

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

**ANNÉE 2023-2024**

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**(Décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 27 juin 2024 à Poitiers  
Par Mme CIRICHELLI Célia

**Médecins généralistes installés en libéral ou salariés en Charente : quelles modifications de leurs conditions d'exercice verraient-ils pour favoriser leur participation à l'offre de soins en médecine générale ambulatoire ?**

**Composition du Jury :**

**Présidente** : Madame le Professeur PERAULT-POCHAT Marie-Christine

**Membres** : Madame le Professeur MIGNOT Stéphanie  
Monsieur le Professeur AUDIER Pascal  
Monsieur le Docteur TROUVE Antoine

**Directrices de thèse** : Madame le Docteur BORNERT Célia  
Madame le Docteur TARDIVO Véronique

# LISTE DES ENSEIGNANTS



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



## LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

### SECTION MEDECINE

#### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCCO Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

#### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGGLEFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, oncologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelynne, gériatrie – **assesseur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

**Maître de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

**Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

**Professeur associé des universités des disciplines odontologiques**

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

**Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

**Professeuses émérites**

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

### *Maîtres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### *A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)*

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

### *Professeur émérite*

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

### *Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires*

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

# REMERCIEMENTS

Madame le Professeur PERAULT-POCHAT Marie-Christine, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail, soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Madame le Professeur MIGNOT Stéphanie, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de notre jury en tant que membre du Département de Médecine Générale, mais aussi en tant que médecin généraliste.

Monsieur le Professeur AUDIER Pascal, je vous remercie d'avoir répondu présent au sein de notre jury en tant que médecin charentais mais aussi membre du Département de Médecine Générale.

Monsieur le Docteur TROUVE Antoine, je vous remercie de vous compter dans le jury. Je suis reconnaissante de tout ce que vous m'avez appris durant mon stage de Niveau 1, et très honorée de vous avoir dans mon jury de thèse.

Célia et Véronique, je vous remercie d'avoir codirigé nos thèses. Je suis honorée d'avoir travaillé avec vous sur ce projet et je suis reconnaissante de toute l'aide que vous m'avez apportée. Merci d'avoir pris du temps, toutes les réunions, les échanges de mails. Je suis ravie d'avoir partagé ces moments avec vous.

Véronique, merci pour ton expertise à chaque réunion mais aussi pour ta bonne humeur.

Célia, merci pour toute ton aide sur la thèse mais aussi pendant mon stage de Niveau 1. J'ai beaucoup appris à tes côtés et tu m'as permis de mieux découvrir la médecine générale ambulatoire. Tu as de beaux projets en cours de réalisation, les charentais sont chanceux de t'avoir.

Mes co-thésardes, je vous remercie infiniment pour ce beau travail que nous avons réalisé. Avec vous l'expérience a été très enrichissante et même si ça n'a pas toujours été évident, je suis fière du travail que nous avons accompli.

Merci au Conseil Département de l'Ordre des Médecins de Charente pour leur soutien et leur aide dans la réalisation de ce travail. Merci de nous avoir soutenues dans les différentes étapes de notre projet, et merci pour votre soutien quotidien à chaque médecin de Charente.

Merci à Corinne pour votre aide et votre gentillesse.

Merci à Monsieur le Maire de Brie, à Monsieur Michel BUISSON et Monsieur Franck SOURY pour toutes les discussions autour de notre thèse ainsi que leur investissement dans ce projet.

Merci à Gwenegan d'avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire test, tu nous as été d'une grande aide.

Je remercie tous les médecins qui ont répondu à mon questionnaire, qui ont pris le temps d'écrire leurs idées, et encore plus les médecins que j'ai eu la chance d'interviewer.

Merci à mes maitres de stage de Niveau 1 : Dr GENDRE-HENRY, Dr TROUVE et Dr BORNERT ; et mes maitres de stage de SASPAS : Dr RAYMOND, Dr COMTE et Dr SEREZ de m'avoir fait découvrir la médecine générale. Merci pour les débriefings qui m'ont permis d'accroître mes connaissances et de prendre de plus en plus confiance en moi.

Merci à toutes les équipes hospitalières avec qui j'ai travaillé durant mon internat : L'équipe des Urgences de Saint Jean d'Angely, merci pour votre accueil et votre aide lors de mon premier semestre d'internat.

L'équipe de Médecine Polyvalente du Centre Hospitalier de Cognac, dont le Docteur Fleuret, merci pour tous ces moments riches en enseignement. Merci à Malika d'avoir été là pour moi durant ce stage, tu es une personne formidable.

L'équipe de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier d'Angoulême, les sage-femmes mais également le Dr DAHMOUNI, je vous remercie pour ce stage riche en beaux moments.

L'équipe de Pédiatrie du Centre Hospitalier d'Angoulême.

Je remercie mes parents pour leur soutien durant ses nombreuses années d'études. Merci pour votre aide et d'avoir toujours cru en moi. Je me sens chanceuse d'avoir pu réaliser tout ça, grâce à vous.

Merci à toute ma famille de toujours être présente derrière moi et de leur soutien.

Merci à ma meilleure amie, Constance. Je te remercie pour toutes ces années à mes côtés. Toujours présente dans les bons comme les mauvais moments, tu es une amie extraordinaire, je suis reconnaissante de t'avoir dans ma vie. J'ai hâte que toi aussi tu deviennes Docteur en Médecine Générale, et de voir ce que l'avenir nous réserve.

Merci à ma coloc, Ophélie, qui m'a supportée (et que j'ai supportée) pendant 2 ans et demi. Ton soutien dans mes galères de début d'internat, les moments d'écoute

dans les situations difficiles... Même si on ne vit plus ensemble notre amitié reste indemne.

La team gynéco, vous être vraiment les meilleurs co-internes. Je vous remercie d'avoir toujours été soudés, de m'avoir soutenu et d'avoir créé des moments uniques.

Merci à mes amis de Toulouse, à Ella et Lise, pour tous ces moments passés ensemble.

A Adrien, je te remercie pour ton soutien chaque jour, de ta patience, ta bienveillance et ton amour. J'ai hâte d'évoluer à tes côtés dans cette nouvelle vie.

Merci à l'équipe Motocross avec qui j'ai vécu des moments mémorables et avec qui j'ai beaucoup appris.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cités mais qui m'ont permis d'évoluer.

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé  
ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe  
CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins  
CeGiDD : Centre Gratuit d'information, de Dépistage, et de Diagnostic  
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public  
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
COSCOM : Contrat de Stabilisation et de Coordination des Médecins  
COTRAM : Contrat de Transition  
CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin  
DES : Diplôme d'Étude Spécialisé  
DOM TOM : Département d'Outre-Mer, Territoire d'Outre-Mer  
DPC : Développement Professionnel Continu  
DU : Diplôme Universitaire  
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
IPA : Infirmière de Pratique Avancée  
ISNAR(-IMG) : InterSyndicale National Autonome Représentative (des Internes de Médecine Générale)  
LGV : Ligne à Grande Vitesse  
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
RN10 : Route Nationale 10  
RN141 : Route Nationale 141  
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique  
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée  
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires  
SNP : Soins Non Programmés  
SUDOC : Système Universitaire de Documentation  
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé  
ZAC : Zones d'Actions Complémentaires  
ZIP : Zones d'Intervention Prioritaires

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ENSEIGNANTS</b> .....	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>9</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
1. L'offre de soins en France .....	11
a) La médecine générale en France.....	12
b) Diplôme d'étude spécialisée en médecine générale .....	13
c) Aides actuelles mises en place pour l'exercice de la médecine générale.....	14
2. Les données socio-démographiques en Charente .....	15
3. L'offre de soins en Charente .....	16
a) La médecine générale en Charente .....	17
4. La problématique .....	18
5. Question de recherche .....	21
6. Objectifs de recherche .....	22
<b>II. MÉTHODES</b> .....	<b>23</b>
1. Le concept de la thèse collaborative .....	23
2. Choix des méthodes.....	24
a) Recherche bibliographique .....	24
b) Questionnaire préliminaire .....	24
c) Entretiens semi-dirigés .....	25
3. Phase préalable à l'étude : questionnaire préliminaire .....	25
a) Objectifs du questionnaire.....	25
b) Élaboration et composition du questionnaire.....	25
c) Échantillonnage .....	26
d) Méthode de diffusion du questionnaire.....	26
e) Triangulation .....	27
4. Entretiens semi-dirigés (étude qualitative).....	27
a) Objectifs des entretiens.....	27
b) Le canevas d'entretien ( <i>annexe 4</i> ) .....	27
c) Échantillonnage .....	28
d) Constitution et organisation des entretiens .....	28
e) Analyse des données.....	29
1) Retranscription des verbatims .....	29
2) Le codage sémantique .....	29
3) Élaboration de l'arbre à codes .....	29
f) Triangulation .....	30
<b>III. RÉSULTATS</b> .....	<b>31</b>
A. MA POPULATION : Les médecins généralistes installés en libéral et salariés .....	31
1. Questionnaires préliminaires .....	31
a) Description de la population (Q1-Q14) .....	31
b) Exercice idéal (Q15).....	39
c) Questions ouvertes (Q17-Q18).....	47
2. Entretiens semi-dirigés .....	49
a) Description de la population (Q1-Q14) .....	49
b) Recueil de données .....	51

c) Arbre à codes .....	51
1) Facteurs favorisant l'exercice de la médecine générale .....	53
i) Tout ce qui est déjà en place.....	53
ii) Notion d'exercice idéal.....	57
2) Freins actuels à l'exercice de la médecine générale.....	59
3) Propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice .....	63
<b>B. EXTRAIT DES 2 AUTRES POPULATIONS : Les internes et les médecins remplaçants et collaborateurs .....</b>	<b>65</b>
1. Questionnaires préliminaires .....	65
2. Entretiens semi-dirigés .....	71
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>72</b>
1. Résumé des principaux résultats – réponse à la question de recherche .....	72
a) Ma population .....	72
b) Apport des résultats des autres populations.....	74
2. Points forts de l'étude.....	75
a) Qualité méthodologique des questionnaires préliminaires .....	75
1) Triangulation.....	75
2) Échantillonnage .....	75
3) Intérêt de la méthode .....	76
b) Qualité méthodologique des entretiens semi-dirigés .....	76
1) Triangulation.....	76
2) Échantillonnage .....	76
3) Intérêt de la méthode .....	76
c) Taux de réponse .....	77
3. Points faibles de l'étude .....	77
4. Lien avec des données de la littérature (validité externe) .....	77
5. Impacts et perspectives .....	78
6. Nouvelle question de recherche soulevée .....	81
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>82</b>
<b>VI. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....</b>	<b>83</b>
<b>VII. ANNEXES .....</b>	<b>86</b>
<b>VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>140</b>
<b>IX. RÉSUMÉ .....</b>	<b>143</b>
<b>X. SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>144</b>

*Nous précisons qu'il s'agit d'une thèse collaborative étudiant 3 populations différentes, par conséquent les parties INTRODUCTION et METHODE sont communes (hormis les précisions telles que les questions de recherche en fonction des populations)*

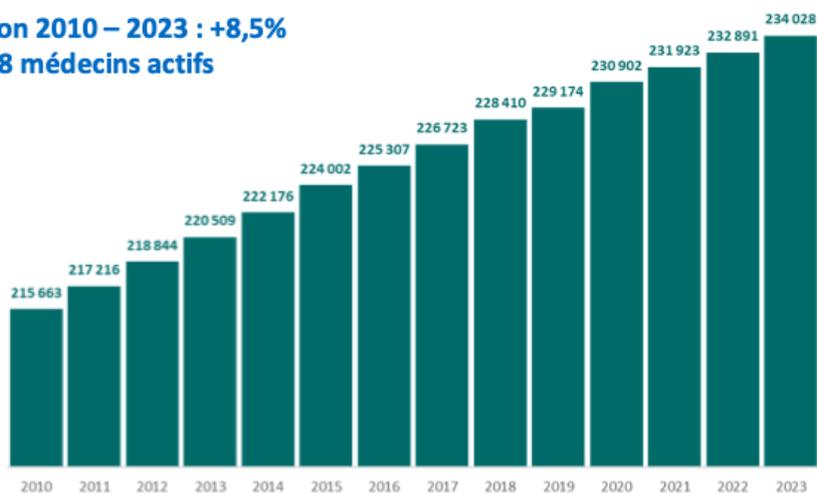
# I. INTRODUCTION

## 1. L'offre de soins en France

En 2023, la France comptait 234 028 médecins en activité, dont 43,7% travaillaient en libéral uniquement et 45,7% en milieu hospitalier. Nous remarquons une augmentation de 8,5% du nombre de médecins actifs depuis 2010. Le corps médical s'est majoritairement féminisé (51%). En parallèle la proportion de médecins avec un diplôme étranger a augmenté (12,5% en 2023, contre 4,4% en 2010). (1)

Evolution de l'effectifs des médecins en activité depuis 2010

**Variation 2010 – 2023 : +8,5%**  
**234 028 médecins actifs**



F1. Évolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010 - Démographie médicale : situation 1<sup>er</sup> janvier 2023 CNOM

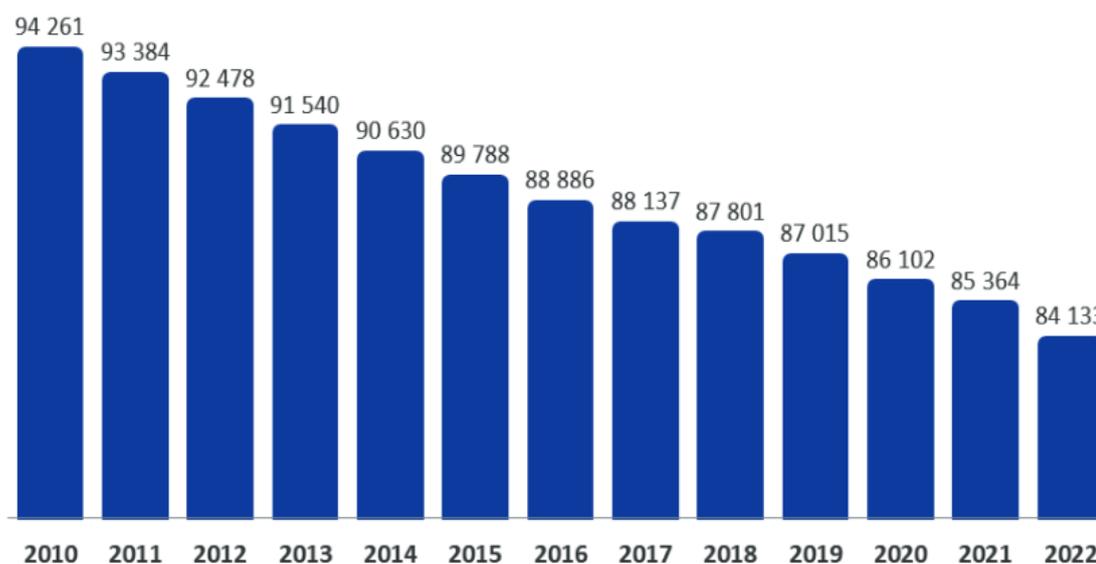
## a) La médecine générale en France

La médecine générale regroupe des médecins qui, principalement selon leur âge, sont :

- Des médecins qualifiés en médecine générale selon le Diplôme d'Études Spécialisés (DES) ouvert en 2004 ;
- Ou depuis 2007, des médecins ayant obtenu un titre qualifiant de médecine générale via les commissions de qualification ;
- Ou des médecins ayant un titre plus ancien, non qualifiant, de médecine générale.

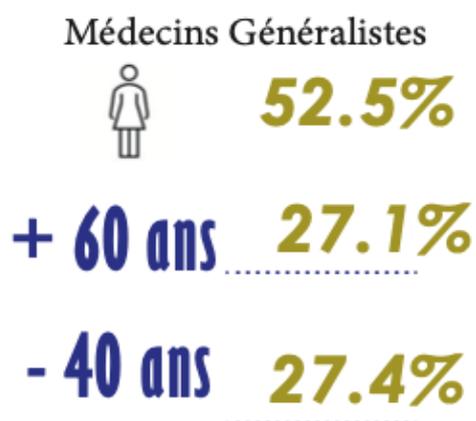
La croissance annuelle moyenne des effectifs des médecins généralistes en activité régulière était de -0,94% sur la période 2010-2022 avec la perte de 10 128 médecins en l'espace de 12 ans.

D'après les analyses et le calcul du taux de croissance annuel moyen, la tendance à la baisse des effectifs des médecins généralistes en activité régulière se poursuivrait jusqu'en 2025, pour atteindre un effectif de 81 912 médecins. (2)



F2. Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 - Atlas de démographie médicale 2022 – CNOM

En termes de constat socio-démographique, la féminisation de la profession est aussi un critère important : en 2022, les femmes représentaient 52,5% des effectifs. De plus, il a été constaté que dans la population des médecins généralistes, il y a un pourcentage équivalent entre les plus de 60 ans, proche de la retraite, et les moins de 40 ans (27%). (2)



*F3. Tranches d'âges des médecins généralistes, et pourcentage de femmes - Atlas de démographie médicale 2022 – CNOM*

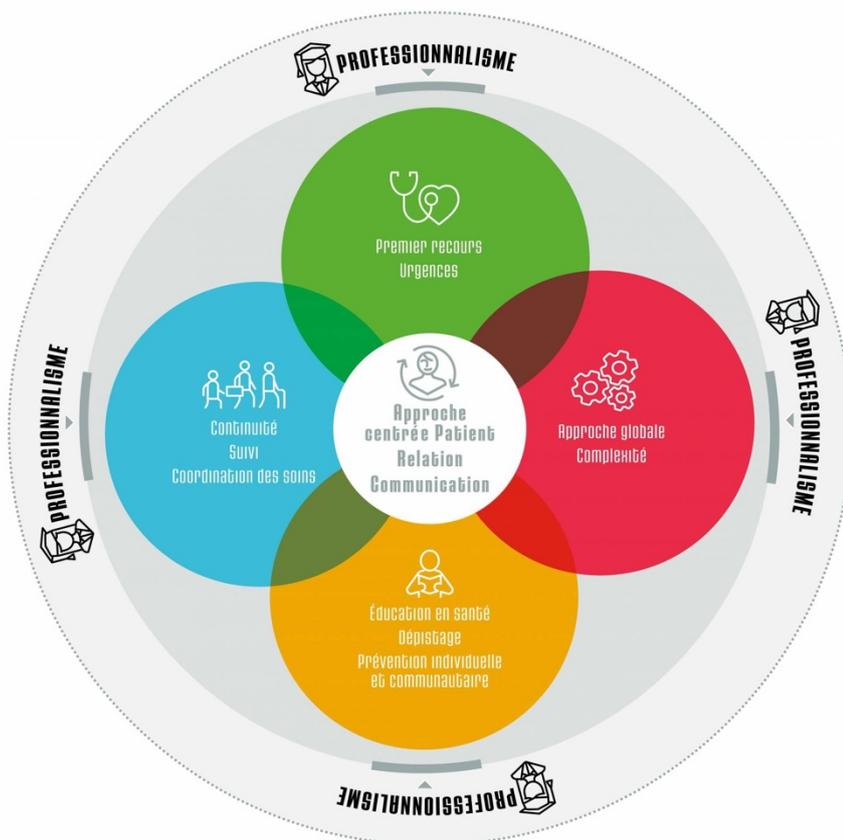
### b) Diplôme d'étude spécialisée en médecine générale

Le diplôme d'étude spécialisée en médecine générale a vu le jour avec l'arrêté du 22 septembre 2004 faisant suite à la loi du 17 janvier 2002 qui reconnaît la médecine générale comme une discipline de spécialité. (3)

La durée du DES est de 6 semestres répartis en 2 phases : une phase socle (1 an, avec un stage en médecine générale et un stage en médecine d'urgence) et une phase d'approfondissement (2 ans, avec un stage en médecine polyvalente, un stage en santé de l'enfant, un en santé de la femme et un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée soit le SASPAS).

À la suite de l'arrêté du 3 août 2023, la maquette du DES de médecine générale a été modifiée, pour ajouter une 3<sup>ème</sup> phase : la phase de consolidation. (4)

Au terme de la formation, le jeune médecin généraliste doit avoir acquis ces 6 compétences : le premiers recours, urgences ; relation, communication, approche centrée-patient ; approche globale, prise en compte de la complexité ; éducation, prévention, santé individuelle et communautaire ; continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ; professionnalisme. (5)



F4. Marguerite des compétences de médecine générale – Référentiel niveau de compétences en médecine générale

### c) Aides actuelles mises en place pour l'exercice de la médecine générale

Pour aider les médecins installés dans les zones sous dotées, il existe actuellement différentes aides, en particulier financières, qui sont les suivantes :

- Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM) : il s'agit d'une somme maximale de 50 000 euros versée en 2 fois. Son but est de faire face aux frais d'investissement liés au début de l'activité.
- Le Contrat de Stabilisation et de Coordination des Médecins (COSCOM) : il représente une aide annuelle de 5 000 euros en retour d'une activité libérale, dans un hôpital de proximité, de la participation à la formation des futurs diplômés, et d'une prise en charge coordonnée des patients sur le territoire.
- Le Contrat de Transition (COTRAM) : il permet de soutenir les médecins exerçant en zones « sous denses » et préparant leur cessation d'activité.

- Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) : il favorise l'exercice ponctuel de médecins dans les zones identifiées comme sous-denses par les ARS. (6)

En parallèle, d'autres aides existent comme le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP). Il s'agit d'une allocation mensuelle de 1200 euros brut pendant les études de médecine. En contrepartie, les allocataires s'engagent à exercer leurs fonctions à la fin de leur étude dans des zones « sous denses ». (7)

Certaines collectivités locales proposent aussi des primes, et un accompagnement professionnel et familial (par exemple, trouver un emploi au conjoint, un logement) pour favoriser un exercice sur leur territoire.

