôt sur les revenus issus de ses gardes, tout comme les remplaçants (39). Il peut également bénéficier d'aides des collectivités territoriales et à ce titre, les dépenses liées à ses déplacements, aux locaux et matériels professionnels ou à son logement peuvent être prises en charge. Il peut obtenir une prime d'exercice forfaitaire (39). Le médecin généraliste collaborateur libéral peut souscrire à l'Option Santé Solidarité Territoriale ou à l'Option Démographique, dans la mesure où il est conventionné à titre personnel (39).

- La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2006, dont le décret d'application a été adopté le 02/01/2006, prévoit que les médecins nouvellement installés en libéral dans les zones déficitaires aient le droit à une dérogation au parcours de soins pour leurs patients. Ces derniers sont exonérés de pénalités lors du remboursement des soins pendant 5 ans. Les zones concernées sont délimitées par l'ARS (13, 22, 23, 38, 39).

- L'arrêté du 23 mars 2007, portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, prévoit que les médecins généralistes libéraux qui exercent en groupe ou au sein d'une MSP dans les zones sous médicalisées bénéficient d'une majoration de 20 % des honoraires. Ces zones sont déterminées par les SROS. Les médecins doivent participer à la permanence des soins. La continuité des soins est, elle, assurée en faisant intervenir des remplaçants ou d'autres médecins du groupe auxquels ils appartiennent (22, 23, 38, 39). Ils s'engagent à poursuivre cet exercice pendant 3 ans (13).

- Un Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) a été créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et par le décret du 15 mai 2007. Il aide au financement d'actions qui favorisent une amélioration de la qualité et la coordination des soins, la répartition des professionnels de santé et enfin de l'exercice en groupe. Il concerne les interventions menées pour améliorer les soins en milieu ambulatoire et la permanence des soins. Il concerne aussi l'amélioration de la coopération entre la ville et les établissements hospitaliers et médico-sociaux (38).

- Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM) peuvent, en cas d'exercice en zone sous dotée, aider à financer : des frais d'études, des dépenses de matériels ou de fonctionnement ou des dépenses d'évaluation (38).

- Un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) a été créé par la loi HPST du 21 juillet 2009. Ce contrat s'inspire des mesures déjà prises par plusieurs collectivités territoriales (22). Ce dispositif est financé par l'assurance-maladie via le FIQCS (22).

Dans ce dispositif, les étudiants et les internes en médecine peuvent disposer d'une allocation mensuelle de 1200 euros brut jusqu'à la fin de leurs études brut (22, 39). La durée d'engagement, au minimum de deux ans, correspond au nombre d'années durant lesquelles ils auront bénéficié de l'allocation. Cette indemnité est conditionnée par une installation ultérieure dans une zone considérée comme déficitaire en offre de soins par les SROS (22, 42). Les étudiants sont accompagnés au cours de leurs études et leur installation (42). Les médecins doivent pratiquer le tarif opposable une fois installés (39).

Ce dispositif a été évalué un an après sa mise en place. Le nombre de contrats signés était inférieur aux ambitions initiales. Quatre cents contrats avaient été proposés aux étudiants et aux internes mais seuls 148 avaient été signés un an après la création du CESP (43). Le rapport du sénateur Maurey de février 2013 énonçait le fait que seuls 350 contrats avaient été signés sur les 800 proposés (22).

Le CESP est également cité dans l'engagement n° 2 du Pacte Santé Territoire. Celui-ci propose la création de 1500 contrats d'ici à 2017 (42).

- Les options « Démographie » et « Santé Solidarité Territoriale » ont été ajoutées par l'avenant n° 20 à la nouvelle convention médicale du 26 septembre 2011 (22, 39) :

- L'Option Démographie propose en cas d'exercice en groupe une majoration de 10 % de l'activité, fixée au maximum à 20 000 euros. Le médecin généraliste doit exercer au sein d'un groupe installé en zone sous médicalisée ou dans une zone voisine (5 km en zone rurale et 2 km en zone urbaine). Une aide à l'investissement de 5 000 euros par an vient compléter le dispositif. S'il s'agit d'un exercice au sein d'un pôle de santé, la majoration est de 5 % de l'activité (maximum 20 000 euros). Le médecin généraliste doit être installé en tant que membre d'un pôle de santé en zone sous dotée ou sur un territoire voisin (5km en zone rurale et 2km en zone urbaine). Une aide à

l'investissement s'élevant à de 2 500 euros par an est également proposée.

- L'Option Santé Solidarité Territoriale propose une rémunération complémentaire fixée à 10 % du montant de l'activité réalisée en zone sous médicalisée. La limite est fixée à 20 000 euros. Les frais de déplacement sont pris en charge. Les médecins libéraux s'engagent à y exercer pendant 3 ans, au minimum 28 jours par an.

Dans les deux cas, le médecin doit pratiquer les tarifs opposables, quel que soit son secteur d'activité, secteur 1 ou 2 (22).

- Avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 est apparu le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale. Ce contrat fait également l'objet de l'engagement n° 3 du Pacte Territoire Santé lancé en décembre 2012 (38, 44). Le statut de Praticien Territorial de Médecine Générale garantit au médecin libéral une rémunération supplémentaire à son revenu libéral, à condition de réaliser 165 consultations par mois.

Le médecin s'engage à exercer dans une zone sous dotée. La durée d'engagement est inscrite dans le contrat et la zone en question définie par l'ARS. Ce dispositif ne concerne pas les médecins ayant déjà été installés en libéral. Les formes d'exercice acceptées sont la collaboration, le remplacement ou le salariat au sein d'un établissement public ou privé. Les tarifs pratiqués correspondent aux tarifs opposables mais le médecin n'a pas besoin d'être conventionné (39, 42, 44).

Ce statut permet également de bénéficier d'une meilleure protection sociale (maladie, maternité) : Une indemnisation est proposée pour tout arrêt maladie supérieur à 7 jours, et pendant toute la durée d'un congé (44).

1.2.3 Le Pacte Territoire Santé

Il a été lancé en décembre 2012 et comprend 12 engagements (42, 44).

- L'engagement n° 1 du Pacte Territoire Santé concerne la formation des étudiants en médecine. Les étudiants de deuxième cycle des études médicales devraient effectuer un stage d'initiation à la médecine générale de huit semaines. L'engagement n° 1 du Pacte devrait permettre aux étudiants d'avoir davantage accès à ce stage effectué en cabinet de médecine générale (42, 44).

- L'engagement n° 2 du Pacte Territoire Santé concerne le CESP. Il propose la création de 300 CESP chaque année jusqu'en 2017, soit 1500 en tout (22, 42, 44). Ce sont les ARS qui fixent les secteurs géographiques concernés par cette mesure. L'engagement n°2 donne aussi aux chirurgiens-dentistes le droit de bénéficier de ce dispositif (22).

- L'engagement n° 3 du pacte devrait permettre de diminuer les difficultés de début d'exercice rencontrées par les jeunes médecins généralistes. Un complément de revenus et une meilleure protection sociale leurs sont proposées. Deux cents contrats de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale doivent pour cela être créés en 2013. Il est prévu d'établir 200 contrats supplémentaires en 2014 dans des zones où l'offre de soins est réduite (42, 44).

- Une mesure importante du pacte est la nomination d'un référent unique « installation » dans chaque région, annoncée par l'engagement n° 4 du pacte (42, 44). Il est prévu que chaque ARS dispose d'un guichet unique. Le référent installation sera l'interlocuteur prioritaire dans le but d'apporter toute les informations nécessaires sur le Pacte Santé Territoire (42). Les jeunes médecins souhaitant s'installer en libéral dans leur région seront ainsi accompagnés dans leurs démarches. Le référent installation aide les médecins à définir au mieux leur lieu d'installation ou leur type d'exercice. Il les informe sur les possibilités d'aides à l'installation et sur les procédures nécessaires à effectuer pour en bénéficier (42, 44). Les référents installation renseignent aussi sur les possibilités de stages qui sont offertes aux étudiants en médecine, ainsi que sur les lieux où ils peuvent les réaliser.

Les représentants des jeunes médecins et internes ont été invités à participer aux réunions sur l'installation organisées par les ARS (45).

- Dans le but de développer le travail en équipe, l'engagement n° 5 du pacte prévoit de multiplier par deux le nombre de maisons de santé en un an. Il est prévu de passer entre 2012 et 2013 de 174 à 370 établissements. De nouveaux modes de rémunération des équipes de professionnels de soins doivent être expérimentés dans ce cadre (44).

- L'engagement n°6 propose d'augmenter les lieux de stages pour les étudiants en médecine afin d'établir un lien plus étroit entre les universités et les structures de soins, à savoir les maisons et centres de santé. Dans cette optique, des lieux d'enseignement et de recherche doivent également se développer (42, 44).

Des projets de recherche pourront être initiés par une maison ou un centre de santé, sans

intervention d'un l'hôpital (44).

- En octobre 2010, l'organisation de la télémédecine a vu son cadre légal se consolider par le décret d'application de la loi HPST. L'engagement n° 7 du pacte devrait permettre au secteur ambulatoire de bénéficier de ce dispositif. Un accent sera mis sur l'accès à la télémédecine dans les cabinets médicaux, les MSP, les centres de santé et les établissements pour personnes âgées, plus particulièrement ceux situés en territoires sous médicalisés. Plusieurs régions devraient expérimenter de nouvelles méthodes de financement de la télémédecine dans ce type de structures (42, 44).

- Dans un souci d'augmenter le temps effectif des médecins aux soins et de réduire les délais de rendez-vous des patients, les transferts de compétences des médecins à d'autres professionnels de santé devront être accélérés par l'engagement n° 8 du pacte (44).

- L'engagement n° 9 concerne le délai d'accès aux soins. D'ici à 2015, un patient urgent devra être pris en charge dans un délai d'1/2 heure. Pour cela, douze régions devraient voir l'apparition de médecins correspondants du SAMU. Ces médecins volontaires devraient recevoir une formation adaptée à la prise en charge des patients urgents. Un soutien juridique et financier devrait sécuriser leur exercice. Ils seront sollicités par la régulation médicale et le SAMU pour se rendre sur place, en amont du SMUR. L'objectif de cet engagement est de passer de 150 médecins correspondants du SAMU en 2012 à 650 en 2014 afin de couvrir 1 million de personnes sur le territoire (42, 44).

- L'engagement n°10 a pour ambition de développer le partenariat entre les secteurs hospitalier et ambulatoire. Des médecins hospitaliers ou exerçant en centres de santé devraient pouvoir exercer une partie de leur temps en ambulatoire sans perdre leur statut de salariés. Cela permettrait de soutenir les médecins spécialistes installés dans des zones à faible densité médicale (42, 44).

- L'engagement n° 11 doit favoriser la collaboration entre les établissements de santé. Les difficultés juridiques ou financières que rencontrent les professionnels de santé hospitaliers et libéraux à travailler ensemble devraient être réduites par la création par exemple de consultations sur le terrain de spécialistes qui habituellement travaillent à l'hôpital (42, 44).

- Le salariat en centres de santé ainsi que de nouveaux systèmes de rémunérations d'équipes devraient être encouragés grâce au dernier engagement du Pacte Territoire Santé. Seront principalement concernées les structures situées en milieu rural ou semi-rural (31, 44).

Les centres de santé sont des structures où les professionnels de santé, mono ou pluridisciplinaires, sont salariés et doivent pratiquer le tiers payant (31, 46, 47). Comme les MSP, les centres de santé regroupent des professionnels de santé dans un lieu commun. Cependant, contrairement aux maisons de santé, le mode de rémunération des professionnels est quasi-exclusivement de nature salariée. Leur financement est principalement du fait d'organismes à but non lucratif (Mutualité, régime minier etc.) ou de collectivités locales (31). Quelle que soit leur spécialité, les médecins y exercent en secteur 1. La majorité d'entre eux ne participe pas à la PDS (31).

L'élaboration d'un projet de santé, transmis à l'ARS avec le règlement intérieur, prouve que les professionnels travaillent de manière conjointe afin de mieux prendre en charge les patients. Un contrat sur plusieurs années est établi entre les centres de santé et l'ARS en précisant les objectifs et les moyens d'y parvenir. Cela permet à l'ARS d'aider financièrement ces structures. En décembre 2012, on pouvait dénombrer 1600 centres de santé dont 320 étaient multidisciplinaires. Ces structures étaient principalement situées en ville sauf celles qui concernent les centres de santé infirmiers (46). En France, les centres de santé pluridisciplinaires sont habituellement de dimension conséquente et localisés dans la capitale et sa grande couronne, à Lyon, à Marseille ainsi que sur le bassin minier du Nord-Pas-de-Calais (47).

Le développement des centres de santé aurait été ralenti en raison de leurs déficits budgétaires. Ceux-ci pourraient s'expliquer par davantage de charges administratives et structurelles et par une rémunération insuffisante des activités qui y sont pratiquées. La réalisation réduite d'actes techniques rentables diminuerait aussi leur rendement (31).

De nouveaux modes de rémunération de type mixte (avec une part forfaitaire et une part sont en cours de développement. Cela pourrait permettre d'augmenter l'attractivité de ce type de salariat (31).

1.2.4 Les aides au choix du lieu d'installation

- Le portail internet des ARS fournit un accès à plusieurs services :

- C@rtoSanté est un outil développé par l'assurance-maladie et disponible sur le site internet des ARS. Il informe les étudiants et jeunes médecins sur l'offre de soins disponible dans chaque région française ainsi que sur les caractéristiques de la population qui y vit (13, 39). L'activité des professionnels de santé y est consultable dans chaque ville (13, 23).
- Les Plates-formes d'appui aux Professionnels de Santé (PAPS) ont été mises en place en juillet 2011 (42). Les régions, grâce à cet outil, renseignent les jeunes médecins sur les aides proposées dans chaque région en vue d'une installation (39). Le site internet de l'ARS d'Aquitaine propose un guide d'aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé (48) et donne le lien vers la PAPS d'Aquitaine (49).

- Instals@nté est un service proposé par l'assurance-maladie afin d'informer les médecins sur les aides proposées par des collectivités territoriales en cas d'installation dans des zones bien spécifiques. Il s'agit de territoires considérés comme prioritaires par les Missions Régionales de Santé. Les procédures permettant d'obtenir ces aides sont expliquées sur le site (13, 23).

- Les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) informent, pour certaines d'entre elles, sur la démographie médicale et sur les aides que peuvent percevoir les médecins lors de leur installation, ainsi que sur les stages disponibles en médecine générale (39).

- Différentes facultés de médecine proposent des réunions et des journées d'informations au cours desquelles des professionnels de santé sont amenés à parler de leur pratique quotidienne de la médecine générale aux étudiants (39).

- Le CNOM devrait mettre en place des cartographies régionales et départementales interactives de la démographie médicale à partir de juin 2014 sur son site internet (1).

1.2.5 L'évolution de la formation des médecins généralistes

Dans les années soixante-dix, les futurs médecins généralistes et spécialistes effectuaient six années d'études médicale conjointement. Grâce à la loi du 13 juillet 1972, les étudiants pouvaient effectuer une partie de leurs études au côté d'un médecin généraliste mais cette mesure était dépourvue de caractère obligatoire (24).

Des stages en médecine générale ont été rendus obligatoires à partir de 1997 dans les études médicales (2, 24).

Les arrêtés du 16 mai 1997 et du 24 décembre 1997 ont permis aux étudiants de réaliser un stage d'un semestre dans un cabinet de médecine générale. Ces arrêtés garantissent les modalités de financement (24). Par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, tous les étudiants de deuxième cycle des études médicales, quelle que soit leur future spécialité, étaient tenus de passer le concours des épreuves classantes nationales de l'internat (24).

Enfin, la médecine générale a été reconnue comme une spécialité médicales en 2004 (24, 50) et le D.E.S. de médecine générale a été créé par l'arrêté du 22 septembre 2004 (1).

1.3 DES REFORMES INSUFFISANTES ?

L'Etat et les collectivités locales ont tenté de prendre des mesures pour inciter les jeunes à s'installer en secteur libéral, en particulier dans les zones rurales actuellement sous dotées en médecins. Malgré leur mise en place depuis une dizaine d'années, ces mesures n'inciteraient pas les nouveaux inscrits à s'installer en libéral, en médecine générale comme dans les autres spécialités : la proportion de nouveaux inscrits en libéral n'a pas augmentée de façon significative au cours de ces dernières années. Ces mesures ne sont peut-être pas suffisantes pour inciter ces jeunes médecins à exercer une activité libérale. Elles ne sont peut-être pas suffisamment connues. Leurs effets ne sont peut-être pas encore perceptibles.

La plupart des aides proposées sont assorties de conditions administratives, de durée, de périmètre géographique, ce qui en a probablement limité les effets.

Ces réformes ont été étudiées par la Cour des Comptes en 2011 dans son rapport annuel sur la sécurité sociale. Selon ce rapport, les aides existantes, qui seraient parfois redondantes, engendreraient des dépenses importantes. Leur efficacité était alors difficilement évaluable (22). L'analyse des mesures semblait déjà être insuffisante en 2007 (23).

Des études se sont intéressées aux raisons du manque d'installation des médecins en secteur libéral. Les mesures incitatives mises en place, surtout financières, sans allègement associée des tâches administratives des médecins, seraient insuffisantes (13, 22, 23, 51, 52). Le revenu semblerait ne pas être la principale préoccupation des médecins (4, 5, 33, 51-53). Les revenus en zones rurales pourraient d'ailleurs être supérieurs à ceux des zones urbaines (54, 55).

L'insuffisance des incitations financières à favoriser l'installation en libéral n'est pas spécifique à la France. De telles mesures existeraient dans d'autres pays européens sans effets concluants (23, 52, 54, 56-58).

Les critères d'ordre professionnel motivant l'installation en libéral décrits dans la littérature seraient : l'indépendance professionnelle, l'intérêt du travail, le contact privilégié avec les patients et la gestion du temps (6, 33). La sécurité de l'emploi n'aurait pas d'importance (5).

Dans la littérature, les freins à l'installation seraient la charge de travail générée par les tâches administratives et la gestion du cabinet (33). Les contraintes administratives feraient l'objet d'une grande appréhension de la part des internes et des remplaçants qui ne se sentiraient pas capable de les affronter (59, 60).

Les jeunes médecins plébisciteraient l'exercice en groupe (6, 7, 11, 14, 22, 27, 33-36, 61). La

mise en place des MSP dans les zones démedicalisées recueillerait un avis favorable auprès des étudiants et des médecins (11, 53, 61, 62).

Le choix du lieu d'installation serait multifactoriel. Seraient prises en considération les conditions de vie, les infrastructures environnantes ainsi que la situation socio-économique présentes sur un territoire donné (52, 63). Les avantages financiers seraient moins considérés comme critères de choix (52). Le cadre de vie serait un facteur important dans le choix du lieu (64) ainsi que le désir d'équilibrer vie professionnelle et vie personnelle (33, 54). Les contraintes familiales sont fréquemment retrouvées parmi les critères du choix du lieu d'installation (51, 33). L'activité professionnelle du conjoint entrerait en ligne de compte de manière importante (5, 11, 33, 51, 53, 61, 65-67) ainsi que la scolarité des enfants (11, 33, 65).

L'opportunité d'une proposition d'installation apparaîtrait parfois comme important dans le choix du lieu d'installation (51, 65, 68-70).

Le lieu d'installation des médecins pourrait être choisi en fonction de la proximité avec des proches et de la région d'études (21, 33).

1.4 QUESTION DE RECHERCHE

Quelques études se sont intéressées aux motifs d'installation des médecins mais leur qualité est inégale. Certaines études mélangeaient différents types de populations, sans analyse en sous-groupes : étudiants, remplaçants, médecins installés, spécialistes en médecine générale et spécialistes d'organes. Cela rend difficile toute comparaison.

La majorité des études interrogeaient des internes en médecine générale. Nous avons supposé que l'interne, qui connaît peu l'exercice libéral, n'a pas la même appréciation sur ce qui détermine ses choix que le jeune installé. Ce dernier a probablement une vision plus claire de ce qui a déterminé les choix par réflexion *a posteriori*.

Nous avons jugé plus intéressant d'étudier les déterminants du choix de l'installation chez des jeunes installés *a posteriori* que chez des internes *a priori*. L'étude de ces facteurs intrinsèques aux jeunes médecins devrait permettre aux pouvoirs publics et aux collectivités d'adapter les mesures incitatives existantes et d'en proposer de nouvelles qui tiendraient cette fois compte, non seulement des besoins de la population mais aussi des aspirations des médecins de demain.

L'installation des médecins a fait surtout l'objet d'analyses quantitatives descriptives ou d'enquêtes d'opinions (5, 10, 11, 51, 66-68, 71, 72). Il existe peu d'études de recherche qualitative sur le sujet (21, 53, 59, 65, 69, 73, 74). Celles-ci sont pourtant plus adaptées pour explorer les motivations et les freins des individus (75). Pour notre travail nous avons décidé d'utiliser une méthode de recherche qualitative qui nous semblait la plus adaptée à nos objectifs.

Le travail de recherche qualitative que nous avons effectué permettrait d'être complémentaire aux études quantitatives déjà entreprises sur l'installation des médecins. Les deux types de recherche ne s'opposent pas mais s'enrichissent mutuellement (75).

Notre question de recherche était la suivante : quels sont les déterminants du choix du mode d'exercice des jeunes médecins ayant choisi la spécialité médecine générale au cours de leur sixième année d'études médicales ?

Notre hypothèse était que l'installation des médecins généralistes (en libéral ou salarié) serait déterminée de façon complexe et plurifactorielle.

1.5 OBJECTIFS

Cette étude avait pour objectif principal d'explorer les facteurs qui déterminent le choix d'exercice des médecins généralistes en secteur libéral ou en secteur salarié en Gironde.

Nous avons plusieurs objectifs secondaires :

- Générer des hypothèses sur les raisons qui pousseraient des jeunes médecins à préférer le salariat ambulatoire en médecine générale (l'exercice en centres de santé).
- Etudier l'adéquation entre les mesures incitatives à l'installation en libéral existantes et les facteurs influençant le choix de mode d'exercice des généralistes installés.

2 METHODES

2.1 SCHEMA D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude transversale de recherche qualitative selon le paradigme explicatif, dans une logique hypothético-inductive progressive. Nous avons pour cela réalisé des entretiens semi-dirigés, conduits entre le 18 juin 2013 et 28 avril 2014, auprès d'un échantillonnage raisonné de jeunes médecins généralistes installés en Gironde.

Nous avons choisi des entretiens semi-dirigés afin de pouvoir aisément aborder avec les médecins certaines raisons personnelles sensibles de leur choix d'installation. Ces entretiens étaient réalisés à partir d'un canevas à questions ouvertes.

2.2 ECHANTILLONNAGE

2.2.1 Critères d'éligibilité

Les critères d'inclusion des médecins participant à l'étude étaient les suivants :

- Les médecins devaient exercer soit la médecine générale en secteur libéral, soit avoir une activité médicale en secteur salarié (hospitalier ou non hospitalier).
- Ils devaient avoir effectué une formation initiale de médecine générale : internat ou résidanat.
- Ils devaient exercer leur activité professionnelle médicale en Gironde.
- Ils devaient avoir soutenu leur thèse entre le 1er septembre 2002 et le 31 décembre 2012, c'est-à-dire avoir terminé récemment leurs études en troisième cycle de médecine générale, pour pouvoir être considéré comme « jeunes ».

Etaient exclus de l'étude:

- Les médecins remplaçants.
- Les médecins qui avaient effectué des études de troisième cycle dans une spécialité autre que la médecine générale.
- Les médecins qui avaient soutenu leur thèse avant le 1er septembre 2002 ou après 31 décembre 2012.

2.2.2 Recrutement des participants

Nous avons réalisé le recrutement en cherchant à obtenir un échantillon diversifié.

- J'ai contacté le Conseil Général de la Gironde à Bordeaux. Ma recherche de volontaires a été relayée auprès des différents services médicaux qu'il gère. Le Conseil Général m'a ensuite communiqué les coordonnées (mails ou numéros de téléphone) des services dans lesquels pouvaient exercer des médecins généralistes salariés : Protection Maternelle et Infantile (PMI), médecine scolaire, services d'addictologie, médecine préventive des étudiants, Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), médecine du travail, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- Mes directeurs de thèse ont sollicité par mail ou par téléphone certains enseignants du Département de Médecine Générale (DMG) de l'Université de Bordeaux qu'ils connaissaient et qui pouvaient correspondre aux critères d'inclusion.
- J'ai contacté par téléphone la direction des affaires médicales du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux en expliquant mon travail de recherche et le profil des médecins que je souhaitais interviewer. Suite à cet entretien téléphonique, la direction des affaires médicales a transmis par mail le 30 mai 2013 ma requête aux différents chefs de service des hôpitaux du CHU. Il était stipulé que les médecins étaient autorisés à transmettre ma sollicitation à tous les médecins de leur entourage susceptibles d'être concernés. Une copie du mail m'a été envoyée afin que les médecins aient accès directement à mes coordonnées.
- Les médecins-chef de la CPAM et de la MSA ont recherché parmi leurs médecins conseils ceux dont les profils pouvaient correspondre à mon étude. Cette recherche a fait suite à des entretiens téléphoniques expliquant les raisons de mon travail de recherche et la méthode de recueil des données.
- J'ai contacté la Fédération Française des Associations des Médecins Coordinateurs en EHPAD pour leur soumettre notre requête. Cependant ma démarche n'a pas pu aboutir : cet organisme ne disposait pas des caractéristiques professionnelles de ses médecins. Il m'a été conseillé de contacter directement chaque EHPAD, démarche que j'avais entreprise grâce aux coordonnées des établissements que le Conseil Général de la Gironde m'avait communiquées.
- J'ai sollicité les médecins généralistes que je remplaçais pendant la période de recrutement afin d'obtenir les coordonnées de médecins de leur connaissance pouvant correspondre aux profils que je recherchais.
- Un mail a été envoyé aux jeunes médecins installés et remplaçants du google group

« Rempla-MG Sud-Ouest » le 3 mars 2014. Dans ce mail, il était proposé aux adhérents du groupe de participer en tant que volontaires à une étude sur l'installation des jeunes médecins. Les objectifs, les méthodes et les résultats attendus n'ont volontairement pas été détaillés dans le mail. Les médecins intéressés me contactaient par retour de mail pour se faire connaître.

- Enfin, j'ai contacté - via par les Pages Jaunes - des médecins généralistes libéraux de la Gironde, des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de Gironde, des centres de thalassothérapie, des centres de rééducation, différentes cliniques de Gironde ou établissements de santé.

J'ai contacté par téléphone tous les médecins qui se sont fait connaître et ceux dont nous avons pu obtenir les coordonnées, au fur et à mesure. Aucun des médecins sollicités n'a refusé de participer à l'étude. Les critères d'éligibilité étaient vérifiés au téléphone. Si le médecin était éligible, un RDV était fixé pour l'entretien. Entre le moment où l'échange téléphonique avait eu lieu et le RDV, le médecin recevait une lettre d'intention expliquant succinctement l'étude, garantissant la confidentialité des données et leur anonymisation, présentant le promoteur et son mode de financement. La lettre d'intention est présentée en annexe 2. Elle a été envoyée à partir du 14 juin 2013 à tous les médecins inclus. A la fin de l'entretien, il était demandé aux médecins inclus s'ils connaissaient d'autres médecins pouvant répondre aux profils attendus. Nous avons ainsi amélioré notre capacité de recrutement par cette sollicitation de proche en proche.

2.2.3 Echantillonnage raisonné

Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné. Avec ce type d'échantillonnage, le but n'est pas d'être représentatif de la population source mais, au contraire, d'assurer la plus grande diversité au sein de l'échantillon.

L'échantillonnage raisonné a été effectué sur 4 variables: le sexe, le lieu d'exercice (en zone rurale ou urbaine), le mode d'exercice (libéral ou salarié) et l'existence de formations complémentaires à leur formation initiale de troisième cycle en médecine générale (D.E.S.C., D.U., D.I.U, capacité, etc.). Nous avons donc 16 profils différents de jeunes médecins à interroger.

Les définitions du lieu d'exercice dans notre étude différaient de celles de l'INSEE. Selon l'INSEE, une ville est considérée comme urbaine si elle fait plus de 2 000 habitants. Une zone est considérée comme urbaine si la ville ou les villes ont au moins de 10 000 emplois dans

cette zone. Nous avons considéré comme urbaines les villes de plus de 10 000 habitants afin de faciliter le recrutement.

Les médecins étaient considérés comme des médecins généralistes libéraux si leur exercice en libéral était supérieur à 75 % de leur temps hebdomadaire de travail. Les médecins étaient considérés comme salariés s'ils consacraient plus de 75 % de leur temps à un exercice salarié.

Les salariés pouvaient travailler en secteur hospitalier ou non hospitalier.

En plus des quatre informations nécessaires à l'échantillonnage, nous avons recueilli des informations au sujet de la situation familiale et du nombre d'enfants pour chaque médecin. L'échantillonnage n'a pas été raisonné sur ces 2 variables. Nous avons néanmoins pris soin de maintenir une certaine diversité au sein de l'échantillon pour celles-ci. Nous pensons qu'elles pourraient être des facteurs influençant les choix d'installation.

Le recrutement et l'inclusion des médecins dans l'échantillon se sont déroulés en parallèle de la réalisation des entretiens, dans le respect de l'approche hypothético-inductive progressive.

2.3 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES

2.3.1 Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens semi-dirigés.

2.3.1.1 Canevas d'entretien

Une première ébauche de canevas a été réalisée à partir des données de la littérature. Le canevas a été testé deux fois par des entretiens individuels puis modifié avant le premier vrai entretien. Les deux entretiens-tests ont été effectués auprès d'un de mes directeurs de thèse et d'un ami, jeune médecin urgentiste exerçant en dehors de la Gironde.

Le canevas a ensuite été transformé au fur et à mesure des entretiens, en y ajoutant des questions ouvertes pour explorer auprès des interviewés ultérieurs les hypothèses issues des entretiens passés et mises en évidence par l'analyse. Ces hypothèses nouvelles étaient intégrées au canevas afin d'être testées, dans le respect de l'approche hypothético-inductive progressive.

Les versions initiale et finale du canevas d'entretien sont présentées en annexes 3 et 4.

2.3.1.2 Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé 16 entretiens semi-dirigés à l'aide du canevas. Les entretiens ont débuté le 18 juin 2013 et se sont terminés le 28 avril 2014. La durée des entretiens a varié de 20 à 45 minutes.

Au début de chaque entretien, l'autorisation d'enregistrer était demandée au médecin. Un enregistrement audio à l'aide de deux sources (un ordinateur et la fonction dictaphone d'un téléphone portable) a été réalisé afin de pallier une éventuelle panne d'un des deux appareils. À la fin de l'entretien, un document était remis au médecin interrogé. Il rappelait le sujet de l'étude et présentait les résultats attendus. Ce document disposait d'un coupon-réponse détachable permettant de recueillir les coordonnées du médecin au cas où il souhaitait recevoir le résumé de la thèse après la soutenance et s'il souhaitait recevoir l'indemnité de 23 euros proposée à chaque médecin participant.

Le choix du lieu d'entretien était laissé aux interviewés afin de le réaliser dans un lieu qui paraissait au médecin comme familier et propice à la parole. Les entretiens ont eu lieu dans les cabinets des médecins libéraux, dans les bureaux des médecins salariés ou dans des lieux

extérieurs tels que des cafés.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'aucune idée nouvelle n'est plus apparu lors des entretiens. La saturation a été obtenue au quatorzième entretien. Les deux derniers entretiens nous ont permis de confirmer la saturation des données tout en maintenant la diversité.

2.3.2 Retranscription des enregistrements

J'ai procédé à la reproduction par écrit *in extenso* des enregistrements avec le logiciel Word®.

2.3.3 Analyse des données issues des entretiens

Nous avons réalisé une analyse du verbatim, après retranscription, selon une approche hypothético-inductive progressive dite *grounded theory* (ou théorisation ancrée). Cela consiste à faire émerger de façon inductive des hypothèses de l'analyse du verbatim d'entretiens, en partant de notre objet de recherche, ici les jeunes médecins généralistes. Elle est dite progressive car il y a tout du long un va-et-vient entre les premiers entretiens, l'analyse des données, l'élaboration de nouvelles hypothèses et les nouveaux entretiens pour les vérifier, jusqu'à saturation des données. L'analyse des données s'est en effet déroulée parallèlement à la réalisation des entretiens. L'analyse au fur et à mesure du recueil a permis une comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

L'analyse des données a été faite par 3 chercheurs : un des directeurs de thèse, un jeune médecin généraliste attaché d'enseignement et moi, le thésard. Les 3 chercheurs étaient formés à l'analyse de contenu.

Nous avons d'abord réalisé un codage dit ouvert. Au cours du codage ouvert, chaque segment de phrase contenant une idée, un thème, une information, a été converti en code. Le codage ouvert a été réalisé par les 3 chercheurs de manière indépendante, grâce au logiciel Nvivo®. Au cours de cette première étape de codage ouvert, les 3 chercheurs ont confronté à différents moments leurs codes. Ils ont mis en commun les codes pour lesquels il y avait convergence. Ils ont discuté à (2 ou à 3) les codes pour lesquels il y avait divergence. Ces moments de

confrontation, dits de triangulation, avaient pour objectif d'assurer la validité interne de l'étude. Les codes ont ensuite été regroupés au cours d'une seconde phase en catégories pour faire émerger des axes thématiques (codage axial). Le codage axial a été réalisé par les 3 chercheurs de façon indépendante et de 2 façons différentes. Un des chercheurs et moi avons utilisé le logiciel Nvivo®. Le dernier chercheur a réalisé le codage axial en se servant d'une carte heuristique. Celle-ci a été réalisée sous le logiciel Freemind®. L'emploi de 2 techniques différentes a permis d'effectuer une triangulation des méthodes d'analyse de codage axial, pour améliorer la validité interne. La catégorisation finale a été transcrite dans un fichier logiciel Excel®. Au cours de cette deuxième étape de codage axial, les 3 chercheurs ont de nouveau confronté à différents moments les résultats de leurs analyses. Ils ont mis en commun les axes (ou thèmes) pour lesquels il y avait convergence. Ils ont discuté à (2 ou à 3) les thèmes pour lesquels il y avait divergence. Ces moments de triangulation avaient pour objectif d'assurer la validité interne de l'étude. Les axes thématiques ont ensuite été regroupés en concepts principaux. La théorisation ancrée, par cette approche hypothético-inductive progressive, a permis aux 3 chercheurs d'élaborer une théorie explicative en partant des concepts.

2.4 RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Les mots-clés et les bases de données dont nous nous sommes servis pour la recherche documentaire sont les suivants :

Sudoc et Google Scholar : Installation, cabinet, « médecine générale »
Installation, cabinet, « médecine générale » Gironde
Attentes, étudiants, installation, « médecine générale »
Installation, « médecine générale »
PsycInfo : Setting'up & « general practitioner »
Cairn, Google Scholar : Installation, « médecins généralistes »
Facteurs, installation, jeunes, « médecins généralistes »
Installation, jeunes, « médecins généralistes »
Salariat, « médecine générale »
Salariés, généraliste

Pascal, Francis et PsycInfo et Google Scholar :
« installation » et « médecins généralistes »
« general practitioners » et « installation »
Salariat, « médecine générale »
Salariés, « médecine générale »
« maison de sante », généralistes
« maisons de sante », généralistes
Salarié ou salariés, « centres de sante »
Salarié ou salariés, « maisons de sante »

Les recherches documentaires ont été effectuées d'avril à juin 2012, de septembre 2012 à mars 2013 puis périodiquement en juillet 2013, octobre 2013, mars, avril puis septembre 2014.

3 RESULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Seize médecins ont été interviewés à l'aide des entretiens semi-dirigés. La description de l'échantillon est présentée dans le tableau IV.

Tableau IV : échantillon raisonné des médecins généralistes interviewés en Gironde.

Critères d'échantillonnage de l'étude				Informations complémentaires		
Profils	Sexe	Zone d'exercice	Existence de formations complémentaires	Mode d'exercice	Situation familiale	Nombre d'enfants
Profil 1	Homme	Urbain	Oui	Salarié	En couple	2
Profil 2	Homme	Urbain	Oui	Salarié	Célibataire	0
Profil 3	Homme	Urbain	Non	Libéral	Célibataire	0
Profil 4	Homme	Urbain	Oui	Libéral	En couple	0
Profil 5	Homme	Rural	Oui	Salarié	Marié	2
Profil 6	Homme	Rural	Oui	Salarié	Marié	3
Profil 7	Homme	Rural	Non	Libéral	En couple	2
Profil 8	Homme	Rural	Oui	Libéral	Pacsé	2
Profil 9	Femme	Urbain	Non	Salarié	En couple	enceinte
Profil 10	Femme	Urbain	Oui	Salarié	Pacsé	3
Profil 11	Femme	Urbain	Non	Libéral	Marié	2
Profil 12	Femme	Urbain	Non	Libéral	Marié	3
Profil 13	Femme	Rural	Oui	Salarié	En couple	1
Profil 14	Femme	Rural	Oui	Salarié	Séparé	2
Profil 15	Femme	Rural	Non	Libéral	Marié	2
Profil 16	Femme	Rural	Oui	Libéral	En couple	2

L'âge moyen des médecins interrogés était de 35,4 ans. Le médecin le plus jeune avait 30 ans, le plus âgé avait 40 ans. Quinze médecins avaient effectués des remplacements avant de s'installer en libéral ou salarié.

3.2 LE CHOIX DU TYPE D'INSTALLATION DES MEDECINS

3.2.1 Les critères professionnels

3.2.1.1 Les critères financiers

3.2.1.1.1 Un niveau de revenu minimum

Les médecins s'attendaient à bénéficier d'une sécurité financière, quel que soit leur mode d'activité.

Le souhait d'avoir des revenus plus élevés a été évoqué par certains comme un facteur ayant influencé leur choix. Pour une partie d'entre eux, les revenus plus élevés ne pouvaient s'obtenir qu'avec une activité libérale.