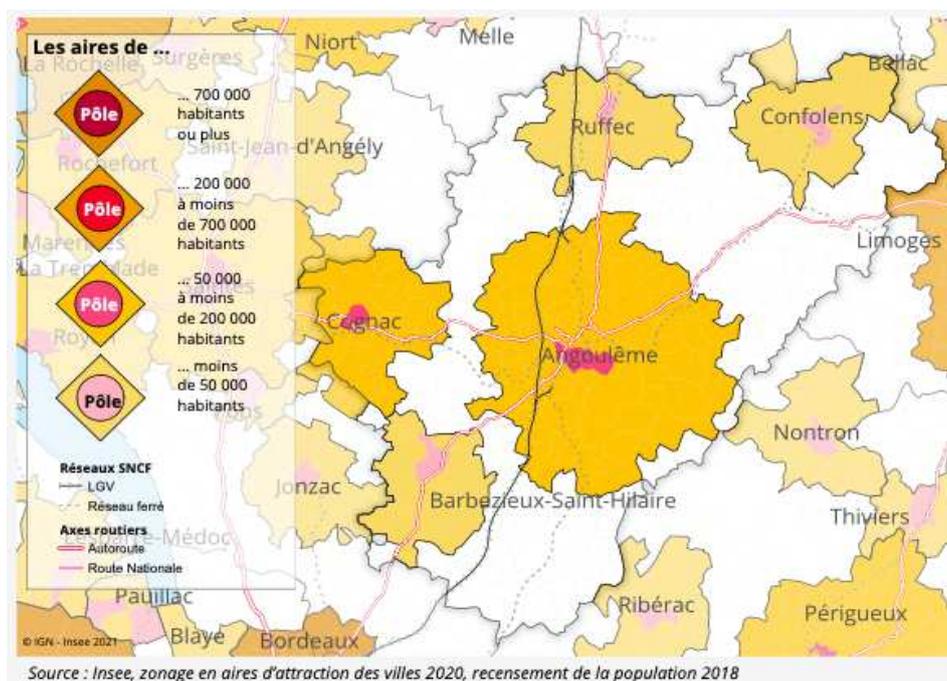
En résumé, toutes les aides citées ci-dessus sont principalement financières, mais des aides sociales commencent à se développer.

## 2. Les données socio-démographiques en Charente

Selon le dernier recensement de l'INSEE, en 2019, la Charente, située au cœur de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, comptait 352 015 habitants, dont 32,4% qui avaient plus de 60 ans. (8)

Le département est traversé du Nord au Sud par la RN10 sur l'axe Poitiers-Bordeaux, et d'Est en Ouest par la RN141 desservant Limoges et Saintes. Depuis la mise en service de la LGV en 2017, 36 minutes suffisent pour se rendre à Bordeaux ou Poitiers, et moins de deux heures pour Paris.

Dans ce département peu dense, un quart des Charentais vivent loin des villes.

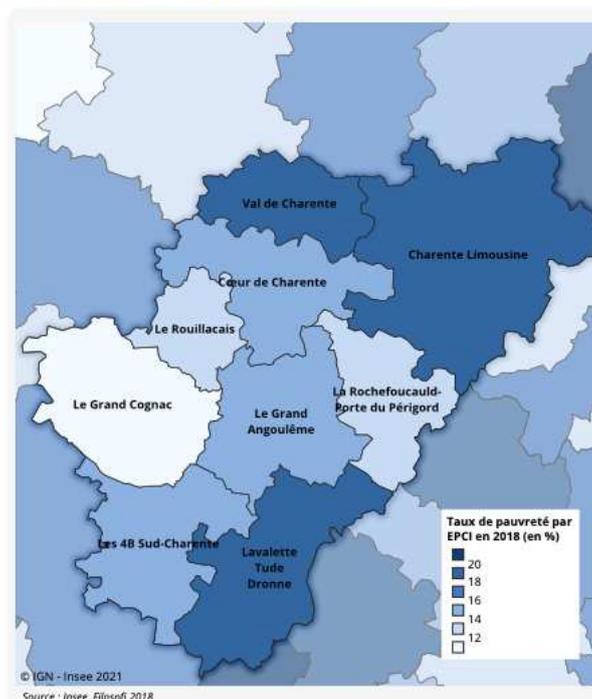


F5. Zonages en aires d'attraction des villes 2020, recensement de la population 2018 - INSEE

L'économie est marquée par un emploi industriel fort, porté par des secteurs historiques, et par l'agriculture viticole. La population active comprend beaucoup d'ouvriers et d'employés.

La Charente est touchée par une forte pauvreté monétaire, notamment dans les territoires éloignés des grandes villes. Le taux de pauvreté est supérieur de 1,4 point par rapport à la moyenne régionale (données de 2018). (8)

► 5. Taux de pauvreté par EPCI en Charente



F6. Taux de pauvreté par EPCI en Charente en 2018 – INSEE

### 3. L'offre de soins en Charente

En 2022, peu d'évolution par rapport à 2021, la variation moyenne des effectifs de médecins inscrits annuellement était de 1,3% en Charente.

En revanche, sur les 10 dernières années, la dynamique des nouveaux inscrits à l'Ordre est négative (moins 2,7% entre 2010 et 2022). (2)

En 2022, l'âge moyen des médecins en Charente était de 52 ans, âge supérieur à la moyenne nationale qui était de 50,3 ans. (2)

## a) La médecine générale en Charente

Dans le département, plus précisément pour la médecine générale, le constat est plus déplorable. La variation du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2021 et 2022 est de -2,9%, contre -20,8% entre 2010 et 2022 (soit en moyenne -1,7% par an). (2)

L'Agence Régionale de Santé en Nouvelle Aquitaine, en lien avec les préfetures de départements, les représentants de l'Assurance maladie, les élus du territoire, les représentants des médecins libéraux, du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et du Conseil Territorial de Santé, ont élaboré un zonage de la médecine libérale permettant d'identifier les zones sous denses.

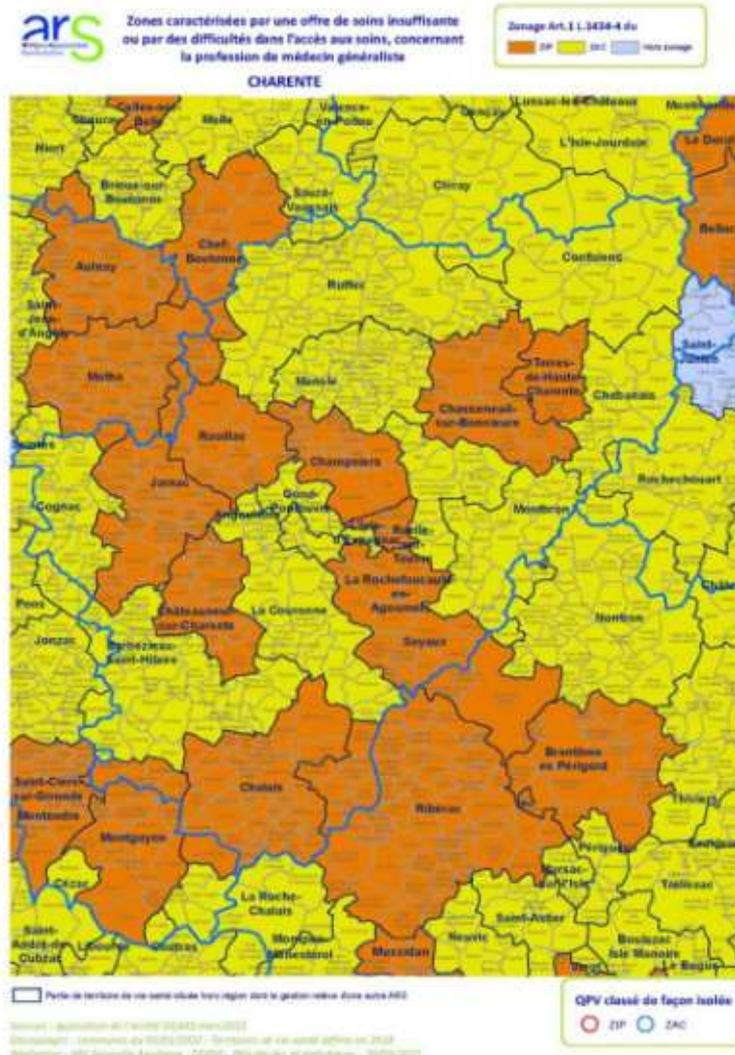
Ce zonage est basé sur des critères objectifs reflétant l'accès aux soins en médecine générale : nombre de consultations de médecine générale réalisées ; les besoins en fonction de l'âge de la population ; temps d'accès à un médecin généraliste ; part de médecins âgés de plus de 60 ans.

Cette analyse permet d'identifier 2 types de zones sous-denses (permettant de différencier les aides financières mises en place) :

- Les Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) sont les zones les plus fragiles.
- Les Zones d'Actions Complémentaires (ZAC) nécessitent une mise en place rapide de mesures pour ne pas se détériorer rapidement.

Nous constatons que l'ensemble de la Charente est en zone sous-dense, soit classée en ZIP, soit en ZAC. (cf carte de zonage ci-dessous)

## | Carte zonage médecine libérale 2022 en Charente



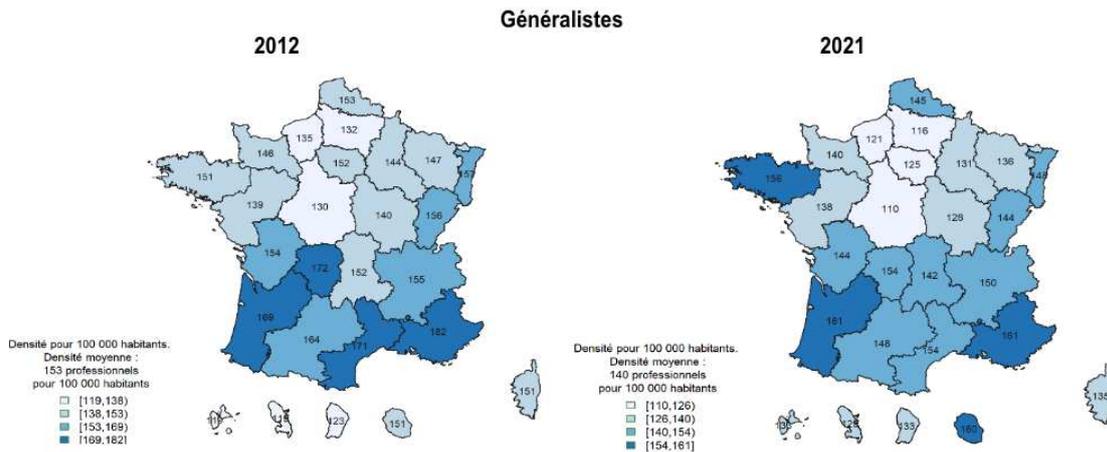
F7. Carte de zonage de la médecine libérale 2022 en Charente – ARS

### 4. La problématique

Historiquement, le médecin généraliste est le « médecin de famille », le professionnel coordinateur de la santé physique et mentale de toute la population. Ce sentiment de « proximité » est d'autant plus important dans les zones rurales, comme la Charente.

Le manque de professionnels grandissant depuis des années est un sujet de discussion privilégié au sein de nombreuses réunions départementales, régionales, et nationales.

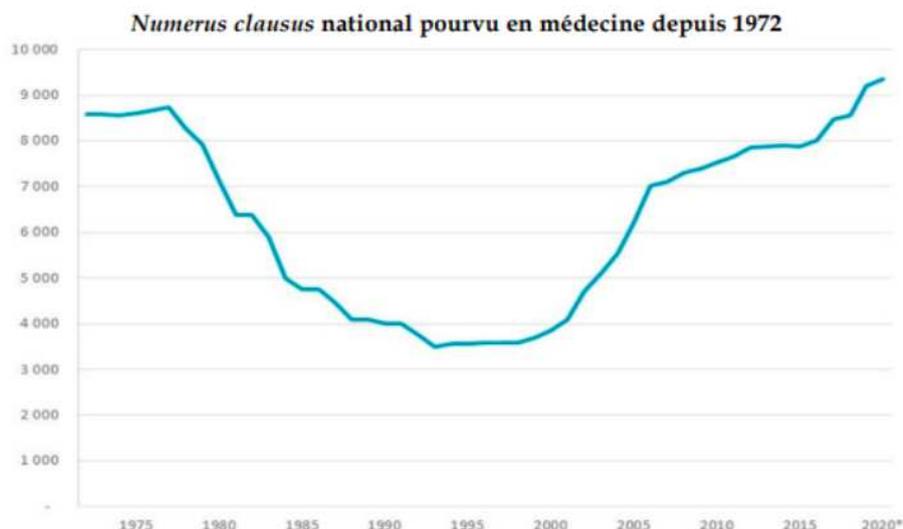
Les difficultés que rencontrent la médecine générale ambulatoire aujourd’hui sont dues à une densité médicale trop faible pour assurer une qualité de soins satisfaisante auprès de la population. En effet, la densité de médecin a diminué de 2,2% entre 2012 et 2021. (10)



F8. Comparatif de la densité moyenne de généralistes entre 2012 et 2021 - Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?

Cela est expliqué par un manque de médecin, dont le nombre est limité par l’introduction du Numérus Clausus en 1971, ainsi que par le vieillissement de la population. (2)

Une hausse du nombre de places offertes aux étudiants en médecine est constatée depuis les années 2000 pour pallier ce manque, mais cela reste actuellement insuffisant. (10)



Source : Drees, Dossiers de la Drees, n° 76, mars 2021

F9. Numerus clausus national pourvu en médecine depuis 1972 – Atlas de démographie médicale

En parallèle la demande de soins est plus importante du fait du vieillissement et de l'accroissement de la population, et donc de l'augmentation des pathologies chroniques. (11)

Enfin l'évolution des conditions et des envies d'exercice des médecins, ainsi que les difficultés de recrutement des jeunes médecins diminuent aussi cette densité médicale. En effet d'après une méta analyse de 2017, 49% des médecins étaient en burnout. (12)

De plus, il a été constaté que 5 ans après la 1ère inscription à l'Ordre des Médecins, la moitié seulement des nouveaux médecins généralistes s'est installée. (13)

Nous avons retrouvé de nombreux travaux de recherche dans la littérature qui ont étudié les freins et les facteurs favorisant à l'installation en médecine générale ambulatoire, cependant il ne s'agit que de constats. Le recueil des avis des médecins a peu été trouvé, et il ne cible pas spécifiquement les médecins généralistes. (14) (15) (16) (17)

En 2019, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, avait réalisé une étude de cohorte auprès des médecins (toutes spécialités médicales confondues), dont l'objectif principal était de mettre en avant ces déterminants à l'installation.

Le soutien humain était au centre des déterminants. En effet pour les internes, une aide de la part des confrères/consœurs était une priorité.

Les aides financières étaient importantes, mais non déterminantes pour 48% des internes.

L'installation était étroitement liée à une dimension territoriale. En effet, pour 61% des internes la proximité familiale était favorisante à l'installation, et les services publics pour 62%.

La présence sur le territoire d'autres professionnels de santé était déterminante pour 81% des internes. De plus, le choix d'exercice le plus apprécié était un exercice de groupe coordonné.

Des horaires de travail équilibrés étaient importants pour 82% des internes. (18)

De plus il a été constaté que les internes s'installaient préférentiellement dans les endroits qu'ils ont connus au cours de leur formation. (11)

Les autres études réalisées dans différents départements rapportent sensiblement les mêmes résultats. (15) (19) (20)

Une étude réalisée grâce à la distribution de questionnaires auprès des internes de médecine générale de France entre 2010 et 2011 retrouvait que les principaux facteurs déterminants une installation en médecine générale ambulatoire sont :

- De bénéficier d'un fort encadrement universitaire
- D'effectuer son internat dans la même ville que son externat
- Habiter en zone semi rurale ou rurale
- Exercer une activité de remplacements (21)

L'étude « être médecin libéral demain » réalisée par l'URPS en mai 2022, elle aussi à l'aide d'un questionnaire auprès des médecins généralistes et spécialistes a permis de recueillir les principales motivations des médecins à poursuivre leur pratique : le fait de maintenir la liberté d'installation ainsi que la souplesse du statut, la modulation du temps de travail, le renforcement de l'organisation autour du patient, et le besoin de simplification administrative. (22)

Une étude qualitative réalisée en 2011 avait montré que les éléments déterminant le sentiment « d'être prêt à exercer » étaient l'émergence d'une identité professionnelle, de l'expérience en contexte authentique et le fait de ressentir une légitimité. (23)

Il est important de souligner qu'un exercice en zone rurale n'est pas un facteur « aggravant » les déserts médicaux, en effet, 87,8% des internes se disaient favorables à une activité en zone rurale ou semi rurale. (11)

La conjoncture actuelle de la médecine générale ambulatoire, en particulier en Charente nous a amenées à de multiples discussions informelles autour du sujet.

Nous avons donc naturellement formé un groupe de réflexion de plusieurs médecins afin de faire un état des lieux de la littérature concernant le sujet, et par la suite de nous interroger sur les initiatives qu'il était possible de mettre en place pour favoriser l'offre de soins en Charente.

## 5. Question de recherche

La question que je me suis posée est la suivante :

**Comment les médecins généralistes salariés ou installés en libéral charentais verraient l'évolution de leur condition d'exercice en médecine générale ambulatoire afin de favoriser leur participation à l'offre de soins ?**

Dans le concept de la thèse collaborative nous avons complété le travail pour d'autres populations, il en découle donc les deux questions de recherche suivantes :

*Comment les internes de médecine générale de la faculté de Poitiers verraient l'évolution de leurs futures conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire afin de favoriser leur participation à l'offre de soins ?*

*Comment les médecins remplaçants et collaborateurs verraient l'évolution de leurs conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire afin de favoriser leur participation à l'offre de soins ?*

## **6. Objectifs de recherche**

Mon objectif principal était de recueillir auprès des médecins généralistes charentais salariés ou installés en libéral leurs propositions spontanées de pistes d'amélioration des conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire.

Puis l'objectif secondaire était de recueillir leurs avis sur les propositions d'amélioration faites par notre groupe de réflexion.

Toujours dans le principe de la thèse collaborative, voici les objectifs concernant les 2 autres populations :

Internes : recueillir auprès des internes de médecine générale leurs propositions spontanées de pistes d'amélioration des conditions de travail des médecins.

Puis l'objectif secondaire était de recueillir leurs avis sur les propositions d'amélioration faites par notre groupe de réflexion.

Médecins remplaçants et collaborateur : recueillir auprès des médecins remplaçants et collaborateurs leurs propositions spontanées de pistes d'amélioration des conditions de travail des médecins.

Puis l'objectif secondaire était de recueillir leurs avis sur les propositions d'amélioration faites par notre groupe de réflexion.

## II. MÉTHODES

### 1. Le concept de la thèse collaborative

L'approche collaborative apparaît dans les années 1990 au Québec dans une volonté de rapprochement entre le monde de la recherche et l'univers de la pratique professionnelle. Elle suppose une démarche de « co-construction entre les partenaires concernés ».

Dans notre cas, nous étions cinq participantes à ce travail :

- Deux médecins généralistes : Dr Célia BORNERT, installée en activité libérale à Brie en Charente, diplômée en 2007, et Dr Véronique TARDIVO, en activité salariée au centre de santé de Brie en Charente, diplômée en 1992.
- Trois internes en médecine générale à la faculté de Poitiers : OUDIN Coralie, LAURENCON Pauline et CIRICHELLI Célia.

Nous nommerons « groupe de réflexion », les participantes à ce travail. Ce groupe de travail a permis une triangulation tout au long de l'étude.

La triangulation permet de mettre en relation les différentes analyses de données, et de limiter les biais de subjectivité.

Notre but était de travailler autour d'une même question de recherche concernant les conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire et de la décliner pour 3 populations différentes : les internes, les remplaçants/collaborateurs, et les médecins installés/salariés.

Dans mon travail, je me suis intéressée au point de vue des médecins généralistes charentais salariés et installés en libéral.

*Les 2 autres thèses s'intéressent au point de vue des internes de médecine générale de la faculté de Poitiers et des médecins remplaçants et collaborateurs.*

Nous avons co rédigé la partie Introduction et Méthodes. La rédaction de la partie Résultats, et une première partie de la Discussion seront individuelles. Un extrait des résultats des 2 autres populations, nécessaire à une discussion de qualité, sera inséré dans la partie Résultats. Puis nous terminerons la discussion par une analyse collaborative.

## 2. Choix des méthodes

Après discussion avec notre groupe de réflexion, nous avons décidé de commencer au préalable le travail avec un questionnaire préliminaire comprenant des questions fermées concernant les « données socio-démographiques », d'autres questions fermées concernant « l'exercice idéal » puis des questions ouvertes pour stimuler les idées concernant l'exercice de la médecine générale ambulatoire.

Mais la méthode principale de notre travail de recherche est une étude qualitative réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés.

### a) Recherche bibliographique

Nous avons été aidées par une bibliothécaire de l'Université de Médecine de Poitiers pour la recherche d'articles et la création d'une bibliographie.

Nous avons réalisé des recherches sur internet notamment sur le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC), Upétille, le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, et le moteur de recherche Google.

Nous avons réalisé notre bibliographie partagée à l'aide du logiciel ZOTERO.

De plus, une collaboration avec la secrétaire du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Charente nous a également permis d'avoir des renseignements démographiques médicaux sur le département.

### b) Questionnaire préliminaire

Nous avons décidé lors de nos réunions avec le groupe de réflexion, de réaliser un questionnaire préliminaire, composé de différentes parties, afin de :

- Récupérer des données démographiques,
- Stimuler au préalable l'esprit et la réflexion de la population interrogée,
- Récupérer des informations utiles pour réaliser par la suite une discussion enrichie lors des entretiens semi-dirigés.

### **c) Entretiens semi-dirigés**

L'entretien semi-dirigé est une technique d'enquête qualitative, qui permet de collecter des informations nouvelles en réponse à une question définie, en posant des questions ouvertes tout en orientant l'entretien.

Cela consiste à échanger avec une ou plusieurs personnes sur un sujet plus ou moins précis (la question de recherche n'est pas connue des interviewés).

Il se décline en différentes étapes :

- Un temps de préparation afin de construire un canevas d'entretien qui va permettre de guider l'interview. On peut y consigner les axes à aborder et des questions ouvertes permettant de dynamiser l'entretien.
- Le temps de l'entretien qui permet un échange entre les participants, l'interaction sur les différents sujets et la récupération des données nécessaires à l'étude.
- Pour finir, l'analyse des données qui se déroule en plusieurs étapes : rédaction du verbatim puis codage et création d'arbre à codes.

Grâce à cette technique, nous souhaitons collecter des informations qualitatives pouvant répondre à notre question de recherche.

## **3. Phase préalable à l'étude : questionnaire préliminaire**

### **a) Objectifs du questionnaire**

Ce questionnaire avait pour but premièrement de récupérer des données démographiques afin de décrire notre population choisie.

D'autre part, nous avons cherché à collecter des données qualitatives sur leurs représentations d'un exercice « idéal » de la médecine générale ambulatoire.

Enfin, le questionnaire était un moyen de stimuler l'esprit de chaque participant avec des questions ouvertes afin de les amener à débiter un travail de réflexion en vue d'un entretien semi-dirigé.

### **b) Élaboration et composition du questionnaire**

La rédaction du questionnaire s'est faite à la suite de plusieurs réunions de discussion au sein du groupe de réflexion.

La revue de littérature nous a permis de rendre le plus pertinentes possible les questions posées.

Le questionnaire est divisé en 3 grandes parties (*cf annexe 1*) :

La première partie du questionnaire reprend des données socio-démographiques, qui vont nous permettre par la suite d'analyser les réponses (questions de 1 à 14).

La deuxième partie du questionnaire (question 15) interroge les médecins salariés et installés en libéral sur leurs aspirations « idéales » concernant leur exercice de la médecine générale.

La troisième partie (questions 17 et 18), est composée de questions ouvertes dans le but d'entraîner une réflexion de la part des médecins salariés et installés en libéral concernant leurs envies d'exercice.

*De la même manière, les 2 autres thèses s'intéressent au point de vue des internes et des médecins remplaçants et collaborateurs.*

Le questionnaire une fois terminé a été envoyé à chaque population étudiée, sans modification ultérieure.

### **c) Échantillonnage**

Initialement nous avons prévu de diffuser le questionnaire à tous les médecins généralistes installés en libéral ou salariés dans le département de la Charente.

Après triangulation et collaboration avec le Conseil Département de l'Ordre des Médecins de Charente, nous avons diffusé le questionnaire aux médecins généralistes installés en libéral ou salariés qui étaient actuellement inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Charente.

### **d) Méthode de diffusion du questionnaire**

Nous avons envisagé de diffuser le questionnaire par mail à chaque médecin généraliste de la Charente en proposant un lien pour avoir le questionnaire : soit sous forme de Google Form ; soit pour l'envoyer en format papier par courrier avec une enveloppe pré timbrée. Nous comptons demander les adresses mail au Conseil Département de l'Ordre des Médecins de Charente.

Après triangulation et collaboration avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Charente, notre questionnaire a été diffusé par courrier avec enveloppe pré timbrée à tous les médecins généralistes installés en libéral ou salariés

inscrits en Charente. Les enveloppes ont été envoyées et réceptionnées directement par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Charente et nous sommes venues les récupérer au fur et à mesure.

Du fait de l'anonymat des questionnaires, nous n'avons pas eu besoin de réaliser des démarches auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

#### **e) Triangulation**

Les questionnaires étaient similaires dans le fond et la forme, mais adaptés à chaque population. Ils ont été le fruit de multiples relectures au sein du groupe de réflexion.

Afin de tester le questionnaire en termes de durée de réponse, de compréhension et de pertinence des questions, nous avons envoyé le questionnaire à une personne extérieure au groupe de réflexion.

### **4. Entretiens semi-dirigés (étude qualitative)**

#### **a) Objectifs des entretiens**

Les objectifs des entretiens étaient de recueillir, auprès de notre population cible, leurs conditions d'exercice idéal, ainsi que les pistes d'amélioration de cet exercice, et leurs avis sur la proposition de notre groupe de réflexion.

Les entretiens semi-dirigés nous ont permis de recueillir des réponses entrant dans le cadre de nos axes d'exploration. (*cf annexe 3*).

#### **b) Le canevas d'entretien (*annexe 4*)**

Celui-ci a été élaboré par triangulation au cours de nos différentes réunions à partir des réponses ouvertes du questionnaire préliminaire et grâce aux différents axes à explorer que nous avons définis au cours des recherches bibliographiques.

Ce canevas d'entretien est composé de plusieurs parties avec une introduction de présentation, une question brise-glace, et différentes questions permettant de recentrer les participants sur le sujet au cours de l'entretien.

Vous trouverez le canevas d'entretien en annexe 4.

### **c) Échantillonnage**

Lors de la distribution des questionnaires préliminaires, nous avons recherché des volontaires à la participation des entretiens.

Nos critères d'inclusion étaient : être volontaires, et exercer en Charente. Nous avons mis nos coordonnées sur le questionnaire envoyé afin qu'ils puissent nous contacter.

Le recrutement pour de nouveaux entretiens a été effectué jusqu'à la saturation des données, c'est-à-dire que nous avons arrêté les entretiens quand nous n'avions plus d'idées nouvelles mises en évidence au cours de ceux-ci.

### **d) Constitution et organisation des entretiens**

Les entretiens ont été programmés quelques jours à l'avance en fonction des disponibilités des participants. Nous les avons contactés par mails, ou par SMS. Pour un souci d'organisation nous avons décidé de ne réaliser que des entretiens individuels par téléphone.

Avant la réalisation des entretiens, nous avons envoyé aux participants un questionnaire avec uniquement des données socio démographiques à l'aide de Google Form (*cf annexe 2*).

Au cours des entretiens, nous avons commencé par nous présenter, et présenter notre travail de recherche.

« Les règles du jeu » étaient exposées clairement en début d'entretien (anonymat, possibilité d'arrêter l'enregistrement quand ils le souhaitaient).

Au cours de l'entretien, nous avons essayé d'obtenir des réponses correspondantes aux différents axes à explorer :

- Le cadre de l'exercice
- Les tâches professionnelles
- La gestion de l'entreprise médicale
- La rémunération
- Les besoins annexes
- L'organisation entre médecins

Nous avons terminé nos entretiens en présentant les idées qui ont émergées de notre groupe de réflexion, et en les interrogeant concernant leur avis sur celles-ci.

Tous les entretiens ont été anonymisés, et enregistrés après l'accord oral du participant à l'aide d'un dictaphone. L'enregistrement permet de donner un accès à

l'ensemble du discours de l'interviewé, afin de faire ressortir la parole exacte de la personne participant à l'entretien. (24)

### **e) Analyse des données**

Au cours des entretiens, j'ai pris des notes des idées clés. Puis j'ai rédigé les verbatims, qui m'ont permis de réaliser le codage sémantique afin d'élaborer l'arbre à codes.

#### **1) Retranscription des verbatims**

Les entretiens ainsi enregistrés ont ensuite été intégralement retranscrits, mots à mots, de manière objective à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Word) sur ordinateur.

Tous les propos des participants ont été anonymisés, des initiales ont été attribuées.

Le verbatim a ensuite été soumis à l'approbation des interviewés par mail avant d'être exploité pour l'analyse des données.

#### **2) Le codage sémantique**

L'analyse des verbatims correspond à leur codage, c'est-à-dire à décortiquer et étiqueter les données.

Dans un premier temps il s'agissait de lire les verbatims de façon itérative afin de s'en imprégner, nous appelons cela une pré analyse.

Puis j'ai effectué un codage ouvert et axial des verbatims en m'appuyant sur une analyse sémantique, c'est -à -dire une analyse des mots dans le contexte.

J'ai extrait des groupes de mots que j'ai regroupés en « idées clés ». Chaque partie est classée dans une catégorie représentée par un code. Les codes sont toujours en lien avec la question de recherche.

Les codes sont ensuite regroupés en thèmes plus généraux.

Le codage est dit « ouvert » car nous avons effectué une lecture ligne par ligne des données afin de les classer.

#### **3) Élaboration de l'arbre à codes**

Cette analyse a abouti à la constitution d'un arbre à codes qui correspond à l'agencement des différents thèmes et idées selon une logique la plus objective

possible et représentative. Celui-ci a pour but de résumer les idées clés recueillies au cours des entretiens.

#### f) Triangulation

Néanmoins, s'agissant d'une étude qualitative, il existe un biais de subjectivité, c'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser la triangulation afin d'apporter de la pertinence et de la fiabilité à notre travail.

En effet, les codages ont été effectués en parallèle par mes co-thésardes, afin de renforcer l'objectivité du travail.

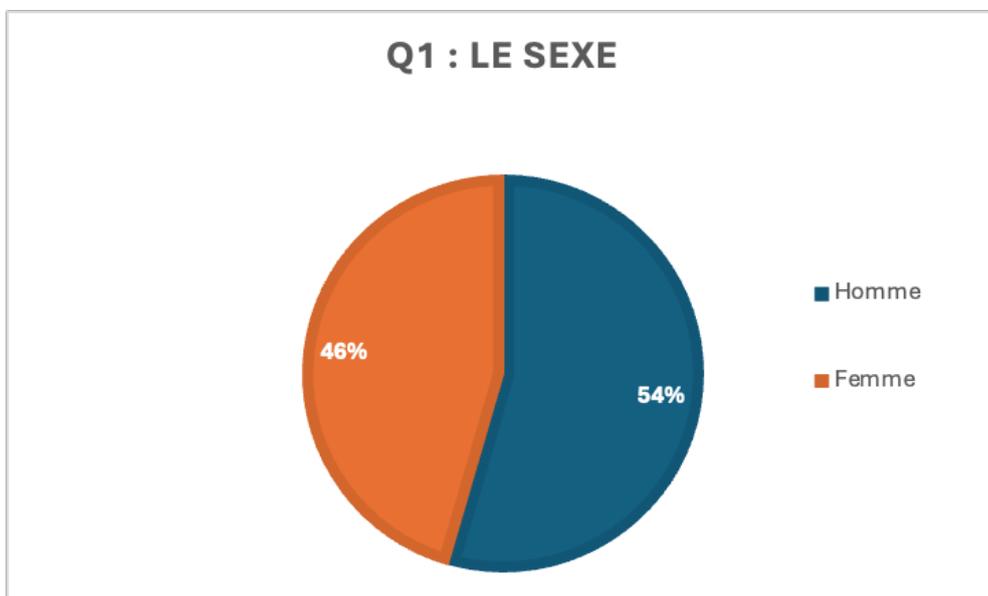
# III. RÉSULTATS

## A. MA POPULATION : Les médecins généralistes installés en libéral et salariés

### 1. Questionnaires préliminaires

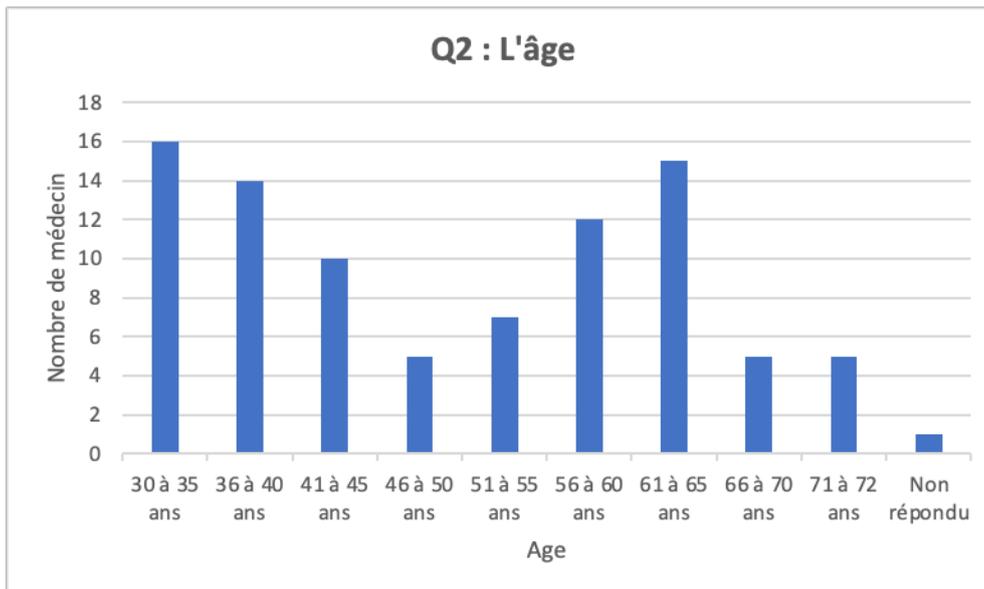
A noter pour commencer que le nombre de réponses aux questionnaires était de 90 sur 260 envoyés, soit un taux de réponse de 34,6%.

#### a) Description de la population (Q1-Q14)



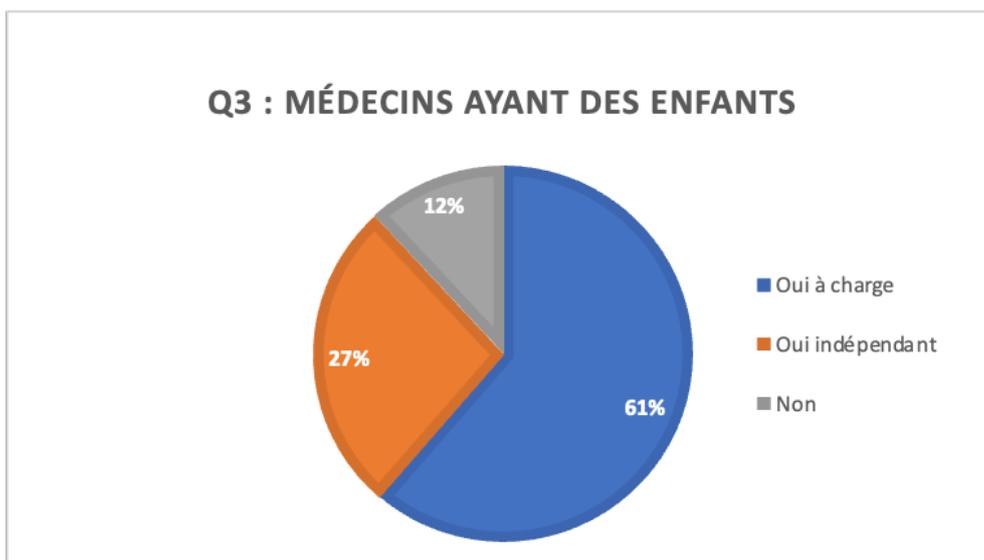
F10. Sexe des médecins ayant répondu au questionnaire

Parmi les médecins ayant répondu, 54% sont des hommes, et 46% sont des femmes.



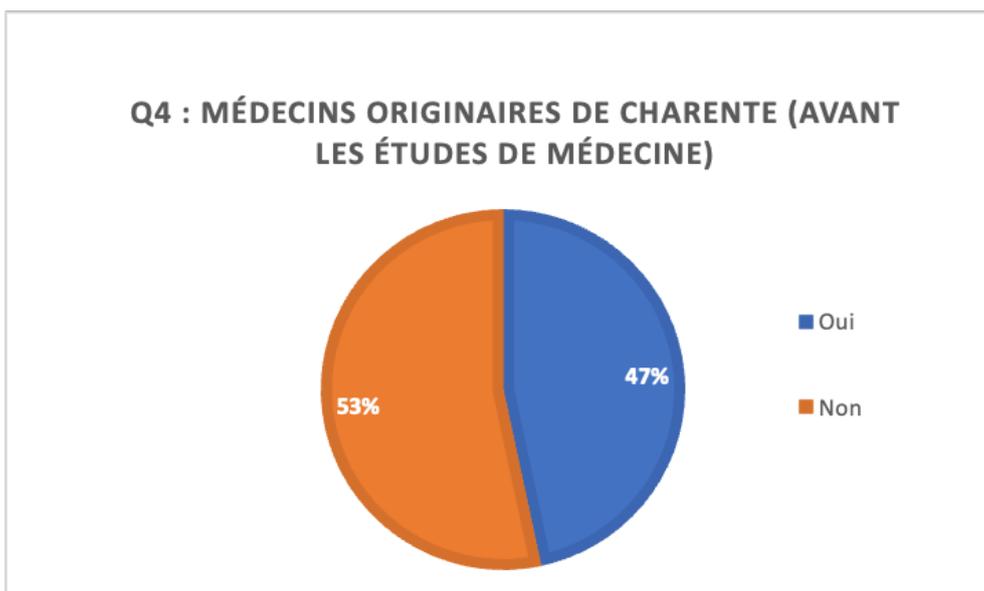
F11. Age des médecins ayant répondu au questionnaire

L'âge des participants varie entre 30 ans et 72 ans avec une majorité entre 30 et 40 ans puis entre 56 et 65 ans.



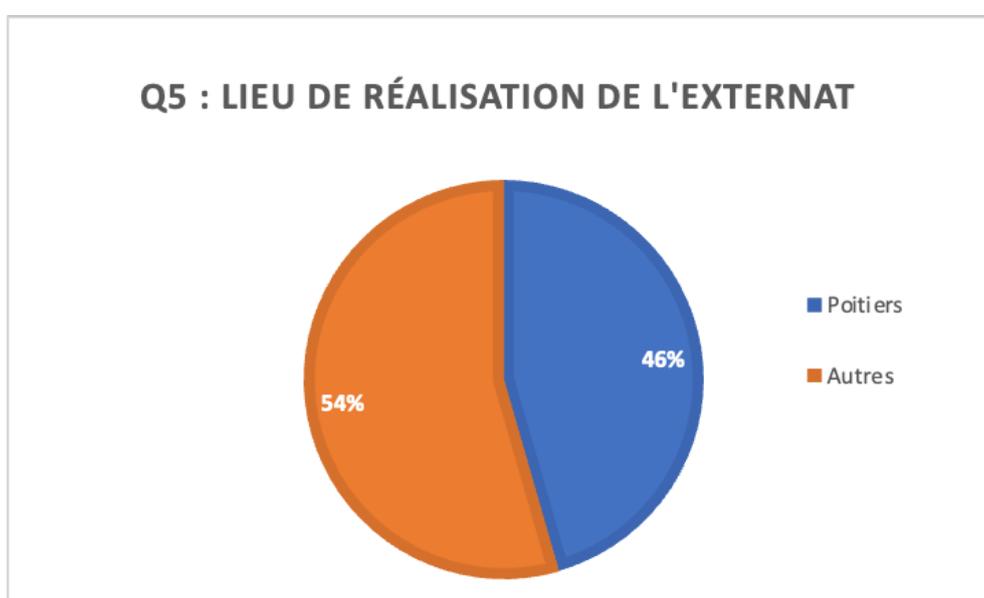
F12. Pourcentages de médecins ayant répondu au questionnaire qui ont des enfants

88% des médecins ont des enfants, dont 61% à charge. 12% n'ont pas d'enfant.



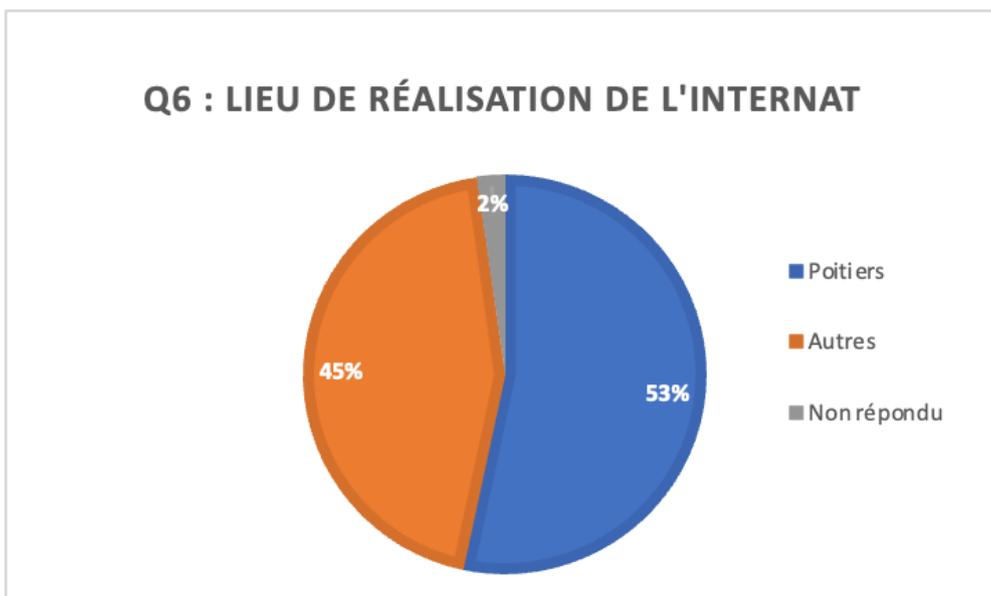
F13. Pourcentages des médecins ayant répondu au questionnaire, originaires de Charente

Parmi les médecins interrogés, 47% sont originaires de Charente.