« Je pense que le salaire est plus important en libéral qu'en secteur hospitalier ou dans un autre salariat. » Profil 16.

« Moi pour l'instant je suis dans une phase où financièrement je gagne mieux que ce que je gagnais à l'hôpital et moi je suis ravi, les journées sont difficiles mais il y a un retour quand même. » Profil 7.

Pour d'autres, la garantie d'un niveau de revenu minimum ne pouvait s'envisager que dans le salariat.

« (hésitation) Alors disons que pour moi, je considérais qu'en tant que médecin généraliste, il y a un salaire un peu minimum à avoir je ne me voyais pas avoir fait 10 ou 12 ans d'études pour gagner trois cacahouètes donc euh... La condition que je m'installe en salariat, c'est que j'aie un salaire à peu près correct. Voilà et du coup euh... Voilà il y a un truc minimum et sinon voilà j'aurais franchement hésité quand même » Profil 6.

3.2.1.1.2 La liberté de décider de son niveau de revenu

La possibilité d'auto-fixer le niveau de revenu semblait importante pour plusieurs médecins. Ils souhaitaient pouvoir gagner davantage si cela était nécessaire.

« Euh oui on peut dire ça oui euh... La liberté de choisir un peu ce qu'on voulait un peu gagner... quoi. Faire qu'en fonction de l'activité qu'on aura on puisse calculer en gros ce qu'on peut espérer avoir comme, comme revenu. Oui » Profil 11.

« Aussi le côté libéral, ce qui est bien c'est ça c'est que et c'est pour ça aussi que je ne veux pas arrêter : c'est que quand tu as un problème financier quelconque, tu te fais 2-3 gardes le week-end et puis hop, tu renfloues tes comptes quoi. Donc ça c'est... c'est...c'est quand même pas mal » Profil 6.

3.2.1.1.3 La régularité du revenu

La lisibilité et la régularité en termes de niveau de revenus en avaient poussés certains à choisir la sécurité financière du salariat. Le profil 5 mettait par exemple en balance la faible perspective d'évolution de son salaire avec un revenu qui est certain.

« Je savais que la marge d'évolution de salaire est certes limitée mais par contre le contenu du salaire et la sécurité du salaire est là. Et que donc...et que donc... Ça coïncidait avec mes besoins enfin avec tout ça et donc oui effectivement..... On peut dire d'une certaine façon que..... L'aspect salarié a contribué [...] » Profil 5.

« Ouais, dans le sens régularité... Là aujourd'hui voilà de ce point de vue-là au moins les choses sont complètement lisibles, programmables, envisageables enfin c'est, c'est un confort que j'apprécie ... » Profil 5.

3.2.1.1.4 Le paiement à l'acte comme mode de rémunération en libéral

Pour tous les médecins interrogés, le paiement à l'acte était le principal mode de rémunération des généralistes exerçant en libéral. Pour pouvoir exercer en libéral, il fallait accepter ce mode de rémunération.

« Il y a des gens qui sont faits pour le libéral pur, à l'acte et qui font des actes et qui bossent à l'acte » Profil 5.

Certains pensaient ne pas être fait pour ce mode de rémunération. Le profil 5, salarié, évoquait la possibilité qu'il avait *« ...d'exercer la médecine sans contrainte d'abattement à l'acte... Le médecin n'aura plus cette pression-là, il connaîtra donc... c'est lui qui fixera son rythme, qui saura son rythme propre... ça laissera ce degré de latitude de dire bon si j'en vois un de moins, c'est pas grave j'aurais pas moins d'argent ».*

Le profil 14 avait été déçu par l'aspect mercantile du paiement à l'acte rencontré en médecine libérale ainsi que par la nécessité de faire payer chaque consultation quelle que soit la durée

de la consultation.

« Moi surtout c'est vrai que le côté libéral, ce qui me (hésitation) déplaisait c'est le côté un peu mercantile quoi, ben on ausculte quelqu'un qui a une angine en cinq minutes et il faut quand même les faire payer 20 et quelques euros. Donc ça moi j'aimais pas (augmentation de la voix). » Profil 14.

Un médecin déclarait que les projets en cours sur la diversification des modes de rémunération étaient une bonne chose.

« Euh avec le projet de loi qui a été annoncé il y a peu de temps ça ne me dérangera pas du tout (rires). J'avoue que, disons que le paiement à l'acte, c'est pas une excellente solution. La forfaitisation vers laquelle on va est une, une bonne direction. » Profil 8.

La figure 4 illustre les conséquences du paiement à l'acte.

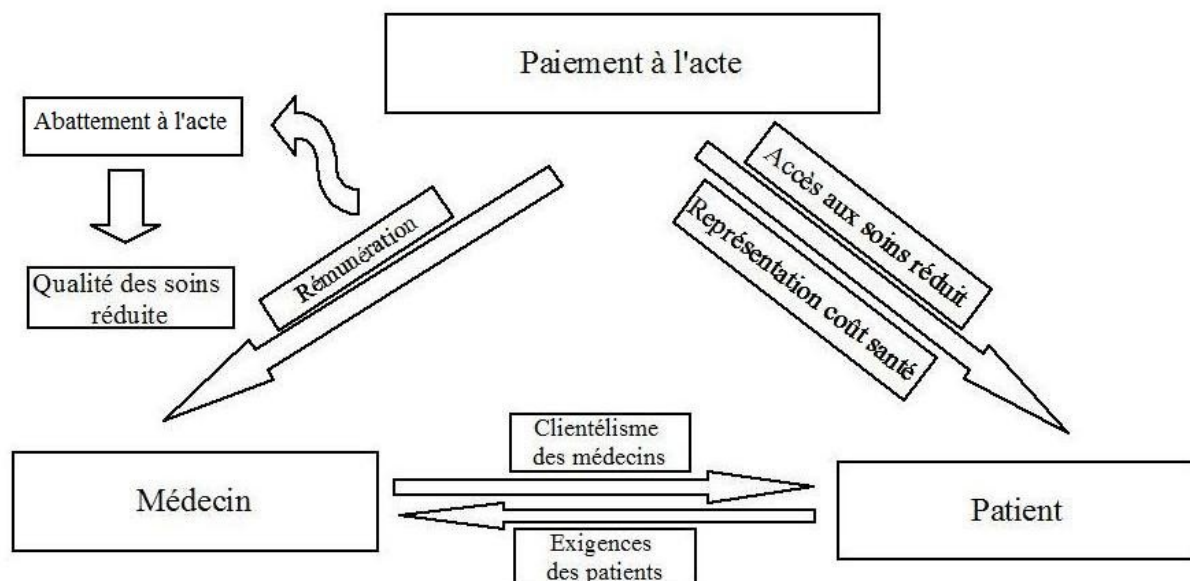


Figure 4 : Conséquences du paiement à l'acte évoquées par les médecins de l'étude.

3.2.1.2 Les relations confraternelles

3.2.1.2.1 Des relations confraternelles vécues comme une contrainte

Les relations entre pairs n'étaient pas toujours propices à l'élaboration d'une bonne ambiance de travail. Certains médecins avaient eu des expériences négatives passées qui avaient influencé leur choix d'installation.

« *L'exercice en structure ou hospitalier à la limite est très lourd, euh le facteur humain est détestable (rires) donc j'étais bien content d'être en libéral ...on met de côté les considérations euh... inter-médecins, inter-équipes qui, qui nuisent à la qualité de travail donc euh donc ça m'allait très bien* » Profil 4.

Le profil 11 a décrit comme contraignantes les relations qu'ils avaient eu avec ses collègues, quand il travaillait en secteur salarié.

« *Alors, ben déjà j'avais quand même passé pas mal de temps à l'hôpital et puis là en salariat, dans une clinique. Euh j'avais, c'est la liberté en fait, c'est la liberté, les contraintes des collègues, les contraintes euh des supérieurs, j'avais envie, j'avais pas envie de ça (ton affirmatif).* » Profil 11.

Tout comme le profil 11, le profil 7 a rapporté des difficultés avec le supérieur hiérarchique qui l'avaient détourné du salarié pour une installation en secteur libéral.

« Vous avez envie de diriger votre carrière plutôt que se laisser diriger par quelqu'un (Soupir) j'ai eu une expérience hospitalière salariée... euh... Mais qui s'est un peu mal terminée, ce qui fait qu'assez naturellement de toute façon euh j'allais finir dans le secteur libéral [...] et puis bon il y a des histoires de hiérarchie, c'est pas toujours marrant quoi, il arrive un moment où on en a marre de ça » Profil 7.

3.2.1.2.2 Des relations vues comme un avantage

La possibilité de travailler avec d'autres médecins permettait de développer un travail en équipe : prise en charge commune, discussion entre pairs des problèmes posés par certains patients, etc.

« Ah moi je cherchais ça, je cherche ça [...] Je ne me voyais pas m'installer de façon isolée et de façon, non, non il fallait, il faut un travail dynamique... De groupe. Ça c'est ce que je recherchais..... En tant que jeune, c'est ce que je recherchais. » Profil 5.

Le travail en équipe était d'autant plus appréciable que le médecin était au début de son exercice : les doutes liés au début d'activité pouvaient être atténués par ce travail d'équipe.

« C'est-à-dire que moi le critère majeur, au premier plan, c'est voilà l'intérêt professionnel et, est assorti à ça le travail en équipe. C'est vrai que nous actuellement c'est très agréable, voilà, de pouvoir échanger de... Voilà comme tout jeune qui s'installe ou comme tout médecin qui s'installe, on est enclin au doute... » Profil 5.

Ne pas exercer seul était pour certains une nécessité.

« Oui le travail d'équipe pour moi c'est indispensable. Je n'imagine pas travailler tout seul dans mon coin. » Profil 2.

« Aujourd'hui la PMI... Le travail en équipe qui est assez agréable (hésitation)... » Profil 9.

Un sentiment d'isolement important avait été ressenti par certains médecins aujourd'hui salariés mais qui avaient exercé auparavant la médecine générale en libéral. Ils souhaitaient éviter de se retrouver de nouveau isolés dans leur activité professionnelle.

« La principale raison, c'est plus par rapport aux missions ouais j'aime bien les missions le fait de travailler en équipe aussi, j'aimais pas être seule (hésitation) voilà. J'aime pas

travailler toute seule ... Par contre ici dans une équipe pluridisciplinaire, oui il y a une réflexion de groupe. On peut impulser ça mais en libéral pfff ... » Profil 14.

« C'est vrai que c'est quelque chose voilà qui, qui, qui est important voilà le travail en équipe aussi ça c'était très important (ton sec) parce que je me suis sentie très isolée en médecine générale en tant que remplaçante enfin voilà. Je me suis rendue compte en me projetant que je n'avais pas du tout envie d'exercer dans ces conditions-là. Voilà c'est vrai que les échanges avec les psychologues, les infirmières, le travail en groupe enfin voilà c'est quelque chose qui est important. » Profil 13.

Le profil 10 relatait par exemple l'aspect positif de pouvoir prendre en charge les patients de manière collective, en y associant les paramédicaux. Ce médecin percevait également dans le travail en équipe un avantage en termes de continuité des soins.

«Eh ben pour travailler en équipe ... Ben on se trouve un peu seul quoi. Ici euh je suis avec mes collègues euh... Si j'ai... Un problème avec mes patients, on peut en discuter, elles les voient aussi et puis même avec les infirmières euh après c'est plus sympathique je trouve. On n'est jamais seul, les patients ils sont vus, ils peuvent être vus enfin voilà, si moi je suis pas là je sais que quand même, ils sont là. Ils peuvent être vus par un de mes collègues et puis on s'entend très bien avec mes collègues (rires) » Profil 10.

3.2.1.3 La relation médecin-malade

3.2.1.3.1 Une relation mise à mal

a) Un manque de reconnaissance

Certains médecins pensaient que les médecins généralistes souffraient aujourd'hui d'un manque de reconnaissance de la part des patients.

« Ils ont moins de retours positifs qu'avant. Je pense que... Le médecin généraliste a moins de respect, moins de... de... de charisme qu'avant ...Oui je pense que ça a eu une influence. Je pense que c'est moins facile qu'avant d'être médecin généraliste » Profil 2.

« Voilà donc l'évolution qui est la plus importante pour moi c'est l'évolution de la mentalité des patients euh... On n'est plus dans le schéma où un médecin a un savoir que le patient n'a pas et donc qui est respectable en soi. » Profil 1.

Ils relataient une altération de la qualité de la relation médecin-patient comparativement aux décennies antérieures.

« Le côté relationnel enfin se perd aussi avec ce que j'ai... Ce dont j'ai parlé c'est-à-dire pour les générations les plus récentes... » Profil 1.

b) Un risque procédurier qui altère la relation

Les médecins pointaient parfois les intentions procédurières des patients rencontrés en secteur libéral.

« Le problème c'est que toutes ces relations en médecine libérale ont tendance aussi à fuir un petit peu de par l'évolution médico-légale... » Profil 1.

« Je trouvais aussi les gens très (hésitation) en fait assez procéduriers... Donc ça, moi aussi ça m'a déplu. » Profil 14.

c) Des demandes mal vécues par les médecins

Certains médecins s'étaient trouvés en difficulté face à certaines demandes de patients, jugées trop pressantes ou non justifiées médicalement. Le fait de refuser ces demandes serait source de conflit avec les patients.

« Certains patients qui viennent avec des demandes, qu'il faut euh...qu'il faut le plus souvent...accorder. Euh...tout en sachant que le fait de dire non, même si on a de très très bonnes raisons de dire non, est souvent très très mal vécu par les patients qui se... Bon dans ce cas-là il y a des conflits, des départs » Profil 1.

Pour contourner ce problème, le profil 1 a fini par faire le choix d'un exercice salarié en tant que médecin conseil.

« De ce fait ça met une relation différente, c'est-à-dire que dès lors qu'on dit oui ou non ben...il y a (hésitation) une relation différente. Il n'y a pas la relation aussi proche qu'en médecine générale, c'est bien évident, euh...il n'y a pas de relation de soins tout à fait. Bon ben ça j'en suis bien conscient. » Profil 1.

d) Une relation de type médecin-client

La relation médecin-patient était parfois péjorativement perçue. Certains médecins trouvaient qu'elle avait évolué vers une satisfaction irraisonnée des demandes des patients par les

médecins. Le profil 1, par exemple, avait le sentiment que le médecin généraliste libéral était un simple prescripteur d'actes souhaités par les patients. La relation médecin-malade aurait évolué vers une relation de type médecin-client. Ces éléments sont illustrés dans la figure 4.

« Le côté relationnel enfin se perd aussi avec ce que j'ai... Ce dont j'ai parlé c'est-à-dire pour les générations les plus récentes c'est-à-dire bon on est là pour être des prestataires de service et pas pour apporter un savoir et pour donner notre jugement voilà [...] Euh... maintenant, enfin maintenant, je dis maintenant j'étais pas là avant pour constater mais mes confrères oui euh...les patients sont devenus maintenant des consommateurs de soins, nous sommes...considérés à certains endroits comme des prestataires de service, chose qui m'est insupportable euh...de devoir absolument dire oui à certaines situations euh...voilà. » Profil 1.

Le profil 14 avait lui aussi pointé le consumérisme des patients.

« Je trouvais aussi les gens très (hésitation) en fait assez procéduriers, assez dans la demande aussi, avec beaucoup beaucoup...écrite donc... On était un peu des prescripteurs (ton sec) » Profil 14.

Certains médecins libéraux pourraient s'être adaptés à cette évolution de la relation, adoptant en retour un comportement clientéliste. Cet élément est présenté dans la figure 4.

« Le troisième élément - c'est ce que j'ai constaté qui n'est pas une généralité en soi dans la médecine libérale heureusement - c'est un fonctionnement clientéliste que, auquel j'ai été amené à prendre part d'ailleurs quand j'ai fait mes remplacements sur la côte Basque donc euh...j'ai été franchement dégoûté du fonctionnement de la médecine libérale. » Profil 1.

La position de « client » du patient est dans certaines situations renforcée par le paiement à l'acte. Les médecins éprouvaient parfois une gêne à faire payer les patients à la fin de la consultation, en particulier lorsque la consultation était de courte durée, comme si le patient devait en avoir pour son argent.

« Voilà on n'a pas, il y a une chose aussi qui me gêne aussi c'est la relation..... de demander au patient de payer » Profil 5.

« Moi surtout c'est vrai que le côté libéral, ce qui me (hésitation) déplaisait c'est le côté un peu mercantile quoi, ben on ausculte quelqu'un qui a une angine en cinq minutes et il faut quand même les faire payer 20 et quelques euros. Donc ça moi j'aimais pas (augmentation de la voix). » Profil 14.

L'absence de paiement à l'acte pourrait être pour certains généralistes salariés un gage de liberté de prescription.

« Eh ben je trouve qu'il y a du coup beaucoup moins la notion d'argent, parce que moi j'ai quand même eu du mal au début à faire payer les gens (rires) et euh voilà je trouve que du coup le médecin est quand même plus libre (insistance) quelque part... » Profil 10.

Ce médecin trouvait qu'il n'avait pas été suffisamment préparé à se faire rémunérer pour les soins prodigués. La gêne occasionnée semblait néanmoins s'atténuer avec l'expérience.

«Eh ben moi je sais que oui du coup quand je remplaçais, ça me faisais un peu bizarre à chaque fois de demander, on n'est pas, on nous apprend pas à... à faire payer les gens et tout, c'est vrai que, bon après c'est vrai qu'on s'y fait mais euh... Bon et puis moi j'aime bien le salariat donc euh... » Profil 10.

Le profil 2 soulignait un accès plus facile du patient aux informations médicales grâce à internet. Les patients, ayant puisé davantage de renseignements sur leur maladie avant la consultation, seraient devenus plus exigeants.

« Euh je, je pense que le médecin généraliste est quand même plus exposé au fait que maintenant les patients ont accès à l'information via Internet et arrivent déjà très informés et déjà très exigeants... Oui, ça a eu une influence sur mon choix, oui [...] Non je pense que ... Je pense que ça doit difficile en ce moment pour les médecins généralistes ça doit être difficile parce que ils ont, ils ont une pression ... Croissante vis-à-vis des médecins euh vis-à-vis des patients. On leur en demande plus avec moins de moyens qu'avant [...] Je pense qu'il fait beaucoup les frais de la vulgarisation des ... de la médecine sur Internet. » Profil 2.

3.2.1.3.2 Une relation appréciée par les médecins

a) Une relation de proximité

Un des aspects souvent évoqués a été la proximité entre les patients et leur médecin en libéral.

« J'étais bien content d'être en libéral où là alors, on se rapproche des vrais gens, des patients... » Profil 4.

« Il s'est trouvé que voilà je préférerais le contact avec le patient et je savais qu'en médecine générale ça me plairait plus que d'être salariée parce que j'avais failli rentrer à l'hôpital du ... mais j'allais dire que je m'enfermais quand même dans un certain ... mais voilà... » Profil 12.

La bonne qualité de cette relation, qualifiée de « *passionnante* » par un des médecins, permet de compenser les difficultés du métier de médecin généraliste.

« *Moi le rapport avec le patient, en tant que médecin généraliste..... Moi j'y trouve une pleine action, c'est pas tous les jours marrant, c'est pas tous les jours facile mais, mais ça rend le métier passionnant* » Profil 7.

Le profil 12 ne pensait pas pouvoir obtenir le même type de relation en secteur salarié.

« *Ben je pense j'ai dit déjà c'est par rapport voilà aux relations qu'on peut avoir voilà directement avec les patients et moi j'estime qu'en étant salariée dans une structure alors, tout dépend du type de structure, mais on y va plus secondairement ou plus adressé par son médecin généraliste après...* » Profil 12.

b) Le généraliste se percevant comme le médecin de famille

Un des médecins rapportait qu'il appréciait de prendre en charge plusieurs membres de la même famille.

« *C'est vraiment de la médecine de famille c'est-à-dire on va soigner les grands-parents, on voit les parents, les enfants, les cousins. J'arrive à faire des liens entre eux donc voilà ça c'est ça qui me plaît aussi.* » Profil 15.

3.2.1.4 L'intérêt professionnel

L'intérêt porté à l'activité professionnelle est revenu fréquemment comme facteur déterminant. Ce critère était décrit comme primordial dans leur choix.

« *Oui oui l'intérêt professionnel je pense ça a été mon premier critère de choix* » Profil 2.

« *C'est plus pour l'intérêt intellectuel euh... L'intérêt intellectuel...* » Profil 6.

« *Ah moi c'est, à la base de ce choix-là. Quand même ça reste avant tout un choix d'intérêt professionnel pur [...] Voilà et l'intérêt professionnel d'exercice enfin de la pratique quoi d'urgence...la réponse est oui dans le sens où... C'est-à-dire que moi le critère majeur au premier plan c'est voilà l'intérêt professionnel* » Profil 5.

Certains médecins n'avaient pas eu envie d'exercer la médecine en libéral.

« *Ben justement parce que je savais, je savais pas trop si ça allait me plaire...* » Profil 1.

« *Moi voilà... Voilà ça ne m'intéresse pas du tout.* » Profil 14.

« *Parce qu'il y a aussi le fait que ça me plaisait moins, enfin comme j'ai remplacé en médecine générale et en même temps remplacé ici, j'étais vraiment plus contente de venir travailler ici (insistance).* » Profil 10.

Plusieurs des médecins installés en secteur libéral semblaient cependant être ravis de ce choix qui correspondait à ce qu'ils souhaitaient faire.

« *Alors moi clairement, j'ai de la chance, enfin je fais un métier que j'adore et qui me convient bien.* » Profil 7.

« *Alors sur le plan pro, je suis ravi enfin je ne regrette pas du tout.* » Profil 15.

Un des médecins déclarait que le secteur d'exercice n'avait aucune importance : seule la possibilité d'exercer son activité de médecin généraliste entraînait dans ses critères de choix.

« *Mais faire de la médecine gé après que ce soit en libéral ou en salariat... Peu importe quoi* » Profil 6.

L'intérêt (ou le désintérêt) pour l'activité de généraliste ambulatoire était parfois étayé d'arguments au sujet du rôle et des missions perçues du médecin généraliste. Certains avaient d'emblée trouvé les missions du médecin généraliste ambulatoire particulièrement attractives.

Un médecin appréciait l'intégration d'une dimension sociale dans la prise en charge.

« *Et puis voir le côté social aussi qui moi, m'intéressait.* » Profil 12.

Un autre trouvait l'exercice ambulatoire moins technique et plus relationnel.

« *Ben parce que je trouve qu'en médecine de ville, on est quand même... on fait un travail qui n'est pas le même qu'à l'hôpital quoi. C'est-à-dire qu'on est... on est dans une position où, euh voilà, on fait plus que de la médecine, plus que de la médecine technique. C'est ça que je veux dire.* » Profil 2.

Certains appréciaient leur rôle de professionnel de santé de premier recours auprès des patients.

« *Un petit peu tout d'être en premier recours enfin euh... hors structure et puis ça, c'est voilà ça permet de mettre vraiment en œuvre la médecine donc c'est très satisfaisant...* » Profil 4.

« *On l'a plus ici parce qu'on est le premier, voilà le premier médecin souvent que le patient appelle. Plus qu'à mon avis au niveau, en étant salarié dans une structure que ce soit à*

l'hôpital ou une clinique. » Profil 12.

D'autres avaient perçu ce rôle mais trouvaient qu'il n'avait pas influencé leur choix d'exercice personnel.

« Enfin l'intérêt du libéral c'est que quand même d'être le premier euh... le premier contact des gens [...] Premier relais médical c'est extrêmement intéressant dans la relation aux gens [...] Est ce que ça a eu une influence... Il ne me semble pas directement..., ça fait partie du... Je veux dire par là c'est autant intéressant de faire des suivis chroniques que un petit peu d'urgences » Profil 7.

D'autres pointaient les missions du généraliste ambulatoire qui avaient été un frein à l'éventualité d'une installation en libéral.

« J'ai pu constater que la prise en charge en médecine libérale péri-urbaine, disons, devenait une médecine générale... d'aiguilleur de train. C'est-à-dire dès qu'il y a un problème cardio, on va envoyer chez le cardio etc. Donc l'aspect prise en charge médicale est un petit peu..... perdu. » Profil 1.

Un médecin avait été freiné par les missions d'écoute et d'éducation à la santé, découvertes en stage chez le praticien.

« J'ai eu un stage dans... chez le praticien qui m'a pas tellement plus. J'avais déjà fait le choix de la médecine d'urgence hein mais, je ne sais pas, ce qui me plaisait le moins c'était... Le côté coaching du patient... Le côté, oui, conseil hygiéno-diététique, conseil pour la vie quotidienne, le côté écoute des soucis quotidiens, c'est vrai que c'est pas trop ce qui me plaît moi [...] Ca a eu une influence sur mon choix effectivement, tout à fait. » Profil 2.

Prendre en compte les émotions des patients vus en consultation dans une démarche EBM semblait difficile pour ce médecin.

« On doit prendre en compte effectivement tous les aspects émotionnels du patient, ça c'est vrai moi j'avoue que c'est pas trop mon, c'est pas trop mon truc. Euh... Ça veut pas dire que je ne le prends pas en compte dans ma pratique aux urgences mais c'est vrai que je pense que le médecin généraliste doit le prendre en fait plus, de manière plus importante. » Profil 2.

Le suivi du patient effectué par le médecin généraliste était un autre élément que souhaitait éviter le profil 2. Il précisait lors de l'entretien son affection pour l'efficacité immédiate des soins que supposaient les urgences.

« Nous on a une exigence d'efficacité immédiate euh le médecin généraliste je pense que c'est quand même plus compliqué, il y a une exigence de, efficacité sur le long terme, de suivi très étroit... » Profil 2.

L'intérêt pour son activité professionnelle pouvait aussi être guidé par le désir d'exercer une activité médicale particulière. Certains médecins avaient eu envie d'orienter totalement ou partiellement une partie de leur activité de soins. Ils avaient fait des choix d'installation leur permettant d'exercer une activité orientée vers leur centre d'intérêt.

C'est le souhait de pratiquer le métier d'urgentiste qui a conditionné le choix d'exercice en secteur salarié du profil 5.

« Alors moi, il y a une raison spécifique, c'est que moi je cherchais une unité SMUR et donc forcément les unités SMUR elles sont... publiques donc j'ai cherché à exercer le métier d'urgentiste et de smuriste entre autres et donc voilà je me suis pas tellement posé la question en termes de libéral ou..... de salarié, enfin de publique, voilà. » Profil 5.

Pour le profil 6, son intérêt pour l'addictologie a guidé aussi ses choix.

« Salarié ? Qu'est-ce qui m'a poussé ? (hésitation) je pense que c'est l'opportunité de faire de l'addicto et comme j'aimais ça... » Profil 6.

L'envie de travailler avec des enfants a été déterminant dans le choix d'autres médecins.

« Je voulais faire de la pédiatrie au départ, finalement je m'étais orientée en médecine générale en me disant finalement en milieu rural je verrai des enfants et puis... Et puis voilà (augmentation de la voix) après j'étais un peu déçue du reste de la pratique, voilà comme je l'ai dit, de la médecine générale et donc du coup je me suis orientée vers la PMI [...] depuis longtemps (accélération du rythme) j'y pensais en fait. Ma thèse, déjà c'était en rapport... » Profil 14.

« L'activité de pédiatrie c'est quelque chose qui m'a toujours intéressé et qui me semblait... mineur en médecine générale enfin, en tout cas dans le cabinet dans lequel j'ai remplacé, il y avait très peu d'enfants, voilà (ton sec). C'est essentiellement ça. » Profil 13 (travaille en PMI).

Pour d'autres médecins, c'était l'installation libérale qui leur avait semblé être la meilleure façon d'avoir une activité orientée.

« J'ai une aisance et un intérêt particulier pour la pédiatrie donc, euh j'ai un peu orienté ma

patientèle sur... enfin un peu axé sur la pédiatrie, ça me plaît beaucoup et donc après, de bouche à oreille, ça s'est un peu su, donc je fais pas mal de pédiatrie et ça c'est sympa en libéral, oui et ça, ce qui est bien en libéral, c'est qu'on peut un peu orienter sa patientèle comme on veut et que faire un peu la médecine dont on a envie, quoi. » Profil 11.

La médecine générale était pour certains un choix par défaut. L'intérêt pour la spécialité pouvait alors naître plus tardivement qu'en cas d'un choix attendu. Pour le profil 7, la décision d'exercer en libéral était une évidence seulement après avoir obtenu la spécialité de médecine générale aux ECN.

« Ben..... Je sais pas s'il y a vraiment un choix, enfin stricte c'est-à-dire moi je..... J'aurais aimé faire quelques, il y a quelques spécialités qui m'auraient intéressées et puis ensuite comme j'ai eu la médecine générale, (sourir) il faisait aucun doute que j'allais faire du... enfin j'ai pas douté à un moment de faire autre chose. » Profil 7.

3.2.1.5 L'apprentissage de l'exercice professionnel

3.2.1.5.1 La formation à l'exercice libéral et à l'installation

Pour le profil 16, exercer la médecine générale en libéral aurait dû requérir au préalable une formation supplémentaire spécifique. Il déclarait avoir assisté à un cours sur l'installation qui lui avait fait comprendre ce qu'était exactement un cabinet médical : une entreprise. Il disait être ainsi entré dans l'exercice libéral en toute connaissance de cause.

« Je pense qu'il n'y a eu qu'un seul cours dans ces cours-là qui qui a eu une influence, euh il y a eu un médecin qui nous a expliqué qu'une installation, c'était une entreprise et qu'il fallait arrêter de rêver... Je comprends exactement ce que c'est réellement qu'un cabinet médical, parce qu'effectivement c'est une entreprise quoi [...] Je savais où je mettais les pieds (élévation de la voix) quoi. » Profil 16.

S'installer comme médecin généraliste libéral demandait donc d'être initié à la fois à la médecine générale et au libéral. L'envie d'exercer la médecine générale pouvait pâtir du manque de formation au libéral.

Le profil 6 mettait l'accent sur un manque de formation à l'exercice libéral notamment, par manque de stages en médecine ambulatoire. Il pensait que cela pouvait avoir eu un retentissement négatif sur le désir d'exercer en libéral exclusif.

« Ca c'est bien possible parce qu'on a fait que des stages hospitaliers, on a fait très peu de

libéral ...Si on n'en avait fait beaucoup plus, je suis sûr qu'il y en aurait sans doute plus qui voudraient s'installer en libéral. » Profil 6.

Les propos du profil 7 étaient un peu plus ambigus. Il exprimait avec hésitation un sentiment de manque de formation sur l'exercice libéral et soulignait qu'un meilleur apprentissage de ce type d'exercice faciliterait l'installation des médecins. Il répondait négativement quant à l'influence de ce critère sur son choix personnel de mode d'installation.

« (hésitation) Alors (rires), (soupir) on a eu des séances donc je peux pas dire que j'ai pas été formé (soupir) je trouve après-coup qu'on est pour le coup..... plutôt très mal formé. Si on avait de meilleures formations ça... Ça... Enfin ça faciliterait grandement l'installation (insistance). » Profil 7.

3.2.1.5.2 L'apprentissage du futur exercice de médecin généraliste

a) Les stages réalisés au cours de l'internat

Le profil 16 se sentait mal préparé à l'exercice de la médecine générale ambulatoire et considérait que les stages en ambulatoire étaient importants pour se préparer à ce type d'exercice.

« Je pense que c'est important de faire un SASPAS parce que ça fait mettre un petit pied en libéral avant les remplacements quoi. Je trouve que c'est très utile. » Profil 16.

Il évoquait un manque de formation à la médecine générale ambulatoire en raison d'une formation hospitalo-centrée. Il se sentait peu apte à faire face aux tâches administratives en cabinet et à prendre en charge les problèmes prévalent en soins de santé primaires.

« On n'est pas très bien formé hein pour la médecine générale (ton affirmatif)... Les compétences en médecine générale on les a pas puisqu'on est formé que, enfin en milieu hospitalier quasiment exclusivement... On apprend plus sur le tas que grâce à nos études [...] Oui je trouve qu'on n'est pas bien, on n'est pas bien formé en pédiatrie, on n'est pas bien en dermato, on n'est pas bien formé (hésitation) en orthopédie essentiellement sur le dos, on n'est pas bien formé sur les papiers administratifs, tout ce qui est accident de travail, arrêt de travail, les gens qui sont mis en invalidité les, voilà on est confronté à ce genre de choses et on ne sait pas forcément bien les gérer. » Profil 16.

Les stages réalisés au cours de l'internat jouaient un rôle primordial dans l'apprentissage du futur exercice. Ils étaient déterminants dans le choix de s'installer ou pas en libéral. Ils permettaient à certains de découvrir leur future orientation, à d'autres de conforter leur choix.

Le profil 5 pensait que le dernier semestre de l'internat devait être consacré au projet professionnel pour tous les étudiants. Ils devaient pouvoir se former convenablement, que ce soit à la médecine générale libérale ou à d'autres activités qu'ils auraient choisies.

« C'est bien d'aller chez le prat parce que c'est important pour les futurs généralistes [...] En termes de cursus Moi je pense qu'il faudrait axer le dernier semestre - je suis très attaché au... À l'aspect dernier semestre- au projet professionnel ... S'il a un projet d'installation ou si projet de..... Un projet voilà professionnel y compris dans la médecine générale, qu'il ait la liberté, qu'il ait le choix de pouvoir trouver un stage où il puisse aller voir ce qu'il va pratiquer » .

Il a évoqué son cas personnel, expliquant que son dernier semestre lui a permis d'accéder au poste qu'il occupe actuellement. Pour lui, tout interne de médecine générale devrait avoir les mêmes possibilités, dans une perspective d'implantation dans un territoire.

« Moi ça m'a catapulté enfin moi par exemple j'ai fait un dernier semestre au SAMU, j'ai acquis en tant qu'interne des gestes et des notions et de la médecine d'urgence qui m'ont permis de basculer sur le poste d'assistant et ça m'a préparé à ces fonctions-là. Je pense qu'un interne de médecine gé ... S'il a déjà des idées assez précises d'un territoire ou de, il faut qu'il ait la capacité lors de son dernier semestre de commencer à aller s'implanter sur le territoire » Profil 5.

Après son passage dans un stage d'urgence cardiologique et sa confrontation aux urgences médicales pendant ses différents stages hospitaliers, le profil 2 avait complètement changé d'avis sur son choix.

« En fait je ne voulais pas du tout faire médecine d'urgence quand j'étais étudiant mais c'est le fait d'avoir été interne aux soins intensifs cardiologiques qui m'a donné envie [...] Oui tout à fait, que ce soit mon passage aux urgences, mes gardes dans d'autres services où des malades urgents étaient pris en charge, ils m'ont influencé dans mes choix. » Profil 2.

Le profil 5 a fait le choix d'exercer aux urgences à la suite d'un stage réalisé pendant son internat.

«Principalement la découverte de l'activité professionnelle lors d'un semestre d'internat, au

quatrième semestre en l'occurrence [...] Au départ j'étais prévu pour être médecin généraliste et puis j'ai croisé donc le chemin de l'urgence et là, moi ça fait tilt... » Profil 5.

Le profil 9 avait réalisé des stages en PMI. Cela avait orienté ses choix.

« Concernant la PMI, j'étais interne lors de mon SASPAS en PMI à Paris. Donc j'avais déjà une approche de la PMI [...] Donc l'idée de la PMI ... c'était une activité qui m'intéressait puisque j'avais déjà eu une expérience au cours de mon internat. » Profil 9.

Pour le profil 6, les bonnes relations entre les étudiants et leur maître de stage pouvaient les inciter à s'orienter vers un type d'exercice.

« On a fait très peu de libéral et c'est vraiment hyper dommage en fait, c'est sûr, c'est sûr parce qu'on voit des mecs super sympa en libéral. Si on n'en avait fait beaucoup plus, je suis sûr qu'il y en aurait sans doute plus qui voudraient s'installer en libéral. » Profil 6.

b) Un désir de se former davantage

Plusieurs médecins appréciaient la stimulation intellectuelle générée par leur activité ainsi que la nécessité de mise à jour de leurs connaissances permettant de rompre la monotonie. Le profil 2 signalait par exemple qu'il bénéficiait de différentes formations en tant qu'urgentiste. Il appréciait la nécessité de devoir en permanence se former dans des domaines variés.

« Quand c'est trop monotone, j'ai peur de m'ennuyer. Avec la médecine d'urgence c'est vrai que bon alors déjà le travail est irrégulier mais en plus, il y a toujours quelque chose à faire, c'est-à-dire il y a toujours... Ben voilà on peut envisager des formations, j'ai fait d'abord des formations respiratoires ensuite dans l'échographie euh ensuite j'ai fait des formations dans le domaine de l'informatique... Voilà moi j'ai besoin de me renouveler très régulièrement sinon voilà quand je m'ennuie, mon métier ne me plaît plus ... » Profil 2.

Le profil 5 appréciait lui aussi la nécessité d'acquérir toujours plus de connaissances.

« Dans les connaissances quoi, on a des connaissances, on est obligé d'avoir des connaissances toujours plus larges, il y a toujours des trucs qu'on ne connaît pas, faut toujours se renseigner etc. voilà » Profil 5.

Pour le profil 9, s'installer en PMI avait été l'occasion d'améliorer ses compétences en pédiatrie. Ce médecin tenait des propos mesurés par rapport à l'influence de ce facteur dans

son choix d'installation.

« Je n'ai pas eu de raison professionnelle si ce n'est peut-être pour me perfectionner en pédiatrie bien que j'avais déjà un bon niveau de base. » Profil 9.

3.2.1.6 S'identifier à des confrères plus âgés

L'orientation vers une activité professionnelle pouvait être favorisée par le processus d'identification du jeune médecin à un médecin plus âgé. Plusieurs médecins avaient été ainsi influencés dans leur choix par la rencontre avec de médecins pris comme exemples. Le profil 4 avait rencontré un médecin acupuncteur. Leurs similitudes de parcours l'avaient poussé à lui succéder dans le cabinet.

« Un médecin à orientation acupuncture qui..., qui une dame donc je l'ai rencontré, on s'est bien entendu. Elle a eu le même parcours que moi, c'est-à-dire elle faisait beaucoup de... elle était orientée médecine générale, avec cette compétence on va dire qui permettait de dénouer quelques situations de médecine générale, et c'est comme ça que je voyais un petit peu les choses. » Profil 4.

Le profil 2 avait côtoyé des urgentistes qui lui avaient donné l'envie de poursuivre dans la même voie.

« C'est aussi, les choix qu'on fait c'est aussi les exemples qu'on a eu. Les gens qui nous ont donné envie de faire ce qu'on fait. Moi j'ai connu des urgentistes, des réanimateurs, des cardiologues qui étaient vraiment dans... Dans... La passion du métier, ça m'a... Ça m'a incité à faire ça. » Profil 2.

Ce médecin avait aussi été rebuté par l'exercice de médecine générale libérale à la suite de rencontres avec des médecins généralistes dont l'activité professionnelle semblait prendre une place prépondérante dans leur vie.

« Dans mon entourage, j'ai connu des médecins généralistes qui étaient très passionnés mais qui donnaient beaucoup de leur personne, qui avaient je pense une vie personnelle mise encore plus mise entre parenthèses (élévation de la voix) qu'en médecine d'urgence [...] Les praticiens de ville j'en ai connu qui Qui avaient des signes évidents de burn out en fait et ça m'a pas beaucoup encouragé en tout cas [...] Oui ça a une influence sur le choix oui. » Profil 2.

3.2.1.7 Les remplacements

De nombreux médecins se sont fait une opinion sur la médecine générale au cours de leurs remplacements. Le profil 4 expliquait qu'il avait eu une expérience de remplacements suffisamment longue pour connaître tous les aspects de la médecine générale et faire son choix.

« Le système libéral on ne le connaît pas, on le découvre pendant les remplacements euh et en ce qui me concerne ça m'a... ça m'a séduit [...] Ah! En libéral. Euh... oui parce qu'après 10 ans d'exercice de remplacement, euh le libéral j'ai pu j'ai pu le voir sous toutes ses formes, les avantages et les inconvénients, euh... donc j'ai vu que c'était... que c'était comme ça que ça me plaisait de travailler et la médecine libérale me plaisait beaucoup et je... je ne me voyais pas travailler différemment. » Profil 4.

Les remplacements pouvaient aussi servir à confirmer les choix déjà fait d'exercer en salarié ou en libéral.

« Ah ben ça a confirmé mais moi, dès mon stage chez le médecin généraliste je savais. » Profil 12.

« Enfin voilà après avoir fait de l'humanitaire j'ai fait un peu de remplas encore. Finalement ça me plaisait pas et je me suis réorientée vers une forme salariée, la PMI. » Profil 14.

« Voilà, j'avais remplacé des médecins qui étaient... à orientation purement médecine générale effectivement. Tant en secteur donc péri-urbain qu'en secteur rural. Donc ensuite euh...j'ai pu donc constater que bon, j'étais pas fait pour le libéral et que le libéral j'appréciais pas le mode de fonctionnement du libéral donc, je me suis orienté vers la médecine salariée. » Profil 1.

Le profil 6 avait apprécié ses remplacements en structure salariée et il aurait fait ce choix d'exercice exclusif si on lui en avait fait la proposition.

« J'ai fait des remplacements en SSR. Ça m'a beaucoup plus, franchement s'ils avaient, il n'y avait pas de poste à ce moment mais franchement s'il y avait eu, je pense que je ferais ça actuellement euh... c'était vraiment très très bien voilà. » Profil 6

3.2.1.8 Les conditions d'exercice

3.2.1.8.1 L'activité de soins

a) Exercer une activité diversifiée

De nombreux médecins étaient attirés par la possibilité d'exercer une activité médicale diversifiée, en libéral comme en salarié.

Certains ont choisi la médecine générale libérale pour avoir une patientèle variée et des prises en charge diversifiées.

« Moi j'avais choisi de faire des trucs assez variés (hésitation) peut-être, moi, ça m'a donné envie de faire une médecine variée quoi. » Profil 15.

« Après, ce qui m'a attiré aussi dans le libéral c'est la richesse... Et la diversité des consultations qu'on peut avoir » Profil 11.

« Moi je, moi j'ai pas envie de me cantonner, voilà, à quelque chose de particulier donc je trouve qu'en médecine générale, enfin, on peut voir toute sorte de population et avoir aussi bien voilà des consultations pour de la pathologie classique et des choses plus rares. » Profil 12.

Ce besoin d'une activité diversifiée avait fortement contribué au choix de s'installer en libéral pour ce dernier.

« Je savais qu'en médecine générale, ça me plairait plus que d'être salariée parce que j'avais failli rentrer à l'hôpital de ... mais j'allais dire que je m'enfermais quand même dans un certain ... mais voilà... » Profil 12.

Pour le profil 4, la médecine salariée était synonyme de manque de diversification de l'activité :

« Salarié, il y avait des postes qui étaient proposés mais dans ces cas-là (hésitation) et je me retrouvais dans une médecine générale mais même pas générale puisque c'était soit personnes âgées, soit s'occuper d'enfants, c'était vraiment une pseudo spécialisation [...] Non non, pour le choix de l'installation en libéral ça a été, ça a été très clair à partir du moment où je me sentais bien dans les remplacements, que j'aime bien ce côté polyvalent du généraliste... » Profil 4.

C'était également ce manque de variété dans l'activité que le profil 15 mettait en avant pour expliquer son choix de ne pas exercer en PMI.

« Les PMI, problème, moi je trouve ça sympa mais déjà c'est limité parce que je voulais faire un peu toutes les tranches de la population, là on se retrouve avec que des enfants, plus ou moins de la gynéco... » Profil 15.

D'autres médecins avaient choisi une activité médicale salariée pour la même raison.

« Le travail est multiple, un plan de mission, plein de choses, c'est varié, même si la médecine générale c'est varié, mais bon. » Profil 14.

« Voilà quand je m'ennuie, mon métier ne me plait plus donc, j'ai besoin de variétés en fait. » Profil 2.

b) Exercer une activité mixte

Le profil 6 exerçait en tant que salarié dans plusieurs structures tout en étant libéral un jour par semaine. Il appréciait sa façon d'exercer.

« Ben pour moi, c'est bien parce qu'au moins on se sent pas enfermé dans un... dans une seuleet justement comme on sait pas trop où on va, si on s'enferme dans une seule discipline après euh ça peut être verrouillé, avec le problème de se sentir enfermé, moi j'ai pas du tout envie de ça quoi. Je fais tout pour avoir plusieurs centres d'intérêt. » Profil 6.

L'exercice mixte était perçu comme une façon d'obtenir la diversification d'activités souhaitée.

« C'est vrai que dans la médecine salariée donc hospitalière, c'est pas du tout la même chose donc ça permet un petit peu de varier, de ne pas faire que de la consultation, de ne pas faire que de l'infectieux enfin, l'épidémie enfin voilà ça permet encore que la médecine générale est quand même assez variée mais c'est vrai quand même que le fait d'avoir aussi un poste à mi-temps j'imagine dans une structure salariée ça permet[...] je pense que ça doit être très agréable (élévation de la voix) sur le plan de professionnel. » Profil 16.

« Franchement je ne m'attendais pas à avoir... J'allais dire un tel épanouissement au niveau du travail euh... Parce qu'en fait euh ça part dans tous les sens et du coup enfin au niveau addicto en tout cas on fait vraiment plein plein de trucs euh et puis même quand on fait médecine gé en plus c'est vraiment... Voilà on a la possibilité de faire plein de choses. » Profil 6.

c) L'exercice d'une activité complémentaire à celle des soins classiques

L'exercice d'une activité médicale complémentaire était un autre moyen de diversifier son activité de soins. Le profil 4 était médecin généraliste et acupuncteur. Son activité de médecin généraliste primait, mais son activité d'acupuncteur lui permettait de soigner autrement ses patients.

«C'était justement généraliste que je voulais faire et euh (hésitation). Pour la partie acupuncture donc il y a bien quelques vacations, j'en ai une notamment mais ça constitue pas des, des temps pleins ni des mi-temps, cette petite vacation donc moi je fais plus pour aider mais c'est pas mon activité principale. » Profil 4.

Il pensait qu'exercer son activité d'acupuncteur à temps plein en milieu salarié était de toute façon impossible.

« Je vois pas mal de généralistes qui, comme moi, en acupuncture, ont des compétences sauf que certaines compétences, j'imagine, se conçoivent plus en milieu hospitalier euh...ou gérontologie ou voilà. Encore euh, celle moi que j'ai ...que j'ai acquise, que j'ai étudiée, à priori, elle, il y a des vacations hospitalières mais ça ne consiste pas, ça ne constitue pas un temps plein donc euh...donc euh...donc en fait euh, j'avais pas tellement de raisons de travailler en structure... » Profil 4.

La figure 5 illustre les façons dont les médecins s'y prenaient pour diversifier leur activité.

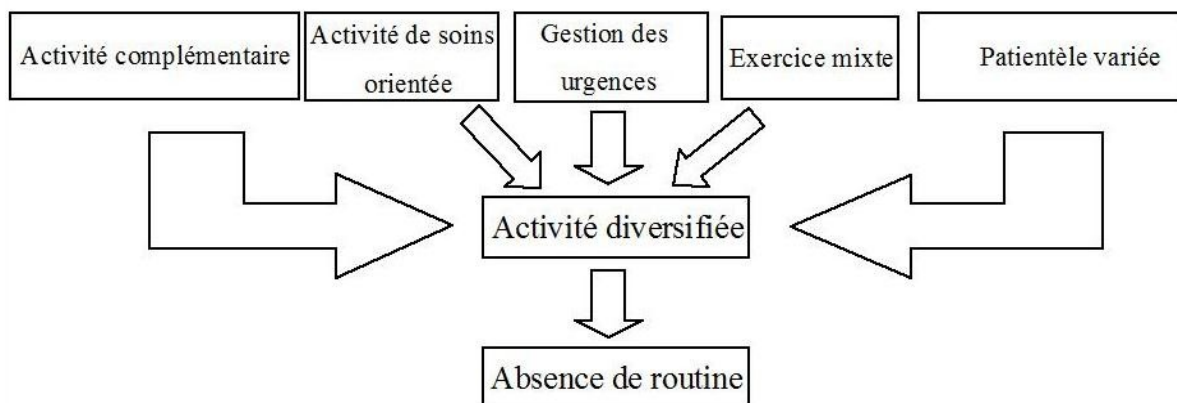


Figure 5 : Méthodes utilisées par les médecins pour diversifier leur activité.

d) Les visites à domicile

Les visites à domicile pouvaient être un frein à l'installation à l'exercice libéral. Le profil 9 avait choisi de ne pas exercer en secteur libéral en raison des visites à domicile et de la nécessité de conduire pour les réaliser.

En tant que bonne parisienne, je suis très mauvaise conductrice donc il fallait aussi que je reprenne mes marques au niveau de la voiture et j'ai bien compris qu'ici, des remplaçants avaient besoin absolument de savoir conduire correctement. Ils doivent se déplacer quand même pas mal pouvoir gagner leur vie [...] Oui très clairement ça a eu une influence, c'est-à-dire que je me sentais pas prête au mois de décembre pour faire des kilomètres j'en étais incapable, vraiment incapable. » Profil 9.

Le profil 10 était rebuté par le rythme imposé par les visites à domicile. Cet élément était un facteur important pour lui.

« J'aimais pas trop ce rythme, les visites...à domicile » Profil 10.

Le profil 7 avait au contraire été attiré par les visites à domicile.

« Ca fait une coupure... Puis c'est toujours... Voir les gens chez eux c'est extrêmement enrichissant. » Profil 7.

Ce médecin s'était installé en zone rurale pour pouvoir réaliser des visites.

« On fait pas mal de... Moi j'aime bien faire des visites, aujourd'hui j'en ai fait quatre, je suis parti à 10:30, je reviens à 15:00... Voilà ça fait... J'aime pas faire 8:00 12:00, 14:00 20:00 au bureau. » Profil 7.

3.2.1.8.2 La charge de travail

a) L'importance de la charge de travail

La charge de travail en libéral a été souvent citée comme un facteur ayant influencé le choix d'une activité salariée.

Le profil 2 avait été découragé par ce qu'il avait pu voir chez des médecins exerçant en ambulatoire.

« Les praticiens de ville j'en ai connu qui ... qui avaient des signes évidents de burn-out en fait et ça m'a pas beaucoup encouragé en tout cas. » Profil 2.

« Et ça clairement en libéral ça aurait été je crois... Plus compliqué surtout au regard de ma

conception du libéral où on est voilà obligé de s'investir à fond..... Voilà. » Profil 5.

b) La gestion du temps face à une charge de travail importante

Le profil 2, urgentiste, pensait que les médecins en libéral devaient parfois rencontrer des difficultés pour gérer la pression du temps en cas de problèmes complexes posés par un patient. Pour lui, ne pas pouvoir passer plus de temps avec les patients qui le nécessitaient était préoccupant.

« C'est pas la même pression c'est-à-dire, qu'en libéral, on a un nombre de patients avec des tas de patients qui attendent dans la salle d'attente et on doit... On ne doit pas s'appesantir sur un patient même s'il pose des problèmes compliqués, c'est difficile de déborder, on doit, on doit voir tous les patients. » Profil 2.

Il trouvait cette situation plus facile à gérer aux urgences.

« Aux urgences c'est vrai qu'il y a une pression du point de vue temps mais qui n'est pas la même, c'est-à-dire que si un patient est plus grave, il est naturel qu'on y passe plus de temps et le patient moins grave aura naturellement à attendre. » Profil 2.

Pour le profil 10, le rythme des consultations et les plannings chargés du libéral avaient été négativement vécus.

« Et puis les journées, moi ça me déprimait à l'avance quand je voyais 30 consultations (soupir) avec le planning là tous les quarts d'heure, moi ça me déprimait (rires). » Profil 10.

3.2.1.8.3 Le temps de travail

a) Le rythme de travail

- **Les horaires de travail**

Les horaires de travail préoccupaient la plupart des médecins interrogés. Les profils 13 et 14 étaient des femmes avec enfants. Elles avaient souhaité des horaires moins contraignants, pour être plus présentes dans leur vie privée.

« C'est vrai que pour la qualité de vie, les horaires plus souples [...] C'est vrai que le fait de... d'être enceinte enfin voilà m'a permis de réfléchir et de me projeter dans l'avenir par rapport à ce que je voulais faire plus tard [...] Ça m'a conforté déjà dans l'idée qui me trottait depuis un petit moment dans la tête de prendre un poste (hésitation) avec moins d'horaires... plus fixe, moins contraignants » Profil 13.

« C'est après que j'ai eu mon premier enfant et là je me suis dit que j'allais... J'allais vraiment

postuler pour la PMI parce que c'était vraiment ce que je voulais faire et puis, et puis voilà aussi les horaires convenaient un peu plus à une pratique de maman (ton sec). » Profil 14.

Le profil 10, une femme avec enfants, a également jugé que les horaires avaient été un élément de son choix d'exercice salarié.

« Le temps de travail ah oui oui (ton affirmatif). Oui c'est sûr qu'ici c'est quand même plus plus cool quoi. Parce que je suis à mi-temps aussi mais...les amplitudes horaires sont pas les mêmes quoi quand même. » Profil 10.

L'horaire de fin d'activité était souvent pointé par les médecins.

« En moyenne je finis en moyenne entre 17:00 et maxi 17:30. (hésitation) Je dis ça au niveau de l'emploi du temps, c'est vraiment très très intéressant. » Profil 9.

Le profil 6, un homme avec trois enfants exerçant une activité de soins mixte, était sceptique quant à l'idée de pouvoir finir plus tôt en libéral.

« Le ..., ça me permet d'avoir des horaires compatibles avec une vie familiale on va dire euh acceptables ... Être en libéral pur (soupir) et finir à 20:00 tous les soirs franchement ça n'aurait pas été possible. Je pense que mon couple aurait tenu un mois. » Profil 6.

Des généralistes installés en libéral étaient néanmoins satisfaits des horaires de travail qu'ils avaient fixés.

« Ces horaires me conviennent mieux. » Profil 16.

Le profil 15 signalait que les amplitudes horaires n'avaient pas influencé son installation en libéral parce qu'au moment de faire ses choix, il n'en avait pas pris conscience.

« Je sais pas moi, on est là de 9:00, là je rentre de visite, voilà j'ai pas eu, je me suis arrêtée rapidos une demi-heure et je serai là ce soir jusqu'à 19:30 et voilà c'est comme ça tous les jours (rires). Après il y a bien pire hein, c'est sûr, mais bon c'est pas facile [...] j'étais pas au courant (rires). » Profil 15.

- **Travailler à temps partiel**

La possibilité de travail à temps partiel séduisait de nombreux médecins, qu'ils exercent en secteur salarié ou libéral.

Les trois médecins interrogés exerçant en PMI travaillaient à temps partiel.

« Les avantages, très clairement, c'est l'emploi du temps. Je travaille à 80 %, je ne travaille pas le mercredi, je travaille pas le week-end, ...c'est vraiment très très intéressant. » Profil 9.

« Non je suis à 80 %, je travaille pas le mercredi et ça c'est un choix de ma part de pouvoir m'occuper un petit peu de mon petit garçon. » Profil 13.

« C'est vrai que du coup on peut travailler à 80 % et aménager ses horaires. Ce qu'on peut faire aussi en libéral, en même temps, de plus en plus mais (hésitation) mais voilà après moi c'est, c'est vraiment plus parce que c'est là, le type de travail qui m'intéresse. » Profil 14.

Le profil 10 s'était également orienté vers le salariat en SSR afin de pouvoir exercer à mi-temps, ce qu'il pensait impossible en médecine générale.

« Puis bon le temps quoi alors que ici je travaille à mi-temps (insistance), ça n'a rien à voir avec... avec la médecine générale. » Profil 10.

Le profil 12 avait fait le choix de l'exercice à temps partiel mais s'était tourné vers la médecine générale libérale pour cela.

« C'était la condition au départ, c'était que je puisse avoir... un jour voilà. Et idéalement le mercredi » Profil 12.

Les profils 7 et 8 avaient réduit leur temps de travail en libéral en réduisant d'une journée par semaine leur présence au cabinet.

« C'est-à-dire qu'en faisant du libéral...Je me creusais la tête pour savoir comment à un moment ou à un autre faire un break dans la semaine. » Profil 7.

« J'ai compris les choses très rapidement, en médecine générale qu'on peut pas limiter le nombre d'heures dans la journée mais, on peut limiter le nombre de journées dans la semaine donc parti de ce principe- là... et donc j'ai de très longues journées mais pas tous les jours de la semaine voilà. » Profil 8.

Le profil 4 considérait que le fait d'exercer en libéral lui permettait de consacrer une journée de la semaine à une activité autre que professionnelle.

« Pour les loisirs, je suis en libéral donc je gère mon temps, mon planning et euh par exemple et ben j'ai fait comme la plupart des médecins que j'ai remplacés : je me suis gardé un jour dans la semaine qui me permet quand même de faire des choses » Profil 4.

Le jour consacré au repos ou aux autres activités était souvent le mercredi.

« Et puis en fait ce qui m'attire dans le libéral c'est la liberté...d'avoir mon mercredi puisque je ne travaille pas le mercredi... » Profil 11.

« Les avantages, très clairement c'est l'emploi du temps... je ne travaille pas le mercredi, je travaille pas le week-end, ...c'est vraiment très très intéressant. » Profil 9.

« Je travaille pas le mercredi et ça c'est un choix de ma part de pouvoir m'occuper un petit peu de mon petit garçon. » Profil 13.

Les médecins qui déclaraient ne pas travailler le mercredi étaient tous parents.

- **Adapter son temps de travail à ses besoins**

Certains médecins voulaient pouvoir adapter leur rythme de travail aux besoins du moment : besoins financiers, nouvelles tâches professionnelles à effectuer, disponibilité pour raisons personnelles ou familiales.

« C'est-à-dire qu'en faisant du libéral et en choisissant de m'installer, j'espérais bien avoir des moments, de pouvoir organiser mon temps un peu... Comme ça m'arrangeait quoi. » Profil 7.

« Je pense que le fait d'être autonome, son propre patron, aussi gérer ses journées de travail... » Profil 16.

« Et puis en fait, ce qui m'attire dans le libéral c'est la liberté ...de finir plus tôt certains jours si j'en ai envie, pour des besoins familiaux on va dire. Donc c'est essentiellement ça moi qui m'intéresse dans le libéral. » Profil 11.

« C'est vrai que du coup, on peut travailler à 80 % et aménager ses horaires. » Profil 14.

Le profil 14 a insisté sur le fait qu'il était pour lui plus important de pouvoir travailler à temps partiel que d'avoir un revenu plus élevé.

« Ben... Non (ton sec). Si j'avais voulu de l'argent (rires), je ne serais pas en PMI ça c'est sûr et certain. Voilà donc non non non après c'est plus administratif, enfin c'est plus d'un point de vue pratique. C'est vrai que du coup on peut travailler à 80 % et aménager ses horaires » Profil 14.

A l'inverse, le profil 6, ayant une activité mixte, appréciait de pouvoir moduler son rythme de travail en fonction de ses besoins financiers.

« Travailler beaucoup..... ah certains jours moi ça m'intéresse... et gagner pas mal, gagner

un salaire qui correspondrait à ce que j'aimerais gagner, ça m'intéresse » Profil 6.

- **La régularité du travail**

Certains médecins, ont rapporté qu'ils appréciaient l'absence de rythme de travail dans leur activité professionnelle. Ils étaient attirés par l'absence de routine. C'était le cas des médecins urgentistes.

« Et puis on travaille pas non plus tous les jours donc euh on a des temps morts qui ne sont pas les mêmes, le côté irrégulier ça a été vraiment (élévation de la voix) quelque chose de prépondérant dans mes choix [...] Oui, moi j'ai eu peur de m'ennuyer quand c'est trop régulier, quand c'est trop monotone j'ai peur de m'ennuyer. Avec la médecine d'urgence c'est vrai que bon alors déjà le travail est irrégulier » Profil 2.

« Voilà, à faire un enchaînement de consultations tous les quarts d'heure avec quelqu'un de différent, je sais pas...euh j'aimais pas trop ce rythme... » Profil 10.

« Après euh...est ce que j'ai toujours, alors ça vaut aussi en comparaison avec la médecine libérale mais aussi bien avec la médecine hospitalière, les services d'hospitalisation classiques, c'est que bon moi j'ai toujours essayé de fuir tout ce qui était routinier hein les horaires fixes, les..... les activités fixes, c'est quelque chose qu'on n'a pas aux urgences. Quand on se lève le matin on sait pas, on ne sait pas ce qu'on va avoir, si on va avoir une activité très calme ou une activité très soutenue, peu ou beaucoup de patients, des patients pas graves ou graves » Profil 2.

b) Des congés comme facteurs de choix

Les congés ont parfois été évoqués comme facteur déterminant dans les choix d'installation.

« Je crois pas non, c'est plus pour l'intérêt intellectuel, vacances aussi je pense, j'en ai plus queen libéral. » Profil 6.

« Après c'est vrai que dans le salariat voilà, je sais qu'il y avait aussi les congés, il y a un certain nombre de congés par an, j'ai 10 semaines de congés par an donc c'est quand même très bien. Donc c'est vrai que tout ça c'est rentré un petit peu en jeu. » Profil 13.

Le profil 11, libéral, appréciait de pouvoir disposer de ses congés lorsqu'il le souhaitait, en particulier pendant les vacances scolaires.

« Et puis en fait, ce qui m'attire dans le libéral, c'est la liberté qu'on peut avoir sur

l'organisation de son temps de travail, sur les congés et notamment quand on a des enfants, pour moi c'était essentiel d'avoir des libertés de prendre des congés quand j'en ai envie, qu'ils soient calés si possible pendant les vacances scolaires... » Profil 11.

c) Un manque de stabilité du cadre définissant les conditions d'exercice

Un médecin n'était pas rassuré par les derniers dispositifs mis en place pour inciter les jeunes à s'installer en libéral, ni par les propositions récentes de la CPAM. Il était désireux d'exercer de manière sereine, considérant les conditions actuelles d'exercice libéral instables.

« Ah oui c'est clair ça change tout le temps... On sent bien que la sécu ils tirent dans tous les coins, j'ai envie de ne pas avoir à trop me poser de questions quoi. S'il y a un moyen de s'en poser pas trop... je trouve. Après je suis peut-être très anxieux mais (rires) je suis très pessimiste. » Profil 6.

Le fait d'exercer une médecine mixte le rassurait.

« Et du coup moi je sais qu'en étant sur deux pieds, bon ben, je sais que s'il y a un moment où si ça déconne trop la médecine générale hop je passe...enfin. » Profil 6.

d) Un désir d'autonomie

L'envie de liberté n'était pas seulement rapportée pour le rythme de travail. Certains médecins appréciaient aussi de pouvoir être autonomes dans leur activité de soins.

« Je pense que le fait d'être autonome, son propre patron [...] Et puis je suis quelqu'un d'assez autonome (hésitation) donc l'exercice libéral me convient très bien pour ça et je ne reviendrai pas en arrière (rires). » Profil 16.

3.2.1.8.4 L'impact psychologique du rythme de travail

Des médecins salariés disaient avoir ressenti du stress lors de leur expérience en libéral.

Le profil 13 avait été attiré par la profession de médecin généraliste mais avait été freiné dans cet exercice par le stress qu'il occasionnait.

« Le fait que ce soit voilà effectivement un travail très difficile je pense parce que, parce que seule, voilà de gérer des degrés d'urgence hors d'une équipe c'est quelque chose qui est voilà est difficile. (Hésitation) Je trouve que c'est un très beau métier mais par rapport au stress que ça occasionne je n'avais pas suffisamment de bénéfices entre guillemets, de satisfaction

professionnelle, d'envie d'aller travailler. C'est vrai que le côté contrainte prenait vraiment le dessus donc euh voilà » Profil 13.

« Avec tout le stress que ça engendre, plus les gardes de nuit et donc du coup je voulais plus ces horaires-là [...] C'était hyper compliqué (augmentation de la voix) enfin, on était de garde la nuit, on travaillait le lendemain matin enfin voilà, j'avoue que c'était sur peu de temps parce que c'était des remplacements mais c'était beaucoup beaucoup de stress, beaucoup de stress, de stress ...on était à une heure de l'hôpital d'Angoulême bfff voilà, c'est un peu la campagne charentaise... » Profil 14.

3.2.1.8.5 Les urgences et la permanence des soins

a) La gestion des urgences

Prendre en charge des urgences médico-chirurgicales était perçu comme une des missions du généraliste. Mais cette mission était vécue soit comme un facteur de stress, soit comme insuffisante par les jeunes médecins.

Le profil 14 évoquait sa mauvaise expérience des urgences en médecine générale libérale en tant que remplaçante mais, notait que leur gestion s'était améliorée d'une manière générale.

« Voilà et puis moi je tombais tout le temps sur des urgences abracadabrantes, les trucs que personne ne voient et moi je les voyais donc euh... (rires) beaucoup de stress en fait, beaucoup de stress [...] Ce qu'il faut c'est plus de relais, plus de partenariat, plus voilà. Là je sais qu'ils font, les urgences sont gérées par le SAMU et donc... Ça déjà c'est un mieux parce que finalement on ne gère pas les grosses urgences, chose qu'on faisait avant mais bon ça reste quand même compliqué ...Quelquefois on tombe encore sur des choses difficiles quoi. » Profil 14.

Le profil 4 avait été attiré par la possibilité faire des gardes en médecine générale pour diversifier ses activités.

« J'aime bien ce côté polyvalent du généraliste, le fait de pouvoir gérer les urgences, » Profil 4.

Certains médecins avaient finalement choisi une activité salariée où la gestion de l'urgence médico-chirurgicale était constante.

« C'est toujours très intéressant l'urgence parce que on est là pour résoudre un problème rapidement... » Profil 2.

« Voilà et l'intérêt professionnel d'exercice enfin de la pratique quoi d'urgence. » Profil 5.

b) La permanence des soins

La permanence de soins avait été abordée par certains. Assurer une permanence des soins était perçue comme une mission du généraliste.

« Pour faire simple, moi les gardes je considère que ça fait partie du travail, je cours pas après mais ça fais partie du job donc j'assume mes gardes. » Profil 7.

Même si elle était perçue comme faisant partie des missions du généraliste, elle n'était pas nécessairement bien vécue. Le profil 6 appréciait ne pas avoir à assurer une permanence des soins dans son activité salariée. La mise en jeu de sa responsabilité de médecin même en son absence était mal perçue.

« Alors, c'est pas les urgences en elles-mêmes j'aime bien ça mais c'est le côté permanence de soins euh... Si t'es pas là tu peux être responsable...alors qu'en addicto finalement euh... » Profil 6.

Le problème de la permanence des soins était pour certains celui de son organisation : les weekends de garde prolongés, les dates imposées, etc.

Le profil 7 acceptait de participer à la permanence de soins mais pensait que les longs weekends de pont pouvaient freiner les installations en libéral.

« Non non non ça m'a pas dérangé. Et je trouve que l'organisation sur des ponts par exemple pose problème et que... et que... ça va finir par être gênant dans l'installation parce que des fois on se retrouve à faire des ponts démesurés et moi ça me met mal à l'aise vis-à-vis de mes patients. » Profil 7.

Pour le profil 5, c'était l'impossibilité de choisir soi-même ses gardes de nuit qui était gênant.

« Voilà c'est pour ça aussi que, ça a contribué probablement à mon installation aussi dans le sens où au moins là je sais quand est-ce que je travaille de nuit [...] Je peux comprendre le sentiment et également je sais ce que ça implique, j'ai vécu une période où la PDS n'était pas régulée, où les heures pleines existaient et où le téléphone sonnait en pleine nuit donc je sais ce que c'est » Profil 5.

Le profil 13 avait apprécié l'absence de gardes en secteur salarié.

« Ben... Ça me permettait d'avoir plus de temps, des horaires fixes le soir, voilà le fait de ne pas avoir des gardes » Profil 13.

3.2.1.8.6 Les tâches administratives

a) Une réticence face aux tâches administratives

La réalisation de tâches administratives au cabinet avaient peu été citée comme un facteur influençant le choix des médecins. Elles posaient peu de problèmes au profil 7 dans la mesure où il se disait bien aidé par son logiciel informatique médical.

« En moyenne je me trouve pas submergé... Parce que il faut dire quand même que depuis que je suis installé, moi, je bénéficie des logiciels, des procédures informatisées de la sécu, les protocoles de soins pour les arrêts de travail la... Les déclarations de médecin traitant et quand même ça facilite la vie. » Profil 7.

Pour le profil 5, les tâches administratives faisaient de toute façon partie du boulot.

« Alors comment dirais-je l'ensemble de tout ça, c'est tout ça fait partie vraiment de ce que je considère comme des critères mineurs. » Profil 5.

b) La comptabilité

. La formation à la comptabilité

Les médecins ne se trouvaient pas suffisamment formés à la gestion comptable du cabinet. Le profil 9 considérait avoir essentiellement appris la comptabilité dans sa pratique quotidienne.

« Très clairement, les choses s'apprennent un peu sur le tas aussi » Profil 9.

Le profil 7 avait également considéré faible sa formation dans la gestion comptable du cabinet. Il s'estimait s'être formé par son exercice professionnel, complété de formations délivrées par une association de gestion agréée. Il soulignait aussi l'importance des remplacements dans cette formation.

« Euh...la comptabilité ... moi je dis à tout le monde euh... Je regrette beaucoup qu'il ait fallu... que je me forme par moi-même notamment vis-à-vis de l'ARAPL pour commencer à faire une comptabilité et c'est très important de commencer par faire une période de remplacements, des périodes de remplacement pour s'aguerrir à la comptabilité parce qu'une

fois qu'on s'installe, c'est encore plus difficile. » Profil 7.

. Eviter de se charger de la gestion comptable

Les difficultés à effectuer soi-même sa comptabilité et à la maîtriser ont pu jouer le rôle de frein à l'installation en libéral chez certains jeunes médecins.

« Et puis tout ce qui était compta... j'y comprenais rien (rires) donc voilà après [...] Oui je pense que ça a eu une petite influence bien sûre, ce n'est pas la principale raison mais ça en faisait partie. » Profil 14.

Un jeune installé en libéral pensait que cela aurait pu avoir une influence négative sur son installation libérale si son attrait pour ce type d'exercice n'avait pas été majeur.

« Ah ben moi il faudrait que je la fasse mieux (ton affirmatif). Voilà c'est-à-dire que je ne pointe pas, je ne regarde pas, j'ai pas le temps [...] ...Ah ben ça a eu une influence pas dans le bon sens (élévation de la voix). Ça c'est sûr que si j'avais regardé ça euh je ne me serais pas installée. Heureusement que ça prime pas parce que sinon... » Profil 12.

La comptabilité était vécue ou perçue comme une activité chronophage, qui se surajoutait aux activités de soins en secteur libéral.

« Ah oui oui oui (élévation de la voix). C'est vrai que de passer 1:00 le soir à faire ça... Les journées sont déjà assez longues oui c'est vrai oui » Profil 13.

Elle était parfois perçue comme le prix à payer pour disposer d'une plus grande autonomie.

« Comptabilité ben (soupir)..... C'est long voilà [...] Oui mais du coup ça représente une partie de mon temps professionnel importante et pourtant je me dis que c'est le prix de la liberté quoi quelque part voilà. » Profil 6.

Certains avaient fait le choix de déléguer cette tâche à un professionnel.

« Pour être tout à fait sincère, j'ai fini par confier l'ensemble de ma gestion administrative à deux organismes pour avoir l'esprit tranquille. » Profil 9.

« Moi pour le coup, moi j'ai fait le choix d'avoir un comptable parce que quand même ça, ça a un coût mais ça soulage quand même pas mal. Mais je, je me dis qu'il y a, ça a des inconvénients à ce que je ne maîtrise pas tout et que c'est quand même des choses difficiles, qu'on nous apprend pas et qui sont... fondamentales dans la gestion du cabinet. » Profil 7.

3.2.1.8.7 La gestion du cabinet

a) Une gestion perçue comme chronophage

La gestion du cabinet avait été négativement vécue par certains médecins et avait orienté leur choix vers un exercice salarié. Le profil 9 gardait un mauvais souvenir de son expérience en libéral en raison du stress occasionné par la gestion administrative du cabinet. *« Administrativement, oui clairement on est quand même plus tranquille en salariat. J'ai eu des moments en libéral (légère hésitation) difficiles, je suis quelqu'un d'inquiet. Et... Après aujourd'hui je pourrais dire que je peux tout à fait gérer l'activité libérale mais mes débuts de l'activité libérale ont été assez anxiogènes. Ça c'est sûr. »* Profil 9.

Il avait mal vécu son expérience en tant que collaborateur libéral en partie en raison du temps consacré à la gestion du cabinet.

« Oui, forcément, euh... comment dire (hésitation) la gestion d'un cabinet libéral, parce que j'ai quand même eu l'occasion d'avoir cette gestion durant au moins une année en tant que collaboratrice, est assez chronophage. » Profil 9.

Les médecins pouvaient aussi exprimer un sentiment d'incompétence à la gestion du cabinet.

« Ah oui administrative oui. Là, je suis salariée (ton sec). Là, je ne m'occupe de rien (rires) et moi les papiers je suis nul (rires) et voilà et faire les comptes, machin... C'était horrible. » Profil 10.

La gestion de la maintenance du matériel du cabinet était source de stress pour certains. *« Je pense que j'aurais été en difficulté aussi si j'avais eu mon ordinateur qui plante, réparer l'ordi moi je déteste ça quoi, l'imprimante qui plante euh tous ces trucs-là ça m'aurait vraiment vraiment vraiment saoulé quoi. C'est ce qui fait que j'ai hésité sur une collaboration... Un truc qui tombe en panne, putain merde, tu appelles qui, tu perds un temps pas possible... Je suis nul pour ces trucs-là quoi voilà. »* Profil 6.

b) La gestion du paiement des actes

Le paiement à l'acte générait l'obligation de tenir une comptabilité. Cela pouvait être mal vécu quand elle était tenue par le médecin lui-même.

« De demander au patient de payer, c'est vrai que j'avoue qu'ici je ne pose pas la question, je fais ma médecine et puis tous ces détails (sourires) qui sont pas des détails en fait, faut être

très clair, c'est pas moi qui les gère. » Profil 5.

Quand on lui demandait les raisons de sa gêne, il répondait :

« Ben... La paresse, la paresse de gestion c'est-à-dire la gestion d'un cabinet, la gestion de, de tout ça. C'est vrai qu'ici on a un grand confort c'est qu'on vient, on met la blouse on exerce la médecine et tout le reste quelque part c'est géré pour nous ... Et donc moi je m'arrête à l'essence de la médecine c'est-à-dire la médecine (ton sec)... » Profil 5.

3.2.1.9 Les opportunités d'installation

Parfois, les médecins étaient séduits par des opportunités professionnelles d'installation.

Le profil 4 avait profité du départ à la retraite d'un médecin exerçant les mêmes activités d'acupuncture et de médecine générale que lui pour prendre la suite.

« Euh... j'ai eu...j'ai eu l'information euh... d'un médecin à orientation acupuncture, ... une dame donc je l'ai rencontrée, on s'est bien entendu. Elle a eu le même parcours que moi, c'est-à-dire elle fait beaucoup de... Elle était orientée médecine générale avec cette compétence on va dire qui permettait de dénouer quelques situations de médecine générale et c'est comme ça que je voyais un petit peu les choses. » Profil 4.

Les bonnes relations que le profil 7 entretenait avec ses futurs collègues l'avait conduit à s'installer avec eux.

« Moi je suis dans un cabinet on est trois, on a une excellente relation tous les trois et ça se passe très bien... » Profil 7.

Le profil 16 avait été séduit par une proposition d'installation alors qu'elle faisait des remplacements.