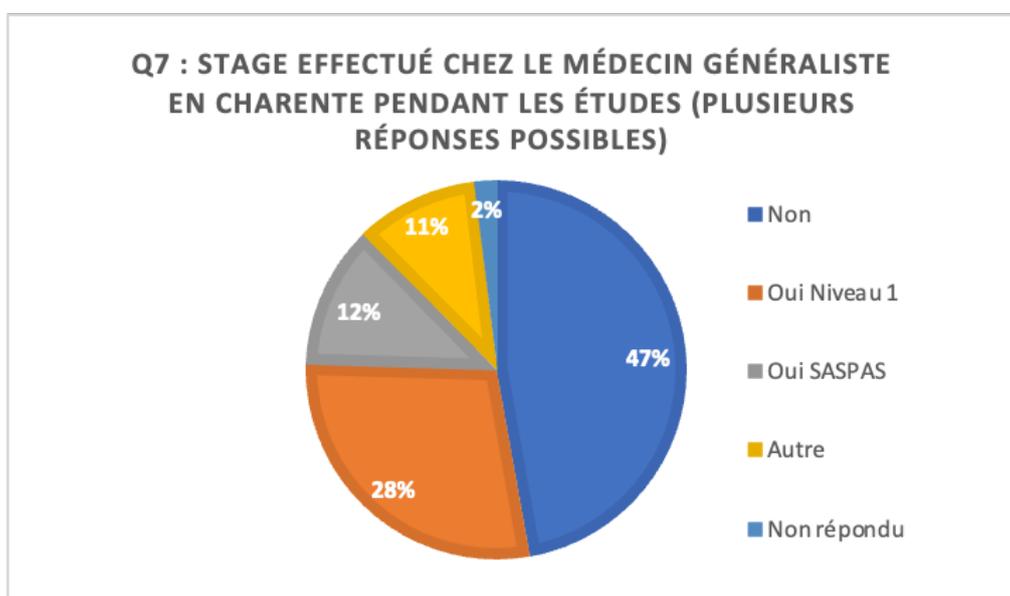
F14. Faculté de réalisation de l'externat des médecins ayant répondu au questionnaire

Concernant le lieu de réalisation de leur externat, 46% l'ont effectué à la faculté de Médecine de Poitiers. Les 54% restant l'ont effectué en majorité dans les facultés de Bordeaux et de Limoges.



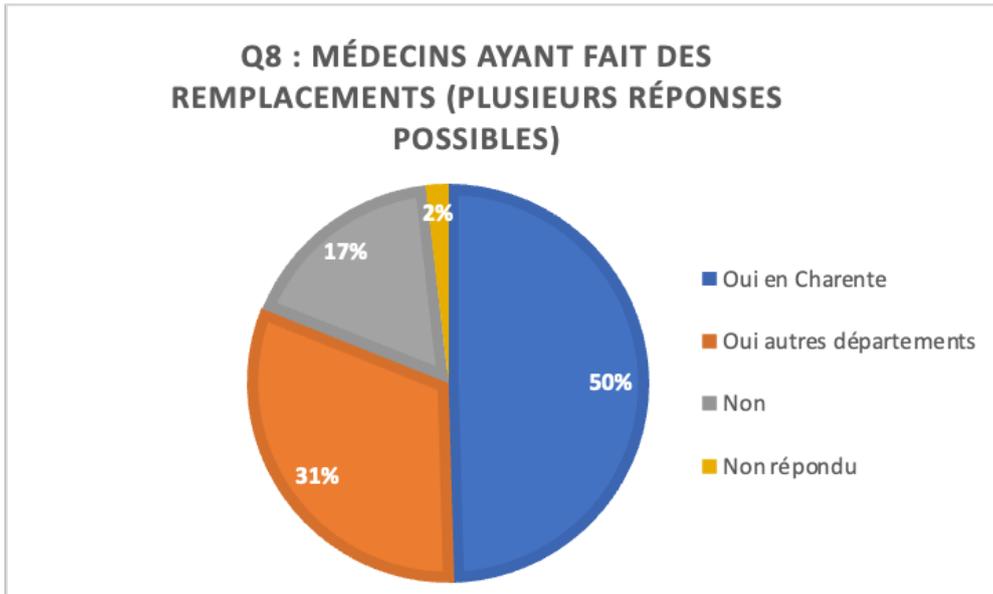
F15. Faculté de réalisation de l'internat des médecins ayant répondu au questionnaire

Concernant le lieu de réalisation de leur internat, 53% l'ont effectué à la faculté de Médecine de Poitiers. 45% l'ont effectué en majorité dans les facultés de Bordeaux et de Limoges. Et 2% des interrogés n'ont pas répondu.



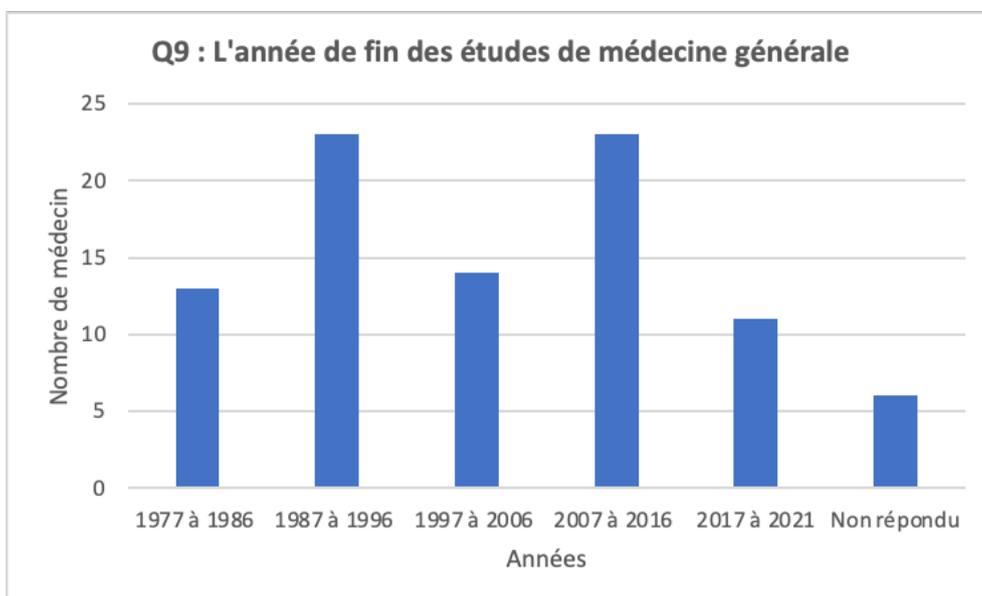
F16. Stages effectués en Charente par les médecins qui ont répondu au questionnaire

47% des médecins n'ont pas réalisé de stage chez le médecin généraliste en Charente durant leurs études. 28% y ont fait leur Niveau 1, 12% leur SASPAS et 11% un autre stage (type hospitalier ou stage Femme-Enfant). 2% n'ont pas répondu.



F17. Pourcentages des médecins ayant répondu au questionnaire qui ont fait des remplacements.

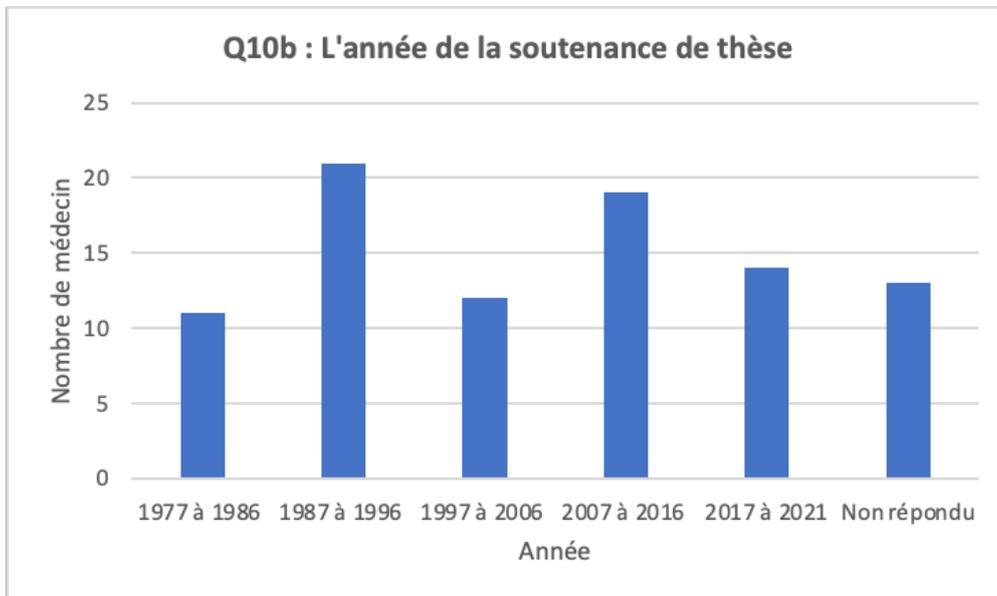
Parmi les médecins, 81% ont fait des remplacements, dont 50% en Charente. 17% n'en ont pas fait, et 2% n'ont pas répondu.



F18. Année de fin d'étude de médecine générale des médecins ayant répondu au questionnaire

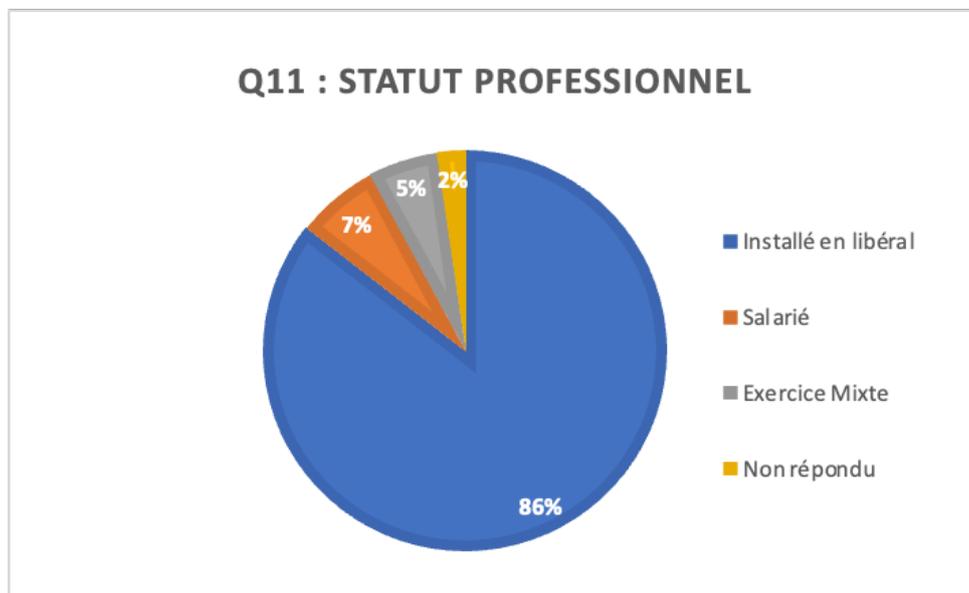
L'année de fin des études de médecine générale varie entre 1977 et 2021 parmi les médecins ayant répondu. 6 personnes n'ont pas répondu.

Concernant la **question 10**, elle était divisée en 2 parties (du fait que le questionnaire était combiné). 100% des médecins interrogés dans ma population sont thésés.



F19. Année de soutenance de thèse des médecins ayant répondu au questionnaire

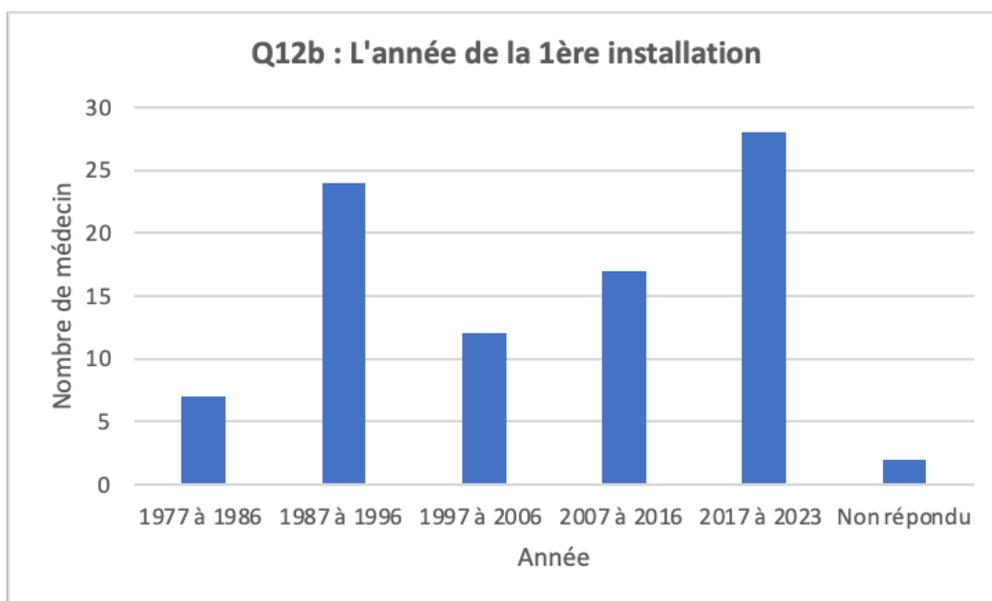
De même pour l'année de soutenance de thèse, ça varie entre 1977 et 2021. 13 personnes n'ont pas répondu.



F20. Statut professionnel des médecins ayant répondu au questionnaire

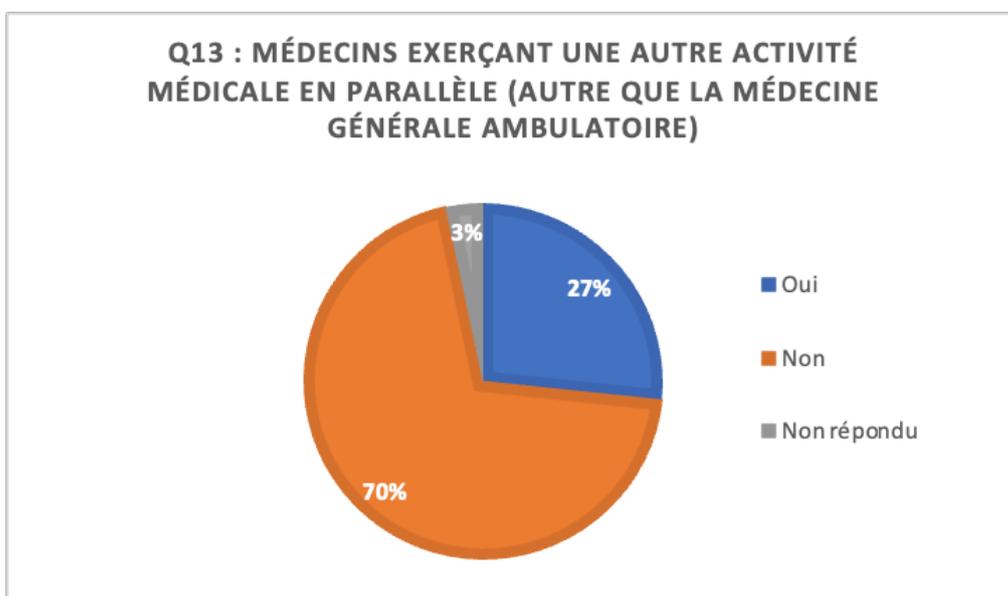
86% des médecins questionnés sont installés en libéral. 7% sont salariés et 5% en exercice mixte. 2% n'ont pas répondu.

La **question 12** était divisée en 2 parties (du fait que le questionnaire était combiné). La réponse à la question 12-A concernait les médecins remplaçants, collaborateurs, adjoints ou assistants.



F21. Année de 1<sup>ère</sup> installation des médecins ayant répondu au questionnaire

Parmi les médecins interrogés, l'année de leur 1<sup>ère</sup> installation se situe entre 1977 et 2023. 2 personnes n'ont pas répondu.

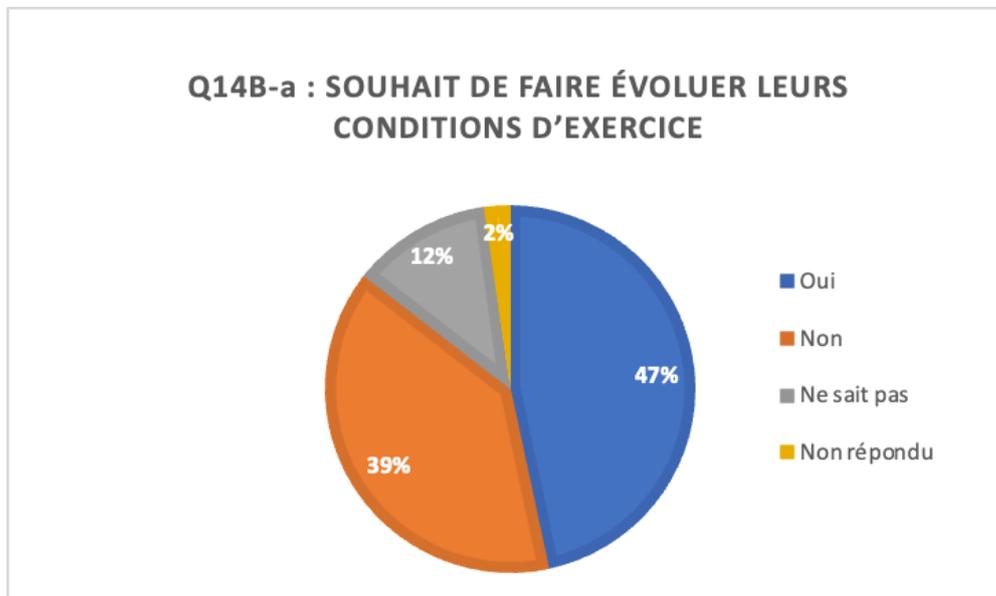


F22. Pourcentages des médecins ayant répondu au questionnaire exerçant une autre activité médicale en parallèle

27% des médecins exercent une autre activité médicale en parallèle de leur activité ambulatoire. 3% n'ont pas répondu.

La **question 14** était divisée en 2 parties (du fait que le questionnaire était combiné). La réponse à la question 14-A concernait les médecins remplaçants, collaborateurs, adjoints ou assistants.

De plus, la question 14-B (concernant ma population) était composée en a) d'une question fermée, puis en b) d'une question ouverte.



F23. Pourcentages des médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant faire évoluer leurs conditions d'exercice

La **question 14-B-a** interrogeait les médecins sur l'évolution de leurs conditions d'exercice. 47% souhaiteraient faire évoluer leurs conditions d'exercice, 39% ne souhaitent pas. 12% ne savent pas et 2% n'ont pas répondu.

La deuxième partie de la question demandait de quelle manière ils envisageraient de faire évoluer leurs conditions d'exercice.

Les 3 idées majoritaires énoncées sont :

- Trouver un collaborateur ou associé,
- Arrêter la médecine : une grande partie en prenant leur retraite, les autres en reconversion,
- Faire un DU ou formation.

D'autres petits groupes de médecins pensent plutôt à :

- Devenir salarié en centre de santé
- Avoir un autre mode d'exercice ou un exercice mixte
- Accueillir des internes
- Faire des Soins Non Programmés

- Travailler avec un assistant médical
- Diminuer leur charge de travail
- Travailler en MSP/SISA/CPTS
- Agrandir leurs locaux

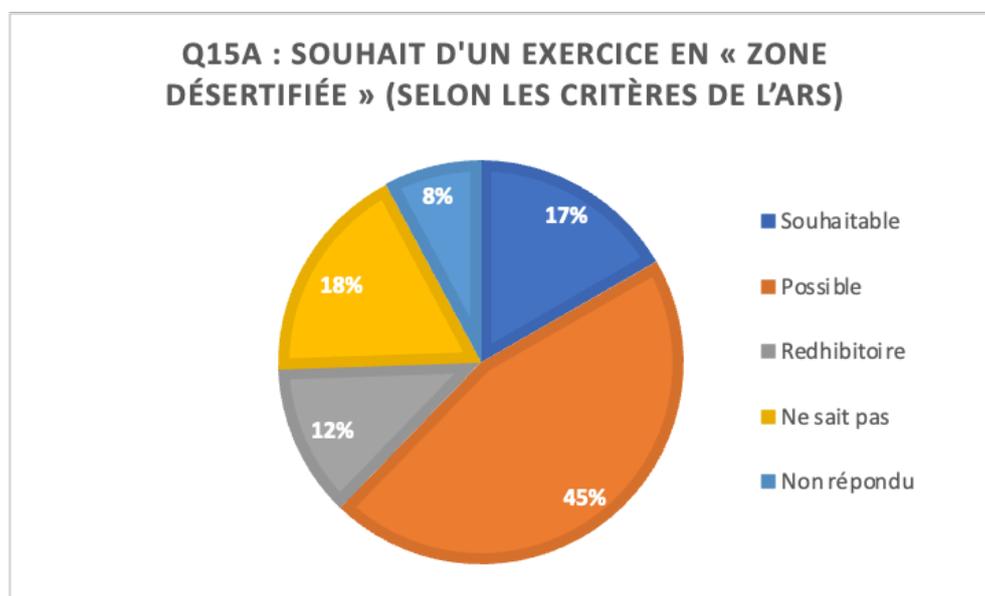
Puis certains ont pour projet de :

- Diminuer le nombre de patients à charge pour mieux les soigner
- Créer des protocoles pluriprofessionnels
- Se libérer de l'administratif
- Travailler avec une IPA
- Devenir remplaçant
- Faire plus d'ETP

Certains médecins n'ont pas apporté de réponse à cette question, malgré un Oui concernant un souhait de faire évoluer leurs conditions d'exercice.