« En l'occurrence j'ai commencé à faire des remplacements et on m'a proposé cette installation donc là j'ai vraiment sauté dessus. » Profil 16.

A l'inverse des profils 1, 7 et 16, le profil 14 avait refusé une proposition d'installation dans un cabinet de médecins qu'il remplaçait.

« Oui parce que quand j'ai remplacé en campagne, j'ai remplacé un couple de jeunes médecins et ils avaient une aide et m'avaient proposé de m'associer avec eux mais j'ai refusé (rires). » Profil 14.

3.2.1.10 Des possibilités salariales réduites pour les médecins généralistes

L'exercice libéral pouvait avoir été choisi par manque d'opportunités en secteur salarié. Le profil 7 avait vu son contrat salarié non renouvelé, ce qui l'avait conduit à se tourner vers l'exercice libéral. C'était l'absence de poste disponible qui avait détourné le profil 6 du salariat.

« On n'a pas souhaité me reconduire donc euh...moi j'ai très vite rebondi de toute façon j'étais du coup euh... quasiment euh.... La seule opportunité c'était d'aller vers le libéral. »

Profil 7.

« Franchement s'ils avaient, il n'y avait pas de poste à ce moment mais franchement s'il y avait eu je pense que je ferais ça actuellement... » Profil 6.

« Alors il y avait, déjà il y a beaucoup moins d'offres hein dans le coin en secteur salarié, ensuite j'avais été contacté parce que je ne sais plus j'avais du laissé des messages... Des mails je sais plus, par les PMI par exemple. » Profil 15.

« (hésitation) On ne m'avait pas forcément fait de propositions hospitalières, enfin...euh... voilà euh on ne m'avait pas proposé de postes salariés. » Profil 16.

Le profil 4 évoquait des difficultés pour un médecin généraliste à trouver des emplois salariés en particulier en raison de l'absence de spécialisation.

« Travailler en structure quand on est médecin généraliste euh... c'est moins évident, il faut des, des des diplômés très particuliers, il faut euh voilà c'est des pseudo-spécialités... » Profil 4.

3.2.1.11 Une évolution de carrière appréciée

Les jeunes médecins envisageaient parfois de changer de type d'activité à long terme. Le profil 11 pensait s'orienter vers le salariat si ses capacités à s'engager dans son travail se réduisaient.

« Si j'en ai marre de l'investissement que ça demande, du temps passé ici, du... Si les gens me saoulaient, si je suis plus patiente, si j'ai changé... Oui, si je suis plus aussi investie oui je pense que ce serait une raison pour arrêter. » Profil 11

Le profil 6 souhaitait conserver à long terme une part libérale malgré sa satisfaction à exercer en salariat :

« Je veux pas me perdre cette possibilité... Pour moi il peut y avoir des opportunités très intéressantes... Au niveau du boulot, au niveau du salaire, au niveau de... Donc j'ai pas envie de me couper complètement, j'ai vraiment envie de garder ce lien voilà. » Profil 6.

Evoluer dans ses activités était intéressant pour lui dans son activité mixte.

« Ben oui savoir qu'on peut changer de voie, enfin moi je suis vraiment très très content de ça quoi. » Profil 6

Le profil 16 ne souhaitait pas devoir se reconverter ultérieurement et n'avait donc pas choisi une installation aux urgences.

« La question qui s'est posée surtout à la fin des études - C'était savoir si je voulais être urgentiste ou médecin généraliste et là s'est posé un gros dilemme. Être urgentiste, je me voyais pas vieillir à l'hôpital, en étant dépendant d'un service d'urgence et puis je ne me voyais pas à 50 ou 55 ans, faire des gardes de 24 heures, me lever toutes les nuits etc. Trois fois par semaine voilà donc ça m'excitait beaucoup à 28 ans, je l'aurais bien fait jusqu'à 40, mais à 40 je me disais qu'il fallait que j'envisage une reconversion parce que je ne me voyais pas faire ça toute ma vie. » Profil 16.

Les propos du profil 2, urgentiste, étaient en cohérence avec ceux du profil 16. Il était satisfait d'avoir pu obtenir un bon statut à l'hôpital mais poursuivre toute sa carrière aux urgences lui semblait compliqué.

« Voilà je viens d'être praticien hospitalier. Oh a priori ça devrait continuer comme ça donc je suis plutôt content [...] Après quand je serai beaucoup plus vieux il est très probable que... Que je fasse autre chose parce que c'est quand même une activité fatigante et... Peut-être que j'aurai pas le même point de vue à 50 ou 60 ans. » Profil 2.

Il appréciait toutes les possibilités qui s'offraient aux urgentistes qui souhaitaient se reconverter.

« Bon les urgentistes sont quand même très doués pour trouver autre chose hein en général. Bon... Quand je vois mes collègues plus vieux ils se sont orientés vers tout ce qui est centre antipoison, ce qui est épidémio, ce qui est informatique, ce qui est euh... Médecine pénitentiaire, ce qui est médecine post-urgence, médecine interne... Il y a plein de choses je pense, plein de passerelles. Je pense qu'il est possible de se recycler facilement quand on prend de l'âge et qu'on est fatigué. » Profil 2.

Travailler la nuit risquait à terme de faire évoluer l'exercice du profil 5, lui aussi urgentiste, vers une activité libérale.

« Je suis incapable de dire aujourd'hui si dans 10 ans je serais toujours au même endroit... Je sais pas parce que malgré tout euh... On a la pénibilité de la nuit [...] Ce serait de la médecine gé. » Profil 5.

Le profil 15, actuellement en libéral, souhaitait faire évoluer sa carrière vers un statut mixte. Ses raisons faisaient écho à celles évoquées par les salariés interviewés.

« Et ben disons que (rires) du côté salarié il y a quand même des horaires plus cool je pense. Euh et pour moi ça me permettrait, ça dépend en fait voilà par exemple je pense à faire de la PMI ou de la gynéco... Des trucs comme ça. Ça me permettrait de... d'être plus pointue dans un domaine donc ça c'est pas mal aussi je trouve. Et puis voilà c'est surtout pour avoir un équilibre quoi avec des jours fixes où on sait qu'à telle heure on bosse et puis en général sauf urgence à telle heure on a fini. Euh voilà c'est surtout pour ça. Peut-être la paperasse est allégée si on est salarié, il y a quelqu'un qui la fait pour nous (rires). Voilà » Profil 15.

Les profils 10 et 14, salariés, reprenaient également des idées émises par les libéraux lorsqu'ils évoquaient l'exercice mixte, sans pour autant vouloir évoluer vers ce type d'activité.

« Ben le fait qu'il y ait deux (hésitation) façons de travailler différentes. Bon... En libéral du coup on est peut-être plus libre (hésitation) de son choix bfff (hésitation). Je sais pas... Je sais pas, ça peut être complémentaire enfin, moi je dis pas que je le ferai mais ça peut être complémentaire. Et puis aussi financièrement ça peut être complémentaire (rires). » Profil 14.

« Oui éventuellement faire les deux pourquoi pas. C'est vrai qu'il peut y avoir, quand même en médecine libérale... On suit les gens, ça doit être bien quand même de pouvoir s'occuper des personnes sur un plus long terme. C'est sûr que pourquoi pas... Mais bon pas pour l'instant en tout cas. » Profil 10.

Le profil 13 souhaitait poursuivre son activité salariée afin de pouvoir évoluer dans sa carrière.

« J'ai des perspectives d'évolution parce que, le poste que j'ai actuellement, c'est un poste de médecin adjoint donc en fait, on fait essentiellement des consultations de pédiatrie et de dépistage dans les écoles et après il y a des postes de médecins de circonscription mais qui nécessitent un peu plus d'expérience. Il y a tout un rôle de... De gestion de l'équipe avec des puéricultrices, des assistantes maternelles etc. Et voilà c'est vrai que c'est un poste qui est à

évolution donc c'est intéressant. » Profil 13.

3.2.1.12 Une certitude à l'installation

Plusieurs médecins évoquaient leur certitude initiale d'installation en salarié ou en libéral.

« Puis ensuite comme j'ai eu la médecine générale, (soupir) il faisait aucun doute que j'allais faire du, enfin j'ai pas douté à un moment pour faire autre chose. » Profil 7.

« Oui, oui oui. C'est un choix, je savais d'emblée que je voulais m'installer en libéral. » Profil 12.

« Alors moi c'est sûr que je voulais faire de la médecine libérale. » Profil 15.

Pour le profil 14, son choix d'exercer comme salarié en PMI semblait être une décision qu'elle aurait de toute façon prise.

« Oui je devenais maman donc forcément ça a un peu plus précipité les choses mais je pense que j'y serais venu tôt ou tard quoi. » Profil 14.

3.2.2 Les critères personnels

3.2.2.1 L'influence de la famille

Des choix de vie privée ou un vécu personnel pouvaient intervenir comme déterminants du type d'installation. Les jeunes médecins voulaient pouvoir concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle.

« J'aime bien séparer les choses professionnelles/vie privée. Voilà des fois c'est compliqué... en libéral de faire les 2, voilà, peut-être que je me trompe hein. » Profil 6.

« Voilà et de concevoir vie familiale et vie professionnelle, ça me semblait totalement incompatible en libéral étant donné que mon conjoint était également libéral et qu'il a de gros horaires. » Profil 13.

« Je me sens pas capable non plus et puis j'ai pas envie de sacrifier ma vie de famille pour mon travail, voilà comme ça effectivement c'est un travail que j'adore mais je pense qu'il va falloir penser à l'emploi du temps des médecins généralistes dans le futur. » Profil 9.

« Voilà il faut concilier les deux... Le côté personnel et le côté professionnel, ce qui n'est pas facile. Voilà dans notre exercice on finit pas tôt, on se fait des soucis, on fait des heures etc. Et forcément à un moment donné peut-être ce sera plus comme les médecins de la génération d'avant qui bossaient jusqu'à 22:00 parce que de toute façon c'est comme ça quoi, nous on

veut pas faire ça. » Profil 15.

Ils avaient parfois connu des médecins qui servaient de contre-exemples.

« Dans mon entourage, j'ai connu des médecins généralistes qui était très passionnés mais qui donnaient beaucoup de leur personne, qui avaient je pense une vie personnelle encore plus mise entre parenthèses (élévation de la voix) que en médecine d'urgence... » Profil 2.

3.2.2.1.1 Le rôle du conjoint

Le conjoint avait pu jouer un rôle dans le choix du médecin soit en raison de la profession de ce dernier, soit en raison de son lieu d'exercice professionnel.

Les profils 6 et 13 avaient jugé plus opportun de choisir une activité salariée en raison des horaires habituellement tardifs de travail en médecine générale libérale. Ces horaires étaient perçus comme incompatibles avec la vie d'un couple dans lequel les deux partenaires travaillent.

« Alors mon conjoint étant médecin généraliste installé, c'est vrai que pour la qualité de vie, les horaires plus souples enfin [...] Ca me semblait totalement incompatible en libéral étant donné que mon conjoint était également libéral et qu'il a de gros horaires. » Profil 13.

« Bah dans le sens de se dire : ma femme travaille aussi et du coup j'ai..... Être en libéral pur (soupir) et finir à 20h00 tous les soirs franchement, ça n'aurait pas été possible. Je pense que mon couple aurait tenu un mois. » Profil 6.

Le profil 8 avait considéré que s'installer en secteur libéral allait à l'inverse permettre à sa compagne et lui de réduire leur temps de travail.

« Euh... Absolument oui. Pour limiter son nombre de jours parce que j'ai une femme qui est généraliste et qui va faire du libéral aussi donc... » Profil 8.

Le lieu de travail du conjoint du profil 6 avait influencé le choix de ce dernier.

« Ensuite ma femme n'a pas eu sa mutation dans les Landes donc on est venu en Gironde et après du coup euh je fais quelques remplacements, c'était plus difficile de trouver sur ..., je me suis pris un rempla fixe et le CEID. » Profil 6.

3.2.2.1.2 Le rôle des enfants

La présence d'enfants avait parfois influencé le choix de type d'activité des médecins. Certains médecins désiraient réduire leur temps de travail pour pouvoir s'occuper plus de leurs enfants.

« Ayant un enfant, en plus qui a sept mois, je voulais pouvoir avoir un peu plus de temps pour lui tout en gardant une activité professionnelle... »

Non je suis à 80 %, je travaille pas le mercredi et ça c'est un choix de ma part de pouvoir m'occuper un petit peu de mon petit garçon. » Profil 13.

Pour le profil 6, il était très important de passer du temps avec ses enfants.

« C'est-à-dire de pouvoir rentrer le soir et puis ben aider à préparer à manger, les coucher euh être présent (élévation de la voix) franchement. Moi je sais ça n'aurait pas été possible pour moi... de ne pas faire ça, voilà donc euh je me serais débrouillé d'une manière ou d'une autre pour être présent pour les gamins. » Profil 6.

Pour le profil 5, l'installation aux urgences lui permettait de s'organiser avec son épouse, pour le confort de ses enfants. Il appréciait de pouvoir récupérer ses enfants à la sortie de l'école certains jours de la semaine où il ne travaillait pas.

«Notamment pour la gestion des enfants voilà, on évite que les enfants restent tard à l'école. Quand moi je travaille, c'est madame qui se libère un peu plus tôt, quand moi je travaille pas, elle peut faire plus tard et moi plus tôt et ce qui fait que... Et ça clairement en libéral ça aurait été je crois... Plus compliqué... » Profil 5.

L'exercice aux urgences lui permettait également de planifier ses jours de travail afin d'éviter des répercussions sur sa vie familiale.

« Ca a contribué probablement à mon installation aussi, dans le sens où au moins là je sais quand est-ce que je travaille de nuit et je sais quand est-ce que ma famille est tranquille donc euh ça important. » Profil 5.

Pour le profil 10, la notion de temps disponible pour ses enfants était également importante et l'avait poussé à choisir le salariat.

« (coupe la parole) Ah ben oui trois enfants (ton sec puis rires). C'est ça (rires) [...] Et ben... du temps. » Profil 10.

Il avait expérimenté au cours des remplacements l'impossibilité de finir suffisamment tôt en médecine libérale.

« Au début, ça ne me dérangeait pas mais quand j'ai eu mon fils voilà à quoi, je ne supportais pas trop d'arriver à 9:00 le soir, de ne pas le voir et (hésitation) et voilà et je voyais pas trop comment ne pas faire... Enfin voilà arriver à finir assez tôt en médecine générale... » Profil 10.

Le profil 11 souhaitait adapter son emploi du temps en fonction de ses enfants et s'était installé en secteur libéral pour cela.

« Euh je sais pas... J'en sais rien j'ai eu mes enfants quand j'étais remplaçante et puis euh et puis c'est vrai qu'avoir le choix... Plus de choix en fait, d'avoir les jours de travail que je voulais et les vacances que je voulais, oui ça a eu un impact. Avoir eu les enfants avant, j'ai organisé ma vie professionnelle en fonction aussi de la scolarité des enfants, ça c'est sûr » Profil 11.

Le profil 8 n'avait pas d'enfants au moment de son installation mais avait le projet d'en avoir, ce qui avait influé sur ses choix. Il s'agissait d'un médecin qui ne travaillait pas certains jours de la semaine.

« Les enfants, oui oui, il faut adapter un petit peu ses horaires de temps en temps oui bien sûr. »

Profil 8.

Un projet de maternité pouvait inciter à modifier son activité professionnelle pour pouvoir réduire ses horaires de travail.

« Le fait de... d'être enceinte enfin voilà m'a permis de réfléchir et de me projeter dans l'avenir par rapport à ce que je voulais faire plus tard. » Profil 13.

La conciliation entre vie privée et vie professionnelle n'était possible pour certains qu'en cas d'horaires fixes ou d'une aide extérieure pour les tâches de la vie quotidienne.

« Ben... Ça me permettait d'avoir plus de temps, des horaires fixes le soir pour aller chercher mon bébé chez la nounou parce qu'à partir de 18:30 c'est impossible de trouver un mode de garde, à part à des prix exorbitants, voilà le fait de ne pas avoir des gardes, le fait (hésitation) effectivement ça c'est entré en jeu. » Profil 13.

« Faut que je me décharge beaucoup sur ma baby-sitter, une femme de ménage... Ça c'est

clair oui [...] (hésitation) Oui je pense que j'en étais consciente de tout ça. Oui j'aurais préféré moi aussi travailler moins mais on peut pas tout faire. » Profil 11.

3.2.2.2 Le cadre de vie

3.2.2.2.1 La distance domicile-travail

La distance entre le domicile et le lieu d'exercice était un facteur dont certains médecins tenaient compte dans leur choix. Le profil 6 appréciait le faible éloignement de sa structure salariée avec son domicile.

« Après, le CEID c'est une association super sympa et à l'esprit familial et pas loin et du coup eh oui, comme j'ai des gamins ça me permet d'avoir des horaires compatibles avec une vie familiale on va dire euh acceptable. » Profil 6.

Il avait refusé un emploi en médecine du travail en raison d'une distance trop éloignée avec son domicile.

« Après j'avais passé aussi un entretien pour faire médecine du travail euh... Dans les mairies euh... Ça avait l'air vachement intéressant ; surtout mon diplôme addicto, ça les intéressait beaucoup. Après ils voulaient me mettre dans le Médoc donc là ça faisait un peu trop loin pour moi » Profil 6.

3.2.2.2.2 Le lieu d'habitation

Le lieu de vie avait généralement été choisi avant le lieu d'exercice. Le lieu d'exercice se trouvait préférentiellement aux alentours du lieu de vie.

« Alors il y avait, déjà il y a beaucoup de moins d'offres hein dans le coin en secteur salarié... après voilà le problème c'est que c'est sectorisé sur toute l'Aquitaine je crois, si je me rappelle bien ils ont des postes en Dordogne et voilà, c'est pas bien pratique pour quelqu'un qui est déjà bien fixé quoi à un endroit. » Profil 15.

« La distance, la distance depuis le Médoc euh j'aurais pu être envoyé à 1:30 de route tous les jours... C'était pas possible, on venait juste d'acheter notre maison en plus donc euh... » Profil 6.

Pour ce médecin, le lieu de vie avait été choisi en fonction du lieu de travail de son conjoint. Ne trouvant pas facilement de remplacement proche de son domicile, il avait accepté de travailler dans une structure salariée proche du lieu de résidence familiale et avait refusé

d'autres propositions attractives mais éloignées.

« Ensuite ma femme n'a pas eu sa mutation dans les Landes donc on est venu en Gironde et après du coup euh je fais quelques remplacements, c'était plus difficile de trouver sur ..., je me suis pris un rempla fixe et le CEID. » Profil 6.

La figure 6 illustre la manière dont le lieu de travail du conjoint peut influencer le type d'exercice des médecins.

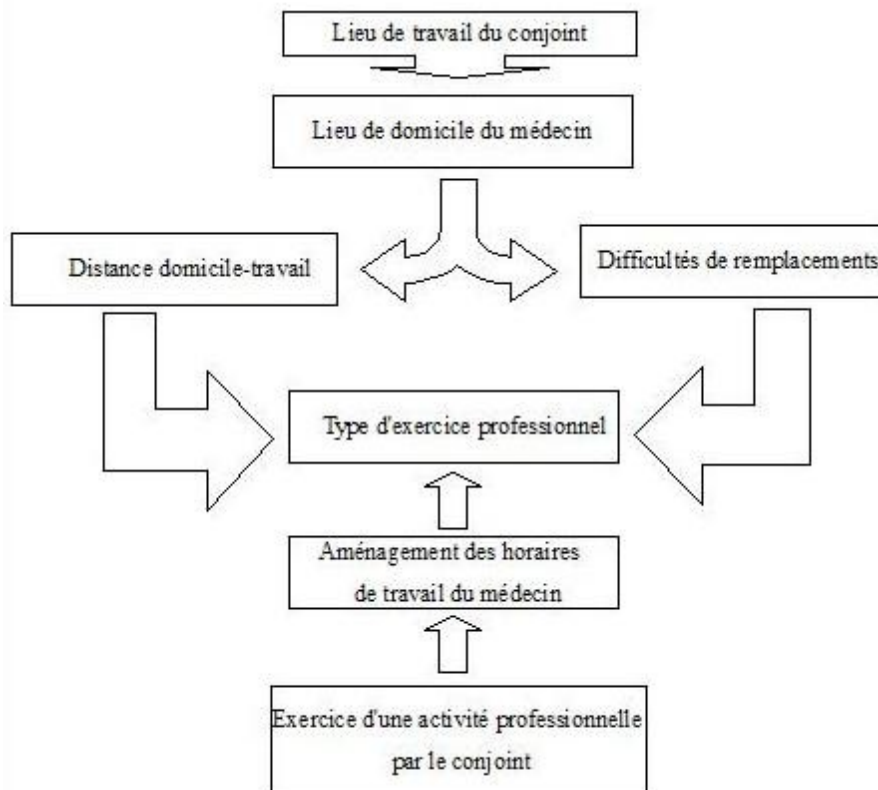


Figure 6 : Influence du lieu de travail du conjoint dans le type d'installation des médecins.

3.2.2.2.3 La qualité de vie

La qualité de vie était recherchée par plusieurs des médecins de notre étude. Il pouvait s'agir de la vie professionnelle ou personnelle.

« Moi...je me suis dit attends, tu en a bien bavé pendant ton internat, je pense que tu vois de quoi je parle euh pendant les stages tu as été... on s'est bien occupé de toi pour te filer des gardes etc. machin donc... Maintenant que tu es un peu libre ben tu vas profiter de la vie » Profil 6.

« Par rapport au temps et puis même la qualité de (hésitation) de vie professionnelle » Profil 10.

3.2.2.3 Les déménagements

Un déménagement d'ordre privé pouvait être l'occasion de changer d'orientation professionnelle.

« Alors j'ai profité effectivement de mon déménagement de Paris à Bordeaux, ben pour changer complètement mon activité, c'est-à-dire de clore mon activité libérale pour un temps et d'entreprendre une activité salariée, là aussi pour un temps donc, j'ai profité de mon déménagement. » Profil 9.

3.2.2.4 La protection sociale

Plusieurs médecins avaient été séduits par l'exercice salarié en raison d'une meilleure protection sociale. Ils évoquaient les difficultés qu'ils pourraient rencontrer en cas de maladie et avaient préféré s'en prémunir.

« Je ne comprends pas pourquoi les médecins généralistes qui sont en secteur libéral n'y ont pas accès aux... Dans des proportions tellement ridicules que ça devient inaccessible. Et ça effectivement ça a eu une influence... claire de me dire voilà mon avenir, c'est pendant 40 ans, une carrière, c'est pendant 40 ans et 40 ans, est ce que je ne serai pas malade pendant 40 ans, je pense pas voilà. » Profil 1.

« Alors s'il y avait des priorités, c'est pas la priorité première mais ça fait partie des critères mineurs qui ont aidé à ce type de choix. » Profil 5.

Ils trouvaient que sur certains aspects, par exemple la gestion des arrêts de travail, le risque maladie était mieux pris en charge chez les salariés.

« ... par contre en cas d'arrêt, de choses comme ça, les choses sont je crois plus simples et plus vissées on a voilà, on est moins dépendant enfin voilà d'un arrêt, d'une interruption brutale. » Profil 5.

Le profil 11, médecin généraliste libéral, se souvenait s'être soucié avant tout des répercussions professionnelles d'un accident survenu à son domicile plutôt que des

conséquences sur sa santé.

« Maladie, protection sociale etc. Plutôt pour ça. Pour être couvert en cas de pépin parce que là c'est vrai que, euh quand il m'arrive quelque chose dans ma vie personnelle, par exemple j'ai un placard qui m'est tombé dessus mais un gros placard à la maison euh... La première chose que j'ai pensé c'est : merde un peu comment je vais faire pour aller bosser lundi matin si j'ai le bras cassé ? Donc je me suis pas dit : ah mince j'ai mal. Enfin voilà, là je me suis dit euh ça c'est pas bien de réfléchir comme ça donc éventuellement, après avec les années voilà, si on est malade, si on un souci etc., être en libéral c'est pas simple. Tant qu'on est bien, tant qu'on a de l'énergie, qu'on a la santé c'est bien, mais après voilà. » Profil 11.

Pour le profil 15, libéral, il avait conscience des écarts entre salariés et libéraux en termes de protection sociale mais avait néanmoins choisi l'exercice de la médecine générale libérale.

« Si on choisit d'être en libéral on a les inconvénients et les avantages liés à ça. Ça fait partie du package quoi. Donc en fait moi je l'ai choisi je le savais et après j'ai pas eu à nouveau de grossesse, j'ai pas eu de problèmes de santé (rires) peut-être si ça arrive je changerai d'avis euh c'est voilà on est... » Profil 15.

La maternité était évoquée par plusieurs médecins interrogés. Ils considéraient qu'il y avait eu une amélioration mais que celle-ci ne suffisait pas pour rattraper le niveau de protection dont peuvent bénéficier les salariés.

« La deuxième raison, ça reste la raison familiale. Clairement, on est beaucoup plus protégé dans le cadre d'une grossesse en étant salarié que l'on est en libéral. Bien que les choses se soient améliorées [...] Bah alors aujourd'hui, pour être tout à fait sincère, je suis enceinte, donc clairement la PMI apporte une sécurité par rapport à ma propre personne et à mon enfant à naître » Profil 9.

« Enfin en tout cas il y a du mieux, moi j'ai vu par rapport à ma grossesse. Il y a eu du mieux entre les deux, mes deux dernières grossesses. On n'est plus, en tout cas au niveau... Au niveau indemnisation et tout, c'est mieux maintenant que quand j'ai accouché il y a 9 ans... » Profil 12.

« Justement... Femme généraliste installée avec un congé maternité, il faut s'accrocher hein. Il faut 1 an pour se remettre de la situation financière. » Profil 16.

Certains médecins connaissaient la possibilité de couverture du risque accident de travail pour les libéraux via la CPAM.

« C'est peut-être cher, en fait voilà la sécurité sociale tu files 78 euros par trimestre et tu as une couverture en cas d'arrêt de travail pour la part libérale. » Profil 6.

D'autres avaient fait le choix de souscrire une assurance privée.

« Après, ben après il y a une obligation quand même d'avoir une assurance privée... Enfin une obligation non parce que tout le monde ne fait pas, bon moi je l'ai pris. » Profil 7.

« Par rapport à salariat c'est convenable. Je prends une bonne prévoyance. » Profil 8.

« Après c'est vrai que pour tout ce qui est autre congé ou congé de longue durée etc. Il faut souscrire des assurances privées sinon on n'est pas... C'est la catastrophe quoi » Profil 11.

3.2.2.5 Le vécu personnel

3.2.2.5.1 La personnalité

Pour certains médecins, le choix du mode d'installation avait été guidé par leur personnalité.

« Je crois que c'est mon caractère en fait. En dehors de ça non il y en a pas d'autres je pense pas. » Profil 2.

« ...une activité de toute façon salariée, moi, dans mon tempérament ne m'aurait pas tellement convenu... » Profil 4.

« On est quand même plus tranquille en salariat. J'ai eu des moments en libéral (légère hésitation) difficiles, je suis quelqu'un d'inquiet. » Profil 9.

3.2.2.5.2 Avoir des parents médecins

Le fait d'avoir eu un parent médecin pouvait influencer les choix. Le profil 13 évoquait l'absence à la maison de son père généraliste libéral.

« (hésitation) La difficulté du travail, j'ai un père et un grand-père généralistes libéraux en pleine campagne donc voilà j'ai vécu petite l'absence (rires) d'un papa à la maison... » Profil 13.

Un autre médecin avait en partie fait été guidé dans ses choix par l'envie de faire différemment du père. S'il avait souhaité exercer une activité libérale, il se serait installé avec son père, au risque de devoir subir une comparaison par les patients.

« Une volonté vraiment purement personnelle ...de choisir un petit peu sa propre voie et pas forcément d'aller vers un chemin qui semblait tout tracé ...je ne me voyais pas m'installer

ailleurs que là et que mon père étant toujours en activité aussi... J'ai peut-être pas voulu, eu envie de me confronter à la comparaison parce que, quel que soit le résultat de cette comparaison-là, j'avais tout simplement pas envie qu'elle existe tout simplement. » Profil 5.

Le profil 1 avait, au contraire, suivi l'exemple de son père qui était également médecin-conseil à la sécurité sociale.

« Je me suis orienté vers la médecine salariée. En fait ce que je connaissais de par mon père c'est-à-dire le fait d'être médecin-conseil au service médical. » Profil 1.

Les tableaux V et VI résument les critères influençant les jeunes médecins dans leur choix d'installation en secteur libéral ou salarié.

Tableau V : Critères facilitateurs de l'exercice en secteur libéral ou salarié chez les jeunes médecins

Installation en libéral	Installation en salarié
Facteurs professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> →Certitude au sujet de l'installation <ul style="list-style-type: none"> →Intérêt professionnel →Relations confraternelles (travail en équipe, lutte contre l'isolement) <ul style="list-style-type: none"> →Processus d'identification →Revenu minimum →Activités de soins médicaux <ul style="list-style-type: none"> • Activité de soins orientée, médecine à exercice particulier : <ul style="list-style-type: none"> • Activité diversifiée →Rythme de l'activité de soins: <ul style="list-style-type: none"> • Aménagement des horaires de travail • Possibilité de travailler à temps partiel • Possibilité de prendre des congés →Remplacements →Perspectives de carrière à long terme 	
<ul style="list-style-type: none"> →Autonomie dans l'exercice professionnel →Relation médecin-malade (proximité) →Missions du généraliste : premier recours →Prise en compte de la dimension sociale et du relationnel →Visites à domicile (en rural) →Opportunité d'installation en libéral 	<ul style="list-style-type: none"> →Formation médicale continue →Gestion des urgences
Facteurs personnels	
<ul style="list-style-type: none"> →Personnalité →Activité professionnelle du conjoint →Temps pour s'occuper des enfants 	
	→Protection sociale

Tableau VI : Critères freinateurs de l'exercice en secteur libéral ou salarié chez les jeunes médecins

Installation en libéral	Installation en salarié
Facteurs professionnels	
<p>→ Paiement à l'acte</p> <p>→ Relation médecin-malade (consommérisme des patients/clientélisme des médecins)</p> <p>→ Difficulté d'identification</p> <p>→ Apprentissage insuffisant de l'exercice libéral</p> <p>→ Apprentissage insuffisant de la médecine générale</p> <p>→ Visites à domicile</p> <p>→ Charge de travail</p> <p>→ Rythme de l'activité de soins</p> <p>→ Stress au travail</p> <p>→ Permanence des soins</p> <p>→ Gardes (organisation)</p> <p>→ Comptabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation • Réalisation • Paiement à l'acte <p>→ Gestion du matériel informatique</p>	<p>→ Relations confraternelles (hiérarchie, détérioration de l'ambiance au travail)</p> <p>→ Missions du généraliste : coordination, suivi, écoute, éducation à la santé</p>
Facteurs personnels	
→ Distance lieu de travail-domicile	
→ Profession (médicale) des parents	→ Opportunité de postes en salariat

3.3 RESULTATS SECONDAIRES

3.3.1 Les centres de santé

3.3.1.1 Une méconnaissance des centres de santé

Les médecins connaissaient peu le fonctionnement des centres de santé.

« *Les centres de santé, c'est?* » Profil 4.

« *(Coupe la parole) Ben ça, je sais pas trop justement parce que je connais pas tellement* » Profil 11.

« *C'est quelque chose que je connais pas trop (hésitation)* » Profil 13.

« *Donc euh dans l'idée de rassembler les médecins dans des maisons de santé, c'est ça ?* » Profil 4.

« *Mais ça veut dire avec des gynécos ...des kinés des trucs comme ça...Ce serait comme des maisons médicales, c'est ça, des maisons médicales avec oui infirmières, médecins...* » Profil 14.

Les jeunes médecins avaient aussi une faible connaissance de l'activité de soins exercée par les professionnels de centres de santé.

« *Ca dépend de ce qu'on soigne dans les centres de santé.....Je me rends pas très bien compte du, du, du projet. C'est pas une maison médicale ?* » Profil 7.

« *Je sais pas si après voilà si on fait la même chose exactement au niveau du recrutement des patients j'en sais rien mais c'est quand même l'exercice libéral j'imagine... Je sais pas si on a vraiment le même type d'activité.* » Profil 11.

Ils ne semblaient pas connaître l'exercice salarié des médecins qui travaillent dans ces structures.

« *Salariée de qui ?* » Profil 14.

« *Parce que ça n'existe pas encore tout simplement, médecine de ville salariat enfin c'est très peu développé quoi, j'aurais la même occasion, j'aurais pu avoir le même travail en salarié ce serait mieux mais pour l'instant ça n'existe pas donc... Je fais du libéral.* » Profil 8.

3.3.1.2 Quels lieux pour les centres de santé ?

Les médecins manquaient d'informations au sujet des lieux où étaient implantés les centres de santé.

« Oui, donc effectivement j'ai l'impression qu'ici ça ne se fait pas, en tout cas pas encore mais j'espère que ça va être créé et pourquoi pas » Profil 9.

Ils pensaient parfois que leur implantation dans un territoire répondait à certaines conditions, dans l'objectif d'améliorer l'offre de soins.

« (Temps d'arrêt prolongé) Je pense qu'il ne peut y avoir de généralisation et que peut-être que pour ce genre de structure, il va être adapté à certaines zones géographiques bien particulières. » Profil 4.

« Oui je pense que c'est une bonne réponse aux déserts médicaux » Profil 2.

Pour le profil 16, ces centres seraient adaptés uniquement pour les zones rurales, mais il ne connaissait pas les conditions d'exercice salarié des médecins de ces structures.

« (hésitation) Ca je pense que c'est bien quand les gens ont peur de s'installer, c'est pour ça que c'est pour eux ça et après il y a dans les campagnes profondes parce que ça permet peut-être de, de ne pas s'engager sur une longue durée, se dire que si dans deux ans ça va pas, on peut partir et faire un mi-temps à la campagne, faire un mi-temps en ville peut-être enfin voilà. A mon avis, c'est pas adapté, moi ça, ça, sur ... bon voilà. » Profil 16.

3.3.1.3 Des centres de santé jugés attractifs

Les centres de santé intéressaient plusieurs médecins mais à des degrés divers. Ils auraient souhaité, libéraux comme salariés, pouvoir y travailler.

« Ah ben ça à moi, c'est ce que je voudrais faire » Profil 9.

« C'est une très très bonne chose. Moi je... J'aurais pu tout à fait exercer sereinement dans ce genre d'institution, dans ce genre de groupe tout à fait. » Profil 1.

« Ah moi je trouverais ça pas mal, ouais franchement. » Profil 10.

« Ah ben là par contre (élévation de la voix) ça serait bien. » Profil 3.

« Ca aurait été une option. Imaginons que je n'aurais pas pu faire médecine d'urgence, oui peut-être. » Profil 2.

Le profil 11 y avait déjà pensé pour le futur.

« Je me demandais justement si c'est pas un truc enfin si c'est pas un truc vers lequel je m'orienterai justement après mon exercice purement libéral. Ça c'est un truc qui pourrait être assez intéressant. » Profil 11.

D'autres médecins avaient une attirance plus mesurée.

« *Oui pourquoi pas.* » Profil 12.

« *Ben moi, je suis pas contre hein [...] Oui c'est à étudier, ouais ouais ouais.* » Profil 15.

« *Salarié. Oui pourquoi pas (ton modéré). Ben faudrait voir...* » Profil 7.

« *Oui je me dis pourquoi pas...* » Profil 13.

Le profil 8 semblait également très intéressé par ce type d'exercice mais la distance d'un tel centre avec son domicile conditionnait son accord pour y travailler.

« *Oui oui, c'est très bien oui. C'est quelque chose même qui me plairait du moment que c'est à moins de 40 minutes de trajet, pourquoi pas (ton modéré).* » Profil 8.

Un autre médecin demandait à avoir plus d'informations avant d'avoir un avis.

« *Voilà faudrait qu'on me présente vraiment le projet précis pour que je puisse le commenter parce que là, maison de santé c'est trop général dans la mesure où, il n'y a rien, a priori c'est, il n'y a rien de précis sur ce genre de projet qui peut être fluctuant en fonction des régions, en fonction des mairies en fonction... enfin c'est l'impression que j'en ai...* » Profil 4.

Travailler en centre de santé n'intéressait absolument pas les profils 5 et 14 qui étaient tous les deux des médecins salariés.

« *Alors moi d'un point de vue purement personnel ça m'intéresserait pas (rires).* » Profil 14.

« *Moi pas forcément* » Profil 5.

Le profil 5 ne souhaitait pas personnellement exercer en centre de santé mais pensait que ces derniers allaient se développer.

« *(coupe la parole) C'est l'avenir ... Je suis sûr que si on proposait plus de postes salariés ... sur une activité dite lib, enfin c'est plus du libéral ou mais je veux dire, on va dire sur une typologie ambulatoire ... Je suis sûr que ça marcherait.* » Profil 5.

3.3.1.4 Les raisons d'un attrait pour ces centres

3.3.1.4.1 Les raisons professionnelles

a) Etre salarié tout en étant médecin généraliste

Le statut de salarié était attractif pour certains.

« *En fait c'est de la médecine qu'on peut avoir en ville sauf qu'on est salarié donc ça, c'est un*

truc dans lequel je m'intéresserais un petit peu. » Profil 11.

« Je trouve que ça serait bien si tous les médecins étaient salariés (rires). » Profil 10.

« Moi je suis pas un acharné du libéral... Je suis pas dupe du fait qu'on est quand même, on gagne notre vie quand même parce qu'il y a un État derrière qui rembourse les patients, qui nous paie indirectement. Je dirai, demain tous salariés je dirai pourquoi pas. » Profil 7.

« Ben moi je suis pas contre hein mais si je suis salarié il me faut les avantages du salarié. » Profil 15.

Les avantages du statut salarié pouvaient, selon certains, rendre les centres de santé populaires auprès des femmes généralistes.

« Moi pas forcément mais je reste convaincu que euh... Comment dire...je pense qu'avec la féminisation de la profession, qu'être en capacité de proposer des postes, même à temps partiel salariés, est quelque chose qui fonctionnera, c'est sûr. » Profil 5.