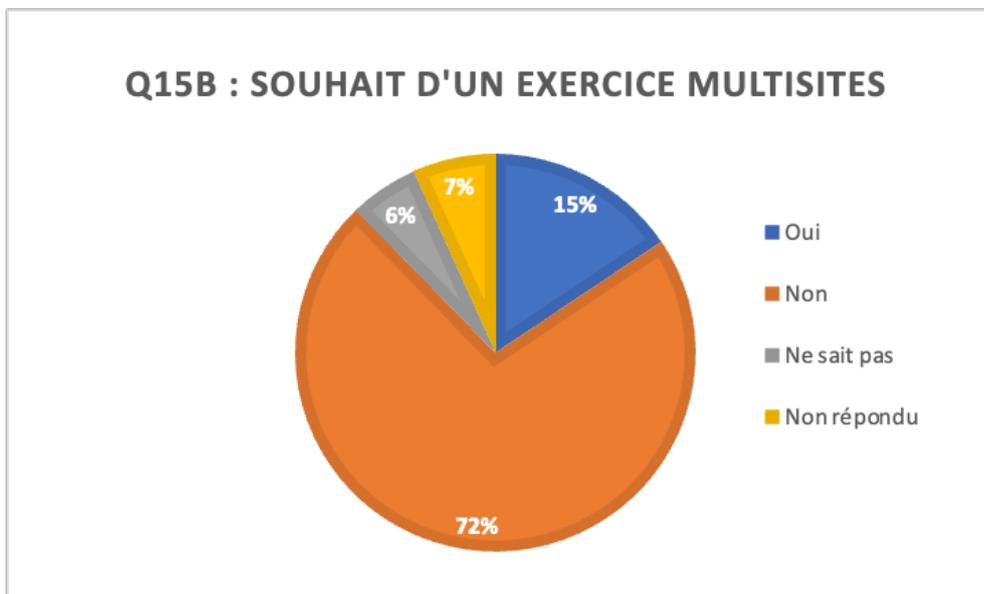
#### b) Exercice idéal (Q15)

Cette question a pour objectif de recueillir les aspirations « idéales » de l'exercice de la médecine générale ambulatoire. Elle était divisée en plusieurs sous parties.



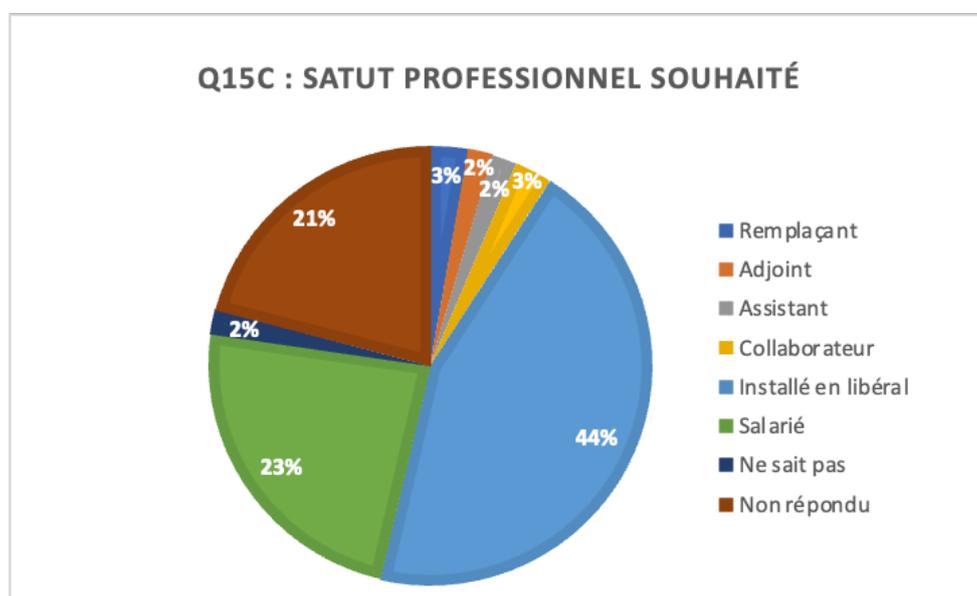
F24. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice en zone désertifiée

Pour 62% des médecins, il est souhaitable ou possible de travailler en « zone désertifiée » contrairement à 12% pour qui s'est redhibitoire. 18% ne savent pas et 8% n'ont pas répondu.



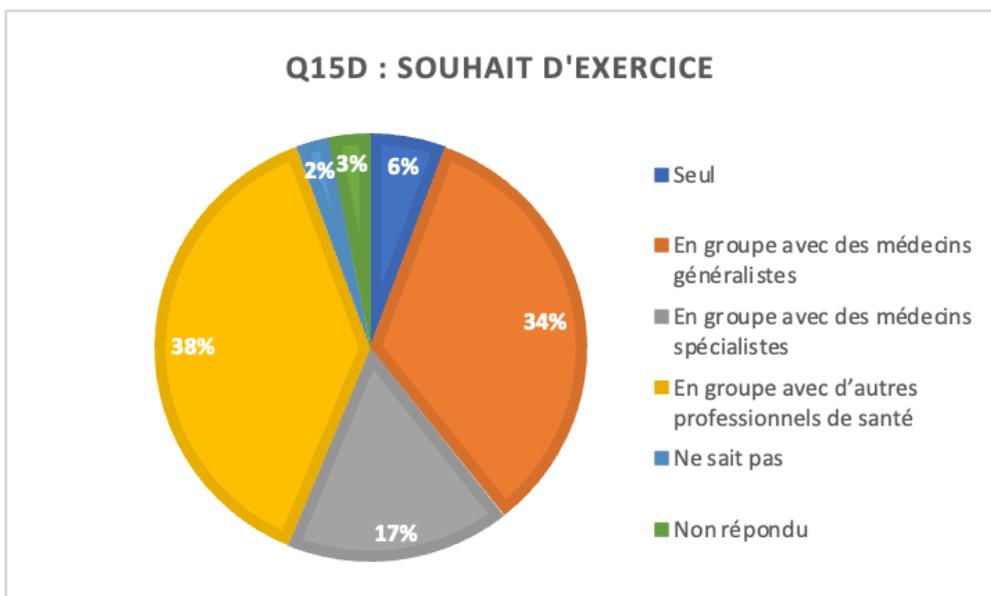
F25. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice multisites

72% des médecins ne souhaitent pas avoir une activité multisites, 15% sont pour.



F26. Statut professionnel souhaité par les médecins ayant répondu au questionnaire

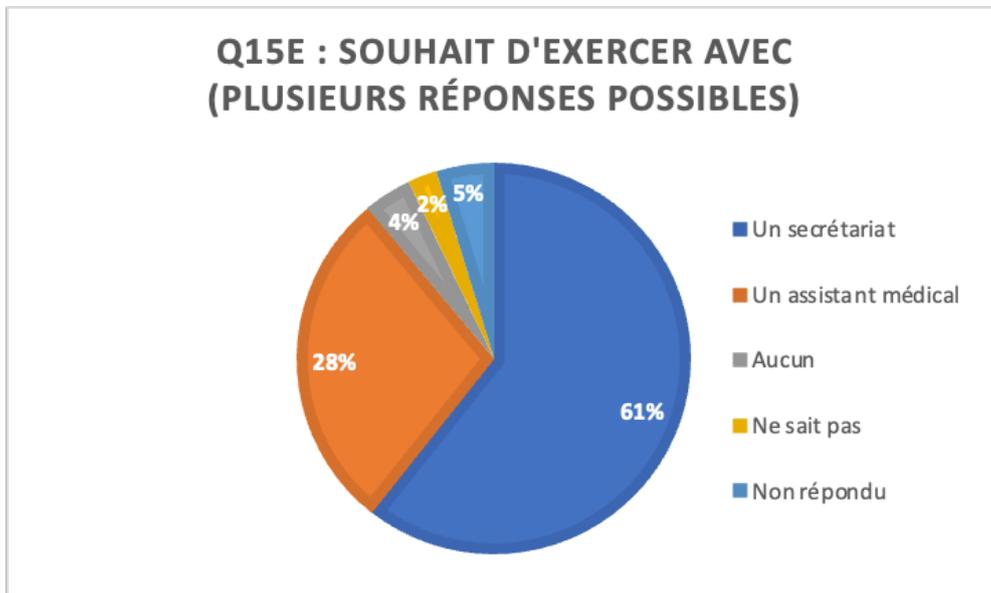
Les médecins ont été questionnés sur leur souhait concernant le statut sous lequel ils exerceraient. 44% souhaitent être installés en libéral et 23% salariés. Ensuite, un petit pourcentage souhaite être adjoint (2%), assistant (2%), remplaçant (3%) et collaborateur (3%).



F27. Souhait d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire

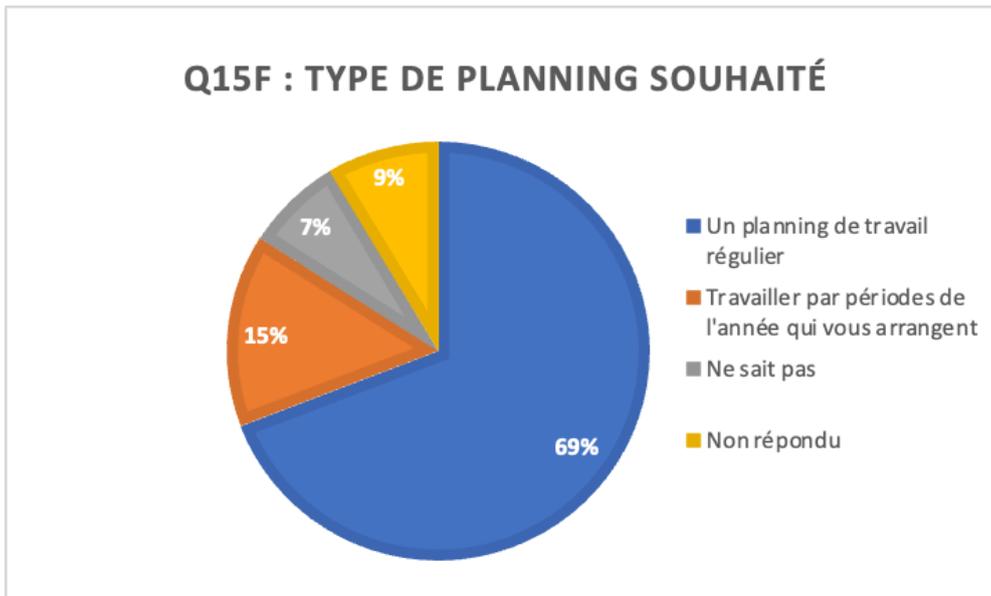
89% des médecins interrogés souhaitent travailler en groupe, 38% avec d'autres professionnels de santé, 34% plutôt avec d'autres médecins généralistes et 17% avec des médecins spécialistes.

6% souhaitent exercer seul.



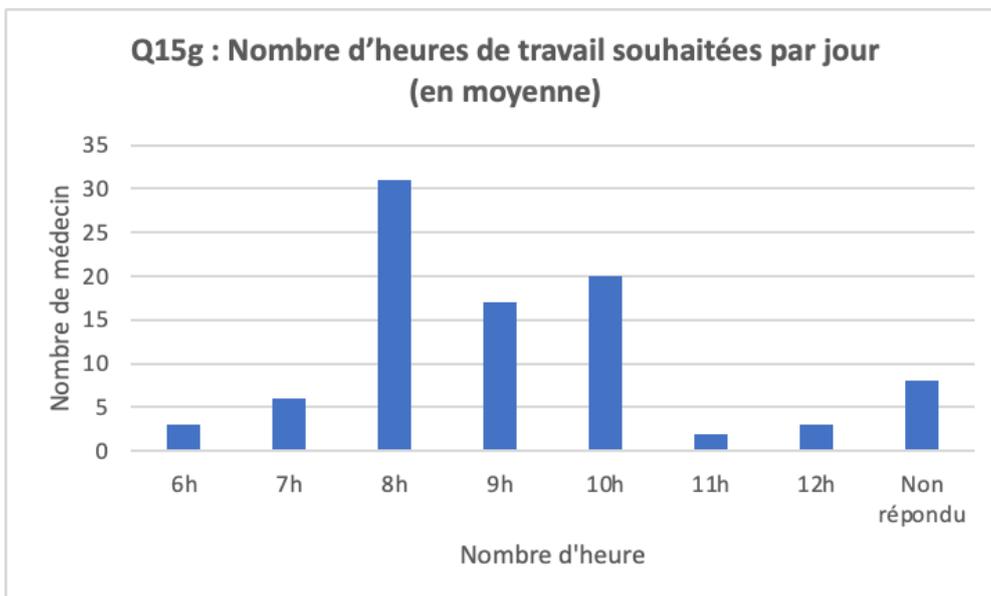
F28. Souhait d'exercice partagé des médecins ayant répondu au questionnaire

61% des médecins souhaitent travailler avec un secrétariat, 28% sont favorables à exercer avec un assistant médical. 4% ne souhaitent aucun des deux.



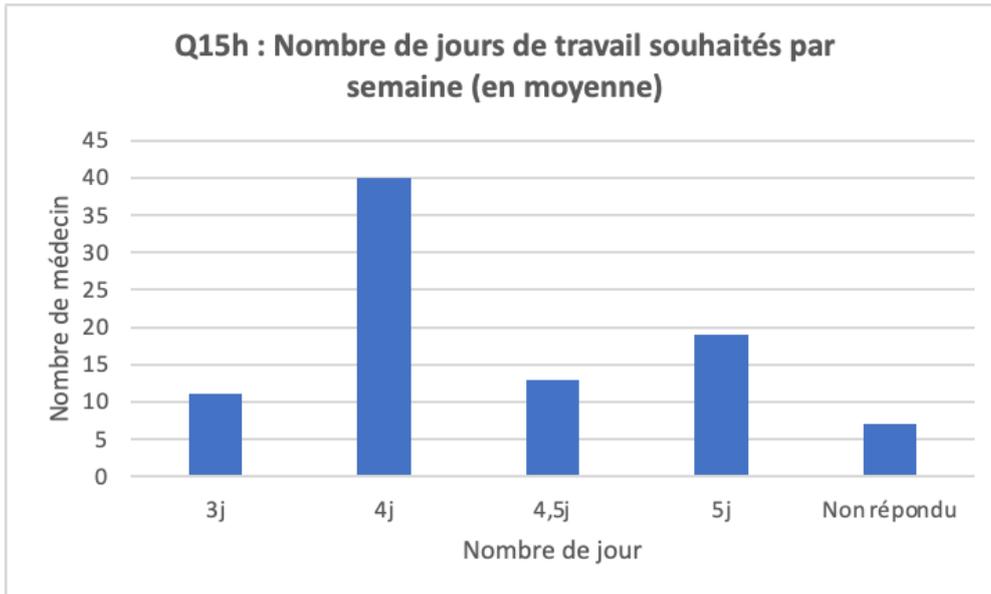
F29. Type de planning souhaité par les médecins ayant répondu au questionnaire

La majorité des médecins (69%) souhaitent un planning de travail régulier. 15% préfèrent travailler par périodes de l'année qui les arrangent.



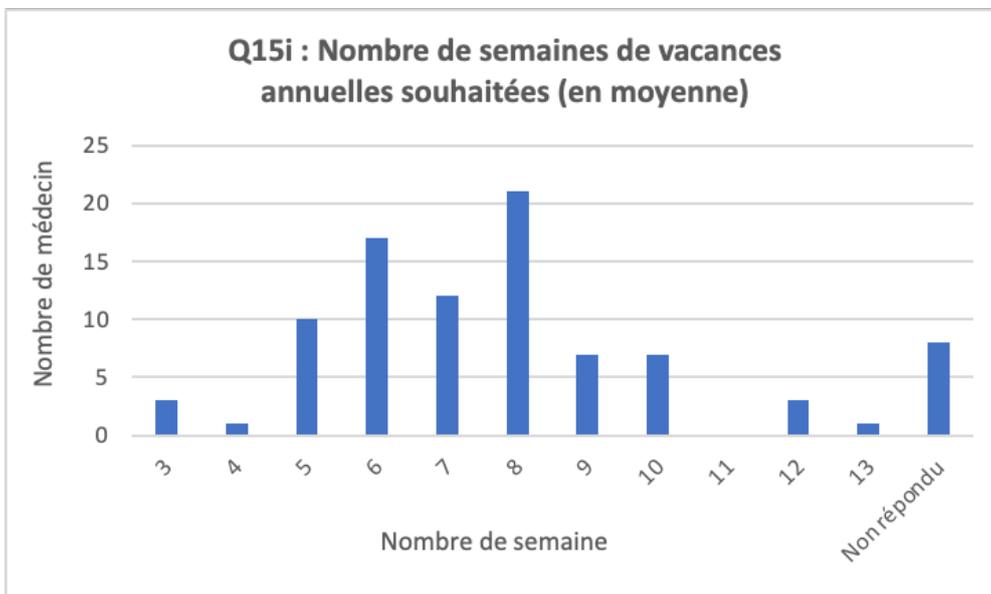
F30. Nombre d'heures travaillées par jour souhaitées par les médecins ayant répondu au questionnaire

Le nombre d'heures de travail souhaitées par jour varie entre 6 et 12 heures, avec une majorité entre 8 et 10 heures.



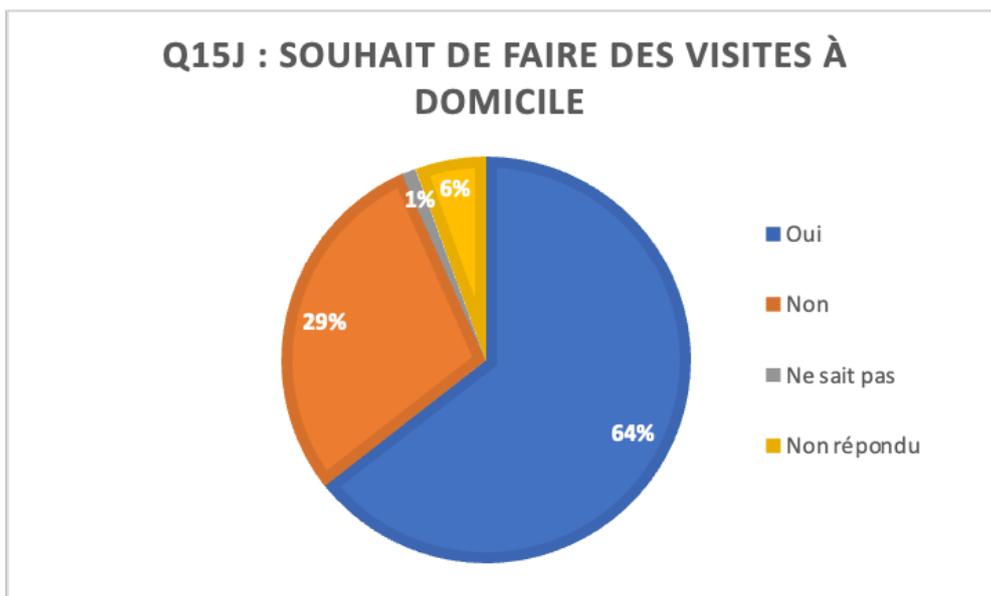
F31. Nombre de jours travaillés par semaine souhaités par les médecins ayant répondu au questionnaire

Le nombre de jours de travail souhaités par semaine varie entre 3 et 5 jours, avec une majorité à 4 jours par semaine.



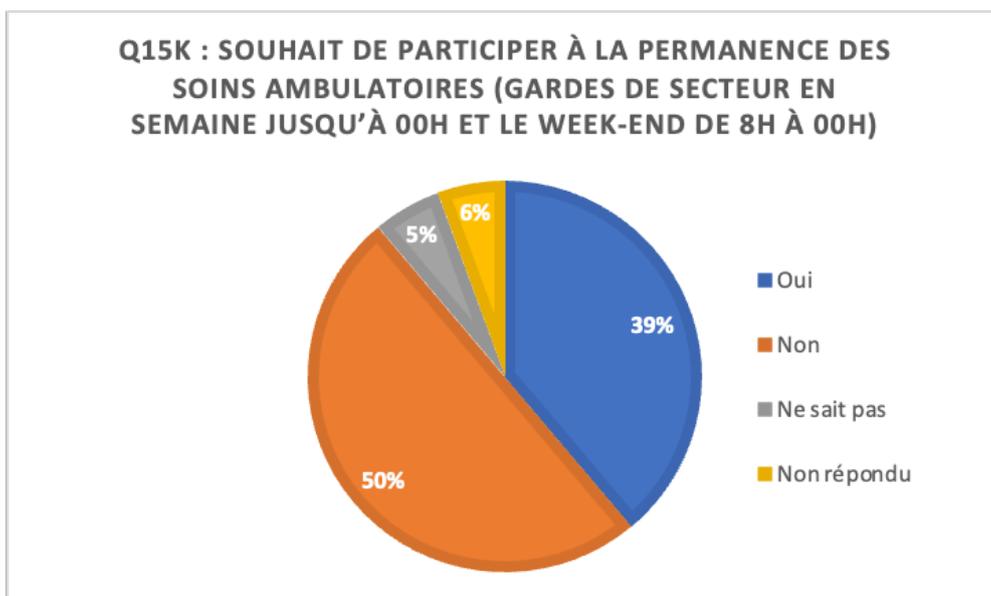
F32. Nombre de semaines de vacances souhaitées par an par les médecins ayant répondu au questionnaire

Le nombre de semaines de vacances annuelles souhaitées varie entre 3 et 13 semaines, avec une majorité entre 6 et 8 semaines de congés par an.



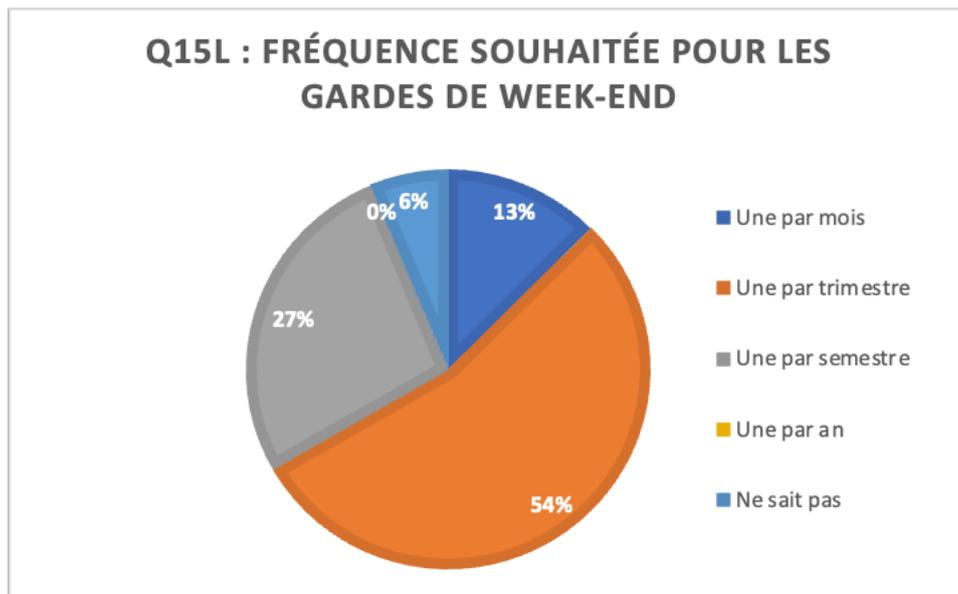
F33. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant faire des visites à domicile

Concernant la réalisation de visites à domicile, 64% souhaitent en faire, contrairement à 29% qui ne sont pas favorables.



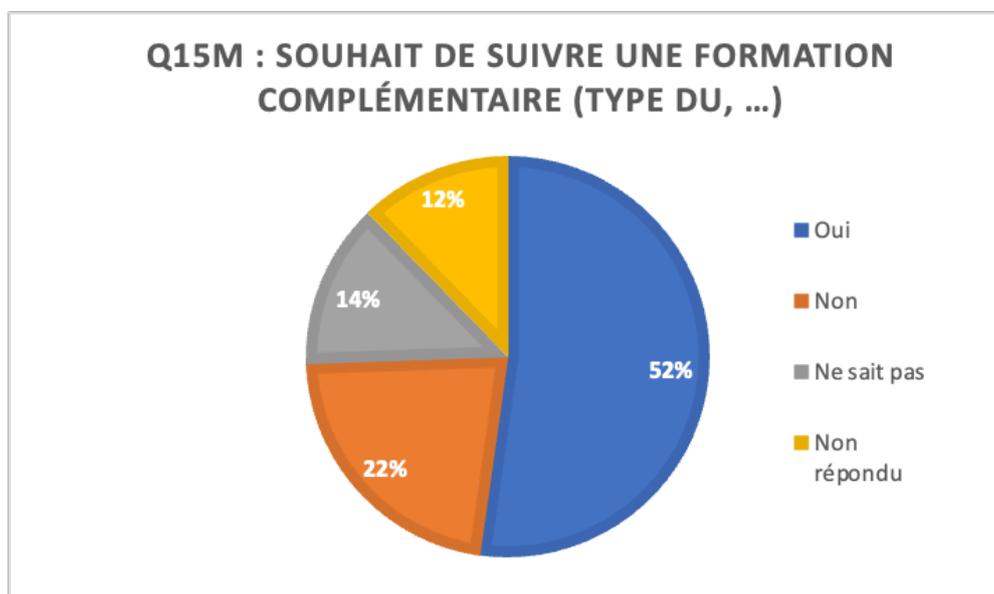
F34. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant participer à la permanence des soins ambulatoires

50% des médecins interrogés ne souhaitent pas participer à la permanence des soins ambulatoires. 39% sont favorables et les 11% restants ne savent pas ou n'ont pas répondu.



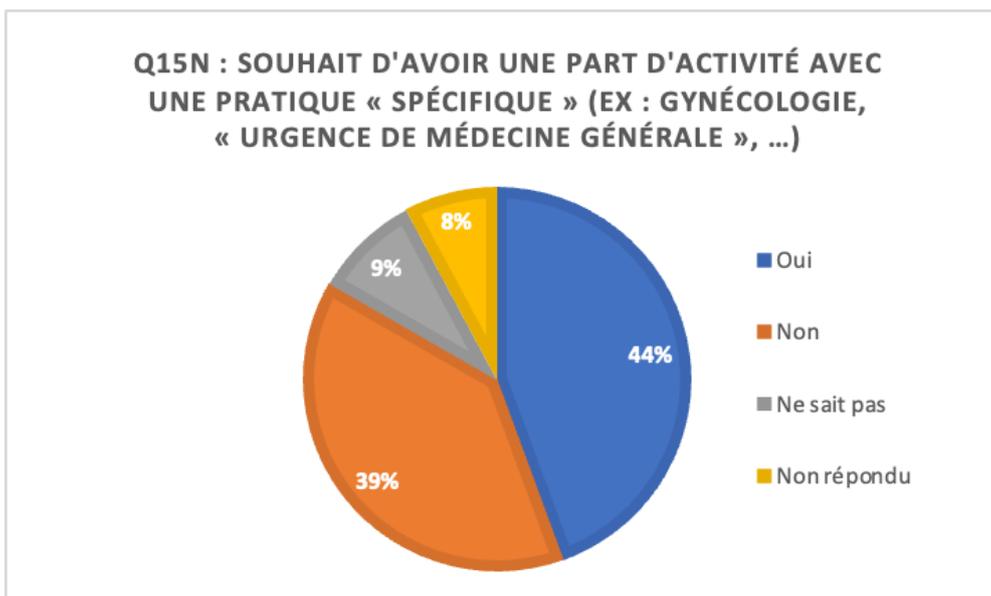
F35. Fréquence souhaitée pour les gardes de week-end des médecins ayant répondu au questionnaire

Parmi ceux qui sont favorables à la permanence des soins ambulatoires, 54% souhaitent réaliser une garde de weekend par trimestre, 13% une par mois et 27% une par semestre.



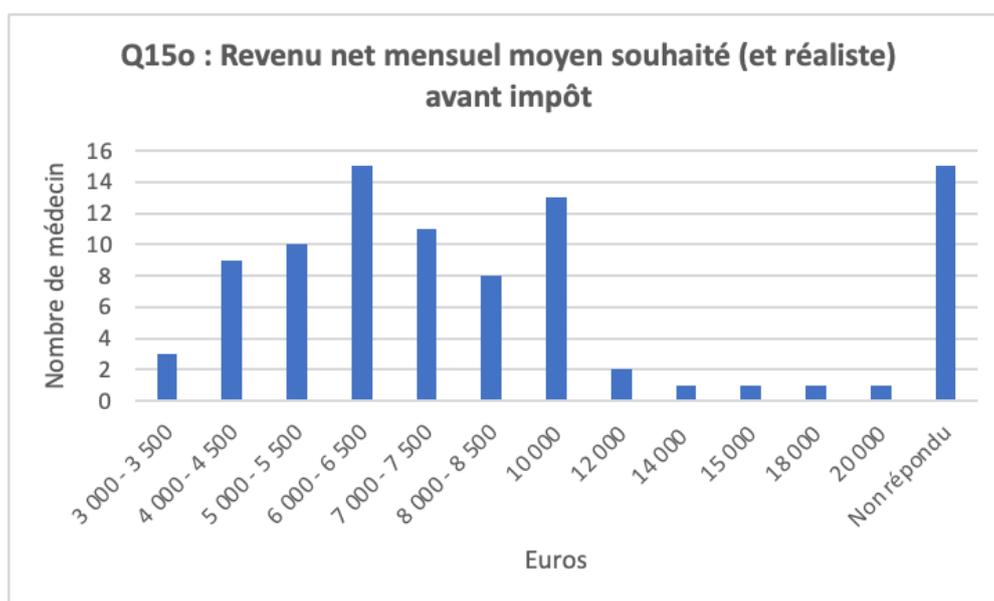
F36. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant réaliser une formation complémentaire

52% souhaitent suivre une formation complémentaire, à contrario 22% ne le souhaitent pas, 14% ne savent pas et 12% n'ont pas répondu.



F37. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant avoir une pratique spécifique

44% des médecins souhaitent avoir une part de leur pratique avec une activité « spécifique », contrairement à 39% qui ne souhaitent pas.



F38. Salaire moyen souhaité par les médecins ayant répondu au questionnaire

L'interrogation concernant le revenu net mensuel moyen souhaité avant impôt montre un intervalle allant de 3 000 à 20 000 euros, avec une médiane à 6 000 – 6 500 euros. 15 personnes n'ont pas répondu.

### c) Questions ouvertes (Q17-Q18)

Pour ces 2 questions, j'ai listé une à une les réponses des médecins ayant participé, puis je les ai rassemblées lorsque celles-ci étaient similaires.

Je rappelle qu'il n'y a pas d'interprétation des chiffres car il ne s'agit pas d'une étude quantitative.

Questions	Réponses des médecins
<p>17 - quels sont les 3 ou 4 éléments majeurs (professionnels ou personnels) qui vous <b>posent problème actuellement dans l'exercice de la médecine générale ambulatoire ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une surcharge administrative</li> <li>- La difficulté d'accès aux soins : imagerie et spécialistes</li> <li>- Le manque de médecins généralistes (manque de remplaçant, de successeurs, de médecins installés)</li> <li>- La surcharge de travail (horaire et nombre de consultations)</li> <li>- Une forte exigence des patients</li> <li>- Le manque de considération par les patients et l'État</li> <li>- Le manque de spécialistes</li> <li>- Une difficulté à trouver des remplaçants</li> <li>- La gestion des SNP et de la PDSA</li> <li>- Une augmentation de la démographie qui entraîne une patientèle en expansion</li> <li>- Une rémunération trop faible</li> <li>- Une agressivité de certains patients</li> <li>- Les charges financières trop importantes</li> <li>- La difficulté de communication avec les spécialistes (privés ou hospitaliers)</li> <li>- Une difficulté d'accès à l'hospitalisation</li> <li>- Une pression constante par les patients et la CPAM</li> <li>- La difficulté à trouver un équilibre professionnel et personnel</li> <li>- Devoir faire les ordonnances/bons de transport/arrêts de travail demandés par les spécialistes</li> <li>- La gestion du personnel</li> <li>- Les nombreux rendez-vous non honorés par les patients</li> <li>- Des patients de plus en plus complexes</li> <li>- Des locaux non adaptés</li> <li>- Le secrétariat en difficulté</li> <li>- Le manque de liberté</li> <li>- La difficulté de reconversion</li> </ul>

<p>18 - Pour conclure, quels sont les 3 ou 4 changements majeurs (professionnels ou personnels) qui permettraient <b>d'améliorer vos conditions d'exercice de la médecine générale ambulatoire ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une augmentation de la rémunération (forfait médecin traitant, consultation polypathologique, visite à domicile)</li> <li>- Une diminution de l'administratif/médecin administratif (stop certificat, arrêt de travail)</li> <li>- Une augmentation du nombre de médecins</li> <li>- Éduquer et responsabiliser les patients (paiement à leur charge des consultations non honorées)</li> <li>- Faciliter l'accès au rendez-vous avec les spécialistes</li> <li>- Une meilleure considération du rôle du médecin généraliste (par les patients, les spécialistes et l'État)</li> <li>- Trouver des remplaçants/ collaborateurs</li> <li>- Diminuer le nombre de consultations par jour (consultations plus longues, horaires plus courts)</li> <li>- Pas de garde ou médecins spéciaux aux gardes</li> <li>- Agrandir les locaux, favoriser les regroupements</li> <li>- Travailler avec un assistant médical</li> <li>- Une secrétaire en plus</li> <li>- Une meilleure communication hôpital/ville</li> <li>- Faciliter l'organisation des SNP</li> <li>- Diminution des charges</li> <li>- Ouvrir des lits supplémentaires à l'hôpital</li> <li>- Une meilleure répartition des médecins sur le territoire</li> <li>- Rendre l'hôpital plus attractif</li> <li>- Éviter les pénuries de médicaments</li> <li>- Développer une filière post internat/ tutorat</li> <li>- Ne plus être totalement dépendant de la CPAM</li> <li>- Définition consensuelle des critères de la ROSP</li> <li>- Augmenter l'accueil des internes en zone sous médicalisées (le diminuer en zone sur médicalisées)</li> <li>- Généralisation de la téléexpertise avec les spécialistes</li> <li>- Développer l'exercice pluriprofessionnel</li> <li>- Une aide dans la coordination des nouvelles fonctions de professionnels de santé</li> <li>- Augmenter le nombre de paramédicaux</li> <li>- Travailler avec une IPA</li> <li>- Développer le salariat</li> <li>- Avoir des assistantes maternelles adaptées à notre mode de vie</li> <li>- Raccourcir la durée des études de médecine</li> <li>- Avoir une liberté d'exercice</li> </ul>
--	---

Tableau 1. Réponses des médecins aux questions ouvertes (Q17 à 18)

**La question 17** était « Quels sont les 3 ou 4 éléments majeurs (professionnels ou personnels) qui vous posent problème actuellement dans l'exercice de la médecine générale ambulatoire ? ».

Je retrouve 5 principaux thèmes qui posent problèmes actuellement dans l'exercice de la médecine générale ambulatoire :

- Le manque de médecins : que ce soit les médecins généralistes, y compris remplaçants, successeurs, et les médecins spécialistes d'organes.
- La surcharge de travail : avec un manque de temps, une surcharge administrative, des horaires trop importants avec un grand nombre de consultations par jour. Les difficultés concernent aussi la gestion de la PDSA et des SNP, la gestion du personnel avec souvent un secrétariat en difficulté. D'autres points comme le manque de liberté et une difficulté d'équilibre vie personnelle/professionnelle revient à plusieurs reprises.
- La difficulté d'accès aux soins : notamment concernant l'accès aux rendez-vous avec les spécialistes et l'accès à l'hospitalisation, ainsi qu'une difficulté de communication avec les médecins spécialistes d'organes.
- Une patientèle difficile : plusieurs réponses expriment une augmentation de l'exigence, de pression par les patients ; avec une augmentation du manque de respect, de considération, de l'agressivité et beaucoup de rendez-vous non honorés. De plus, il se rajoute une expansion démographique et des cas de plus en plus complexe à devoir gérer.
- Le financier : cela regroupe des charges trop élevées, une rémunération faible et parfois des locaux non adaptés.

**La question 18** était « Pour conclure, quels sont les 3 ou 4 changements majeurs (professionnels ou personnels) qui permettraient d'améliorer vos conditions d'exercice de la médecine générale ambulatoire ? ».

Elle m'a permis de recueillir les premières idées de réponses aux problématiques développées à la question précédente. Ces propositions m'ont aidée lors des entretiens afin de détailler en profondeur avec les médecins interrogés.

## **2. Entretiens semi-dirigés**

### **a) Description de la population (Q1-Q14)**

3 entretiens avec des médecins généralistes charentais ont été réalisés. Avant la réalisation des entretiens, j'ai envoyé aux participants un questionnaire avec uniquement les questions sur les données socio démographiques à l'aide de Google Form (annexe 2) qui sont répertoriées dans le tableau ci-dessous :

	Variables	N = 3	%
SEXE :	Femme	3	100%
	Homme	0	0%
AGE :	31 ans	2	66,7%
	50 ans	1	33,3%
ENFANTS :	Oui à charge	2	66,7%
	Non	1	33,3%
ORIGINAIRE DE CHARENTE :	Oui	2	66,7%
	Non	1	33,3%
FACULTÉ D'EXTERNAT :	Poitiers	3	100%
FACULTÉ D'INTERNAT :	Poitiers	3	100%
STAGE CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN CHARENTE (choix multiple) :	Niveau 1	3	100%
	SASPAS	2	66,7%
	Autre	1	33,3%
FAIT DES REMPLACEMENTS :	Oui, en Charente	2	66,7%
	Non	1	33,3%
ANNÉE DE FIN DES ÉTUDES DE MÉDECINE GÉNÉRALE :	2000	1	33,3%
	2018	1	33,3%
	2020	1	33,3%
ANNÉE DE LA SOUTENANCE DE THÈSE :	2000	1	33,3%
	2019	2	66,7%
STATUT PROFESSIONNEL :	Installé en libéral	3	100%
ANNÉE DE LA 1 <sup>ère</sup> INSTALLATION :	2000	1	33,3%
	2020	2	66,7%
SOUHAIT D'EXERCER UNE AUTRE ACTIVITÉ MÉDICALE EN PARALLÈLE :	Oui	1	33,3%
	Non	2	66,7%
SOUHAIT DE FAIRE ÉVOLUER LEURS CONDITIONS D'EXERCICE :	Oui	1	33,3%
	Non	1	33,3%
	Ne sait pas	1	33,3%

Tableau 2. Données socio démographiques des médecins participants aux entretiens semi-dirigés

La **question 14** « Envisagez-vous de faire évoluer vos conditions d'exercice ? » proposait une partie ouverte afin de savoir de quelle manière les médecins envisageaient de faire évoluer leurs conditions d'exercice.

Dans mes réponses, un seul médecin a répondu OUI et pense à un potentiel engagement dans la CPTS.

## b) Recueil de données

Au décours des entretiens, j'ai repéré les idées importantes qui ont été évoquées, puis j'ai mis ces notes de côté.

Par la suite, j'ai retranscrit mot à mot toutes les paroles des entretiens sur un document Word, que l'on appellera « verbatim » (*cf annexe 5*).

## c) Arbre à codes

Quelques jours après l'écriture des verbatims, j'ai repris les transcrits et j'ai fait un codage sémantique, en repérant tous les morceaux de phrases, mots et expressions en rapport avec la question de recherche. Puis j'ai classé ses extraits dans un tableau en les organisant par idées, puis par thèmes. A chacune des idées, j'ai fait correspondre un code, choisi par mes soins.

Ce tableau de codes (*cf annexe 6*) m'a permis par la suite d'organiser de manière logique les idées recueillies au cours des entretiens dans l'arbre à codes.

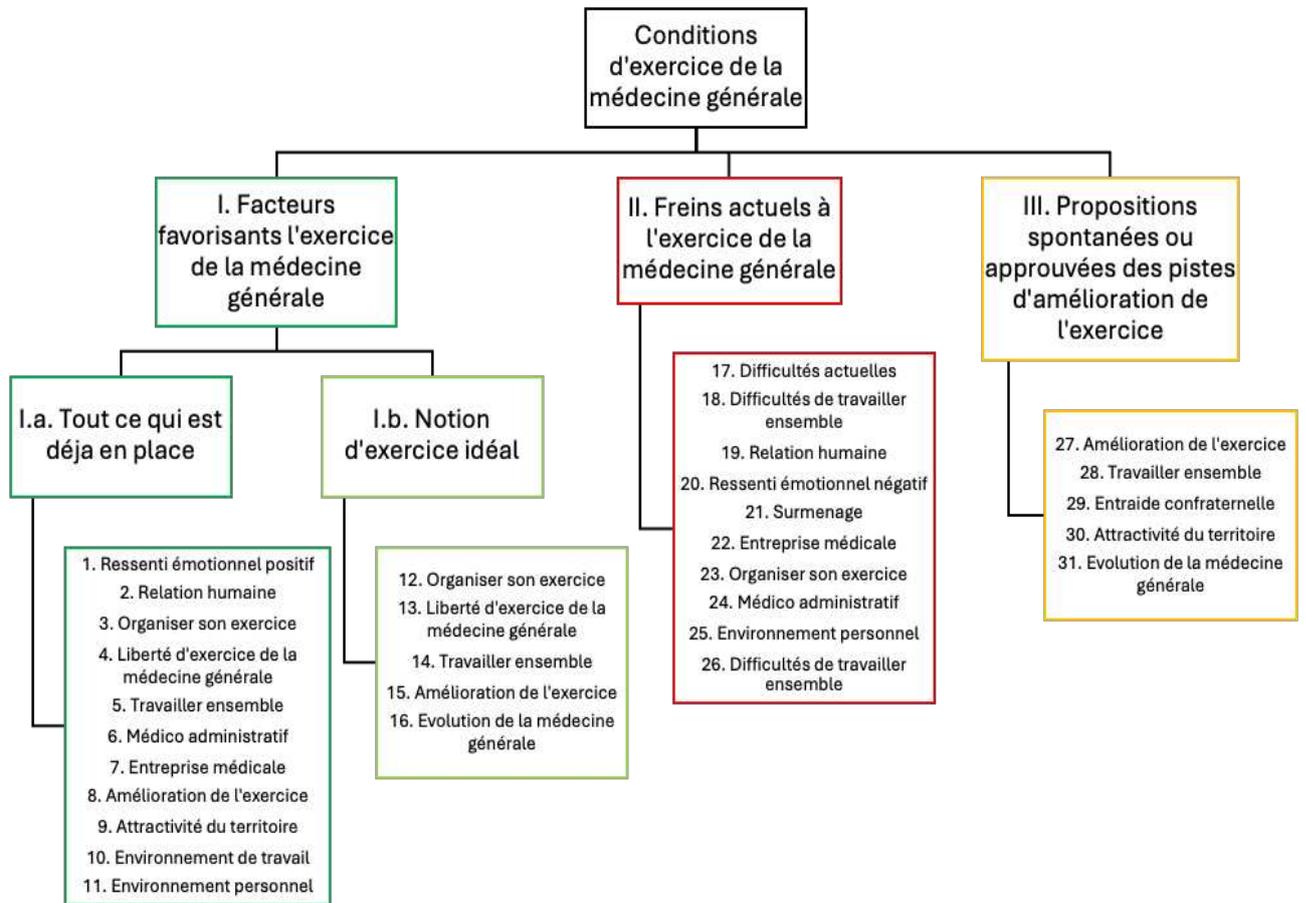
J'ai bien entendu triangulé avec mes co-thésardes pour la réalisation du tableau de codes, ainsi que de l'arbre à codes.