Il y avait quelques doutes quant à la viabilité des centres. Pour un médecin, il était possible que les conditions d'exercice proposées aux médecins salariés changent avec le temps.

« Je sais pas euh, je sais pas ...après qu'il y ait un champ de salariat peut-être oui mais pur, salarié pur à mon avis c'est l'entub. Parce qu'au bout d'un moment ils vont baisser les... enfin... Je pense que ça...Ils nous disent un truc et puis deux ans plus tard ça change pas donc euh... J'aurais pas trop confiance quoi. » Profil 6.

b) Conserver une activité de médecine générale

Un autre intérêt de l'exercice en centre de santé était de pouvoir y exercer la médecine générale ambulatoire. Continuer à exercer le métier de généraliste tout en étant salarié était attractif pour des libéraux comme ses salariés.

« C'est-à-dire allier la médecine générale qui est véritablement pour moi, comme je vous l'ai dit une passion et qui a un intérêt intellectuel majeur ... » Profil 9.

« Oui je me dis pourquoi pas ... en gardant une activité de médecine générale (hésitation). » Profil 13.

« En fait c'est de la médecine qu'on peut avoir en ville sauf qu'on est salarié, donc ça c'est un truc dans lequel je m'intéresserais un petit peu [...]Ah ben ça, ça m'intéresserait oui. Ça c'est clair que ça m'intéresserait. » Profil 11.

c) Un travail en équipe plébiscité

L'exercice en équipe faisait partie des facteurs pris en compte pour choisir d'exercer en centres de santé.

« *Ben je vous dis, après oui, si c'est en équipe, c'est le côté qui m'intéresse ...* » Profil 12.

« *Un peu plus attractif, hein, bosser en groupe dans un cabinet proche, c'est plus sympa. Après voilà on gère les patients un petit peu ensemble... Ouais moi je pense que ce serait pas mal.* » Profil 2.

Le travail en équipe dans les centres de santé était un moyen d'éviter l'isolement dans son exercice.

« *Toujours pareil, le fait de ne pas être isolée.* » Profil 13.

« *Le fait de pouvoir travailler avec du monde autour. C'est-à-dire l'absence de solitude du médecin généraliste, ça fait un tampon entre les médecins et les patients donc déjà les patients qui viennent peut-être dans un état d'esprit un petit peu différent.* » Profil 1.

d) Des raisons financières

Un médecin pensait qu'exercer un centre de santé était plus sûr en termes de niveau de revenu et de retraite.

« *Probablement des revenus bien supérieurs et peut-être une retraite aussi... Plus sûre.* » Profil 3.

« *Oui je me dis pourquoi pas, effectivement avoir la sécurité d'un poste de salarié tout en gardant une activité de médecine générale (hésitation)...*

(hésitation) Ben je pense que ça assure une certaine sécurité quand même financière (hésitation) » Profil 13.

Le profil 6 expliquait qu'obtenir un salaire suffisant serait une incitation pour exercer en centre de santé. Il laissait suggérer néanmoins que cela l'intéresserait certains jours de la semaine uniquement. On peut noter qu'il s'agit d'un médecin qui a une activité mixte.

« *Ah, certains jours moi ça m'intéresse... et gagner pas mal, gagner un salaire qui correspondrait à ce que j'aimerais gagner, ça m'intéresse mais faire de la médecine gé après que ce soit en libéral ou en salariat... Peu importe, quoi.* » Profil 6.

e) Un avantage en termes de rythme de travail pour des soins de qualité

Le rythme de travail était perçu comme plus flexible en centre de santé.

« *(Hésitation) Ben peut-être la flexibilité des horaires le fait de voilà...* » Profil 13.

Le rythme soutenu des consultations en libéral, vécu comme une imposition pour des raisons financières, pouvait être allégé. En centre de santé, il n'était plus nécessaire de consulter un nombre minimum de patients par jour pour obtenir un certain niveau de revenu. La qualité des soins des médecins s'en trouverait alors améliorée. Cet élément est illustré dans la figure 4.

« *Euh..... Pour le praticien, le contrat, c'est-à-dire dire voilà : c'est tel volume horaire pour tel salaire et sa possibilité à lui d'exercer la médecine sans contrainte d'abattement à l'acte et je crois c'est un gain, ce type-là de raisonnement est un gain, avant tout pour le patient puisque le... le médecin n'aura plus cette pression-là, il connaîtra donc, c'est lui qui fixera son rythme, qui saura son rythme propre ... ça laissera ce degré de latitude de dire, bon si j'en vois un de moins, c'est pas grave j'aurai pas moins d'argent, par contre je ferai peut-être une... une qualité d'écoute, une qualité médicale qui sera autre et je... je pense que c'est clé, voilà* » Profil 5.

Un rythme moins soutenu de travail et des congés payés faisaient partie des conditions nécessaires pour que ces médecins envisagent un exercice en centres de santé.

« *Si je suis salariée, il me faut les avantages du salarié. C'est-à-dire je bosse tant d'heures, je suis payée tant euh des vacances, des congés payés (rires) des... donc ça, ça me paraît compliqué...* » Profil 15.

Rythme de travail plus souple et qualité des soins étaient liés pour ces médecins. Un rythme moins soutenu devait favoriser l'écoute. Un des médecins interrogé avait visité un centre de santé en région parisienne. Son expérience lui laissait penser que cette corrélation n'était pas toujours effective en pratique.

« *Quand j'étais sur Paris il y en avait des centres de santé où c'est bien mais par contre ils avaient des rythmes pas possibles, il fallait une consult toutes les dix minutes ou je ne sais pas combien donc il y a aussi des inconvénients quoi. Si on veut prendre le temps de faire bien les choses alors dans ces cas-là il faut reconvoquer plusieurs fois le patient alors que nous là si j'ai un truc je traîne un peu plus... Je sais pas, c'est compliqué il faudrait bien définir la façon de bosser, est-ce que ça peut être pour chacun différent parce que on a beau dire on bosse différemment, il y en a qui bossent plus vite, il y en a qui ont besoin de plus*

parler. Voilà » Profil 15.

f) Eviter les tâches administratives et la gestion comptable

Les centres de santé représentaient aussi un avantage en termes de diminution des tâches administratives.

« Me décharger très clairement des choses administratives, fiscales et comptables qui sont très chronophages en médecine générale. » Profil 9.

« Pas de paperasse, pas de... Beaucoup moins de problèmes administratifs (hésitations) » Profil 3.

« D'autre part encore une fois pour toutes ces histoires de compte, d'URSSAF, machin... Moi ça m'aurait peut-être, ça m'aurait plu moi. » Profil 10.

« Ben c'est..... moins de lourdeur administrative au niveau professionnel » Profil 11.

« Je pense que du coup il y a quand même moins de démarches, tout ce qui est comptabilité, voilà qui est quand même très lourd en libéral. » Profil 13.

Réduire les tâches administratives et la comptabilité avait été cité par plusieurs médecins comme des critères qui les avaient poussés à s'installer en secteur salarié. Ces deux éléments étaient considérés comme des avantages à exercer en centre de santé.

g) Améliorer l'accès aux soins

Les centres de santé pouvaient aussi être un moyen d'améliorer l'offre de soins.

« Alors oui, il y aurait une raison personnelle majeure (insistance) qui est aussi un engagement comment dire (hésitation) politique et solidaire... c'est-à-dire l'accès aux soins pour le plus grand nombre. À mon sens les centres de santé répondent (forte insistance) à ce besoin et je pense que la population va en avoir de plus en plus besoin. » Profil 9.

3.3.1.4.2 Les raisons personnelles

a) Du temps supplémentaire

Le profil 3 considérerait qu'exercer en centres de santé pourrait apporter un avantage en termes de temps libre.

« Euh ça serait aussi un gain de temps. » Profil 3.

b) Une meilleure protection sociale

Le profil 11 apprécierait de travailler en centre de santé, en partie en raison de la protection sociale que lui procurerait ce type d'exercice.

« *Puis personnel c'est la protection sociale et puis voilà c'est ça.* » Profil 11.

Le tableau VII reprend les critères professionnels et personnels attirant les jeunes médecins vers les centres de santé.

Tableau VII : Critères facilitateurs de l'exercice salarié des jeunes médecins en centres de santé.

Critères professionnels	Critères personnels
Statut de salarié... Tout en conservant une activité de médecine générale	Plus de temps de vie privée Meilleure protection sociale
Travail en équipe	
Sécurité d'un niveau de revenu	
Flexibilité du rythme de travail	
Moins de gestion comptable	
Moins de tâches administratives	
Congés payés	
Absence de paiement à l'acte	
Retraite plus sûre	
Meilleur accès aux soins	
Meilleure qualité des soins, meilleure qualité d'écoute	

3.3.2 Les aides à l'installation des médecins

3.3.2.1 Des aides mal connues par certains médecins

Plusieurs médecins interrogés déclaraient peu (voire ne pas) connaître les dispositifs d'aide à l'installation en libéral proposés en France aux jeunes médecins au moment où ils se sont installés.

« Non pas au moment où j'ai fait mon choix euh après j'en ai entendu parler, après. » Profil 2.

« Alors à l'époque je pense il n'y en avait pas sauf...peut-être que je sais pas, enfin » Profil 1.

« (Coupe la parole) Alors pareil je me suis, je... J'ai une connaissance extrêmement lointaine de ce genre de dispositif, je sais qu'en se renseignant, il doit pouvoir y avoir des dispositifs qui existent .» Profil 5.

« Non, non aucune enfin aide à l'installation oui des conseils par les agents de la sécurité sociale par exemple euh en dehors de ça non. » Profil 11.

3.3.2.2 Des aides non recherchées par les médecins

Plusieurs médecins confiaient qu'ils ne s'étaient pas renseignés sur les aides disponibles.

« Voilà en tout cas, je n'y ai pas eu recours et j'ai pas trop cherché. » Profil 9.

« (Hésitation) Pas nécessairement, j'avoue que je suis pas allé chercher d'aide particulière. »
Profil 8.

« Mais je ne me suis même pas renseigné en fait. Voilà. » Profil 5.

3.3.2.3 Un mauvaise opinion des praticiens sur les aides proposées

3.3.2.3.1 Des aides jugées insuffisantes

Plusieurs médecins considéraient les aides proposées comme insuffisantes.

« C'est pas des mesures qui sont très très... très séduisantes je trouve, pas très incitatives. »
Profil 2.

« Franchement euh, on peut pas dire qu'on soit beaucoup aidé quand même, hein! » Profil 10.

« Non, non non ce qui était proposé c'était de la blague donc euh non. » Profil 8.

3.3.2.3.2 Un manque de stabilité

Un médecin trouvait que les dispositifs mis en place manquaient de stabilité. Il gardait une

certaine méfiance face à des incitations à l'installation - proposées par la CPAM, selon lui- qui pouvait changer du jour au lendemain.

« Oui moi j'ai l'impression que c'est..... J'ai l'impression..... Ça m'a pas trop fait envie en fait. On se sent toujours un peu pris par la sécu. On sait pas trop comment... On nous dit ça et puis après la fois d'après on sait pas trop... Je suis méfiant en fait. » Profil 6.

3.3.2.4 Des aides inadéquates face aux attentes des médecins

3.3.2.4.1 Des aides concentrées dans certaines zones

Des médecins pensaient que les aides à l'installation n'étaient présentes que dans les zones rurales. Ces aides ne semblaient pas avoir d'influence sur eux.

« Je sais, je sais que ça existe après, je crois pas qu'ici ce soit le cas. Et...et en plus je me dis, on me l'aurait dit non (rires) ? [...] Non, je pense pas, enfin d'après ce que je sais, ça se fait dans les zones désertes enfin... Donc euh moi je voulais pas ça (rires) donc je pense pas que j'aurais choisi une zone comme ça. » Profil 15.

« Alors je suppose que l'aide à l'installation c'est surtout pour des zones sous dotées, je sais pas (hésitation) ben en tout cas je suppose, je suppose que c'est ça et euh aujourd'hui, c'est pas mon projet de m'installer en zone sous dotée, voilà. » Profil 9.

« Euh non (ton sec) puisque les aides sont proposées pour les zones... les déserts médicaux et même avec des aides beaucoup beaucoup plus importantes (élévation de la voix) et je n'y serais pas allé de toute façon. » Profil 3.

Un médecin reconnaissait en avoir en partie bénéficié lors de son installation en libéral.

« Les aides à l'installation, je pense (hésitation) je pense que j'avais bénéficié d'une aide pour l'informatique, que c'était possible, que c'était pas spécifiquement pour l'installation. Pour l'installation, à l'époque, il n'y avait pas de choses comme ça. Je m'étais renseigné, il n'y avait pas d'aides particulières, du moins pas sur Je pense qu'il y en avait, je sais qu'il y en avait, c'était pour les zones, des critères bien précis, donc euh c'étaient certaines zones géographiques, bien déterminées. » Profil 4.

3.3.2.4.2 Des aides qui ne répondent pas aux besoins des médecins

L'existence d'aides financières à l'installation n'avait pas influencé le choix de ceux qui en avaient connaissance au moment de leur installation. Les conditions de travail avaient primé

sur la sécurité financière dans leur choix.

« Ah est ce que ça aurait...pfff, non je crois pas. C'est pas d'un point de vue financier parce que finalement dans ces zones-là, pfff... niveau financier c'est pas le problème en fait, il y a beaucoup beaucoup d'activité donc euh (hésitation) c'est pas le point de vue non. » Profil 14

« Les déserts médicaux et même avec des aides beaucoup beaucoup plus importantes (élévation de la voix) et je n'y serais pas allé de toute façon ...

Voilà trop de travail. Une activité trop (hésitation) trop difficile. » Profil 3.

Le profil 7 avait notion d'aides proposées par certaines municipalités mais n'avait pas pu en bénéficier.

« Alors des aides financières oui, des aides financières je savais... Je savais qu'on pouvait monter des projets, il y avait certaines mairies qui le faisaient. Mais moi toutes les opportunités que j'ai eues... C'était soit dans des zones qui ne relèvent pas des dispositifs fiscaux soit il n'y avait pas vraiment des opportunités » Profil 7.

Le profil 13 connaissait l'existence des aides à l'installation grâce à sa formation universitaire et à son expérience personnelle. Ces aides ne permettaient pas, selon lui, de compenser les raisons pour lesquelles il ne souhaitait pas s'installer en zone rurale. Il n'avait donc pas souhaité en bénéficier.

« (Coupe la parole) Oui tout à fait oui oui parce qu'on avait eu des cours (hésitation) voilà et mon père étant dans une zone très... En Bourgogne vraiment en pénurie de médecins voilà, j'en avais déjà parlé avec lui je savais que ça existait oui tout à fait...

Non (ton sec) parce que de toute façon ça m'aurait pas influencé, c'est vraiment, c'est pas l'aspect pratique, enfin il y avait vraiment trop de critères personnels en compte pour euh voilà donc du coup non non ça m'a pas influencé. » Profil 13.

La solution au problème de la désertification médicale n'était pas l'incitation financière pour certains médecins. Pour le profil 1 par exemple, bénéficier d'incitations financières n'aidait pas à supporter la relation médecin-patient devenue difficile en libéral.

« Euh...ça n'a pas d'importance parce que ça n'agit sur aucun des éléments que j'ai évoqué donc c'est pas parce qu'on me donne de l'argent que je vais supporter mieux le fait que les patients soient... qu'on soit clientéliste etc. donc non. » Profil 1.

Même les médecins installés en libéral pensaient que l'existence d'incitations financières n'avait pas influencé leur choix sur le mode d'exercice professionnel.

« Parce que voilà j'avais quand même décidé de m'installer, c'était pas un frein voilà. Si y a eu aide et ben voilà peut-être mais c'était pas ça qui m'aurait décidé à m'installer. » Profil 12.

3.3.3 Le tiers payant intégral

Certains médecins ont abordé le sujet du tiers payant intégral aux cours des entretiens alors que cela ne faisait pas partie des objectifs de l'étude.

De nombreux médecins interrogés étaient favorables à la dispense d'avance des frais, en raison d'une amélioration de l'accès aux soins pour les patients les plus précaires. La figure 4 illustre la réduction de l'accès aux soins qu'engendrerait le paiement à l'acte.

« Moi je pense que c'est une bonne chose qu'ils ne la fasse plus parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens qui hésitent à aller voir un médecin généraliste parce qu'ils ont... parce qu'ils ont des difficultés financières. Moi je suis tout à fait pour. » Profil 2.

« Alors oui il y aurait une raison personnelle majeure (insistance) qui est aussi un engagement comment dire (hésitation) politiques et solidaire. C'est-à-dire l'accès aux soins pour le plus grand nombre ...C'est-à-dire l'idée de, de, de ne pas faire l'avance des frais (insistance) et puis l'idée de proposer effectivement un accès aux soins au plus grand nombre. Voilà. Aujourd'hui aider il y a quand même des personnes qui renoncent... Enfin qui renoncent à se faire soigner parce que tout simplement (insistance) ils ne peuvent pas avancer les frais... » Profil 9.

Le profil 9 allait jusqu'à réaliser des consultations gratuites pour permettre au patient de la consulter.

« Quand j'étais collaborateur libéral, des consultations gratuites j'en faisais souvent (insistance). Hein deux à trois par jour. Donc voilà c'était comme ça, c'était aussi un engagement personnel de ma part » Profil 9.

D'autres étaient opposés au tiers payant intégral. Le profil 12 pensait que le tiers payant allait accroître le temps qu'il allait consacrer à sa gestion-comptable, qu'il ne faisait déjà pas correctement. *« Ah ben moi il faudrait que je la fasse mieux (ton affirmatif). Voilà c'est-à-dire que je ne pointe pas, je ne regarde pas, j'ai pas le temps donc la... S'ils veulent nous faire le tiers payant...ça va encore plus long »* Profil 12.

Le profil 15 souhaitait maintenir le paiement des consultations pour éviter l'engorgement des cabinets médicaux

« Pour moi le seul effet que ça va avoir : c'est que les gens, ils font comme ils font quand ils vont aux urgences parce que c'est gratuit : ils vont embouteiller nos cabinets. On va se retrouver surchargé, on pourra pas recevoir nos patients rapidement euh voilà. Je vois pas trop l'intérêt. » Profil 15.

Un autre argument avancé contre le tiers payant intégral était la nécessité de compréhension par les patients de ce que coûte réellement la santé. Cet élément est illustré dans la figure 4.

« (rires) Question d'actualité. Euh... Moi je suis pour l'avance des frais. Il faut que... Il faut que les gens se rendent compte qu'ils payent un acte, quel que soit le prix même si c'est le tiers payant pour des gens qui n'ont pas les moyens. » Profil 15.

« Je serais le premier à prôner un peu d'avance des frais aux urgences parce que les gens ne se rendent pas compte..... Que la santé a un prix et que ce prix-là est supporté par la société ...» Profil 5

3.3.4 Les critères de choix du lieu d'installation

Certains médecins ont parlé en entretien des critères de choix de la zone d'installation alors que ce n'était pas un objectif de notre étude. Ils ont aussi expliqué les raisons de leur installation en libéral en cabinet de groupe ou isolé.

3.3.4.1 Les critères professionnels

3.3.4.1.1 Les critères financiers

Un médecin avait fait le choix de s'installer en rural afin d'avoir un niveau de revenu satisfaisant et une activité de soins conséquente, sans avoir à faire du clientélisme.

« Le fait d'être sûr de commencer avec une activité relativement importante dès le départ, ne pas regarder des mouches au plafond, se balader donc du coup avoir des revenus aussi quand même qui soit... Qui sont conséquents rapidement. » Profil 8.

Ce médecin avait réalisé des déplacements en zone urbaine et avait eu des opportunités d'installation en centre-ville mais il n'avait pas souhaité s'y installer.

« Et le fait d'avoir essayé (rires) ça m'a vite rebuté [...] Le...Le type d'exercice c'était la... la nécessité de devoir, faut l'avouer oui, inventer de l'acte là où il n'y en a pas. C'est enregistré ?

(Rires) » Profil 8.

3.3.4.1.2 Les relations avec les collègues

a) Avec les collègues de son lieu d'exercice

Le profil 12 n'avait pas pu s'installer dans un cabinet où il avait remplacé en raison du refus d'un des médecins du cabinet.

« Euh... ben j'avais, c'est pas compliqué j'avais remplacé que... à deux endroits et un autre endroit où j'ai failli m'installer, il y a un des médecins qui... à mis son veto. On va dire ça comme ça. » Profil 12.

b) Une bonne entente avec son prédécesseur

Le profil 4 s'était bien entendu avec son prédécesseur. Cela avait favorisé son installation.

« Euh... j'ai eu, j'ai eu l'information euh... d'un médecin à orientation acupuncture qui, donc sur ... qui est une dame donc je l'ai rencontrée, on s'est bien entendu... Donc ça convenait bien... » Profil 4.

c) Avec les collègues du secteur d'exercice

Le profil 16 expliquait que les bonnes relations qu'il entretenait avec ses collègues spécialistes de proximité avait été un des facteurs qui l'avait incité à choisir son lieu d'installation.

« L'accès au spécialiste est assez facile puisque on se connaît tous les uns les autres et je trouve que c'est une façon très agréable de travailler, voilà. » Profil 16.

3.3.4.1.3 Les relations avec les patients

Les médecins appréciaient les relations qu'ils entretenaient avec leurs patients en zone rurale. Ils considéraient qu'ils avaient plus de proximité avec leurs patients.

« Des patients qui viennent comme s'ils allaient voir leur médecin de campagne, c'est-à-dire ils nous racontent un peu toute leur vie euh et puis on les voit, on les connaît bien, on sait comment ils vivent etc. Donc je trouvais ça sympa ... le côté proximité des gens. » Profil 15.

« L'attitude des patients qui sont beaucoup plus consommateurs de santé et qui nous voient plus comme un passe-plat en médecine générale. En médecine semi-rurale on reste un

médecin de famille. » Profil 8.

Le profil 11 appréciait son quartier d'installation en partie parce qu'il y avait des patients qui partageaient son origine ou sa situation familiale. Les patients pouvaient, selon lui, avoir besoin de s'identifier à leur médecin.

« Après j'ai quelques patients aussi d'origine un peu africaine, nord-africaine notamment puisque je suis d'origine algérienne et que je parle l'arabe couramment donc ça c'est sympa aussi d'avoir ce côté-là. Euh voilà après je trouve que c'est assez on a une parole assez libre, voilà on peut parler de à peu près tout. J'ai des gens plutôt sympa... J'ai beaucoup de gens aussi qui me ressemblent un petit peu c'est-à-dire qui ont les mêmes âges que moi qui ont des enfants à peu près du même âge donc ça, ça nous rapproche drôlement et ça pour moi c'est important et je pense que c'est aussi important pour les gens de s'identifier un petit peu à leur médecin. » Profil 11.

Le profil 16 avait choisi son lieu d'installation car il y entretenait de bonnes relations avec les patients.

« Je m'étais fait la remarque que la population... me convenait bien, c'est une population assez flexible, pas trop casse-pieds, ... » Profil 16.

3.3.4.1.4 L'intérêt professionnel

Des médecins avaient trouvé un intérêt à exercer en zone rurale.

« Voilà une zone rurale. Moi pareil c'est encore une fois une histoire d'intérêt professionnel, ... » Profil 5.

« La médecine semi-rurale m'a parue nettement plus intéressante. » Profil 8.

« Je vois pas plus intérêt pour une médecine urbaine, voilà » Profil 9.

3.3.4.1.5 L'expérience des études et des remplacements

Les expériences professionnelles, au cours des études ou des remplacements, influençaient le choix du lieu d'installation des médecins.

« J'avais fait un SASPAS dans un autre cabinet de groupe... je m'étais fait la remarque que la population... me convenait bien, ... » Profil 16.

« Alors je suis passé en stage ici comme interne donc, après avoir connu le cabinet et après

avoir essayé de la médecine de ville, la médecine semi-rurale m'a parue nettement plus intéressante. » Profil 8.

Les remplacements effectués en zone urbaine l'avaient conforté dans sa décision d'éviter une installation en ville.

« Privilégier le semi-rural à (hésitation) à l'urbain. [...] Le fait d'avoir essayé (rires) ça m'a vite rebuté » Profil 8.

Les remplacements aidaient dans le choix de la zone où on pourrait s'installer ultérieurement.

« Ben parce que j'ai fait des remplas ici, ça m'a plu et c'est pas loin de chez moi (rires). Voilà. » Profil 10.

« Ce quartier, parce que j'étais remplaçante longtemps là-bas » Profil 11.

« Ah ben c'est un médecin que j'ai remplacé donc oui je me suis installée parce que j'ai l'ai remplacé pendant trois ans. » Profil 12.

« Ici alors ça s'est fait parce que je suis arrivée, je remplaçais dans le cabinet et à ce moment-là ils cherchaient quelqu'un donc en fait ça a été un peu comme ça. » Profil 15.

Le profil 4 avait été rebuté par ses remplacements en zone rurale et préférait l'exercice urbain.

« J'avais des propositions de m'installer en campagne parce que je vous ai expliqué que j'avais beaucoup remplacé en campagne j'avoue que euh... après 10 ans de travail en tant que remplaçant j'ai très vite compris que euh... Enfin que l'exercice proche d'un centre hospitalier serait quand même, j'aurais quand même plus de confort qu'en campagne vraiment stricte. » Profil 4.

3.3.4.1.6 Les conditions d'exercice

a) Un exercice diversifié

Les profils 5 et 15, salarié pour l'un, libéral pour l'autre, installés tous les deux en secteur rural, avaient été déçus du manque de polyvalence de la médecine urbaine.

« C'est-à-dire ici on est en première ligne, on fait du pédiatrique, de l'adulte, du médical, du chirurgical, on est en première ligne de tout et donc l'éventail médical auquel on doit déployer, auquel on a accès est bien plus grand que... sur un gros centre enfin que j'ai déjà connu hein, j'étais assistant au SAMU, on faisait que du SMUR donc ça m'a bien appris le métier de smuriste mais on faisait que du SMUR c'était un peu trop limitant. » Profil 5.

« C'est-à-dire que je trouve qu'ici, on a une médecine très large ou plus que, en tout cas moi

ce que je faisais en ville euh on est là en premier recours pour les gens. » Profil 15.

Le désir d'exercer son activité d'acupuncture avait influencé le choix du profil 4. Le temps consacré à la médecine générale en zone rurale limitait, selon lui, les possibilités d'exercer une activité complémentaire.

« J'ai pensé que, ne serait-ce que pour la partie acupuncture, je savais très bien que si j'allais un petit peu plus loin de Bordeaux je ne pourrais pas non plus la développer, non pas qu'il n'y aurait pas de demande mais que la partie médecine générale serait trop, trop demandeuse donc ça serait pas possible de... Mais comme j'avais envie quand même de d'élargir ma palette » Profil 4.

Ce médecin souhaitait également avoir le temps d'enseigner.

« Je pense que, en m'installant ici, ça m'a ouvert les portes de l'enseignement » Profil 4.

Le profil 6 souhaitait exercer son activité complémentaire dans une zone de sous-densité médicale, se jugeant plus utile à cet endroit.

« Déjà moi l'idée même de me dire je me mets quelque part où il n'y a pas grand monde ça me plaît bien voilà. Donc l'idée de me dire que je suis le seul addictologue ... Ben voilà je trouve que c'est pas mal enfin on se sent assez utile quand même. Même si du coup il y a beaucoup de boulot, des fois c'est compliqué » Profil 6.

b) Les visites à domicile

Les médecins pouvaient choisir l'exercice rural afin de pouvoir faire des visites à domicile.

« On fait pas mal de... Moi j'aime bien faire des visites, aujourd'hui j'en ai fait quatre, je suis parti à 10:30, je reviens à 15:00... Voilà ça fait... J'aime pas faire 8:00 12:00, 14:00 20:00 au bureau. » Profil 7.

c) L'importance du temps et de la charge de travail

Des médecins avaient choisi de s'installer en zone urbaine pour éviter des journées de travail trop intenses.

« Oui alors le fait que (hésitation) m'installer en ville pour avoir moins de gardes euh...des horaires un peu plus souples voilà principalement. » Profil 3.

« Je vois mes confrères qui... Ils voyaient pas le jour... Là où je m'éclate encore eux, ils ne

s'éclatent plus du tout donc euh. » Profil 4.

« Ah ben je voulais pas... avoir la liberté de ne pas travailler quand j'en avais envie, de pas être sollicité du matin au soir... voilà pas être corps et âme à merci comme certains médecins l'ont été pendant des années quoi. » Profil 11.

d) Le rythme de travail

Le profil 16 appréciait de pouvoir adapter en zone urbaine son emploi du temps et prendre si besoin un remplaçant.

« C'est une population assez flexible, pas trop casse-pieds, qui adhère au médecin traitant mais qui acceptent de voir un autre médecin remplaçant assez facilement qui euh... qui s'adapte très facilement à tout changement d'horaires. » Profil 16.

Le profil 11 avait refusé une proposition d'installation dans un cabinet dans lequel il aurait été difficile pour lui d'adapter son emploi du temps en fonction de ses besoins personnels.

« A voir leur façon de travailler, l'organisation du temps de travail, devoir négocier mon mercredi ou samedi matin, non ça je voulais pas. Je ne voulais pas que ça me soit imposé oui je ne voulais pas voilà faire de compromis sur des journées essentielles pour moi, pour mes enfants quoi. » Profil 11.

e) La permanence des soins

Des médecins avaient cherché à éviter les gardes trop fréquentes en zone rurale.

« Oui alors le fait que (hésitation) m'installer en ville pour avoir moins de gardes [...] plus de gardes puisque que le peu de gardes que j'ai, je peux les donner à des remplaçants et puis voilà c'est surtout ça. » Profil 3.

« Il y avait très peu de gardes... c'est quand même un gros secteur donc on était 17 médecins à tourner, on ne faisait pas de gardes de semaine, on faisait des gardes de week-end euh moi ça m'a intéressé en plus d'en faire au départ puisque c'était une création de clientèle donc ça m'intéressait et j'ai vite déchanté parce que quand il a fallu que je bosse par mois 15 jours d'affilée [...] Il y avait certains médecins sur le secteur mais un peu plus à la campagne qui répondaient aux appels la nuit (ton affirmatif), qui répondaient aux appels le soir qui étaient de garde un week-end sur trois. J'aurais pas pu reprendre un cabinet comme ça parce que, déjà je ne voulais pas travailler comme ça (ton affirmatif) » Profil 16.

« A l'époque on gérait les gardes et tout ça donc euh (hésitation), donc voilà moi quand je travaillais, je travaillais le matin je commençais à 8h00, je finissais hyper tard (ton sec), 21h00 [...] C'était hyper compliqué (augmentation de la voix) enfin on était de garde la nuit on travaillait le lendemain matin enfin voilà j'avoue que c'était sur peu de temps parce que c'était des remplacements mais c'était beaucoup beaucoup de stress, beaucoup de stress, de stress... » Profil 14.

3.3.4.1.7 Les infrastructures médicales à proximité

Les médecins, urbains, appréciaient d'avoir SOS-médecins dans leur secteur d'exercice.

« Voilà le fait d'avoir... SOS-Médecins surtout... (Hésitation) » Profil 3.

« Je voulais que voilà avoir, avoir SOS-Médecins pas très loin » Profil 11.

De nombreux médecins s'étaient assurés avant leur installation d'avoir des structures hospitalières, un réseau de spécialistes ou un service d'urgences dans leur futur secteur d'activité.

« Ouais alors moi je cherchais, je voulais pas exercer en grande ville et je voulais pas exercer en grande campagne (rires). Euh ici, on est avec tous les spé sur place, un hôpital, une clinique [...] Et le lieu d'installation oui, c'est vraiment euh moi je voulais avoir des structures à côté, pas être isolée euh voilà [...] Oui, oui et puis moi enfin (rires) j'ai choisi d'avoir des spé facilement avec un service d'urgence et un hôpital de proximité, des choses comme ça à côté quoi » Profil 15.

« Enfin que l'exercice proche d'un centre hospitalier serait quand même, j'aurais quand même plus de confort qu'en campagne vraiment stricte. » Profil 4.

« Je voulais que ce soit un quartier pas très loin... des hôpitaux. Et puis c'est vrai qu'au niveau médical,... c'est quand même connu pour être assez, assez, assez bien..... doté au niveau médecins, hôpitaux etc. Donc c'était quand même assez attrayant à différents points. » Profil 11.

« Voilà le fait d'avoir les urgences pas loin » Profil 3.

« L'hôpital à 1 km avec un SAMU ça nous enlevait déjà les urgences, ça facilite un petit peu la vie du médecin généraliste (rires). » Profil 16.

L'accès aux spécialistes faisait grandement partie des critères retenus par les médecins dans le choix du lieu d'installation.

« Dans le quartier c'est vrai on n'est pas dépourvu, il y a des cardio en face, des radiologues à côté, des dermato... donc euh et puis moi, j'hésite pas à appeler, prendre mon téléphone et téléphoner, à demander des conseils. » Profil 11.

« Euh ici on est avec tous les spé sur place [...] J'ai choisi d'avoir des spé facilement... » Profil 15.

« Ah oui, oui on a énormément de... spécialistes, de paramédicaux et un hôpital et une clinique à portée de main quoi, tout à moins de 500 mètres. C'est important dans le choix d'exercice oui. » Profil 8.

« Ça c'est sûr mais après, je trouve que j'ai un réseau quand même de médecins, aussi bien médical et paramédical [...] C'est pas une équipe, on n'est pas sur place mais bon. Donc voilà si on veut on peut quand même développer un mode de fonctionnement en équipe malgré tout » Profil 12.

Le souhait des jeunes médecins d'éviter les zones sous dotées s'expliquait en partie par l'envie de ne pas exercer de manière isolée, sans disposer d'un réseau de professionnels de santé de proximité.

« C'est-à-dire, il ne faut pas qu'il y ait que les médecins qui aillent dans les zones sous dotées, il faut un peu tout quoi, les administratifs, des radios, que les gens ne soient pas obligés de faire tant de kilomètres pour aller faire une radio, revenir le lendemain avec un gros truc etc. quoi. » Profil 15

3.3.4.1.8 Les conditions d'installation

a) Une installation en groupe, source de réduction de charges

Le profil 15 avait choisi son cabinet parmi plusieurs en fonction de la possibilité de réduire ses charges en exerçant à plusieurs.

« Après j'avais eu d'autres opportunités, ce qui m'arrangeait en fait par rapport à l'autre que j'avais vraiment étudié, ce qui était arrangeant c'est ici, on était vraiment en plus grand nombre donc à partager les charges, à partager même les... Voilà les tâches de tous les jours quoi, la gestion du cabinet. » Profil 15.

b) Une installation en groupe, source de travail en équipe

Le travail en équipe permettait aussi d'éviter l'isolement.

« J'avais deux opportunités, l'une... en gros ici et l'autre... seul avec la possibilité ultérieure d'une association mais il n'y avait rien de concret et du coup je me suis orienté vers l'exercice de groupe. [...] Moi j'ai remplacé des médecins seuls ça me semble difficile. Donc faut s'installer en groupe» Profil 7.

« Ah de toute façon je savais que je travaillerais pas seul, c'est sûr. C'était un cabinet, au minimum deux. Et bientôt on sera trois. [...] Il y a le côté travail de groupe en cabinet...» Profil 12.

« Et ben c'était une condition sine qua non à l'installation en cabinet de groupe. [...] Ben on travaille seul, oui et non parce que dès que on a un doute ou une question, l'avantage du cabinet de groupe c'est qu'on partage les connaissances quoi, on débrieife de situations difficiles directement en cabinet de groupe. » Profil 8.

c) Un cabinet de groupe, synonyme de temps libre

Les médecins choisissaient parfois de travailler en groupe afin d'avoir un peu de temps libre dans la semaine.

« Moi je vous disais on travaille dans un cabinet tous les trois, ce qui fait que chacun de nous a une journée de libre entière par semaine [...] Et puis il y avait cette possibilité du jour en semaine, ça c'est l'intérêt de l'exercice de groupe, de pas être tous les week-ends forcément au cabinet... comme on est en groupe on peut s'organiser pour que ça tourne et avoir deux week-end sur trois en famille. [...] Ça permet, il y a toujours des rendez-vous, bancaire... Pour les loisirs du coup... Faire ça en semaine c'est un petit peu plus facile enfin on a beaucoup de bons côtés. » Profil 7.

« On a un cabinet pour 2 donc il y en a un en consultation et l'autre en visite donc ça me laisse quand même du temps... libre. [...] (rires) C'était la condition au départ, c'était que je puisse avoir... un jour voilà. Et idéalement le mercredi » Profil 12.

d) La nécessité d'un secrétariat

La présence de secrétaires en cabinet de groupe pouvait intervenir comme facteur influençant favorablement la décision d'installation en libéral.

« Et ben c'était une condition sine qua non à l'installation en cabinet de groupe avec un secrétariat physique... » Profil 8.

« Je pense que les propositions d'installation dans un cabinet comme celui-ci, on a quand

même deux secrétaires à plein temps qui se chevauchent... Ça veut dire qu'on ne répond jamais au téléphone sauf appel transféré du secrétariat... Ça pour moi c'est quelque chose de très important. [...] C'est infernal de répondre quatre fois au téléphone par consultation » Profil 16.

e) Des conditions matérielles satisfaisantes

Les bonnes conditions rencontrées dans le cabinet et la bonne organisation des lieux avaient influencé le choix des profils 4 et 7.

« Quand j'ai découvert le cabinet ici, j'ai trouvé qu'il était adapté parce qu'il est assez grand, on a 140 m², on est trois faut dire mais on a beaucoup de salles et quand on est médecin acupuncteur il faut des petits box dans lesquels on peut laisser un petit peu les gens à qui on a laissé des aiguilles d'acupuncture. Et comme cela pendant ce temps dans mon bureau comme celui où nous sommes, dédié à la médecine générale. Donc il faut de la place quand on est médecin acupuncteur, donc là, l'endroit pour ça était bien adapté. » Profil 4.

« Enfin il y avait quand même tout un tas de facteurs qui m'allaient bien, c'était informatisé avec du bon matériel dans un cabinet qui était propre, bien aménagé. Les conditions matérielles étaient favorables. » Profil 7.

3.3.4.1.9 Les opportunités d'installation

Les remplacements aidaient parfois les jeunes médecins dans leur choix du mode mais aussi du lieu d'installation.

« Alors ici alors ça s'est fait parce que je suis arrivée, je remplaçais dans le cabinet et à ce moment-là, ils cherchaient quelqu'un donc en fait ça a été un peu comme ça. [...] En fait moi j'étais remplaçante, je regardais au cas où il y ait un truc qui se ... qui se monte mais j'étais pas pressée de m'installer non plus, c'était, ça a été l'occasion quoi. » Profil 15.

« Ben j'avais, c'est pas compliqué j'avais remplacé que... À deux endroits. [...] Et donc ben mon associé actuel à ce moment-là m'a dit ça vous intéresse, moi je veux lever le pied donc vous pouvez vous installer avec moi. » Profil 12.

« Pendant mon SASPAS je m'étais dit si on me fait une proposition sur... Je saute dessus (accélération du rythme) c'est ce qu'il s'est passé [...] Ce n'était pas dans le cabinet dans lequel je faisais mon SASPAS, c'est le cabinet entre guillemets concurrent (rires)... Et donc voilà on m'a proposé ce poste-là, c'était une création, j'ai dit oui. » Profil 16.

Le profil 4 avait pu prendre la suite d'un médecin qui exerçait une activité complémentaire similaire à lui, tout en conservant une activité de médecine générale.

« Si je me suis penché sur celui-là c'est parce que peut-être qu'il y avait la compétence acupuncture donc pour laquelle j'étais formé et je me suis dit c'est l'idéal. » Profil 1.

Le profil 3 avait profité d'un départ à la retraite d'un médecin dont l'activité lui plaisait.

« C'est que (hésitation) comme le médecin part à la retraite et que l'activité me plaisait, j'ai pris la suite. » Profil 3.

La succession du profil 7 avait été facilitée par son prédécesseur.

« Et puis enfin j'ai eu, le médecin auquel j'ai succédé m'a vraiment... Super bien préparé mon arrivée et je pense que... Voilà je pense que ça, je regrette pas parce que mon installation a été facilitée. » Profil 7.

3.3.4.2 Les critères personnels

3.3.4.2.1 L'influence de la vie de famille

Le lieu d'installation était parfois choisi de telle sorte que le rythme de travail que le médecin s'imposait lui permette de préserver sa vie familiale.

« Il y avait certains médecins sur le secteur mais un peu plus à la campagne qui répondaient aux appels la nuit (ton affirmatif), qui répondaient aux appels le soir, qui étaient de garde un week-end sur trois... J'avais conscience que j'étais une femme en désir d'une vie familiale et donc ça ne me convenait pas. » Profil 16.

La proximité avec l'école des enfants pouvait intervenir comme déterminante du lieu d'installation.

« Je viens soit à pied, soit en vélo, soit en bus donc je voulais un quartier quand même proche et proche de mes enfants puisque de temps en temps on est appelé à l'école quand il y a un bobo ou une chute ou n'importe quoi... » Profil 11.

3.3.4.2.2 Les raisons d'un déménagement

Les déménagements étaient souvent liés au nouvel emploi du conjoint, au retour dans la

région d'origine du médecin ou de son conjoint ou, au choix de vivre en Gironde.

Offrir une vie plus agréable à ses enfants avait motivé le profil 15 à déménager en Gironde, son département d'origine et le nouveau lieu de travail de son conjoint. Le profil 9 s'était installé dans la région d'origine et de travail de son conjoint.

« *Parce que moi je suis originaire d'ici (rires) en fait. J'étais juste partie à Paris en deuxième année de médecine et voilà du coup, on voulait revenir un peu plus au calme. [...] Oui aussi parce que c'est la vie familiale, parce qu'aussi on a eu des enfants, mon mari a trouvé un boulot vers ici et voilà.* » Profil 15.

« *C'est mon compagnon qui a trouvé (hésitation) un travail ici, il est originaire d'ici donc voilà.* » Profil 9.

« *J'ai suivi mon conjoint donc il a eu une mutation sur Bordeaux.* » Profil 16.

Se rapprocher de sa famille était également une raison du déménagement du profil 2.

« *Non moi je venais, je venais d'ailleurs mais j'avais une grande partie de ma famille qui était là.* » Profil 2.

Le cadre et la qualité de vie était régulièrement retrouvés parmi les facteurs influençant un déménagement.

« *C'est la qualité de la vie, ici, qui nous a plu en fait* » Profil 11.

« *Le sud et l'océan. [...] Professionnel non. C'était purement géographique, le cadre de vie.* » Profil 8.

3.3.4.2.3 Le rôle du travail du conjoint

Le lieu d'installation était souvent conditionné par la possibilité de travail du conjoint. Le lieu d'installation ne devait pas se situer loin du lieu de vie afin de ne pas causer de tort à la carrière professionnelle de son conjoint.

« *Vraiment les zones sous dotées en grande campagne, moi après mon mari, il faut qu'il trouve un boulot euh il y a plein de choses quoi, je suis pas toute seule.* » Profil 15.

« *Ben parce que ma femme travaille sur... donc évidemment j'hésitais entre ici et le Médoc donc ici c'était plus simple (soupir). [...] En m'installant là, je n'avais pas non plus causé de problèmes à ma compagne, je n'allais pas lui imposer des heures de route* » Profil 7.

« *(coupe la parole) Oui, non en fait, ce qui a influencé c'est... et ce qui influence, ce qui nous influence tous, c'est les possibilités d'accès au travail de nos conjoints et donc moi*

effectivement ce qui a, j'avais un critère, c'était que... Ma chère et tendre avait un travail sur la CUB et que donc moi je pouvais graviter autour mais effectivement j'allais pas, j'avais un rayon d'à peu près 1h-1h30 autour grand maximum. [...] On fait jamais l'aller-retour dans la journée donc pour moi c'est aucune contrainte.» Profil 5.

« Je voulais rester là où... Mon mari travaille là, à l'hôpital donc je voulais rester en urbain. » Profil 12.

3.3.4.2.4 L'influence de la distance domicile-travail

La distance entre le domicile et le lieu de travail des médecins influençait les médecins dans le choix de leur lieu d'exercice, qu'ils soient libéraux ou salariés.

Le profil 16 souhaitait pouvoir travailler à proximité de chez elle.

« Déjà c'est à 10 minutes de chez moi donc je peux rentrer le midi » Profil 16.

Le profil 8 avait besoin d'un cabinet suffisamment proche de son domicile. Il s'était fixé une limite maximale.

« Mais oui il faut pas que je sois trop éloigné oui, faut que la distance. [...] la distance, il fallait que, j'avais compté qu'il fallait moins de 40 minutes porte-à-porte pour que ça devienne... Viable et je suis à 35 donc voilà. » Profil 8.

« Je suis ¼ heure-20 minutes de chez moi, c'est très bien. Après voilà l'autre opportunité c'était la même chose, à une vingtaine de minutes. » Profil 12.

« Ca m'a plu et c'est pas loin de chez moi (rires). Voilà. » Profil 10.

« Je viens soit à pied, soit en vélo, soit en bus donc je voulais un quartier quand même proche ... Je voulais que ce soit un quartier pas très loin... De mon appartement... » Profil 11.

Un médecin souhaitait éloigner son lieu d'exercice de son domicile.

« Parfois il y a des personnes compliquées qui sortent de prison, qui ont des problèmes psychiatriques euh... Bon donc du coup, ça m'arrange plutôt que ce soit pas tout près de la maison » Profil 6.

3.3.4.2.5 Rester proche de sa famille et de ses amis

Les choix du lieu de vie et d'installation devaient permettre aux médecins d'avoir une vie sociale et de voir leurs proches.

Les profils 3 et 10 ne souhaitaient pas s'installer en zone rurale afin de rester proche de leur

famille, vivant en zone urbaine.

« *Le fait d'être loin de sa famille* » Profil 3.

« *oui oui on était près* » Profil 10.

Le profil 6 avait choisi de se rapprocher de son cercle d'amis.

« *Ca a eu une influence parce qu'on a beaucoup d'amis ici. Et du coup, on a hésité beaucoup.... On avait fini par dire que Dax ça nous plaisait bien mais on n'avait pas beaucoup d'amis donc c'est vrai que quand on est revenu ici euh... Bon ben on était content de retrouver nos amis. C'est surtout ça après le reste... On peut pas dire que j'étais spécialement attaché à... cette ville* » Profil 6.

3.3.4.2.6 Les infrastructures non médicales

Les médecins voulaient s'installer dans des endroits où il était possible de travailler en sécurité, d'aller chercher les enfants à l'école, trouver des commerces de proximité, etc.

a) La recherche d'une ville fonctionnelle

« *Je peux rentrer le midi, c'est fonctionnel comme ville, il n'y a pas de bouchons, on peut se garer facilement, tout est accessible, les commerces...* » Profil 16.

b) Avoir une école à proximité

« *Je voulais un quartier quand même proche... de mes enfants puisque de temps en temps on est appelé à l'école* » Profil 11.

3.3.4.2.7 La sécurité sur le lieu d'installation

Le conjoint du profil 11 avait souhaité que son épouse s'éloigne du quartier où elle avait été agressée.

« *C'est vrai qu'on peut être victime d'une agression un petit peu partout mais mon mari n'était après pu trop d'accord pour que je reste à... Donc j'ai pris un quartier pas très loin* » Profil 11.

3.3.5 La représentation des médecins sur la féminisation

Certains médecins considéraient que la féminisation de la profession médicale pourrait engendrer une diminution globale du temps effectif de travail en raison d'un plus grand désir de travailler à temps partiel. Cela permettrait de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle et correspondrait à une évolution sociétale en général. La féminisation des professions médicales pouvait même être un atout pour la réorganisation de l'offre des soins et des conditions de travail dans les décennies à venir.

« Ben ça apporte euh... Un plus grand équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale ... Il y a plus de filles qui veulent être à temps partiel... Voilà..... Et il y a plus de filles qui veulent moins bosser aussi hein. J'ai des copines qui bossent beaucoup moins. Elles ont fait des études et tout mais finalement, elles ne bossent pas beaucoup [...] Pour moi c'est une évolution normale et... Et puis..... Je trouve que c'est plutôt sain voilà. Après euh... » Profil 6.

« C'est finalement le reflet de ce que veut devenir la médecine libérale, les médecins généralistes dans leur ensemble. C'est-à-dire travailler dans des horaires plus convenables, avoir une protection sociale..... Voilà donc c'est le reflet, c'est normal, c'est la société qui veut ça aussi. Alors c'est sur l'inconvénient c'est que ça entraîne une perte peut-être de travail, une perte de ... Bon ça malheureusement, enfin il n'y a rien de malheureux là-dedans, mais enfin c'est une conséquence de l'évolution de la société, il faut le prendre en compte. » Profil 1.

« C'est bien. C'est bien moi le gros avantage que j'y vois c'est que... Ça va obliger les médecins d'exercer différemment et je pense que ça va un peu..... Ça va un peu réorienter les modes d'exercice... Ça va un peu pousser tout le monde à se regrouper, ça va peut-être obliger à repenser la permanence de soins... Pour qu'on soit toujours aussi joignable peut-être avec des emplois du temps organisés différemment. Je pense qu'il y a une bonne opportunité à saisir là. Ou alors organiser des soins différemment avec peut-être des dérogations aux infirmières parce que de fait, les jeunes femmes qui arrivent maintenant vont peut-être pas vouloir exercer comme faisaient les médecins il y a 20 ans. Et ben c'est peut-être pas plus mal. Il y a peut-être moyen de concilier les deux. J'en suis persuadé. » Profil 7.

Le profil 6 évoquait son cas personnel pour se justifier.

« Et ben c'est très bien. Peut-être que... La féminisation même sur le comportement des

hommes hein, je suis pas sûr qu'avant... Mon père s'occupait des gamins etc. Voilà et du coup mes copains c'est pareil (soupir) voilà. » Profil 6.

La féminisation pourrait favoriser certains types d'activité pour le profil 6.

« Euh..... après peut-être plus de spécialisation en gynéco, en pédiatrie etc. » Profil 6.

3.3.6 Théorisation ancrée

Il y avait de nombreux facteurs professionnels déterminant l'installation en libéral ou salarié, qui devaient néanmoins être en adéquation avec la vie personnelle (familiale et sociale). Cette nécessité d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée se percevait aussi bien chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux.

Le principal facteur qui déterminait leur choix était l'intérêt pour un mode d'exercice professionnel. Venait ensuite le désir de tous d'exercer une activité de soins diversifiée, dans de bonnes conditions : bonnes relations confraternelles, flexibilité du rythme de travail, sécurité financière, etc. Les façons dont ils pensaient pouvoir y parvenir étaient parfois diamétralement opposées. Ainsi, pour tendre vers ce même idéal d'exercice, ils se dirigeaient vers un exercice salarié ou libéral, selon leurs croyances, leurs représentations, leur histoire personnelle et leurs expériences. L'expérimentation du libéral au cours des études ou des remplacements jouait un rôle majeur pour aiguiller ou conforter leur choix.

Le lieu d'installation pouvait être un facteur déterminant sur leur choix d'exercer en libéral ou salarié sous certaines conditions, notamment :

- qu'il soit compatible avec la vie personnelle, notamment en termes de distance avec le lieu de résidence ou avec l'école des enfants.
- qu'il permette d'atteindre l'objectif d'une activité de soins diversifiée dans de bonnes conditions. Il semblait être un critère influençant de façon mineure le choix du mode d'exercice. Le choix du lieu d'installation se faisait après celui du lieu de vie, sauf exception d'une opportunité. Un bassin de vie attractif ou « fonctionnel » (comme disait un des médecins interrogés) avait plus de chance d'attirer des jeunes médecins désireux de préserver une qualité de vie tout en exerçant un métier qu'ils jugeaient passionnant.

4 DISCUSSION

Les facteurs qui déterminent le choix d'exercice des médecins généralistes en secteur libéral ou en secteur salarié en Gironde sont multiples. Il y a en premier lieu l'intérêt pour un mode d'exercice. Cet intérêt est nourri par les perceptions qu'ont les jeunes médecins des missions du généraliste ambulatoire, par les stages et les cours du DES de médecine générale, par les remplacements et par l'identification possible à leurs aînés rencontrés dans la formation initiale. Les jeunes médecins désirent tous exercer une activité de soins diversifiée, dans de bonnes conditions. Pour parvenir à cet objectif, ils se sont dirigés vers un exercice salarié ou libéral, selon leurs croyances, leurs représentations, leur histoire personnelle et leurs expériences. L'intérêt professionnel et les conditions d'exercice n'ont pas été pas les seuls facteurs influençant leur choix. Il fallait que ces facteurs d'ordre professionnel soient en adéquation avec leur vie personnelle (sociale et surtout familiale).

D'autres facteurs étaient clairement freinateurs à l'installation en libéral :

- L'évolution de la relation médecin-malade, perçue comme péjorative : une tendance au consumérisme des patients et au clientélisme des médecins.
- Le paiement à l'acte comme mode de rémunération principal des médecins libéraux : la gêne occasionnée chez le médecin par l'échange d'argent, l'obligation de tenir une comptabilité.
- L'apprentissage insuffisant de l'exercice libéral, de la médecine générale, de la gestion du cabinet et de la comptabilité au cours de la formation initiale.
- La charge de travail et le rythme de travail, pouvant mettre à mal la vie personnelle ou occasionner du stress.
- Pour certains médecins, les missions du généraliste d'écoute, d'éducation à la santé, de coordination et de suivi ont été des freins à l'exercice libéral. Ces médecins, en quête de plus de technicité, plus d'actions ou de moins de relationnel, ont choisi l'exercice salarié.

Les tâches administratives effectuées dans l'activité de soins ne semblent pas être un frein à l'exercice libéral. Le lieu d'installation reste un critère mineur dans le choix du mode d'exercice.

Certains des jeunes généralistes ont été attirés dans les centres de santé par l'allègement possible du rythme de travail pour une meilleure qualité de soins, la facilitation de l'accès aux soins, le travail en équipe et l'acquisition de privilèges du salariat tout en exerçant la

médecine générale.

D'une manière générale ils ont trouvé que les mesures incitatives actuelles étaient insuffisantes, inappropriées voire méconnues.

4.1 LIMITES

Cette étude comprend de nombreux biais.

- Les médecins libéraux avaient souvent réservé une plage horaire spécifique généralement d'une durée de 30 minutes pour les entretiens. Le temps réservé pour celui-ci était donc limité. Les entretiens ont eu lieu soit en fin de matinée ou soit en début d'après-midi de manière avoir plus de temps. Certaines informations ont pu ne pas être données par les médecins par manque de temps. Au cours de certains entretiens, les médecins libéraux ont manifesté leur volonté de terminer l'entretien. Il est possible qu'ils aient décidé de répondre plus rapidement pour y mettre un terme. Le manque de temps et l'empressement des médecins libéraux ont pu être à l'origine d'un biais d'information.

- Le lieu des entretiens a été laissé au choix des médecins, pour faciliter l'échange. Un entretien a été réalisé en fin de matinée dans un café. Cela a permis de ne pas être limité par le temps. Mais le bruit environnant a pu gêner la qualité de l'entretien ainsi que la retranscription, occasionnant un biais d'information.

- Les entretiens ont souvent été interrompus, que ce soit avec des médecins libéraux ou des médecins salariés. Il s'agissait principalement d'appels téléphoniques d'autant plus fréquents que le médecin n'avait pas de secrétariat. Cela a pu altérer la fluidité de l'échange et occasionner un biais d'information.

- Plusieurs médecins très intéressés par le sujet ont continué un petit peu à parler du sujet de ma thèse après la fin de l'entretien. Certaines explications sur les raisons de leur choix d'installation ont été données en dehors de l'entretien, laissant supposer que le fait d'être enregistré avait généré une certaine retenue. Nous avons décidé de ne pas intégrer ces informations dans les entretiens dans la mesure où l'enregistrement avait pris fin. Cela a pu occasionner un biais d'information.

- La question de recherche et la méthode choisie imposaient aux interviewés de se remémorer de façon réflexive les facteurs ayant influencé leur décision d'installation. Les données recueillies étaient potentiellement sujettes à un biais de mémorisation.

- Il a été décidé de réaliser un enregistrement audio avec retranscription écrite du verbatim. L'enregistrement audio ne permettait pas de recueillir les aspects non verbaux de la communication. Malgré l'ajout de notes personnelles sur des aspects de la communication non verbale mis en évidence lors des entretiens (hésitation, haussement de voix, rires, etc.), il y a eu une perte non négligeable d'informations recueillies. Elle aurait pu être limitée par l'ajout d'un enregistrement vidéo, ou d'un observateur direct en plus du thésard. Le choix a

été fait de ne pas filmer ou adjoindre un observateur direct pour ne pas occasionner de gêne supplémentaire des médecins lors des entretiens. Le recueil des données par enregistrement audio seul et la retranscription (possible source d'erreurs) ont pu être à l'origine d'un biais d'information.

- L'expérience limitée du thésard comme intervieweur et sa posture de médecin en formation initiale ont pu influencer les médecins interrogés. Il est difficile de dire si elles ont été facilitateurs ou freinateurs au recueil des données.

- Nous avons, pour des raisons de faisabilité, redéfini, l'exercice salarié ou libéral. Pour notre étude, pouvait être considéré comme libéral tout médecin exerçant une activité mixte dont 75 % du temps professionnel est passé en libéral. Pouvait être considéré comme salarié tout médecin exerçant une activité mixte dont 75 % du temps professionnel est passé en salarié. Le fait de ne pas avoir individualisé les médecins ayant une activité mixte des salariés et des libéraux peut avoir été à l'origine d'un biais d'information.

- Nous avons eu des difficultés à trouver en fin d'étude des médecins correspondant aux deux profils suivants : homme médecin, salarié en zone rurale sans formations complémentaires et homme médecin, salarié en zone urbaine sans formations complémentaires. Nous avons fait le choix, parce que nous avons le sentiment d'être à saturation des données au 14^{ème} entretien, d'inclure à la place respectivement un deuxième homme médecin, salarié en zone rurale avec formations complémentaires et un deuxième homme médecin, salarié en zone urbaine avec formations complémentaires. Ces deux derniers entretiens n'ont pas permis de soulever de nouvelles hypothèses, confirmant l'obtention de la saturation des données. Il reste possible qu'un biais de sélection soit à l'origine de cette saturation des données.

- En ce qui concerne le recrutement, il n'y a eu aucun refus d'entretien. Cependant, deux médecins libéraux qui m'avaient donné leur accord par téléphone pour participer n'ont finalement pas été interviewés en raison de difficultés à fixer un rendez-vous, ces médecins étant peu disponibles. Il est possible que ces deux médecins aient des profils d'exercice différents de ceux des seize médecins interrogés. Si cela est le cas, leur non-inclusion a pu générer un biais de sélection.

- Nous avons proposé un dédommagement de 23 € aux médecins éligibles qui acceptaient de participer à l'étude. La majorité des médecins interviewés a accepté l'indemnisation de 23 €. Vu le temps moyen que les médecins interviewés nous ont accordé, il est peu probable que cette indemnisation ait fortement influencé la participation des médecins au point de générer un biais de sélection.

- Tous les médecins interrogés ont manifesté un vif intérêt pour le sujet, quel que soit leur

mode d'exercice. Ils ont tous souhaité recevoir le résumé du travail de thèse après sa soutenance. Il est possible qu'il existe un biais de sélection associé à l'intérêt porté au sujet : les plus intéressés se seraient sentis plus libres pour en parler et auraient répondu à notre sollicitation.

- Nous avons, pour des raisons de faisabilité, redéfini les termes zones urbaine/rurale. Ces définitions, différentes de celle de l'INSEE, ont très probablement pu générer un biais de sélection : les médecins interrogés sont *stricto sensu* tous issus de zones urbaines ou semi-urbaines.

- Nous avons choisi comme facteur de diversification de l'échantillon le sexe, le mode d'exercice et la réalisation de formations complémentaires. Nous aurions pu retenir l'exercice isolé ou en groupe comme critère de diversification de notre échantillon raisonné. Une variable à 4 modalités du type « exercice seul/ en cabinet de groupe/ en centre de santé/ en maison de santé ou pôle » aurait pu permettre d'enrichir l'échantillon. Nous ne l'avons pas fait pour des raisons de faisabilité. Cela est à l'origine d'un biais de sélection : aucun jeune médecin exerçant en centre de santé ou en maison de santé n'a été interrogé.

4.2 FORCES

Le choix de la méthode d'analyse qualitative se justifiait en raison de la nature de la question de recherche. Le but était de comprendre le raisonnement des jeunes médecins au moment du choix de leur mode d'installation libéral ou salarié. L'analyse qualitative cherche à décrire et à comprendre un phénomène, non pas à le mesurer, ce qui est l'objectif d'une étude quantitative. Cette dernière n'est pas adaptée à la compréhension des attitudes, des comportements et de la manière de penser des individus (76).

La réalisation d'entretiens semi-dirigés permet aux médecins interrogés de se sentir plus à l'aise qu'au cours de *focus groups* pour aborder les raisons de leur choix, notamment les raisons d'ordre privé et les expériences négativement perçues. Le choix du lieu d'entretien a été laissé au médecin pour faciliter l'échange. Les accords pour participer à l'étude et à être enregistrés ont systématiquement été recherchés. Un double enregistrement audio a été effectué pour anticiper les pannes ou les erreurs d'enregistrement. Une triangulation (à 2 ou à 3) aux différentes phases de codage ainsi qu'une triangulation des méthodes d'analyse axiale ont été effectuées pour majorer la validité interne de l'étude. La saturation des données a été obtenue dès le 14^{ème} entretien et deux entretiens supplémentaires ont été réalisés, pour majorer la validité interne de l'étude. Les 3 chercheurs ayant effectué le codage ont assisté à une, voire deux formations à l'analyse qualitative, délivrées par le Collège National des Généralistes Enseignants.

4.3 COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

4.3.1 Eléments connus de la littérature

4.3.1.1 L'équilibre vie professionnelle-vie personnelle

4.3.1.1.1 L'équilibre à travers un emploi du temps adapté

Les médecins ont cherché à trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Pour cela, ils se sont tournés vers l'exercice libéral pour certains ou vers l'exercice salarié pour d'autres. Un des moyens fréquemment évoqué pour trouver cet équilibre était l'aménagement de l'emploi du temps et des horaires de travail. Travailler à temps partiel, en particulier, avoir une journée de libre dans la semaine, était souhaité tout aussi bien par les médecins salariés que par les médecins libéraux de notre étude. Les hommes comme les femmes souhaitaient disposer de cette journée de congés. Le mercredi était souvent choisi par

les médecins qui étaient parents. Pouvoir adapter son rythme de travail en fonction de certains imprévus (familiaux ou autres) était également nécessaire pour certains praticiens. Cela peut se concevoir tant dans le secteur libéral que dans le secteur salarié. Adapter son emploi du temps en libéral semble possible principalement en s'installant en cabinet de groupe ou en cas d'installation isolée, en ayant recours à des remplaçants.

Aux urgences, le rythme de travail irrégulier apporte un avantage en termes d'organisation puisque cela permet de modifier son emploi du temps en fonction des jours de travail de son conjoint.

Certains médecins voient également dans l'exercice salarié la possibilité d'avoir des jours de congés supplémentaires.

L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle se conçoit donc en partie à travers un temps de travail moins important qu'auparavant (53). Une enquête de l'ORS de Franche-Comté a montré que 40 % des médecins considèrent que les difficultés de travail à temps partiel en libéral sont un frein à ce type d'installation (5).

Le désir d'avoir au moins $\frac{1}{2}$ journée de temps libre supplémentaire est perceptible dans des études réalisées auprès des internes ou médecins (51, 73). La journée de congé en semaine est souhaitée en libéral comme en salarié (73).

Dans une étude réalisée en 2007, les médecins libéraux ont placé les conditions de travail (horaires, congés, gardes etc.) en troisième position parmi les critères du choix professionnel (5). Ce critère était placé au deuxième rang par les médecins salariés. Les horaires étaient jugés attractifs en secteur salarié mais l'aménagement de ces horaires en fonction de sa vie personnelle et ses enfants était perçu comme un avantage en secteur libéral (5). D'ailleurs, les conditions de travail étaient considérées comme le facteur le plus important pour les femmes alors que les hommes ne le plaçaient qu'au cinquième rang. Un rapport de l'ONDPS a souligné que les médecins étaient attirés avant tout par la maîtrise des horaires journaliers. La possibilité d'exercer à temps partiel venait seulement en suivant (4). Ce dernier facteur était influencé par le sexe du médecin et le fait d'avoir des enfants. Il était typiquement plus cité par les mères de famille (4).

Tout ceci concorde avec notre étude : les médecins évoquent souvent l'influence des enfants dans leur choix de mode d'activité. Pour cela, certains se sont orientés vers le secteur libéral et d'autres ont rejoint le secteur salarié. La possibilité de réduire ses horaires de travail, en particulier le soir, permet de pouvoir s'occuper de ses enfants. Cela est préférentiellement décrit par les médecins salariés puisque l'exercice libéral implique souvent des horaires de

travail tardifs.

La thèse d'Emilie Bernard montre déjà ce sentiment de pouvoir réguler plus facilement ses horaires en secteur salarié (73). Cependant, d'autres études ont montré que l'activité libérale donne elle aussi la liberté de maîtriser son emploi du temps (6, 33, 70).

Dans une autre étude, les conditions de travail (horaires, congés, gardes etc.) influençaient le choix des médecins notamment pour les médecins salariés ; pour ceux-ci, ce critère arrivait en deuxième position, les libéraux le plaçaient en quatrième position (5). La possibilité d'avoir des congés supplémentaires en secteur salarié était perçue comme un avantage par des étudiants participant à une autre étude (73).

On a pu déterminer que le rythme de travail avait également un impact sur le lieu d'installation. L'exercice en zone rurale peut paraître compliqué en raison d'un emploi du temps chargé et l'impossibilité de maîtriser ses horaires. Dans les représentations, s'octroyer du temps libre semble plus compliqué dans certains territoires. Une étude de l'institut BVA (Institut d'études de marché et d'opinion) en 2008 a montré que favoriser le travail à temps partiel en zones sous dotées recueillait un avis favorable auprès de 75 % des médecins (62). Pouvoir prendre des congés et limiter le temps de travail hebdomadaire sont des critères jugés incitatifs par les étudiants et médecins d'une autre enquête (61). La peur des conditions difficiles de travail en zones rurales n'est cependant pas partagée par tous les participants de notre étude puisque certains jugent que l'exercice urbain risque d'entraîner une activité trop faible. Une installation en zone rurale est, pour eux, plus appropriée.

De manière similaire à ce que l'on retrouve dans une autre étude (73), un médecin de notre étude a souligné que le manque de connaissance de l'exercice en zone rural n'incitait pas à s'y installer.

Au cours des entretiens, le rythme de travail est apparu comme influant également sur le choix du cabinet puisque les médecins libéraux se dirigent la plupart du temps vers un exercice en cabinet de groupe. Cela permettrait, par exemple, d'avoir un jour de congé dans la semaine et d'éviter de travailler tous les samedis. L'installation en groupe pour maîtriser son temps de travail est perçue comme attractive par les étudiants d'autres études (33, 70). Il suffit alors de s'organiser avec ses collègues pour augmenter le temps consacré à sa famille et à ses loisirs (62, 70). Dans une autre étude, cela permet également d'exercer des activités complémentaires certains jours de la semaine, et ainsi d'alléger sa charge de travail (77).

4.3.1.1.2 Une charge de travail acceptable pour préserver sa vie privée

La charge de travail a été évoquée par les médecins comme un frein à une installation en libéral. Il était pour certains médecins de notre étude difficile voire, impossible de gérer son temps face à une charge de travail importante. La charge de travail et l'envie de maîtriser son temps de travail ont été citées par des médecins masculins et féminins. Cela confirmerait l'évolution vers une maîtrise du temps consacré à l'activité de soins des jeunes médecins, perceptible dans de nombreuses études pour consacrer plus de temps à leur vie personnelle (53, 62, 67, 78, 79). Les hommes tendraient également vers cet objectif.

Les étudiants et les médecins souhaitent pouvoir préserver leur qualité de vie et leurs loisirs (33, 62, 73, 78, 79). L'exercice en libéral est perçu dans la littérature comme rendant plus difficile l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle : elle est réputée occasionner une charge de travail plus importante que l'exercice salarié, avec une qualité de vie personnelle qui pâtirait de la situation (5, 6, 67, 73).

L'importance de la charge de travail a non seulement influencé le choix du mode d'exercice mais également celui du lieu d'activité. Certains médecins interrogés, uniquement des libéraux, ont souhaité s'installer en zone urbaine pour éviter une charge de travail trop importante en milieu rural. Cela leur permettait de maîtriser leurs horaires. Plusieurs d'entre eux décrivent les difficultés qu'ils ont rencontrées lorsqu'ils remplaçaient en zones rurales. Cette surcharge de travail en libéral et en zone rurale est décrite par les étudiants répondant à plusieurs études (33, 53). Cela les conduisait à penser que les horaires de travail y sont très importants et les jours de repos peu fréquents (53). Dans cette étude les zones rurales peuvent être attractives pour les médecins à condition que la charge de travail ne soit pas trop importante (53).

4.3.1.2 L'intérêt professionnel

4.3.1.2.1 L'intérêt du travail mis en avant

Un des principaux facteurs qui a influencé l'installation des médecins est l'intérêt professionnel qu'ils portent à leur future activité. Ils considèrent souvent ce critère comme le principal déterminant dans leur choix et cela a été décrit aussi bien chez des médecins libéraux que salariés.

Ce critère est retrouvé comme le premier élément à l'origine du choix professionnel dans une étude réalisée en 2007 (5). Il avait beaucoup d'importance pour 75 % des médecins de cette étude. Cependant, l'intérêt professionnel était plus discriminant pour les salariés que pour les libéraux (82 % des salariés lui accordaient beaucoup d'importance versus 69 % des libéraux). Un rapport de l'ONDPS de 2006 et la thèse d'E. Bernard montrent la place majeure de ce critère chez les médecins ou internes (4, 73).

- Pour beaucoup des médecins interrogés, c'est la diversité dans leur exercice qui est fortement appréciée. Ce critère a orienté certains médecins vers le secteur libéral et d'autres dans le secteur salarié. La médecine générale peut être perçue comme un métier diversifié, en particulier en secteur rural. Avoir une patientèle diversifiée rend le travail encore plus attractif grâce à la variété des consultations que cela engendre. Un médecin libéral interrogé a jugé que la médecine salariée correspondrait pratiquement à une spécialisation en raison d'une activité trop centrée vers un type particulier de patients.

La diversité peut également être obtenue en exerçant une activité complémentaire, ce qui est le cas pour plusieurs des médecins libéraux de notre échantillon. D'autres médecins, salariés, pensent l'avoir obtenue en orientant leur activité de soins : exercice en PMI ou aux urgences.

La médecine générale est donc perçue comme diversifiée parce que le médecin voit dans sa pratique des patients aux motifs de consultation très différents. Cette diversité peut s'accroître en exerçant des activités particulières telles que la chirurgie légère, des IVG, la nutrition, l'acupuncture, etc. (70, 73). Le médecin peut faire au cours de ses consultations de la pédiatrie, de la gériatrie ou encore de l'addictologie (70). D'autres thèses montrent le sentiment d'exercice diversifié qu'incarne la médecine générale (10, 78).

- Etre un acteur de soins de premier recours est un des critères ayant poussé des médecins libéraux à s'installer dans ce secteur d'activité. Ce critère est également recherché dans la médecine libérale en zone rurale. Il est aussi décrit par un urgentiste. Vouloir être un acteur de premier recours l'a incité à choisir son lieu d'exercice en zone rurale. Pour tous ces médecins, l'exercice de premier recours permet d'accroître la diversité de l'activité puisque les pathologies rencontrées sont très variées.

Les thèses de C. Chandez et F. Chiron montrent que l'exercice de la médecine comme acteur de premier recours est important pour les médecins qui ont décidé de s'installer comme généraliste en libéral (70). Cela évite au patient de devoir recourir à un service d'urgence (70). L'installation en zone rurale valorise le travail du médecin (70). La médecine qui y est pratiquée est plus variée avec, là encore, un large panel de motifs de consultations (53). Cette description du médecin généraliste comme acteur de soin du premier recours est en

adéquation avec les caractéristiques de la médecine générale telles qu'elles ont été définies par la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA). Le médecin généraliste est celui qui prend en charge tous les patients, sans discrimination et quel que soit leur problème de santé (aigu ou chronique). Son champ d'action est ainsi très large (80). Son action doit être centrée sur le patient, selon une approche globale de type *evidence based medicine* (81).

- Le désir d'exercer une activité orientée peut conditionner le type d'installation. Cela a été le cas pour le profil 5 qui souhaitait travailler aux urgences. Il n'a pas raisonné en termes de secteur salarié ou libéral. Le profil 2 souhaitait exercer uniquement une médecine technique et a donc choisi les urgences. En ce qui concerne le profil 14, c'est son désir d'exercer une activité de pédiatrie qui l'a poussé à s'installer en PMI, jugeant cette activité trop faible en médecine générale, y compris en zone rurale. Le profil 11 avait le même souhait de faire de la pédiatrie mais a orienté son type de patientèle en libéral vers les enfants. Le même souhait a donc abouti à deux modes d'exercice différents. Orienter sa patientèle a semblé motivant pour les étudiants participant à une thèse sur les déterminants du projet professionnel chez des internes, quel qu'ait été leur projet professionnel avant les ECN (10).

Le désir d'exercer une activité particulière a également eu une influence sur la volonté de s'installer en libéral. C'était le cas du profil 4 qui souhaitait exercer une activité d'acupuncture. La thèse d'E. Bernard (73) a montré que les internes interrogés appréciaient les possibilités d'orienter son activité en médecine générale. Il s'agissait d'une source de motivation pour exercer ce métier (73). Dans une autre étude, l'exercice libéral peut être perçu comme un moyen plus facile d'exercer une activité complémentaire à celle de la médecine générale (4). Il peut également permettre d'exercer une activité spécifique de manière exclusive (4).

La thèse de S. Eyraud montre le désir de certains étudiants d'exercer une médecine orientée vers les urgences en travaillant dans une association de type SOS-médecins (51).

4.3.1.2.2 L'autonomie dans le travail

Le désir d'autonomie dans le travail a également été mis en avant au cours d'un des entretiens de médecins libéraux. D'autres études montrent que l'installation en médecine générale suppose une liberté dans le travail, appréciée par les médecins (4, 6, 33, 70).

Cette indépendance professionnelle était considérée comme très importante pour les médecins libéraux interrogés dans une autre étude (5). Soixante-huit pour cent d'entre eux jugeaient ce

facteur comme ayant beaucoup d'importance. À l'inverse, seuls 11 % des salariés accordaient beaucoup d'importance à l'indépendance professionnelle, ce qui plaçait ce critère au dernier rang (5).

4.3.1.3 Gérer une entreprise libérale

La gestion du cabinet intervient dans notre étude comme un frein à l'installation en secteur libéral. La comptabilité est jugée comme chronophage et certains médecins souhaitent ne pas avoir à s'occuper de la gestion financière liée au paiement des consultations. Les médecins s'estiment peu formés à la gestion du cabinet et en particulier la comptabilité. Afin de pallier ce problème, certains médecins ont choisi de déléguer la tâche à un comptable.

Les médecins pour qui la gestion du cabinet a eu une influence négative sur leur installation en libéral pointent leurs difficultés et leur incompétence. Le nombre insuffisant de stages ambulatoires fait partie des raisons évoquées comme ayant empêché un apprentissage correct de l'exercice libéral. D'autres médecins considèrent que leur formation à l'exercice libéral a bien été le fait du stage ambulatoire, mais ils le jugent insuffisant pour avoir des connaissances satisfaisantes dans le domaine. Certains d'entre eux ont bénéficié de formations spécifiques souvent lors de journées dédiées à cet apprentissage ; mais il n'est pas ressorti, au cours des entretiens, d'influence notable de ces formations sur le choix du mode d'installation.