Pour la réalisation de l'arbre à codes, après avoir inséré toutes les idées dans un tableau de codes, j'ai rassemblé les idées en trois grands thèmes :

- Les facteurs favorisant l'exercice de la médecine générale,
- Les freins actuels à l'exercice de la médecine générale,
- Et les propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice.

La partie « facteurs favorisant » a été divisée en 2 sous-parties : « Tout ce qui est déjà en place », qui correspond finalement aux points positifs de l'exercice constatés par les médecins généralistes et « la notion d'exercice idéal » qui évoque les points évoqués comme nécessaires pour un exercice plus satisfaisant.

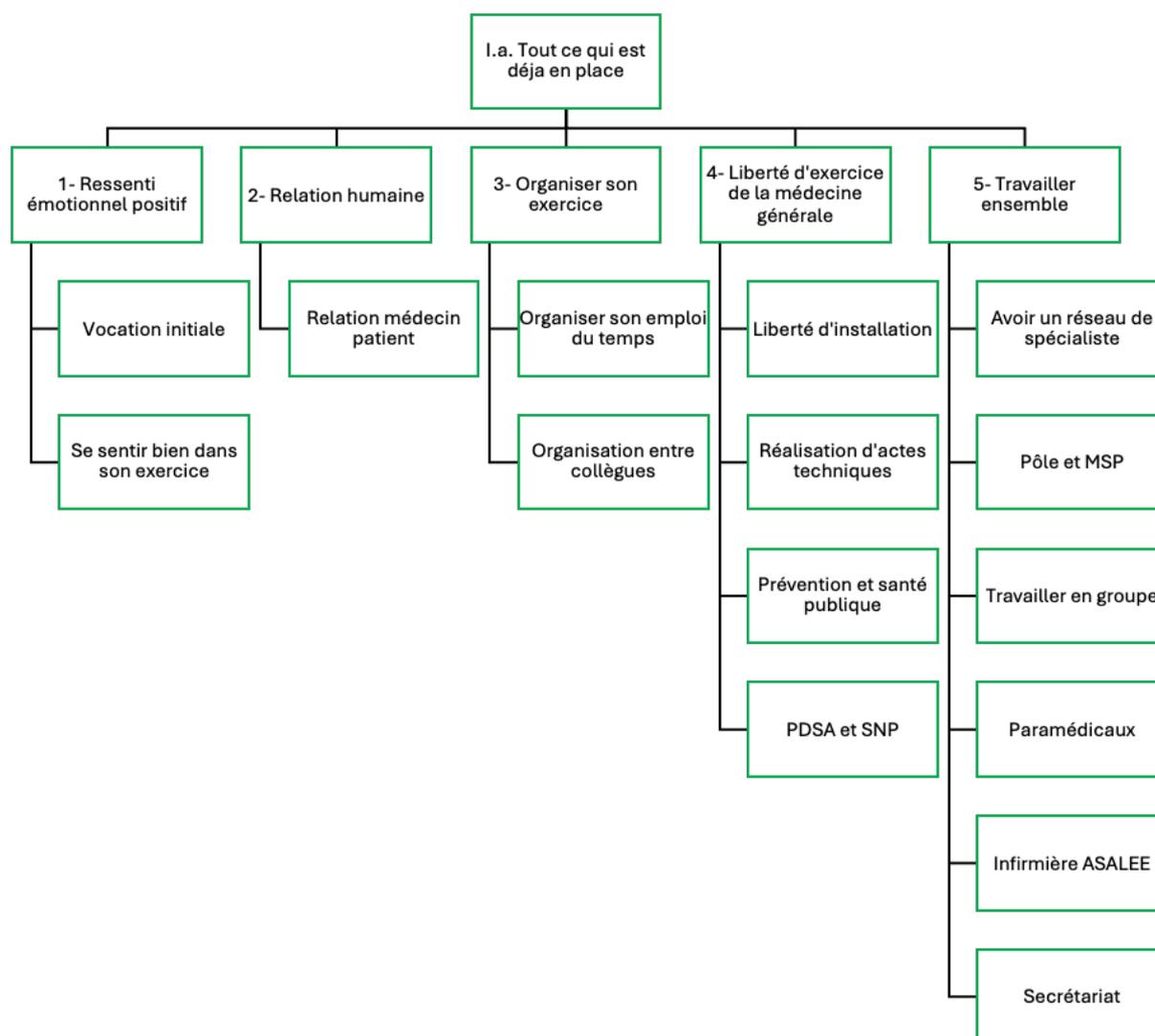
Dans mon arbre, j'ai fait apparaître chaque idée codée, la dernière arborescence correspond donc à la sous-catégorie la plus subdivisée.



F39. Trame principale de mon arbre à codes

## 1) Facteurs favorisant l'exercice de la médecine générale

### i) Tout ce qui est déjà en place



F40. Trame secondaire de mon arbre à codes – tout ce qui est déjà en place 1

- **Ressenti émotionnel positif**

Les médecins interrogés évoquent leur **vocation initiale** c'est-à-dire leur désir de faire ce métier et de se sentir utiles « *j'ai toujours voulu être médecin généraliste* » I221P1, « *on se rend hyper utile* » I333P2, « *je ne regrette absolument pas* » I226-227P1. I

Ils évoquent un **sentiment de bien-être dans leur exercice**, « *je me sens bien* » I21P3 et de lien avec leurs patients « *j'ai fait médecine générale, c'est pour connaître les gens* » I335P2.

- **Relation humaine**

Parmi les facteurs favorisant l'exercice de la médecine générale, ils parlent notamment du contact humain qui est au centre de la **relation Médecin-Patient** « *de l'humain et du relationnel* » I302P1 ; de l'intérêt de créer un lien de confiance « *ils ont plus confiance* » I34P3, qui peut aller jusqu'à l'attachement « *un attachement quand même avec ces patients-là* » I292P1.

- **Organiser son exercice**

L'organisation de son exercice est le centre de la pratique de la médecine générale en ambulatoire : pouvoir **organiser son emploi du temps** selon son envie et ces besoins.

La notion **d'organiser son emploi du temps entre collègue** revient chez tous les médecins interviewés, « *On a tous une demi-journée par semaine de pause* » I119P1, « *pour des longs week-ends en fait, on s'arrange tous les 2* » I389P3.

- **Liberté d'exercice de la médecine générale**

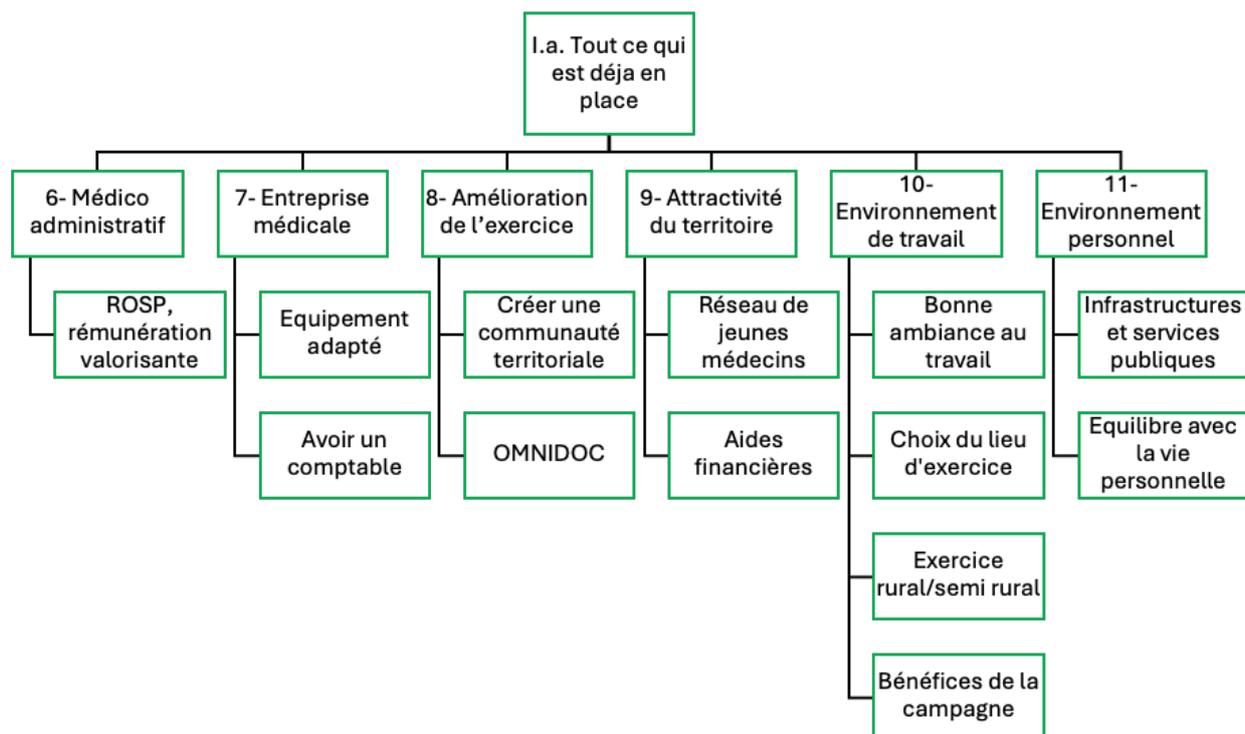
Dans le concept des facteurs favorisant l'exercice déjà en place, la liberté d'exercice est définie principalement par la **liberté du lieu d'installation**, notamment par rapport au conjoint « *j'ai rencontré mon mari qui est agriculteur, qui ne peut pas déménager et donc je me suis installée ici* » I226P1.

Les autres notions sont : le fait de pouvoir réaliser des **actes techniques** quant à l'éloignement à la ville ; de réaliser des missions de **prévention et de santé publique** ; de participer à la **PDSA** en réalisant des gardes et des **soins non programmés**. Ces éléments permettent aux médecins d'avoir un exercice varié en médecine générale ambulatoire.

- **Travailler ensemble**

On retrouve différents niveaux de « travailler ensemble », en premier lieu **travailler en groupe** au sein d'un même cabinet entre médecins, paramédicaux, secrétariat et infirmière ASALEE, mais aussi en tant que **pôles et MSP** favorisant l'exercice en collaboration, « *intérêt de travailler aussi ensemble en maison de santé* » I368P1.

Puis au niveau du territoire avec l'importance d'avoir son **réseau de spécialistes** et de pouvoir communiquer avec eux.



F41. Trame secondaire de mon arbre à codes – tout ce qui est déjà en place 2

- **Médico administratif**

Pour un des médecins interrogés, les **ROSP** font partie des facteurs favorisants. Il décrit une rémunération valorisante « *quelqu'un en fait, qui bosse, qui accepte de nouveaux patients, ... et quand même grassement récompensé pour continuer à accueillir de la population et être un accès aux soins.* » I134-137P3, « *Les ROSP je trouve quand même que, ... tous ceux qui ont des grosses rémunérations, c'est quand même ceux qui font avancer le problème d'accès aux soins et le schmilblick* » I153-155P3.

- **Entreprise médicale**

Parmi les facteurs favorisants la gestion de l'entreprise médicale, les médecins utilisent des **équipements adaptés** notamment les logiciels qui sont des aides à la prescription et emploient un **comptable** pour gérer le côté administratif, « *le fait d'avoir un comptable, effectivement, j'ai jamais fait un comptable* » I230P2, « *j'ai un comptable à qui j'emmène un classeur dans lequel j'ai tout trié* » I122P3.

- **Amélioration de l'exercice**

Afin d'améliorer leur exercice, certaines solutions sont déjà en cours de création comme les **communautés territoriales, CPTS**, qui permettent un travail coordonné avec création de projets partagés. Un des médecins interrogés faisait part du bénéfice d'avoir un réseau de spécialistes afin de faciliter les demandes d'avis.

Depuis l'utilisation d'**OMNIDOC**, ceci est devenu une aide essentielle dans la demande d'avis et la communication avec les spécialistes, « *on a des outils comme Omnidoc, par exemple, qui sont géniaux. C'est-à-dire qu'en fait, en un mail on a une réponse, surtout qu'on a une réponse qu'on peut tracer.* » I212-213P3.

- **Attractivité du territoire**

Parmi les facteurs favorisants, les médecins évoquent les **aides financières** à l'installation, qui concernent quasiment tout le département de la Charente « *quasiment toute la Charente est en ZRR* » I268P3, « *ne paye pas d'impôts pendant 5 ans* » I266P3. Celles-ci sont une aide à l'installation de **jeunes médecins** « *on a beaucoup de jeunes en fait nous. Des 30-40 en fait* » I576P3.

- **Environnement de travail**

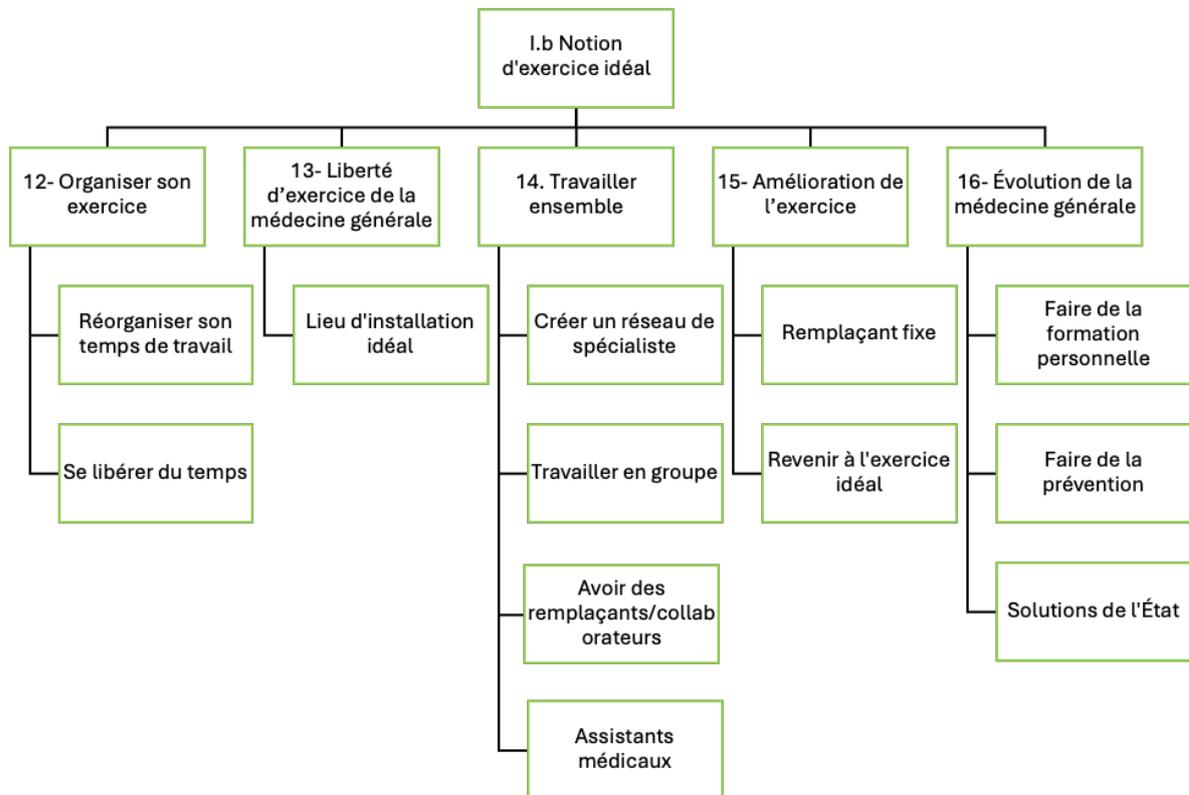
Dans les facteurs favorisants, les médecins citent la **bonne ambiance** de travail « *je me sens bien dans mon travail* » I14P1 avec les autres professionnels « *on s'entend surtout bien* » I43P3.

Le **choix du lieu d'exercice** est également cité, faisant référence à travailler dans un cadre agréable, selon les médecins interrogés, ils renvoient à un **exercice rural/semi-rural** et **les points positifs de la campagne**, avec tout le nécessaire à proximité (écoles, commerces...).

- **Environnement personnel**

Pour les médecins interrogés, il est important d'avoir un **équilibre avec sa vie personnelle** « *c'est important aussi de ne pas tout mélanger* » I191P1, « *il faut quand même garder le côté professionnel et personnel* » I192P1. Ceci passe aussi par la présence **d'infrastructures et services publics** présents autour afin d'améliorer le confort personnel.

## ii) Notion d'exercice idéal



F42. Trame secondaire de mon arbre à codes – notion d'exercice idéal

- **Organiser son exercice**

Les médecins suggèrent dans leurs notions d'exercice idéal de **réorganiser leurs temps de travail** notamment en évitant de rajouter des patients en consultations non programmées « *j'aimerais bien parfois dire bah non, c'est comme ça, je pars* » I161-162P2, mais aussi **se libérer du temps** pour leur vie personnelle.

- **Liberté d'exercice de la médecine générale**

La médecine générale permet une liberté de l'exercice et notamment du lieu d'exercice. Il y a une notion de **lieu d'installation idéal**, qui se fait particulièrement après avoir fait des remplacements à différents endroits, mais aussi prendre la succession d'un médecin et parfois d'un de ses parents. Cela permet aussi de pouvoir s'installer avec des personnes que l'on connaît.

- **Travailler ensemble**

D'après les entretiens, l'exercice idéal de la médecine générale repose sur le fait de **travailler en groupe** « *le fait de pas être seul et d'avoir des collègues* » I59P2.

La notion de collaboration revient aussi, par la présence de **remplaçant/collaborateur** « *on a besoin de remplaçants* » I409P3 et d'avoir un **réseau de spécialistes**. Une nouvelle notion **d'assistants médicaux** apparaît avec pour réflexion de les intégrer dans la pratique.

- **Amélioration de l'exercice**

Dans le concept de l'exercice idéal, afin d'améliorer leur exercice, les médecins aimeraient avoir un **remplaçant fixe**, type assistant ou collaborateur, afin de se libérer du temps, « *ça sera beaucoup plus simple quand ils seront thésés comme ça on peut même les mettre en collab* » I417-418P3.

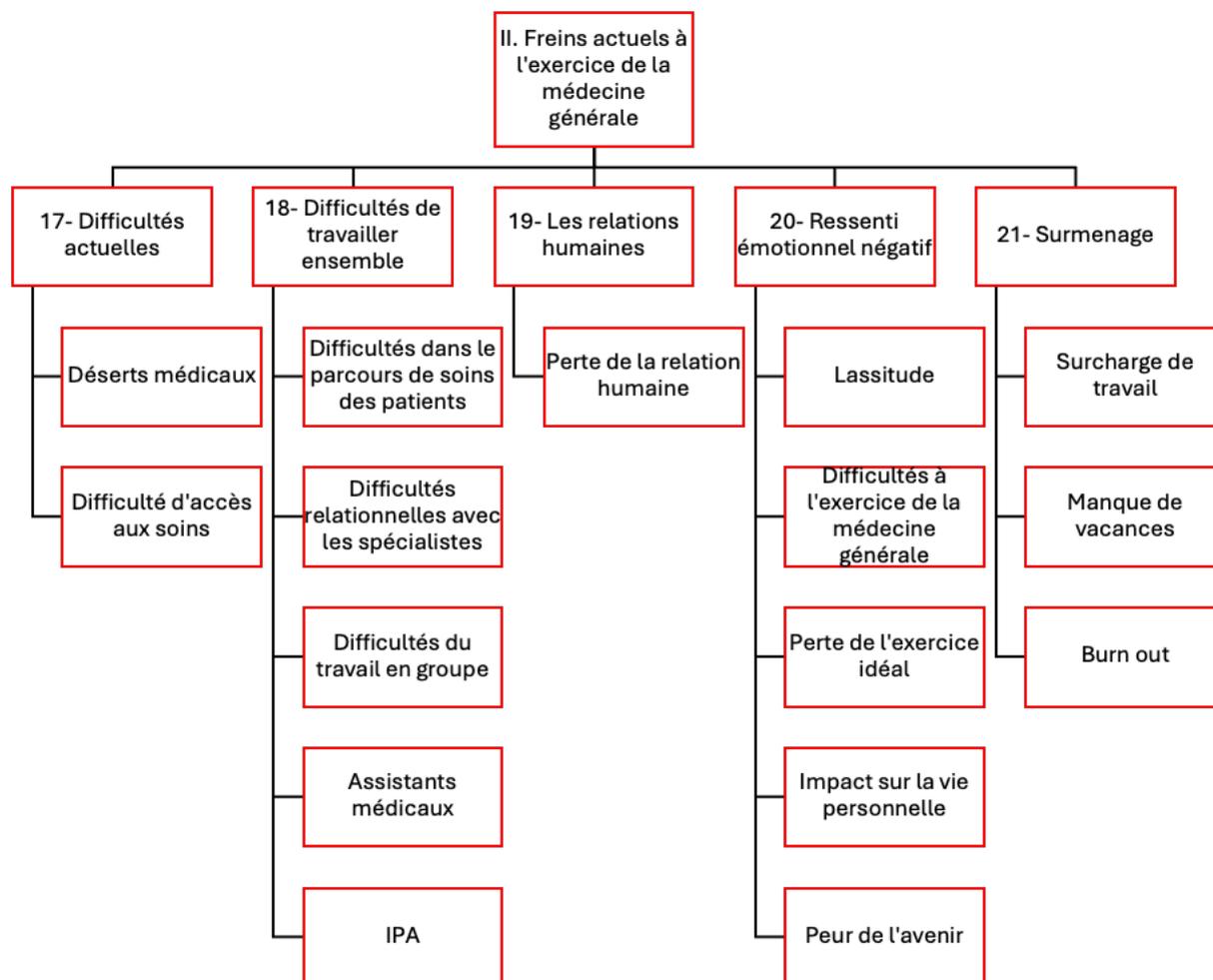
Certains médecins imaginaient une autre manière de faire de la médecine, et ne renoncent pas à **revenir à leur exercice idéal** : faire de l'humanitaire « *je n'ai pas occulté le fait de faire une mission un jour humanitaire* » I227P1 ou réaliser des actions de prévention « *Ça c'était quelque chose qui me tenait à cœur, faire un peu de prévention* » I131P2.