La thèse d'E. Bernard montre l'importance de la gestion libérale du cabinet comme frein à une future installation libérale. Le manque de connaissances face à cette gestion est souligné par les médecins interrogés dans cette étude (73). Ces manques sont également évoqués dans d'autres études comme frein à l'installation en médecine générale (5, 6, 35, 51, 60, 67, 71, 82, 83). Une étude auprès de médecins récemment installés en Île-de-France individualise les différents domaines dans lesquels ils considèrent leur formation insuffisante (67). Pour plus de 90 % des médecins, cela concerne les domaines financiers, administratifs et juridiques (67). Selon des étudiants, les procédures de création d'entreprise semblent ne pas avoir été suffisamment enseignées au cours de leur formation initiale (71).

On peut penser qu'une meilleure formation initiale à la création d'entreprise et à la gestion du cabinet pourrait permettre de réduire le sentiment d'incompétence face à ces tâches à réaliser en secteur libéral. Cela pourrait éviter l'influence négative de ce facteur à s'installer en libéral. Dans une thèse en 2011, la formation à l'exercice libéral semble d'ailleurs influencer positivement les médecins vers l'installation en médecine générale (35).

4.3.1.4 Une influence à travers les stages, les formations complémentaires et les remplacements

4.3.1.4.1 Les stages hospitaliers

Le nombre de stages ambulatoires au cours de la formation initiale des internes en médecine générale est apparu comme insuffisant dans notre étude. Les stages réalisés au cours des études ont été déterminants dans le choix du mode d'installation de certains médecins. Cela est davantage perceptible en ce qui concerne la médecine d'urgence ou la PMI : certains médecins ont décrit un déclic qui s'est produit lors d'un stage au cours de leur internat.

L'expérience au cours des stages hospitaliers intervient d'ailleurs davantage dans le choix des médecins salariés par rapport aux libéraux dans une étude réalisée en 2007 (5). Les médecins salariés jugent ce critère très important pour 39 % d'entre eux alors qu'ils ne sont que 25 % à le considérer comme tel parmi les libéraux (5). En ce qui concerne les stages ambulatoires, ils sont souvent évoqués comme pouvant inciter les jeunes médecins à s'installer en secteur libéral (4, 70). Une thèse sur l'étude des freins à une installation libérale ou salariée en soins primaires a montré que l'insuffisance du nombre de stages réalisés en ambulatoire par les étudiants a une influence négative sur le désir de s'installer en libéral (73). Les internes de cette étude considèrent que la formation est trop axée sur l'exercice hospitalier ; même constat dans la thèse de D. Fraizy interrogeant des médecins installés ou remplaçants (73, 82). A l'inverse, les stages hospitaliers peuvent aussi créer une lassitude chez les internes et les inciter à se détourner de l'exercice hospitalier à la fin de leurs études (70, 73). Les stages ambulatoires permettraient aux futurs médecins de découvrir la médecine ambulatoire (73). Les étudiants seraient favorables à la réalisation d'un stage en médecine générale avant les ECN (10). Cela pourrait aider les étudiants à choisir leur spécialité de façon plus éclairée (33). Des stages ambulatoires réalisés pendant les études sont souhaités par les étudiants (60).

En ce qui concerne le stage en dernier semestre, il devrait, selon l'un des médecins de notre étude, être intégralement consacré à l'apprentissage du futur exercice. Ce médecin a souligné l'importance que ce stage avait eu pour lui : il lui avait permis de trouver son poste actuel. Le stage du dernier semestre a déjà été décrit comme facilitateur de l'installation, en offrant parfois des opportunités aux futurs médecins (70). Dans une autre étude, ce type d'opportunité professionnelle, à la suite de stages ou de remplacements, est un facteur important dans la décision d'installation des médecins, qu'ils exercent en secteur libéral ou en secteur salarié (5).

4.3.1.4.2 Les formations complémentaires

Les formations complémentaires n'ont pas directement influencé le type d'installation des médecins de notre échantillon. Dans la plupart des cas, les médecins ont été obligés de réaliser ces formations pour pouvoir exercer une activité particulière. Cette activité particulière a pu constituer la totalité de leur exercice ou seulement une partie, en complément alors de leur activité de médecine générale.

La nécessité, pour certains internes, de réaliser une formation complémentaire à celle de la médecine générale est retrouvée dans la thèse d'Émilie Bernard (73). L'objectif des formations complémentaires est de pouvoir postuler à un poste salarié, ou d'exercer une activité complémentaire. Les médecins installés en secteur salarié seraient plus nombreux avoir réalisé une formation complémentaire que ceux installés en libéral (respectivement 84 % versus 33 %). Dans une étude, les femmes sont davantage représentées en secteur salarié et ont plus souvent une formation complémentaire que les hommes (5).

4.3.1.4.3 Les remplacements

Dans notre étude, plusieurs médecins ont été rebutés par les conditions de travail qu'ils ont expérimentées en zones rurales au cours des remplacements. Cela les a incités à ne pas s'installer en libéral. Les remplacements ont eu l'effet inverse sur d'autres médecins, l'installation en libéral ayant été favorisée par la réalisation de remplacements. Les remplacements ont donc une influence notable sur les choix d'installation des médecins. Pour certains, ils ont confirmé l'intérêt pour la médecine générale. Les remplacements constituent une suite à la formation initiale, avec la possibilité d'accroître son expérience pendant cette période (4, 69, 70). Remplacer dans plusieurs lieux permettrait aussi d'élargir l'éventail de ses opportunités potentielles d'installation (70). Les remplacements permettraient de prendre le temps de stabiliser sa vie personnelle avant de faire un choix d'installation (4).

4.3.1.5 Un Travail en équipe

- Les jeunes médecins préféreraient ne pas exercer seuls, en libéral comme en salarié. Ils évoquent le souhait de travailler en équipe. Un seul médecin interrogé s'est résolu à s'installer seul en libéral en raison du fait qu'il n'a pas trouvé d'association lors de son installation. Au moment de l'entretien, il se disait satisfait d'exercer seul dans son cabinet. Le réseau qu'il a

établi avec les autres médecins du secteur lui évite de se sentir isolé. Dans la littérature, la plupart des médecins qui s'installent à l'heure actuelle préfèrent s'installer en groupe (6, 14, 33-36, 61,71, 73).

Un sentiment d'isolement en médecine générale est parfois perçu par les jeunes médecins et constitue un frein à l'exercice libéral. Ce sentiment d'isolement en médecine générale est perçu par les médecins généralistes installés d'une autre étude (5) : les médecins salariés placent ce sentiment d'isolement en deuxième position parmi les freins à une installation libérale, alors que les médecins libéraux ne le rangent qu'en dixième position. Pour les futurs médecins, le cabinet de groupe permettrait d'éviter l'isolement en médecine générale (4, 33). Un travail d'équipe est plébiscité par les participants de différentes études (4, 10, 79). Des thèses réalisées auprès d'étudiants montrent une peur de l'isolement chez certains d'entre eux, même en cabinet de groupe (73, 78). Les internes peuvent ressentir le besoin d'exercer en équipe afin de poursuivre le partage entre pairs de manière analogue à ce qu'ils ont pu connaître à l'hôpital (73). La possibilité de travail avec des collègues spécialistes peut rendre l'exercice de la médecine générale moins stressant, selon une étude réalisée auprès d'étudiants : pouvoir leur adresser facilement des patients est rassurant (70). Selon une autre étude, cela permet aux étudiants de poursuivre leur apprentissage, en collaborant avec des spécialistes (77).

Le désir de travailler en équipe et de manière coordonnée est un facteur d'attractivité des MSP en zone rurale (61). Le développement de telles structures en zones sous dotées est plébiscité par les médecins (62).

Pouvoir travailler en collaboration avec des confrères pour prendre charge le patient fait partie des compétences du médecin généraliste (80, 81, 84).

- Les relations entre collègues ou avec la hiérarchie sont considérées comme des contraintes par certains médecins de notre étude, et motivent le choix de l'exercice libéral. Les étudiants qui souhaitent faire de la médecine générale avant les ECN seraient 79 % à vouloir éviter une hiérarchie dans leur exercice alors qu'ils ne seraient que 55 % dans le groupe de ceux qui n'a pas comme projet initial de faire la médecine générale (10). Choisir d'exercer en libéral dans le but d'éviter cette hiérarchie est retrouvé dans une autre thèse sur l'étude des facteurs influençant positivement installation libérale et dans une étude du CNOM sur de jeunes médecins installés (6, 70).

4.3.1.6 Quel type de relation avec son patient ?

- Plusieurs médecins évoquent une évolution péjorative de la relation médecin-malade ces dernières années. Cette évolution peut constituer un frein à l'installation. Ce frein est décrit dans d'autres études (5, 73).

Certains médecins ont évoqué une perte de la relation de soins. Le généraliste serait considéré comme un « *prestataire de services* ». Cela a été décrit dans une thèse sur les déterminants du projet professionnel chez des internes en médecine générale (10). Un étudiant sur cinq y considère le médecin généraliste comme tel. Ce sentiment est partagé par des étudiants ou médecins interrogés dans le cadre d'autres études (62, 71, 78). Les patients seraient dans la demande permanente et deviendraient de plus en plus procéduriers (71). La dégradation de la relation médecin-malade constituerait un frein à une installation libérale (5).

- Un autre élément qui est apparu au cours des entretiens est l'amélioration des connaissances médicales des patients notamment grâce à la généralisation d'Internet. Le patient deviendrait plus à même de juger de son propre état de santé et pourrait remettre en cause la parole du médecin. Cela a été mal vécu par un médecin de l'étude. Une étude réalisée en 2008 auprès de patients et de médecins généralistes montre que 24 % des médecins ont été confrontés à des patients qui contestaient leur diagnostic ou leurs traitements (62). Les patients sont 31 % à avoir recherché des informations sur Internet après ou avant avoir consulté leur médecin. Un des médecins de notre étude considérait que cela posait un problème alors que l'étude de l'institut BVA montre que, pour les médecins comme les patients, cela est enrichissant (62).

- La relation de proximité avec le patient est un facteur important dans le choix de l'installation libérale de certains médecins. Il s'agit de devenir le médecin référent des patients, le médecin de famille. Cela peut constituer une raison pour exercer en libéral mais également pour exercer en zone rurale. Il s'agit d'un facteur retrouvé dans la littérature comme influençant l'installation libérale (70, 73) et en zones rurales (53). Une thèse relate que les relations privilégiées avec le patient sont un critère important dans le choix des étudiants pour l'exercice de la médecine générale (70). Il s'agit d'une des motivations essentielles pour exercer ce métier dans d'autres études (6, 33, 77). Le médecin généraliste a l'avantage d'être au contact de ses patients et de sa famille. Il assure un suivi sur le long terme (70). Les étudiants se sentiraient concernés par l'exercice de ces missions du généraliste, c'est-à-dire prendre en charge les patients en tenant compte du contexte familial, social et culturel dans

lequel ils vivent (80, 84). Une autre thèse montre que certains étudiants ne se sentent pas aptes à devenir les interlocuteurs privilégiés du patient et de sa famille (73).

4.3.1.7 Les opportunités d'installation

Les opportunités d'installation en secteur libéral ou les propositions salariées peuvent avoir une influence sur le choix de mode d'activité des médecins dans notre étude. C'est ainsi que plusieurs d'entre eux ont choisi l'exercice libéral à la suite d'une proposition d'installation. Pour d'autres, l'absence de postes salariés proches de leur lieu d'habitation, les a conduits à ne pas exercer ce mode d'activité. Le manque d'opportunités appropriées est retrouvé dans une autre thèse comme facteur freinant l'installation en libéral (73). Les étudiants souhaiteraient rester près de chez eux et avoir des locaux adaptés (73). S'installer sur proposition suppose d'avoir trouvé à la fois des conditions de travail satisfaisantes, des infrastructures médicales adéquates (plateau technique etc.) mais également un cadre de vie agréable (70). L'opportunité comme facteur d'installation est également retrouvée dans une thèse sur les déterminants à l'installation en médecine générale (35). Ce facteur est classé en deuxième position parmi ceux ayant influencé positivement leur installation (35). Dans la thèse de S. Hugé, les jeunes médecins classent l'opportunité au premier rang parmi les critères d'installation, souvent à la suite d'un remplacement (65). Les opportunités d'installation sont également prises en compte dans une thèse sur les facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale (70).

4.3.1.8 Les aspects financiers

- Les facteurs financiers ont été retrouvés dans notre étude parmi les critères ayant influencé les médecins dans leurs choix.

Les pouvoirs publics essaient d'inciter les jeunes à s'installer en libéral grâce à des aides, souvent financières (13, 51, 52). Le niveau de revenu ne serait pas la première préoccupation des médecins (5, 33, 35, 51-53, 62, 68). Nous retrouvons un résultat similaire dans notre étude. Par exemple, plusieurs jeunes médecins ont préféré un exercice salarié malgré une rémunération moindre. Ils voyaient dans le salariat un moyen d'obtenir d'autres avantages qu'ils trouvaient plus importants que leur niveau de revenu. D'autres études montrent que le temps de travail prime sur la rémunération (4, 35, 51). Les femmes sont plus nombreuses à accepter un poste salarié avec une rémunération peu attractive (59). Les revenus tirés d'une

activité salariée sont considérés comme étant moindre qu'en libéral (73). Cela n'a pas été perçu comme un frein par les médecins de notre échantillon.

- Le niveau du revenu aurait, à l'inverse, davantage d'influence sur le choix du lieu d'installation. Un exercice en zone rurale permet d'avoir plus rapidement une activité suffisante pour l'obtention d'un niveau de revenu confortable dès le début de l'activité (54).

L'exercice en cabinet de groupe permet de réduire les charges du cabinet et de réduire ainsi ses dépenses (4, 70, 73).

- Si le niveau du revenu n'est pas apparu comme un critère majeur déterminant le mode d'installation, la possibilité de gagner davantage en libéral est évoquée par certains d'entre eux. L'exercice libéral permettrait d'adapter ses revenus en fonction de ses besoins, ce qui est décrit dans une autre étude (70).

4.3.1.9 Les tâches administratives

Les tâches administratives à réaliser en médecine générale ont été rarement mises en avant par les médecins comme facteur ayant influencé leur choix. Ces différentes tâches, telles que les arrêts de travail ou les bons de transport, sont également réalisés par de nombreux médecins exerçant en structure salariée, ce qui peut expliquer que ce facteur n'ait pas été prépondérant dans notre étude. Un des médecins généralistes souligne quand même l'aide que lui apporte son logiciel informatique médical ainsi que la possibilité de transmettre directement certains formulaires administratifs à la sécurité sociale.

Il est probable que les médecins interrogés n'ont pas toujours clairement fait la distinction entre les tâches administratives et la gestion du cabinet. Cet amalgame peut être dû au fait que les questions, sur ce sujet, n'ont pas été bien posées par l'intervieweur. Il peut aussi s'expliquer par un manque d'engouement des médecins à effectuer des tâches ne relevant pas directement du soin sur leur temps professionnel. De nombreux médecins semblent ainsi ne pas distinguer les deux. Cela est déjà le cas dans une thèse sur l'influence des tâches administratives comme frein à une installation libérale (60). Les tâches administratives sont généralement mal perçues par les étudiants et les médecins (71). Ils s'estiment souvent mal formés à ces tâches. L'expérience leur permet de pallier progressivement ces difficultés (71).

4.3.1.10 Des aides mal connues et inadaptées

Les aides à l'installation, sauf les aides financières, étaient peu connues par les médecins de notre étude au moment où ils ont fait leur choix. Quelques uns ont des connaissances plus précises actuellement. Plusieurs d'entre eux n'ont d'ailleurs pas fait de demande particulière pour pouvoir en bénéficier. La méconnaissance des aides disponibles en France et des procédures pour en bénéficier a déjà été décrite (35, 74, 85). Une thèse sur les connaissances et la perception des mesures dites incitatives à l'installation montre que les internes sont moins de 30 % à connaître les aides à l'installation (85). L'étude montre que le niveau moyen de connaissance de ces aides augmentait au fur et à mesure que les internes avançaient dans leur cursus d'internat. Les aides les plus connues des étudiants étaient le CESP, les indemnités de déplacement et de logement, la prise en charge des frais d'investissement et de fonctionnement liés à l'activité de soins et la mise à disposition de locaux ou de logements par les collectivités territoriales (85).

Les mesures les plus populaires auprès des étudiants concernent les frais d'investissement et de fonctionnement liés à l'activité de soins, la mise à disposition de locaux ou de logement, l'avenant n° 20 à la convention médicale 2005, l'outil C@rtoSanté mis en place par l'assurance-maladie, les exonérations liées à la permanence des soins ambulatoires, les exonérations de CFE et les exonérations de cotisations patronales (85). Des résultats similaires ont été trouvés dans une autre étude (67).

Certains médecins de notre étude considèrent les aides proposées comme insuffisantes voire inadaptées pour inciter les jeunes médecins à s'installer dans des zones sous dotées. La thèse d'A. Décorde montre que pour 98 % des jeunes installés, les aides à l'installation existantes n'ont pas influencé leur choix (35). Ces propos sont retrouvés dans d'autres études (6, 67, 74). Pour les médecins, les aides ne sont souvent disponibles qu'en zones rurales. Les aides financières n'avaient pas d'importance pour eux dans la mesure où les raisons pour lesquelles ils ne souhaitaient pas s'installer dans ces zones n'étaient pas d'ordre financier. Un médecin interrogé pensait d'ailleurs que les revenus gagnés en zone rurale étaient probablement d'un niveau supérieur à ceux gagnés en zone urbaine. Les médecins souhaitaient avant tout avoir des conditions de travail satisfaisantes, que leur conjoint ait un travail et leur famille, une meilleure qualité de vie. Ces arguments sont en cohérence avec ce que retrouve P. Gicquel dans sa thèse (74). Les revenus n'y sont pas les éléments les plus déterminants pour s'installer, il s'agit plutôt de travailler moins pour se libérer du temps pour sa vie privée et ses loisirs. La

qualité de vie est jugée plus primordiale qu'un apport financier supplémentaire qui passe au second plan (74).

4.3.1.11 Une attirance des médecins pour les centres de santé

Plusieurs médecins, libéraux comme salariés considèrent que les centres de santé ne peuvent constituer la règle et être généralisés à l'ensemble du territoire français. Cela est en adéquation avec le rapport du sénateur Maurey sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire (22). Ces centres de santé seraient, pour les médecins de notre étude, plus adaptés dans des zones rurales à faible densité médicale. Le développement des centres de santé en zones rurales ou semi-rurales promis par l'engagement n° 12 du Pacte Territoire Santé correspondrait ainsi aux attentes de certains médecins (31, 44).

De nombreux facteurs facilitant l'installation en centres de santé ont aussi été cités comme des critères influençant l'installation en secteur salarié ou freinant l'installation en libéral. Un des principaux avantages que les médecins voient à exercer en centres de santé est la possibilité de conserver une activité de médecine générale tout en ayant un statut de salarié. Ceci est vrai tant pour les médecins salariés que les libéraux. Ces centres permettent aussi un travail en équipe. L'absence de paiement à l'acte est considérée comme un attrait des centres de santé. Un rythme de travail perçu comme plus flexible, avec la capacité d'adapter le temps des consultations en fonction des pathologies des patients est souhaité par les médecins. Éviter la gestion du cabinet et la comptabilité, considérées comme chronophage en secteur libéral, a été souvent évoqué par les médecins qui exerçaient tant en secteur salarié qu'en secteur libéral. Certains facteurs ont été mentionnés comme des avantages à exercer dans ce type d'établissement alors que l'on ne les avait pas retrouvés parmi ceux pouvant influencer leur choix vers un exercice salarié. Il s'agissait d'un meilleur accès aux soins des patients et d'une retraite plus sûre. Un des médecins salariés a fortement insisté sur le nécessaire accès aux soins de toute la population, par la dispense d'avance de frais notamment. Une étude réalisée en 2011 montre que les patients qui consultent des généralistes en centres de santé sont dans une situation socio-économique plus défavorable (86). Les patients consultant en médecine générale en centres de santé et disposant d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C seraient plus précaires. La question de l'accès de ces patients à une complémentaire santé est alors posée (86). Afin de résoudre ce problème, la CMU-C ou l'Aide Complémentaire Santé pourraient être plus accessibles et l'on pourrait étendre le dispositif du tiers payant sur

la part complémentaire dans les centres de santé. Actuellement ceci n'est pratiqué que dans certains centres (86).

Plusieurs critères personnels ont été cités par les médecins de notre échantillon tels qu'un gain de temps, une meilleure protection sociale ou encore une question de personnalité. Ces trois critères ont également été cités comme ayant influencé certains médecins à s'installer en secteur salarié.

La possibilité de travailler dans une structure salariée en exerçant une activité de médecine générale est plébiscitée dans la thèse de H. Texier sur l'attractivité à l'installation en milieu rural des MSP en 2013. Ces étudiants, qui refusent de s'installer en MSP, sont 35 % à être attiré par ce type d'établissement en raison de son caractère salarié (61).

4.3.1.12 Des critères personnels

4.3.1.12.1 La protection sociale

La protection sociale a souvent été citée comme facteur déterminant le choix des médecins de notre étude. Des médecins libéraux, pas nécessairement mécontents de leur protection sociale actuelle, évoquent la nécessité d'avoir recours à une assurance privée pour la compléter. Pour d'autres libéraux, leur protection leur convient pour le moment, puisqu'ils n'ont pas eu, jusqu'ici, de graves maladies ou de grossesse. Le statut libéral offrirait une plus faible protection sociale aux médecins et ce sont les femmes qui auraient davantage du mal à s'en accommoder, notamment en ce qui concerne les congés maternité (2, 6). Cela pourrait influencer le choix de certains médecins et les faire choisir le secteur salarié (2). Ce problème pourrait être d'autant plus important que les professions médicales se féminisent (2, 33). Cependant, la protection sociale est moins prise en compte par les répondants à une autre étude (79).

4.3.1.12.2 Les expériences personnelles

Le vécu personnel pourrait influencer les choix d'installation des médecins. La thèse d'Émilie Bernard a montré l'absence de frein à une installation libérale pour des médecins dont les parents étaient généralistes (73). Dans une autre thèse, des étudiants souhaitent suivre l'exemple de leurs parents, envisageant une installation en médecine générale libérale (70). Le médecin traitant peut aussi constituer un exemple à suivre (70).

Dans notre étude, l'expérience familiale a pu également dissuader certains médecins de choisir le même mode d'activité que leurs parents.

4.3.1.12.3 Le rôle du conjoint

Les conjoints ont influencé le choix des médecins de notre échantillon en termes de mode d'activité et de lieu d'exercice. L'objectif était une nouvelle fois d'avoir du temps libre pour sa famille. Les médecins qui ont mentionné ce facteur sont tous parents.

Certains médecins de notre étude ont déménagé en raison de la mutation de leur conjoint. Un des médecins en a profité par exemple pour avoir une expérience salariale ; un autre s'est orienté vers une structure salariée en raison de la difficulté pour trouver des remplacements dans un secteur pas trop éloigné du domicile. Une étude de 2007 montre que parmi les critères discriminants de choix professionnel, l'opportunité professionnelle du conjoint arrive au cinquième rang chez les médecins salariés alors que les libéraux placent ce critère en neuvième position (5). Peut-être était-ce dû à la possibilité, en secteur libéral, de travailler dans davantage de zones géographiques qu'en secteur salarié, les médecins libéraux ayant moins de restrictions en termes de lieu d'exercice.

De manière analogue à ce qui est retrouvé dans plusieurs études, les possibilités de travail du conjoint ont influencé le lieu d'exercice des médecins interrogés (61, 65, 73, 74). Cela a été évoqué chez des médecins libéraux et salariés de notre étude.

4.3.2 Eléments peu ou pas retrouvés dans la littérature

4.3.2.1 Des conditions de travail source du stress

Les possibles répercussions psychologiques de l'exercice libéral ont freiné plusieurs des médecins de notre échantillon à s'installer en libéral. Ils ont ressenti du stress au cours de cet exercice. Les urgences et la permanence des soins semblent être en grande partie responsables de ce stress. Cela peut dissuader certains médecins d'exercer ce type d'activité malgré une attirance pour la médecine générale. Cela a été le cas du profil 13 pour qui gérer les urgences étaient trop difficiles en raison de l'isolement du médecin généraliste dans certaines prises en charge. Le travail en équipe fait d'ailleurs partie des raisons pour lesquelles il a choisi l'exercice salarié. Un des médecins urgentiste a suggéré le risque de burn-out en médecine générale. La permanence des soins est également retrouvée comme facteur de stress en raison du rythme de travail imposé par la nécessité de travailler le lendemain des gardes. Toutes ces

difficultés semblent d'autant plus importantes que l'exercice se situe en milieu rural.

Le stress lié aux urgences en zones rurales est décrit dans la thèse de S. Hugé où certains médecins considèrent leur formation insuffisante pour y faire face (65).

Le stress au travail peut également être la conséquence des difficultés face à la gestion du cabinet. Le fait de se sentir incompetent dans ce domaine semble en grande partie être à l'origine du stress occasionné. Les profils 6 et 10 décrivent bien cet aspect puisque leurs discours mettent en évidence une relation de cause à effet entre leur incapacité à résoudre ces problèmes et l'anxiété qui en résulte.

4.3.2.2 Se former davantage

La possibilité de se former davantage au cours de son exercice professionnel a motivé plusieurs médecins de notre étude à choisir leur mode d'activité. Plusieurs médecins sont séduits par la nécessité d'entreprendre en permanence des formations complémentaires afin d'accroître leurs connaissances. Ces formations complémentaires permettent de diversifier l'activité.

4.3.2.3 Instabilité des conditions d'exercice

Un des médecins a été freiné par l'exercice libéral en raison d'un manque, selon lui, de stabilité des conditions d'exercice dans ce secteur d'activité. Il pense que la sécurité sociale ou les pouvoirs publics modifient ces conditions trop fréquemment et se dit ravi d'exercer une activité mixte de manière à pouvoir plus facilement passer d'un secteur à l'autre en fonction de l'évolution de la situation. Il s'agit de la même raison qui le freine à une éventuelle installation en centre de santé.

Une autre étude montre des résultats similaires, l'instabilité perçue des conditions d'exercice est un frein à une installation libérale (5). Il s'agit des conditions d'exercice à venir, jugées incertaines.

4.3.2.4 Des revenus réguliers

Un des aspects recherché par les médecins lors de l'installation a été la régularité des revenus. Avoir des revenus plus réguliers que lors des périodes de remplacement est retrouvé comme

facteurs influençant l'installation dans d'autres études (35, 69). L'activité mixte permettrait d'obtenir un salaire fixe, en complément de la part libérale (11, 51). Cependant, on retrouve peu d'études sur la régularité des revenus comme facteur influençant les choix d'installation.

Un facteur s'en rapprochant et décrit dans une étude pourrait être la sécurité de l'emploi. Ce facteur est jugé important pour 40 % des salariés interrogés dans une étude, alors que ce n'est le cas que pour 11 % des libéraux (5).

4.3.2.5 Les visites à domicile

Les visites à domicile ont été évoquées au cours de plusieurs entretiens comme ayant influencé l'installation aussi bien dans le secteur libéral que le secteur salarié. Un des médecins généralistes a d'ailleurs choisi de s'installer en zone rurale pour en effectuer davantage car il juge que cela rend son travail encore plus intéressant.

Pour des internes et jeunes médecins en médecine générale, les visites sont perçues comme un acte éthique si les patients ne peuvent se déplacer (70). Connaître leurs conditions de vie réelles en se rendant à leur domicile accentue encore l'utilité de ces visites (70).

Dans une autre étude, les visites à domicile ont été davantage citées comme frein à une installation en zone rurale : les visites sont mal considérées en cas d'exercice rural (65). Se déplacer sur des territoires à la campagne peut poser problème à certains médecins (65). Les visites à domiciles augmenteraient la charge de travail des médecins (51). L'importance des distances dans ces territoires serait chronophage (61). Des internes souhaitaient limiter les visites aux seuls patients le nécessitant vraiment (73).

4.3.2.6 Une comparaison père/fils

Un médecin urgentiste a été freiné dans l'installation en libéral par la comparaison faite par les patients entre son exercice et celui de son père. Il semble ne pas avoir apprécié cette situation vécue lorsqu'il a remplacé son père, installé en médecine générale.

4.3.2.7 Conduire pour se rendre au domicile des patients

Les visites à domicile peuvent poser un problème aux médecins en raison de la nécessité de conduire un véhicule pour se rendre chez les patients. Ce n'est donc pas directement les visites à domicile qui constituent un frein mais la conduite automobile.

4.3.2.8 La personnalité, les convictions personnelles

Des convictions personnelles au sujet de la médecine générale libérale sont apparues au cours des entretiens réalisés avec les médecins. Un médecin interrogé a rapporté que le choix du mode libéral était une question idéologique : pour lui, médecine générale implique forcément un exercice libéral. La personnalité est également intervenue dans le choix des médecins. Certains d'entre eux considèrent qu'ils sont faits pour exercer en libéral alors que pour d'autres, ils considèrent que ce n'est pas dans leur tempérament.

Certains médecins seraient ainsi "faits" pour exercer en libéral, d'autres pas. Dans les représentations de certains, les généralistes seraient forcément des gens ayant « une mentalité de libéral ».

Ce facteur se rapproche de la conviction personnelle de certains étudiants interrogés dans le cadre de la thèse de C. Chandez et F. Chiron (70). La médecine générale libérale est pour eux une vocation. Cela est cependant contredit par d'autres travaux. Dans une thèse réalisée en 2005, seuls 23 % des internes en médecine générale n'ayant pas de projet professionnel avant les ECN, ont le projet de s'installer en libéral après leurs études (10). Ceux dont le projet était initialement de faire de la médecine générale, sont 27 % à souhaiter s'installer en libéral. L'activité salariée est envisagée principalement par ceux qui ne souhaitent pas faire de la médecine générale avant les ECN, à savoir 40 % d'entre eux. Quelque soit leur projet professionnel initial, c'est l'activité mixte qui est davantage plébiscitée par les étudiants (10). Plus qu'une vocation ou un état d'esprit, il semblerait que vouloir initialement faire de la médecine générale et préparer un projet professionnel d'installation en amont de ses choix définitifs, soient des facteurs facilitant l'installation en médecine générale libérale.

4.3.2.9 La perception d'une grossesse dans son entourage professionnel

La grossesse a également influencé un des médecins vers le salariat en raison d'un élément non retrouvé dans la littérature. Il s'agit de l'acceptation de la grossesse par ses collègues. Il faut souligner que ce médecin exerce en PMI, les professionnels de santé y travaillant sont peut-être plus enclins à accepter cette situation. Les autres médecins salariés n'en ont pas parlé. Être enceinte permet également de se projeter dans l'avenir avec un désir d'avoir suffisamment de temps libre pour s'occuper de l'enfant à naître. Cela a freiné un des médecins à s'installer en libéral.

4.3.3 Instauration d'un tiers payant généralisé

Promouvoir les centres de santé conduit à se poser la question du bénéfice du tiers payant du point de vue des médecins et les patients. En effet, le paiement à l'acte semble poser problème à plusieurs médecins de notre étude. Cela a peut constituer un inconvénient pour eux mais également pour les patients, notamment en raison d'une restriction de l'accès aux soins.

Le paiement à l'acte est perçu par les médecins de notre étude comme le seul mode possible de rémunération en libéral. Aucun d'entre eux n'a évoqué les possibilités de rémunération forfaitaire ou les nouveaux modes de rémunération qui se développent actuellement. Cela peut s'expliquer en partie par un biais de sélection généré par la non-inclusion de jeunes médecins exerçant en MSP ou en centres de santé dans notre étude. Il est aussi possible que les médecins de notre étude aient abordé la question d'accès aux soins et de la dispense de frais en raison d'une réforme évoquée dans les médias au moment de la réalisation des entretiens. Celle-ci prévoit d'instaurer dans les années à venir un tiers payant généralisé. Ce sujet d'actualité a pu influencer les médecins dans leurs réponses et générer un biais d'information.

Le paiement à l'acte engendre donc plusieurs types de difficultés : en ce qui concerne les patients, il pourrait limiter l'accès aux soins de ceux en difficulté financière ou en situation précaire. Du côté des praticiens, il pourrait introduire un comportement clientéliste en vue de gagner davantage en faisant inutilement plus d'actes. Le risque de comportement clientéliste des médecins répondant aux exigences de prescription des patients a été souligné dans une étude menée par le CNOM (6).

Une étude, réalisée en 2007, montre que si un comportement "d'abattage" existe en raison du paiement à l'acte, cela altère la qualité des soins (51). Le temps consacré à l'écoute du patient et à la prévention est remplacé par des prescriptions parfois inadaptées (51). Certains médecins souhaitent que les modes de rémunération en libéral se diversifient (51). Ajuster le tarif de la consultation en fonction du temps passé avec le patient est également souhaité par certains médecins dans la thèse d'E. Bernard (73).

Le paiement à l'acte n'est pas nécessairement remis en cause par tous les médecins. Dans une enquête réalisée en Ile-de-France, des internes et médecins en médecine générale récemment installés souhaitent majoritairement conserver le paiement à l'acte (67).

Le tiers payant a fait l'objet d'un rapport par l'IGAS en 2013 (87) en vue d'une généralisation de ce dispositif, déjà utilisé couramment par certains professionnels de santé, comme les pharmaciens. Actuellement en France, les médecins sont généralement payés par les patients au décours de la consultation. Ces patients sont secondairement remboursés par leur assurance maladie obligatoire et leur complémentaire (AMO et AMC). Le principe du paiement direct des actes au médecin est régi par l'article L 162-2 du code de la Sécurité Sociale et le remboursement des honoraires au patient par l'assurance-maladie intervient dans le cadre de l'article L 322-1 du code de la Sécurité Sociale (87).

Depuis une quarantaine d'années, le patient peut bénéficier en ville d'un tiers payant pour les actes coûteux ou s'il a des revenus modestes. Le tiers payant est autorisé pour 5 ans sous la convention nationale du 26 juillet 2011 et dans le cadre de l'article L 162-5, 2 bis du code de la Sécurité Sociale. Actuellement le tiers payant représente environ 35 % des actes effectués en milieu ambulatoire (87). Il existe d'autres exceptions à l'avance des frais répondants à des situations particulières ou à une prise en charge dans des lieux spécifiques (87) :

- Les patients précaires peuvent bénéficier de la dispense d'avance des frais, notamment les bénéficiaires de la CMU, de l'AME ou ceux pour lesquels des accords locaux ont été signés entre les caisses d'AMO et les organisations syndicales représentatives des médecins. Le tiers payant peut être demandé par le médecin traitant pour ses patients précaires. Enfin, les détenus ont accès à la dispense d'avance des frais.
- Les actes onéreux font l'objet d'un tiers payant uniquement pour la part AMO. Les frais liés aux accidents de travail et maladies professionnelles sont également concernés par cette mesure.
- Les actes réalisés en centres de santé, en centres de PMI, dans des établissements de santé et aux urgences.
- Les actes spécifiques : les actes de nature préventive proposés par les organismes publics, ou les actes médicaux réalisés en cas d'anomalies décelées dans le bilan de dépistage fait dans un centre d'examen de santé.

Le patient peut également bénéficier de la dispense d'avance des frais si l'acte médical est réalisé dans le cadre de la permanence de soins.

Il existe des territoires où le tiers payant est déjà généralisé, ce qui permet de mettre en évidence de manière concrète les avantages et les inconvénients d'un tel système. Sur l'île de la Réunion, le tiers payant s'est développé en raison de la précarité de la population (87). Selon le rapport de l'IGAS, le tiers payant aurait été facilité grâce un faible nombre

d'organismes gérant la part complémentaire du tiers payant ou grâce à sa prise en charge par des organismes externes. Ces organismes permettraient de réduire les tâches administratives des médecins liées à la gestion du tiers payant. Il existerait néanmoins des freins à sa généralisation tel qu'un délai de paiement parfois long ou une gestion technique du tiers payant qui peut s'avérer complexe (87). Le rapport conclue que la généralisation du tiers payant est techniquement possible et se justifie tant vis-à-vis des patients pour un meilleur accès aux soins que vis-à-vis des médecins qui n'auraient plus à se soucier des possibilités financières de leurs patients. Ce rapport précise également que cette généralisation devrait être associée à un dispositif permettant au patient de connaître le coût de ses dépenses de santé (87). Il s'agit d'un élément qui a été évoqué au cours des entretiens dans notre étude et qui était à l'origine d'une certaine méfiance vis-à-vis du tiers payant.

5 CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

La plupart des médecins, qu'ils soient salariés ou libéraux, ont recherché la même chose en s'installant : pouvoir concilier leur vie personnelle et leur vie professionnelle, satisfaire leur intérêt pour l'exercice professionnel choisi et travailler dans de bonnes conditions.

Réussir à équilibrer sa vie personnelle et sa vie professionnelle consiste en partie à trouver le rythme de travail le plus adapté en termes de temps libre hebdomadaire, de jours de congé ou encore des horaires de travail. La formation à l'exercice libéral est considérée comme insuffisante par les médecins avec pour conséquence des difficultés dans la gestion du cabinet et dans la comptabilité une fois les médecins installés en libéral. La liberté dans l'exercice professionnel a été évoquée par les médecins, libéraux comme salariés. Ils veulent pouvoir facilement adapter leur emploi du temps professionnel, en fonction d'aléas personnels. Ils espèrent une certaine autonomie dans le travail. Ils souhaitent pouvoir parfois gagner davantage, en fonction de leurs besoins. Même s'ils s'attendent à un niveau minimum de revenu, ce facteur n'est pas un critère majeur de leur choix. Ils sont d'ailleurs prêts à gagner moins pour travailler mieux. Les médecins sont aussi influencés dans leur choix par leur vécu personnel et leurs expériences professionnelles, notamment par les stages du D.E.S. et les remplacements. Ils prennent enfin en considération leurs représentations et leur vécu au sujet de la relation médecin-malade, des relations confraternelles et des conditions de travail pour choisir leur mode définitif d'installation.

Le développement possible des centres de santé dans les années à venir nous a poussé à sonder le sentiment des médecins quant à ce type d'exercice. La possibilité d'exercer la médecine générale tout en ayant un statut de salarié est le facteur le plus attractif. À cela s'ajoutent :

- un allègement du rythme de travail pour un soin de meilleure qualité ;
- le travail en équipe pour une prise en charge commune des patients, dans une ambiance plus favorable ;
- et enfin, un meilleur accès aux soins des patients grâce au tiers payant.

De nombreuses aides incitatives à l'installation ont été mises en place par les pouvoirs publics sans pour autant modifier de manière notable le comportement des jeunes médecins, qui continuent à délaisser le secteur libéral. Ces aides sont perçues comme étant de nature quasi-exclusivement financière. Outre leur méconnaissance auprès des étudiants, des remplaçants et des jeunes installés, ces aides sont perçues comme inadaptées.

Finalement, les jeunes médecins recherchent tous des choses assez similaires : s'épanouir au

travail tout en conciliant vie personnelle et vie professionnelle. Ils choisissent le secteur d'activité qu'ils pensent le plus en accord pour aboutir à ce qu'ils souhaitent. En fonction de leur vécu, de leur formation initiale, de leurs remplacements, de leurs rencontres et de leur projet de vie. Le comportement des jeunes médecins se rapprocherait en cela de celui du reste de la population générale du même âge.

Perspectives politique et de formation initiale

Pour que l'opinion des jeunes médecins change au sujet de l'exercice de la médecine générale libérale, il faudrait que leur formation initiale propose plus de stages ambulatoires ainsi que plus de cours théoriques sur la gestion du cabinet ou la comptabilité. La médecine générale, ça s'apprend ; l'exercice libéral aussi. Prolonger le DES de médecine générale d'une année supplémentaire et consacrer cette dernière année à l'acquisition de compétences professionnelles est une piste à creuser pour l'avenir. Il faudrait aussi que le stage en médecine générale en deuxième cycle des études médicales soit réellement obligatoire. Cela nécessite probablement qu'il y ait plus de maîtres de stage en mesure de les accueillir.

Il faudrait aussi que les internes en DES de médecine générale rencontrent plus de jeunes pairs épanouis dans l'exercice de leur profession, pour favoriser le processus d'identification. Une politique de recrutement plus ardue de jeunes médecins généralistes dans l'enseignement facultaire et dans la maîtrise de stages ambulatoires pourrait accroître les possibilités des jeunes internes à s'identifier à leurs pairs.

Qui dit plus de stages ambulatoires et plus de cours sur la gestion du cabinet, dit plus de moyens humains dans les DMG français: plus d'universitaires, plus d'attachés d'enseignement, plus de maîtres de stage ambulatoires. Il faut des moyens financiers alloués à cette politique de recrutement de façon suffisante pour être en cohérence avec l'offre de soins ambulatoires prévue pour les années à venir, les dispositifs mis en place récemment (le Pacte Territoire Santé par exemple) et la Stratégie Nationale de Santé de 2013.

L'exercice classique de la médecine générale est parfois jugé compliqué ou dévalorisant. Cela incite les jeunes médecins à se tourner vers un exercice quasi spécialisé (activités de "niche"). Cela conduit, de fait, à réduire l'offre de soins de premier recours.

Il existe parfois une certaine méfiance des jeunes médecins quant aux institutions et une crainte quant aux décisions prises par les pouvoirs publics pour gérer l'offre de soins

ambulatoires dans les années à venir. Cette méfiance peut être atténuée par un rapprochement lors de la formation initiale entre les instances professionnelles et les étudiants. Les DMG devraient travailler en collaboration avec les instances professionnelles, les CPAM et les ARS afin de proposer, dans la formation initiale, des moments d'informations voire d'échanges autour des dispositifs existants à l'échelle d'un territoire. Le Forum des Jeunes Médecins Généralistes (FJMG), mis en place par l'Université de Bordeaux, sous l'égide de son DMG, en est une bonne illustration. Depuis presque 3 ans, se tient à l'Université, une journée de cours optionnels pour les 2^{ème} et 3^{ème} année du DES de médecine générale. Ces cours sont animés par des enseignants-généralistes du DMG et du Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA). Y interviennent l'URSSAF, le CDOM, les CPAM, les MSA, l'ARS Aquitaine, l'URPS-ML, une association de gestion agréée, des assureurs professionnels, etc. Le FJMG se rajoute aux 8 heures de cours théoriques déjà prévus dans la maquette du DES de médecine générale à Bordeaux. Ce genre de journée est de plus en plus proposé aux internes de médecine générale dans les universités françaises. Un état des lieux sur les formations proposées ainsi qu'un travail d'évaluation à l'échelle régionale ou nationale de l'impact de ces journées devraient être envisagés.

Perspectives de recherche

Dans le but d'aller plus loin dans l'exploration des facteurs qui déterminent l'installation des médecins, nous pourrions réaliser des travaux complémentaires :

- Afin de diversifier davantage les opinions des médecins, il serait intéressant de refaire cette étude en recrutant des jeunes médecins exerçant en MSP et en centres de santé dans la mesure où ceux-ci n'ont pas été inclus dans notre étude actuelle.
- Une étude transversale par questionnaire auto-administré auprès d'un échantillon représentatif (à l'échelle régionale ou nationale) de jeunes médecins pourrait permettre de vérifier les hypothèses et la théorie issues de notre travail.
- Afin d'éviter le biais de mémorisation, nous pourrions réaliser une étude de cohortes auprès d'externes suivis sur plusieurs années. Cela permettrait de voir émerger les facteurs qui finissent par influencer leur choix d'installation plusieurs années après la fin de leur internat.
- Nous avons réalisé une étude sur de jeunes médecins généralistes uniquement. Il serait intéressant de faire le même travail qualitatif auprès de jeunes médecins d'autres spécialités dans le but de vérifier si les hypothèses formulées dans notre étude sont

valides sur un autre échantillon.

- La formation à l'exercice libéral a été retrouvée comme facteur influençant le type d'exercice professionnel. Une étude qualitative ou une méthode de consensus auprès des jeunes médecins pourrait apporter des informations supplémentaires sur le type de formations jugées utiles pour leur formation (apprentissage de l'exercice libéral au cours de stages ambulatoire, formations spécifiques réalisées sur plusieurs journées au cours de l'internat, intégration d'un module sur des aspects de l'exercice libéral au programme du deuxième cycle, etc.).

REFERENCES

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2014. [En ligne] Consultable sur :
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
2. Legmann M. *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*. Paris : Ministère de la santé; 2010.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2012 - Tome 1. [En ligne] Consultable sur :
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2012_tome1.pdf
4. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport Médecine Générale -Tome 1. 2006.
5. Observatoire régional de la santé de Franche-Comté. Description des situations professionnelles. Analyse des motivations et des freins à l'installation en libéral. 2007.
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2011. [En ligne] Consultable sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2011.pdf>
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2013. [En ligne] Consultable sur :
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf
8. DRASS Aquitaine. Rapport Régional ONDPS - Contribution DRASS. Mars 2009. [En ligne] Consultable sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Aquitaine.pdf (Page consultée le 28 mai 2014)
9. Coudreuse Chichoux M. Influence du stage ambulatoire de niveau un sur le projet d'installation des internes en DES de médecine générale de la faculté de Grenoble. Th. Méd. : Grenoble, Joseph Fourier : 2012 : 069

10. Braun Neves C. Etre ou ne pas être médecin généraliste : enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes. Th. Méd. : Paris, René Descartes : 2005 : 165.
11. Aubertin B. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : Enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse. Th. Méd. : Nancy, Henri Poincaré : 2008 : 146.
12. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. Santé Publique. 2014;26(1):65-74.
13. Juilhard J-M. Rapport d'information sur la démographie médicale. [En ligne] Rapport Sénat n° 14; Octobre 2007. 86p. Consultable sur : <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf> (Page consultée le 12/11/2012).
14. Badarelle Y. Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen (1992-2002). Th. Méd. : Caen, Caen : 2007 : 171.
15. URPS-med-IdF. SROS ambulatoire : Plan d'actions de l'URPS médecins Ile-de-France - Volet 1 : Favoriser l'exercice des professionnels de santé. 2011. [En ligne] Consultable sur : http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/URPS-med-IdF_DP_Installation_diagnostics_1.pdf (Page consultée le 16/11/2012).
16. BOURGUEIL Y. Territorialisation et soins de premiers recours : un cadre à remplir, une dynamique professionnelle à prendre en compte. Collège des économistes de la santé - La lettre du Collège. 2009;(4):3-5.
17. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris : La Documentation française. 2010.
18. Amboise-Thomas P. La situation de la médecine générale en France : réflexions et propositions. Paris : Académie nationale de médecine. 2011.

19. Gallois P, Vallée J-P. Médecine générale : désenchantement et perspectives d'avenir. Editorial. De la médecine factuelle à nos pratiques. 2008;4(3):100-1.
20. Fauvet L. Les médecins au 1er janvier 2012. Etudes et résultats. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. [En ligne] 2012;(796):1-8. Consultable sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er796.pdf> (Page consultée le 16 juin 2014).
21. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1 (mars 2007). Février 2008.
22. Maurey H. Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. Rapport Sénat n° 335. Session ordinaire de 2012-2013. 133p.
23. Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. Question d'économie de la santé. 2007;(122):1-6.
24. Faculté de Médecine de Lille-Université de Lille 2. Guide du D.E.S. de Médecine Générale. Présentation : Historique de la Formation des Médecins Généralistes. [En ligne] Consultable sur: <http://www.hep.fr/DES/page3/page3.html> (Page consultée le 16 juin 2014).
25. ARS Aquitaine. Projet Régional de Santé d'Aquitaine 2012-2016 – Synthèse. [En ligne] Consultable sur : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/05_Pol_reg_sante/501_Projet_regional_sante/50101_Synthese_PRS/PRS_synthese_ARS_Aquitaine_2012.pdf (Page consultée le 09 juin 2014).
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2013. Janvier 2014. [En ligne] Consultable sur : http://www.conseil-national.medecin.f/site/default/files/enquetepds_cncom2014.pdf (Page consultée le 09 juin 2014).

27. Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé-Maison et Pôle de Santé. [En ligne]. Consultable sur : <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante> (Page consultée le 10 juin 2014).
28. MSA. Référentiel des maisons de sante pouvant bénéficier d'un soutien financier du FIQCS. Juin 2008. [En ligne] Consultable sur : <http://maisonsdesanterurales.msa.fr/wp-content/uploads/referentiel-100-msp-fiqcs-juin-20081.pdf> (Page consultée le 10 juin 2014).
29. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). [En ligne] Consultable sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa.html> (Page consultée le 13 juin 2014).
30. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les maisons de santé. [En ligne]. Consultable sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html> (Page consultée le 13 juin 2014).
31. Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Rapport Institut Général des Affaires Sociale; Janvier 2010. 52p. [En ligne] Consultable sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf (Page consultée le 14/11/2012).
32. Ministère des Affaires sociales et de la Santé Les pôles de santé. [En ligne] Consultable sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-poles-de-sante.html> (Page consultée le 13 juin 2014).
33. Observatoire Régionale de la Santé d'Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. Synthèse de la littérature. 2011.
34. Hans S. Le problème de la démographie médicale dans l'Yonne : enquête auprès des médecins généralistes libéraux du département et suggestions pour encourager de nouvelles installations. Th. Méd. : Dijon : 2012 : 065.

35. Décorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Th. Méd. : Grenoble, Joseph Fourier : 2011 : 090.
36. Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. De l'étudiant au médecin : Entre désirs et réalité. 2002.
37. Bourgueil Y et al. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. Santé Publique. 2009;21(hs1):27-38.
38. MSA de l'Ain. Les aides incitatives à l'installation ou au maintien des professionnels de santé. [En ligne] Novembre 2007. Consultable sur : http://www.ain.fr/upload/docs/application/pdf/12_3eme_partie_aides_incitatives_et_conclusion.pdf (Page consultée le 28 mai 2014).
39. Le Syndicat Des Jeunes Médecins Généralistes. Démographie Médicale-Exercice-Installation. [En ligne] Consultable sur : http://www.snjmg.org/demographie/demographie_installation.html (Page consultée le 28 mai 2014).
40. CNOM. Article 85 - Lieu sur plusieurs sites. [En ligne] Consultable sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-85-exercice-sur-lieux-multiples-309> (Page consultée le 09 juin 2014).
41. Exercice multiple | Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Landes [En ligne]. Consultable sur : <http://www.ordre-medecin-landes.fr/menu-principal/espace-medecins/exercice-multiple> (Page consultée le 16 juin 2014).
42. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le pacte territoire santé : pour lutter contre les déserts médicaux. 11 février 2014. [En ligne] Consultable sur : <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html> (Page consultée le 27 mai 2014).

43. Régnard C. Le Contrat d'Engagement de Service Public : bilan d'une première année. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé-Direction Générale de l'Offre de Soins. 2011.
44. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Pacte Territoire Santé - Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. Dossier de Presse. 10 février 2014. [En ligne] Consultable sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_-_fevrier_2014.pdf (Page consultée le 27 mai 2014).
45. Hernandez E. Favoriser l'installation en libéral. La revue du Praticien médecine générale. 2013;27(905):555.
46. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les centres de santé. [En ligne] Consultable sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-sante.html> (Page consultée le 13 juin 2014).
47. Georges P, Waquet C, Part J. Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins. Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales; juillet 2013. 119p.
48. Agence Régionale de Santé d'Aquitaine. Les aides à l'installation et aux professionnels de santé. [En ligne] Consultable sur : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/01_votre_ars/111_Lettre_info_ext_Aquitaine/Lettre_externe_2013_01/01_Dossier/brochure_aides_installation_medecins.pdf (Page consultée le 28 mai 2014).
49. Plate-forme d'appui aux professionnels de santé Aquitaine, PAPS. Exercice coordonné ou regroupé-monter un projet. [En ligne] Consultable sur : http://www.aquitaine.paps.sante.fr/PAPS_AQUITAINE.111799.0.html (Page consultée le 28 mai 2014).

50. Delahaye-Guillocheau V, Jeannet A, Verney M, Mallet F, Pittoors J-P. Création de la filière universitaire de médecine générale. Inspection Générale des Affaires Sociales- Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche. Février 2007 [en ligne] Consultable sur: <http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/10/5/7105.pdf> (Page consultée le 16 juin 2014).
51. Eyraud S. Le devenir professionnel des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à Nantes en 1999, 2000 et 2001. Th. Méd. : Nantes : 2007 : 116.
52. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. *Revue française des affaires sociales*. 2007;1:109-26.
53. Conseil National de l'Ordre des Médecins, BVA. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. 2007.
54. Bouchayer FB, Mercan A. Colloque « Médecine de proximité: crise des ressources humaines. Regards croisés Nord-Sud » (Marseille, 16 novembre 2007). *Revue française des affaires sociales*. 2008;1(1):133-8.
55. Delattre E, Samson AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? *Economie et statistique*, Institut national de la statistique et des études économiques. 2012;(455-466):115-42.
56. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : Les enseignements de la littérature. *Question d'économie de la santé*. 2006;(116):1-6.
57. Sibbald B. Putting general practitioners where they are needed : An overview of strategies to correct maldistribution. National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester. 2005:1-15

58. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. IRDES-Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé ; Rapport n° 534. 2006.
59. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale: devenir généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). 2012. [En ligne] Consultable sur : <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/13417> (Page consultée le 03/10/2012).
60. Toussaint E. Principales contraintes administratives identifiées comme des freins à l'installation des jeunes médecins généralistes. Th. Méd. : Reims : 2013 : 085.
61. Texier H. Etude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluri-professionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. Th. Méd. : Bordeaux II : 2013 : 137.
62. Académie Nationale de Médecine, BVA. Le rôle et la place du MG en France. 2008.
63. Couffinhal A, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001. 2002;(61):1-6.
64. Descours C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport Sénat. Juin 2003.
65. Hugé S. Les jeunes généralistes installés dans le Morbihan : trajectoire et opinions sur la profession. Th. Méd. : Angers : 2005 : 199.
66. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie. Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux en Ile-de-France. Mars 2002. [En ligne] Consultable sur : <http://ars.sante.fr/Enquete-sur-les-motifs-d-insta.56951.0.html> (Page consultée le 21/09/2012).
67. URML-Union régionale des Médecins libéraux d'Ile-de-France. Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. 2008.

68. Dubruel M. L'installation des médecins généralistes libéraux en Gironde en 2003-2004-2005. Th. Méd. : Bordeaux II : 2007 : 215.
69. Chandez C, Chiron F, Baude N. Déterminants de l'installation en médecine générale libérale. Médecine. 2014;10(2):89-92.
70. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes : étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés. Th. Méd. : Grenoble, Joseph Fourier : 2013 : 213.
71. Annereau A. Installation des jeunes médecins; souhaits des résidents : quelles concordances avec les conclusions ministérielles récentes. Th. Méd. : Nantes : 2003 : 192.
72. Augros S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes : étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011. Th. Méd. : Grenoble, Joseph Fourier : 2012 : 110.
73. Bernard E. Etudes des freins à une installation libérale ou salariée de manière pérenne en soins primaires. Th. Méd. : Paris, Paris Diderot : 2012 : 054.
74. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. Th. Méd. : Nantes : 2010 : 81.
75. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.
76. Begué-Simon A-M. Approches qualitatives dans le champ de la santé. 2009. [En ligne] Consultable sur : http://www.med.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20090224100752ambegueApproches_qualitatives_dans_le_champ_de_la_santE.doc (Page consultée le 24/09/2012).
77. Dory V, Pouchain D, Beaulieu M, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer. 2009;20(85):4-7.

78. Lamort-Bouché M. Critères et déterminants du choix de spécialité en médecine: place de la médecine générale : étude qualitative des représentations des étudiants en DCEM 4 de Lyon-Est en 2009-2010. Th. Méd. : Lyon, Claude Bernard : 2010 : 468.
79. Otton B. Etude des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé: la Médecine Générale dans le Roannais : état des lieux et perspectives. Th. Méd. : Lyon, Claude Bernard : 2010 : 210.
80. WONCA Europe. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - Médecin de famille. 2002. [En ligne] Consultable sur : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/congres_clermont_2013/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
81. Compagnon L, bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24 (108):148-55.
82. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS: étude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à octobre 2011. Th. Méd. : Dijon : 2012 : 092.
83. Simon H. Organisation de deux journées de formation sur les soins primaires et exercice libéral: impact d'une recherche -action sur le sentiment d'aptitude à exercer et le désir d'installation des internes en spécialité de premier recours du Languedoc-Roussillon. Th. Méd. : Montpellier I : 2014 : 201.
84. WONCA Europe. The European definition of general practice - Family medicine. 2011. [En ligne] Consultable sur : http://www.unige.ch/medecine/umpr/Enseignement/stage3ememaster/Definition_wonca_tree.pdf

85. Jardel A. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands. Th. Méd. : Rouen : 2013 : 62.

86. Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J. Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? Question d'économie de la santé. Mai 2011;(165):1-8.

87. Marie E, Roger J. Rapport sur le tiers-payant pour les consultations de médecine de ville. Rapport Institut Général des Affaires Sociales. Juillet 2013.[En ligne] Consultable sur : <http://www.leciss.org/sites/default/files/Rapport-Igas-tiers-payant.pdf> (Page consultée le 30/09/2014).

Annexe 1 : Critères obligatoires du cahier des charges national.

Le projet de santé : critères liés aux populations, définissant les missions et objectifs :

- Assurer la continuité des soins y compris en assurant une amplitude horaire suffisante, en accueillant les soins non programmés et en prenant en charge les « petites » urgences (plaies, sutures etc.)
- Assurer l'accès financier aux soins et appliquer le tiers payant
- Développer la prévention individuelle que collective dans un cadre organisé
- Assurer un suivi coordonné des maladies chroniques
- Améliorer la qualité des soins en favorisant démarche qualité et processus d'auto évaluation
- Participer à la formation des étudiants (chaque corps professionnel représenté au sein de la structure doit être en mesure d'accueillir des étudiants)
- Participer à l'observation épidémiologique et à la veille sanitaire en lien avec un recueil harmonisé d'informations

Certains de ces critères demandent l'application effective des nouveaux modes de financement ainsi qu'une évolution législative : accueil de tous les étudiants en santé, missions de santé publique, dossier unique partagé notamment.

Le projet professionnel : critères liés à l'organisation et au fonctionnement :

- Un exercice pluri-professionnel avec un nombre minimum de trois types de professionnels : médecins, infirmiers, professionnels de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes etc).

Tout autre professionnel peut être membre de la maison de santé comme les diététiciens, les dentistes, les psychologues etc.

- Une formalisation de l'organisation entre professionnels : engagements, modes de rémunération entre les membres de la structure⁴⁴, modes de coordination et de coopération dont notamment délégations d'activités et d'actes conformément à la loi HPST, organisation des emplois du temps etc.

Source : Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Rapport Institut Général des Affaires Sociales; Janvier 2010. 52p.

Annexe 2 :



Bordeaux, le 22 mai 2013

Bonjour,

Je me nomme Gary Boukhors et je réalise une thèse qui porte sur l'installation des médecins généralistes.

Je vous ai contacté par téléphone pour savoir si vous souhaitiez toujours participer à l'étude. Nous avons fixé un rendez-vous pour un entretien à votre cabinet. L'entretien sera enregistré mais restera totalement anonyme. La durée de cet entretien sera d'environ 15 minutes. Il pourra se prolonger au-delà si vous le souhaitez. Nous confirmerons votre accord de participation au début de cet entretien.

Une indemnisation vous sera proposée à hauteur de 1C (23€) pour avoir participé à l'étude.

Ce travail de thèse est approuvé et promu par le Département de Médecine Générale de Bordeaux Segalen. Il a bénéficié d'une aide financière de l'URPS-Médecins Libéraux d'Aquitaine.

Restant à votre disposition pour de plus amples renseignements, nous vous prions, Madame, Monsieur, d'agréer nos sincères salutations,

Gary Boukhors
Thésard

Dr Kinouani Shérazade
Directeur de thèse

Annexe 3 : Le canevas d'entretien initial

Bonjour, je suis Gary Boukhors, médecin remplaçant depuis 1 an et demi.

Merci d'avoir accepté de participer au travail de recherche pour ma thèse. Je vais vous demander la permission d'enregistrer cet entretien mais qui sera totalement anonymisé.

Nous avons prévu une rémunération de 23 euros versée par l'URPS pour votre participation. Même si cela reste symbolique, il nous paraissait important, compte tenu du temps passé, de rémunérer les médecins qui participent à cette étude.

1) Question « brise-glace »: est-ce que vous pouvez vous décrire sommairement ?

(sexe, âge, année et lieu de thèse).

Vous êtes installé depuis combien de temps?

2) J'aimerais aborder les raisons de votre installation en libéral/salarié:

- critères professionnels:

Est-ce qu'on peut revenir sur votre formation, vos différents diplômes?

(Lesquels? Quand? Pourquoi? À quel moment du cursus?).

Est-ce qu'il y avait des raisons financières, administrative, à ce choix?

(Aborder l'opportunité d'installation, possibilité d'exercer en groupe).

- critères personnels:

Et votre vie privée sur votre choix d'installation en libéral/salarié?

(Choix par rapport à la famille, au mode de vie...).

- Lieu d'installation:

J'aimerais aborder les raisons de votre lieu d'installation.

(Raisons financières, administratives, opportunité, infrastructures dans ce lieu (autres médecins, labos, pharmacies, écoles, sorties possibles), choix par rapport à la famille, au mode de vie...).

-déterminisme de la spécialité, du domaine d'activité:

Vous avez fait cette spécialité parce que...

(Attirance pour cette discipline, débouchés, opportunité).

3) Pourquoi ne pas avoir choisi un exercice libéral/salarié?

Aborder les mêmes aspects qu'en 2) Critères personnels, professionnels, lieu...

4) Que pensez-vous du choix que vous avez fait? Est-ce que vous pensez poursuivre la même activité?

Aborder la notion du regret ou non du choix fait et éventuelle volonté de changer d'activité.

5) En ce qui concerne les aides à l'installation en libéral...vous en aviez connaissance?

Aborder les connaissances sur les aides existantes et l'influence sur le choix du type d'installation.

6) Que pensez-vous de la médecine salariée?

Que pensez-vous de la médecine libérale?

Que pensez-vous de la médecine mixte?

Que pensez-vous de l'exercice salarié en centre de santé?

Annexe 4 : Le canevas d'entretien final

Bonjour, je suis Gary Boukhors, médecin remplaçant depuis 1 an et demi.

Merci d'avoir accepté de participer au travail de recherche pour ma thèse. Je vais vous demander la permission d'enregistrer cet entretien mais qui sera totalement anonymisé.

Nous avons prévu une rémunération de 23 euros versée par l'URPS pour votre participation. Même si cela reste symbolique, il nous paraissait important, compte tenu du temps passé, de rémunérer les médecins qui participent à cette étude.

1) Question « brise-glace »: est-ce que vous pouvez vous décrire sommairement ?

Sexe et âge

Année et lieu de thèse.

Vous êtes installé depuis combien de temps?

Type d'activité : libérale, salariée ou mixte.

2) J'aimerais aborder les raisons de votre installation en libéral/salarié:

- Critères professionnels:

* Est-ce qu'on peut revenir sur votre formation, vos éventuelles formations complémentaires?

Lesquelles?

Quand?

Pourquoi?

À quel moment du cursus?

Comment ces formations complémentaires ont influencé vos choix d'installation ou le contraire?

*Déterminisme de la spécialité, du domaine d'activité:

Vous avez fait cette spécialité parce que...

- Attirance pour cette discipline

- Débouchés

- Opportunité

- En ce qui concerne les raisons de votre choix de votre type d'installation...

- Représentation médecine générale

- Féminisation professions
médicales

- Représentation médecine générale du futur

- Relation médecin/patient

- Relation avec pairs

- Solitude/travail en équipe
 - Possibilité d'exercer en groupe?
 - Influence formation initiale
 - Compétences d'exercice dans un des modes
 - Cours DES de médecine générale sur l'installation/remplacements
 - Rythme de vie (horaires travail/loisirs)
 - Projet de parentalité
 - Raisons financières?
 - Peu influence des aides financières en zone sous dotées
 - Raisons administratives?
 - Opportunité d'installation?
 - Infrastructures médicales et paramédicales à proximité?
 - Intérêt professionnel au cabinet ? Et par rapport à ce que l'on pourrait imaginer dans une activité salariée ?
 - Critères personnels:
 - Et votre vie privée sur votre choix d'installation en libéral/salarié?
 - Choix par rapport à la famille
 - Temps libre
 - Temps passé avec leur famille
 - Au mode de vie
 - choix de parentalité
 - Protection sociale
 - Loisirs
- Indépendance professionnelle?
 - Influence formation complémentaire
 - Formation à exercice libéral?
 - PDS en libéral (gardes, astreintes)
 - Revenus souhaité
 - Avances des frais
 - Remplacement avant l'installation?

- Lieu d'installation:

*J'aimerais aborder les raisons de votre lieu d'installation.

- Critères professionnels et extra-professionnels :

- Raisons financières

- Administratives

- Opportunité

-Infrastructures dans ce lieu (autres médecins, labos, pharmacies, écoles, sorties possibles)

- Choix par rapport à la famille, au mode de vie...

- Lieu d'origine

- influence type d'exercice

3) Pourquoi ne pas avoir choisi un exercice libéral/salarié?

* Aborder les mêmes aspects qu'en 2) Critères personnels, professionnels, lieu...

4) Que pensez-vous du choix que vous avez fait? Est-ce que vous pensez toujours poursuivre la même activité et dans le même cadre?

- Notion du regret ou non du choix fait

- Volonté éventuelle de changer d'activité?

5) En ce qui concerne les aides à l'installation en libéral...vous en aviez connaissance?

- Connaissances sur les aides existantes?

- Influence sur le choix du type d'installation?

6) Que pensez-vous de :

- La médecine mixte : - Avantages/inconvénients

- Diversité des lieux d'exercice nuit à qualité des soins?

- L'exercice salarié en centre de santé : connaissance fonctionnement maisons de santé, maisons médicales, cabinets de groupe : influence sur choix

7) Est-ce qu'il y a quelque chose que l'on n'a pas abordé ?



Fiche de projet de thèse de médecine générale

Nom du thésard : Boukhors Gary

Directeurs de thèse : Dr Kinouani Shérazade, Pr Ducos Gérard

Titre provisoire : « Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Etude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde ».

Justification :

Les jeunes médecins généralistes ont peur de se lancer dans l'activité libérale à la fin de leurs études médicales (1). En 2010, 17,8% des nouveaux inscrits à l'Ordre exerçaient exclusivement en libéral. 36,9% avaient un exercice salarié (hospitalier ou non), 0,8% un exercice mixte et 44,4% étaient remplaçants (1). En 2012, ces chiffres étaient peu modifiés (exercice libéral : +1,3%, mixte : +1,29%, salarié : +0,96%, remplaçants : -3,5%) (2).

Selon les estimations, les effectifs de médecins généralistes en exercice libéral continueraient de décroître en faveur de la médecine salariée d'ici à 2017 (2). Entre 2007 et 2012, l'exercice libéral exclusif a baissé de 5,5% tandis que l'exercice salarié a augmenté de 2,6%.

Malgré des réformes visant à encourager l'installation libérale des jeunes médecins généralistes, leur réticence perdure (1, 2, 3). Les mesures incitatives sont surtout financières, sans simplification des démarches administratives (3, 4, 5). Or le revenu n'est pas la principale préoccupation des médecins (4, 5). L'opportunité semble jouer un rôle essentiel dans le choix du lieu d'installation (4, 6, 7) ; ce dernier serait un compromis entre des choix d'ordre professionnel et personnel (3). Le cadre de vie deviendrait un élément important (8).

L'installation des médecins fait surtout l'objet d'analyses quantitatives descriptives ou

d'enquêtes d'opinion (4, 6) ; il existe peu d'études qualitatives sur le sujet (1, 7). Celles-ci sont plus adaptées pour explorer les motivations et les freins des individus (9). Les facteurs influant sur le choix du salariat sont peu explorés en dehors des enquêtes auprès des étudiants ou de remplaçants.

Le salariat lors de l'exercice ambulatoire de la médecine générale pourrait être une alternative pour ceux qui craignent l'exercice de la médecine générale en libéral. Des postes de médecins salariés dans des centres de santé pluridisciplinaires voient le jour (3).

Une étude qualitative auprès de généralistes récemment installés pourrait permettre d'explorer les facteurs qui ont déterminés leur choix d'exercice libéral ou salarié ainsi que leurs perceptions de l'exercice salarié de la médecine générale en ambulatoire.

Question de recherche:

Quels sont les déterminants du choix du mode d'exercice des jeunes médecins ayant choisi la spécialité médecine générale au décours de la sixième année?

Hypothèse :

L'installation des médecins (en libéral ou salarié) serait déterminée à la fois par des facteurs personnels, des opportunités professionnelles et des choix de formations médicales complémentaires, sans savoir vraiment ce qui l'emporte.

Objectifs :

***principal :**

Analyser les facteurs qui déterminent le mode d'exercice des médecins généralistes soit en secteur libéral soit en secteur salarié (ou les deux) en Gironde.

***secondaires :**

- Générer des hypothèses sur les raisons qui pourrait pousser les jeunes médecins à préférer le salariat ambulatoire en médecine générale (exercice en centres de santé) ;
- Analyser l'adéquation entre les mesures nationales incitatives à l'installation libérale et les déterminants du choix de mode d'exercice des jeunes généralistes installés ;

Méthode :

Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Gironde récemment installés : entretiens individuels semi-dirigés. Tous les médecins auront soutenu leur thèse depuis moins de 10 ans. Les entretiens seront réalisés jusqu'à saturation des données. L'analyse des données se fera grâce au logiciel NVivo®, après codage et triangulation selon la *grounded theory* (3 codeurs).

Population concernée:

Médecins généralistes, exerçants en Gironde, ayant choisi la spécialité médecine générale au décours de la sixième année et ayant soutenu leur thèse depuis moins de 10 ans.

→Critères d'inclusion : médecins installés en secteur libéral ou salarié (hospitalier ou non hospitalier) ayant soutenu leur thèse en Gironde entre le 1er septembre 2002 et le 31 décembre 2012.

→Critères des sous-groupes :

Genre	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Formations complémentaires (DU, DIU, DESC, capacité)
*Homme *Femme	* Urbain (plus de 2000 habitants) *rural (moins de 2000 habitants)	*Salarié (CHU/R ou autres structures) *Libéral ou mixte	*Oui (lesquelles ?) *non

Résultats attendus :

Elaborer des hypothèses sur les déterminants du choix du mode d'exercice des jeunes généralistes, et sur les différents profils de généralistes s'installant

Elaborer des hypothèses concernant l'impact des réformes incitant à un exercice ambulatoire de la médecine générale sur les choix des jeunes généralistes s'installant.

Coût attendu de l'étude : Indemnisation des médecins à raison de 1C, soit 368 euros au total
Impression de la lettre d'information : gratuite (par le DMG)
Achat du logiciel d'analyse de données Nvivo® pour 6 mois : 95 euros
Frais de transport : 125 euros
Au total: 588 euros environ

Références :

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2011. [En ligne] Consultable sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2011.pdf>
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2012 – Tome 1. [En ligne] Consultable sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2012_tome1.pdf
3. Juilhard J-M. Rapport d'information sur la démographie médicale. [En ligne] Rapport Sénat n° 14; Octobre 2007. 86p. Consultable sur : <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf> (Page consultée le 12/11/2012).
4. Eyraud S. Le devenir professionnel des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à Nantes en 1999, 2000 et 2001. Th. Méd. : Nantes : 2007 : 116.
5. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. *Revue française des affaires sociales*. 2007;1:109-26.
6. Dubruel M. L'installation des médecins généralistes libéraux en Gironde en 2003-2004-2005. Th. Méd. : Bordeaux II : 2007 : 215.
7. Hugé S. Les jeunes généralistes installés dans le Morbihan : trajectoire et opinions sur la profession. Th. Méd. : Angers : 2005 : 199.
8. Descours C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport Sénat. Juin 2003.
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.

SERMENT D'HIPPOCRATE

«Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.»

ABSTRACT :

Private or salaried practice: How general practitioners choose? Qualitative research conducted with a purposive sampling of young practitioners in Gironde.

Introduction : The number of general practitioners working exclusively in private practice has decreased by 4,4% these last seven years, whereas those working exclusively for the salaried sector has increased. These trends are still going on in spite of the measures taken by the State and the regional communities to encourage the new practitioners to choose the first option.

Objectives : The main purpose was first to investigate the main determining factors in the choice of the general practitioners in Gironde, then to generate hypotheses for the reasons why the new doctors choose the salaried ambulatory general medicine and investigate the adequacy between the existing incentives and the choice of the general practitioners when they have to make it.

Methods : Qualitative research in a hypothetic-inductive approach of anchored theorization. Semi-structured interviews have been conducted with a purposive sampling of young general practitioners in Gironde until reaching saturation.

Results : Through the 16 interviews led, multiple professional factors have been found, the first one being the professional interest. Their choice was not much influenced by the installation location. Yet the professional factors had to be consistent with their private (family and social) life. The young practitioners were attracted by health centers hoping for a less intense work rhythm, a best quality of care, an easier access to a team work and the advantages of the public area even in general practice. They thought incentives were not efficient enough, inaccurate and unknown.

Conclusion : The medical demography could be improved by incentives taking into account the needs of the population and the wills of the young doctors together. A political effort must be made in order to give the universities enough resources to train the future general practitioners to the private practice.

Keywords

General practitioners, installation, qualitative research, health centers

RESUME :

Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Etude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde.

Introduction : Le nombre de généralistes en secteur libéral exclusif a baissé de 4,4 % ces sept dernières années. Celui des généralistes en salarié exclusif était en augmentation sur la même période. Ces tendances persistent malgré des mesures prises par l'Etat et les collectivités pour inciter les jeunes à choisir le libéral.

Objectifs : L'objectif principal était d'explorer les facteurs déterminant le choix d'exercice en secteur libéral ou salarié des médecins généralistes en Gironde. Les objectifs secondaires étaient de: générer des hypothèses sur les raisons poussant les jeunes médecins à choisir la médecine générale ambulatoire salariée; étudier l'adéquation entre les mesures incitatives à l'installation en libéral existantes et les facteurs déterminant le choix des généralistes au moment de leur installation.

Méthodes : Etude qualitative dans une approche hypothético-inductive de théorisation ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été conduits auprès d'un échantillonnage raisonné de jeunes médecins généralistes de Gironde, jusqu'à saturation des données.

Résultats : 16 entretiens ont été réalisés. On dénombrait de multiples facteurs professionnels, en premier lieu, l'intérêt professionnel. Le lieu d'installation restait un critère mineur dans le choix du mode d'exercice. Les facteurs professionnels devaient néanmoins être en adéquation avec la vie personnelle (familiale et sociale). Les jeunes généralistes étaient attirés par les centres de santé pour : l'allègement possible du rythme de travail pour une meilleure qualité de soins, la facilitation de l'accès aux soins, le travail en équipe et l'acquisition de privilèges du salariat tout en exerçant la médecine générale. Ils trouvaient que les mesures incitatives actuelles étaient insuffisantes, inappropriées voire méconnues.

Conclusion : la démographie médicale pourrait être améliorée par des mesures incitatives qui tiennent compte des besoins de la population et des aspirations des jeunes médecins. Un effort politique doit être mené pour donner aux universités les moyens de former les futurs médecins à l'exercice libéral de la médecine générale.

Mots clés : Généralistes, installation, étude qualitative, centres de santé