- **Évolution de la médecine générale**

On retrouve une volonté de **faire de la formation personnelle** malgré un manque de temps évoqué, ainsi que de **faire de la prévention** « *il faut qu'on fasse de la prévention* » I498-499P3.

La dernière notion concernant l'évolution de la médecine générale repose sur des **solutions données par l'État** « *c'est des choses plutôt légales, je pense qui pourraient nous aider* » I86P3.

## 2) Freins actuels à l'exercice de la médecine générale



F43. Trame secondaire de mon arbre à codes – freins actuels à l'exercice de la médecine générale 1

- **Difficultés actuelles**

Parmi les freins actuels à l'exercice de la médecine générale, il revient chez tous les médecins interrogés, la notion de **déserts médicaux** avec un manque de médecins généralistes mais aussi de spécialistes d'organes.

Dans la même continuité, cela entraîne une **difficulté d'accès aux soins**, « le système hospitalier est plus que saturé » I300P1, « Les gens âgés, ils sont récusés partout sous prétexte qu'il n'y a pas de place » I288P1.

- **Difficultés de travailler ensemble**

Avec les difficultés actuelles, les médecins généralistes présentent des **difficultés dans le parcours de soins des patients**, ce qui comprend l'orientation des

patients vers les spécialistes mais aussi la prise de rendez-vous, avec des délais importants.

En plus de la difficulté d'orientation, il a été mentionnée une **difficulté relationnelle avec les spécialistes** qui rend le travail compliqué, « *de plus en plus compliqué d'avoir les spécialistes* » I135P1, « *le fossé qu'il y a entre les spécialistes, les urgentistes et nous* » I289P1. Le travail d'équipe est une notion qui est assez importante en médecine générale, ce qui implique une bonne entente, une organisation et communication avec ses confrères.

Un des médecins ressent des **difficultés au travail en groupe** dues au manque de communication, « *il y a un manque de communication entre nous* » I19P2, « *on se croise très très peu entre médecins* » I23P2.

Dernièrement, on voit l'apparition de nouveaux métiers comme les **assistants médicaux et les IPA**. Les médecins interrogés ne sont pas prêts à déléguer, « *c'est en fait, c'est le rôle qu'on remplit, soit rempli par d'autres. Alors c'est les assistants médicaux, c'est les IPA* » I316P1.

- **Relations humaines**

La relation humaine est au centre de la pratique de la médecine générale. Parmi les freins actuels, un des médecins interrogés met en évidence la **perte de l'humain** dans l'exercice, « *il faut qu'on réintroduise l'humain* » I301P1, « *On perd de l'humain et du relationnel* » I303P1.

- **Ressenti émotionnel négatif**

Les médecins interviewés ont fait part de plusieurs sentiments négatifs concernant leur exercice de la médecine générale ambulatoire. Il existe une **difficulté d'exercice dans le contexte actuel** de déserts médicaux, avec une population grandissante, « *on est bien conscient que c'est un petit peu l'apanage, là, général* » I23P1. Cela occasionne une surcharge de travail difficile à gérer avec une **lassitude**, « *C'est un peu usant* » I152P2, « *on est parfois un peu désabusé* » I82P1, « *je me laisse un peu manger par le travail* » I101-102P1 et une **perte de l'exercice idéal**, « *on ne voit pas tant de choses différentes que ça* » I48-49P3.

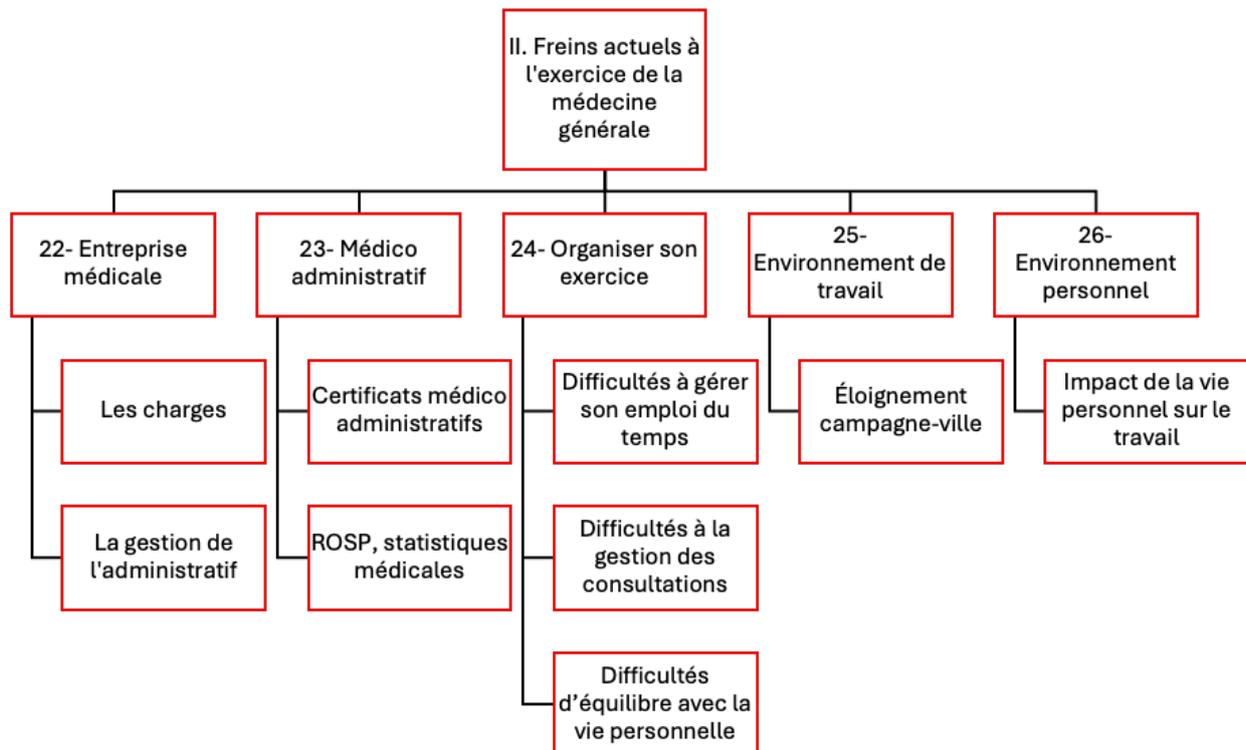
Toutes ces difficultés ont un **impact sur la vie personnelle**, « *après qui c'est qui en pâtit c'est ma vie personnelle* » I489-490P2, et conduisent à une **peur concernant l'avenir**, « *j'ai peur que la médecine qu'on va nous demander de faire soit une médecine purement technique* » I319P1.

- **Surmenage**

Le surmenage est un élément qui est revenu dans les interviews. Cela s'explique par la **surcharge de travail**, avec une demande de soins importante, un

travail hors consultation chronophage, « le fait d'avoir des réunions, souvent c'est un peu usant » I181-182P2, et un manque de médecins ou de successeurs « notre collègue est parti en retraite... on récupère tous ses patients » I298-299P2.

Devant cette augmentation de la charge de travail et une difficulté de trouver des remplaçants, cela entraîne un **manque de vacances** et un épuisement professionnel, **burn out**. Les médecins évoquent leurs difficultés à dire non « Alors j'avoue que la première année, je... j'arrivais pas à le faire. Parce qu'on se dit : Bah ouais, je viens juste de m'installer, si je commence déjà à dire non, en fait, voilà les gens ils vont dire quoi ? » I332-334P3.



F44. Trame secondaire de mon arbre à codes – freins actuels à l'exercice de la médecine générale 2

- **Entreprise médicale**

Dans la pratique de la médecine générale, il faut aussi prendre un temps pour gérer son entreprise et donc l'**administratif**. Certains médecins emploient un comptable et d'autres gèrent seuls, et en fonction du nombre de société il y a plus ou moins d'administratif, « Alors moi j'y passe beaucoup de temps parce que c'est moi qui gère... Enfin, on a un comptable » I265P1. L'autre point négatif est **les charges** qui sont en rapport avec l'entreprise.

- **Médico administratif**

Le médico-administratif est un frein dans l'exercice de la médecine générale qui revient fréquemment. Cela concerne les **certificats médico administratifs** (arrêts de travail, certificats de sport, enfants malades...) « *ça nous éloigne de nos patients et de la médecine générale pour faire quelque chose qui en fait n'a pas d'intérêt médical ou intellectuel particulier* » I68-69P3.

Pour un des médecins interrogés, les **ROSP** sont plutôt un point négatif qui sont associés à des statistiques médicales « *je trouve que c'est des stats et puis c'est géré par des administratifs purs* » I252P1.

- **Organiser son exercice**

Les médecins rapportent des difficultés dans l'organisation de leur exercice. En premier lieu, ils énoncent une **difficulté à gérer leur emploi du temps**, par exemple les réunions « *c'était assez rare d'avoir des midis sans réunion* » I147-148P2 ; mais aussi la difficulté de trouver du temps pour faire les formations obligatoires du DPC « *cette année j'ai même pas fait de formation* » I495P2.

Une autre difficulté est celle de la **gestion des consultations**, il y a des consultations de plus en plus complexes, des demandes de consultation du jour qui augmentent.

La dernière notion est celle de la **difficulté d'équilibre avec la vie personnelle**, il est essentiel de créer une organisation avec sa vie familiale et amicale, « *on a aussi une vie de famille à gérer* » I153P2.

- **Environnement de travail**

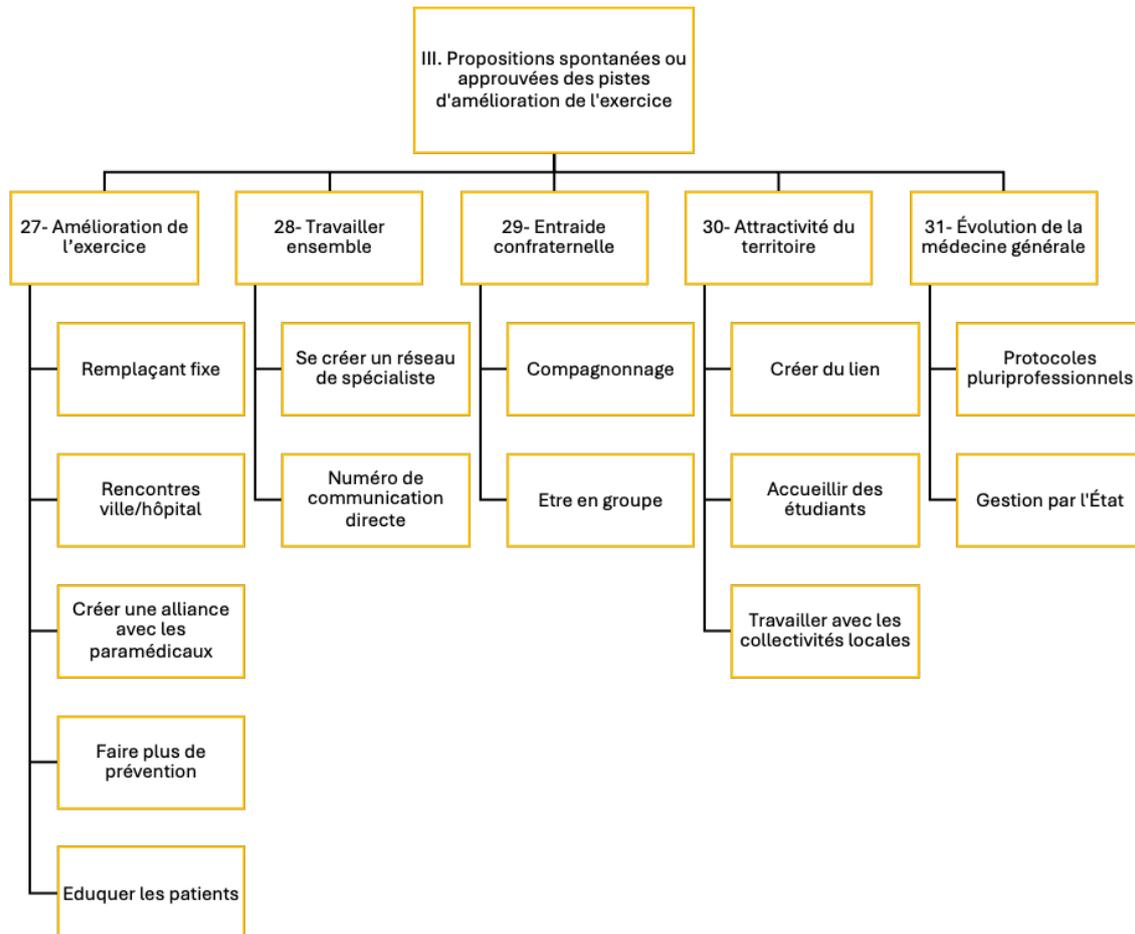
D'après un médecin interrogé, un des freins peut être **l'éloignement de la campagne par rapport à la ville**, par exemple en Charente par rapport à l'Océan. « *Alors nous là le grand reproche qu'on nous fait, c'est qu'on est justement en campagne, qu'on est loin de la mer.* » I53-54P1, « *ils disent que c'est loin de la ville* » I64P1.

- **Environnement personnel**

On voit ici que **la vie personnelle a un impact sur le travail**, notamment sur le lieu d'installation, « *j'ai rencontré mon mari qui est agriculteur, qui ne peut pas déménager* » I226P1.

### 3) Propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice

Lors des entretiens, les médecins ont proposé spontanément des pistes d'amélioration, ou ont approuvé celles que nous avons faites. Plusieurs thèmes principaux ont été abordés :



F45. Trame secondaire de mon arbre à codes – propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice

- **Amélioration de l'exercice**

Concernant les propositions d'amélioration de l'exercice, les médecins interrogés sont plutôt favorables à la présence d'un **remplaçant fixe** qui pourrait leur permettre de gagner du temps personnel.

Afin d'améliorer les relations avec les spécialistes, ils proposent de faire **des rencontres entre tous les médecins généralistes et spécialistes** de Charente « ça sera intéressant de se dire bah tous les ans, une fois par an, il y a un espèce de colloque de tous les médecins de Charente qui se rendent compte, même entre med gé, entre médecins spé » I236-238P3. En plus des spécialistes, il est important de

**créer une alliance avec les paramédicaux** qui sont une aide quotidienne dans la prise en charge des patients.

Pour finir, il est important de **faire plus de prévention et d'éduquer les patients** à la prise en charge de leur santé, « *les patients qui sont de plus en plus, qui consomment en fait. Qui consomment la médecine comme t'irais au drive de Leclerc* » I302-303P3, « *les patients, ils seront vraiment acteurs de leur santé et que c'est comme ça qu'on arrivera* » I530P3, « *Il faut expliquer aux gens, faut qu'ils soient acteurs et responsables de leur santé et qu'ils comprennent que c'est important* » I499-500P3.

- **Travailler ensemble**

D'après les entretiens, il est important de **se créer un réseau de spécialistes** qui facilite l'orientation et la prise en charge des patients, « *on se crée un carnet d'adresses* » I196P3, « *les avoir vus de visu et d'avoir discuté avec eux, ..., on pense plus à eux* » I82P2.

Une autre proposition est de **créer un numéro de communication directe** avec les spécialistes sans avoir à passer par le secrétariat en cas d'urgence, « *je pense que en radiologie ça devrait être comme ça. Ils devraient avoir 2 numéros.* » I154-155P1, « *vous voyez les laboratoires ont fait ça, on a un portable direct d'appel pour nous* » I152P1.

- **Entraide confraternelle**

Dans cette idée, les médecins mettent en avant le **compagnonnage** envers les jeunes médecins afin de les aider en début de carrière, « *Moi ça fait un petit moment que j'y pense à faire un espèce de tutorat* » I340P1, créer une entraide entre médecins « *D'autres médecins installés qui puissent les aider à consolider leurs connaissances* » I351P1. D'où la notion **d'être en groupe** afin de pouvoir s'entraider « *C'est beaucoup plus simple de s'installer avec quelqu'un qu'on connaît, qui est cool, qui nous a expliqué comment faire, et puis bon, beh c'est bon s'il y a un problème, moi je suis à côté, je suis ton associé on se débrouille* » I581-583P3.

- **Attractivité du territoire**

Celle-ci dépend de 3 facteurs rapportés par les médecins interrogés. Le premier étant de **créer du lien** en mettant en place des actions afin de stimuler la venue de nouveaux médecins, « *On essaie de faire pas mal de choses quoi pour essayer de stimuler la venue des jeunes dans notre campagne* » I25-26P1.

Cela rejoint la notion **d'accueillir des étudiants** du fait de l'impact des stages, et même des remplacements, sur l'installation, « *je ne serais pas passée en stage à A., je ne me serais pas installée* » I323-324P2.

Ensuite on trouve le fait de **travailler avec les collectivités**, par là on va parler des infrastructures et services publics locaux.

- **Évolution de la médecine générale**

Afin d'améliorer les conditions d'exercice, il est essentiel de faire évoluer la médecine générale. Pour cela, les médecins interrogés proposaient la **création de protocoles pluriprofessionnels** pour faciliter l'orientation, en particulier avec les paramédicaux, notamment dans le cadre des MSP et pôles, « *protocoler les choses pour qu'en fait il y a des choses toutes prêtes, qu'on soit plus au courant de leur façon d'exercer et de savoir en fait à quel moment on peut plus facilement orienter* » I644-646P3.

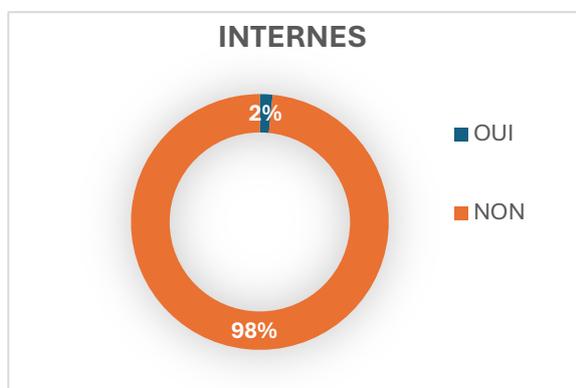
De plus, **la gestion de la santé par l'État** est primordiale, « *alors les solutions c'est l'État qui doit les avoir* » I298P1, « *je pense tout simplement faire des lois qui font en sorte que le certificat de sport n'est pas exigé* » I75P3.

## B. EXTRAIT DES 2 AUTRES POPULATIONS : Les internes et les médecins remplaçants et collaborateurs

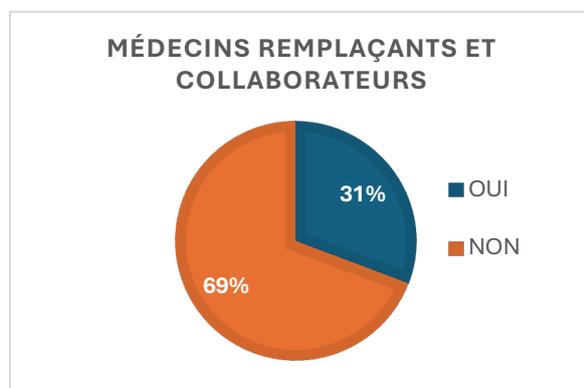
### 1. Questionnaires préliminaires

Dans cette partie je reprends uniquement des extraits de résultats des questionnaires préliminaires réalisés auprès des autres populations d'études (internes, médecins remplaçants et collaborateurs) qui auront un intérêt pour la discussion.

- **Originaire de Charente :**



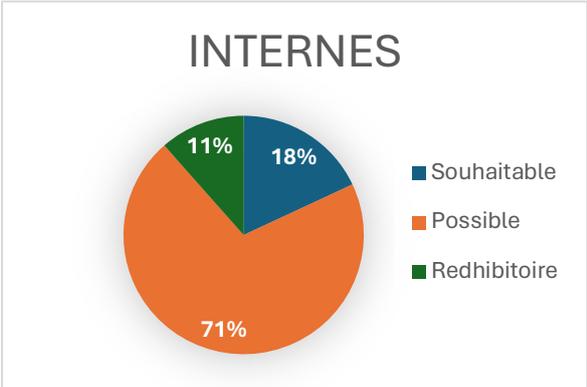
F46. Proportion des internes originaires de Charente



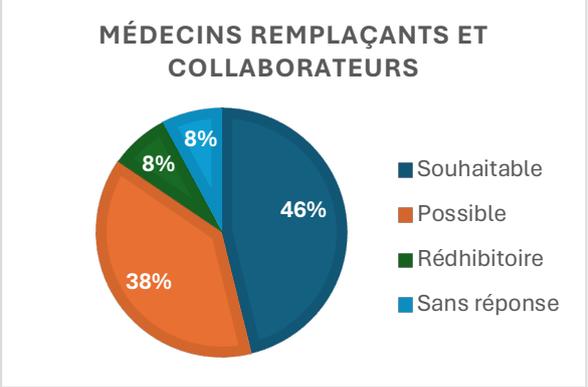
F47. Proportion de médecins remplaçants et collaborateurs originaires de Charente

Dans la population des internes, 2% seulement sont originaires de Charente alors que chez les médecins remplaçants et collaborateurs il y a en a 31%.

○ **Souhait d'exercer dans une zone désertifiée (selon les critères ARS) :**



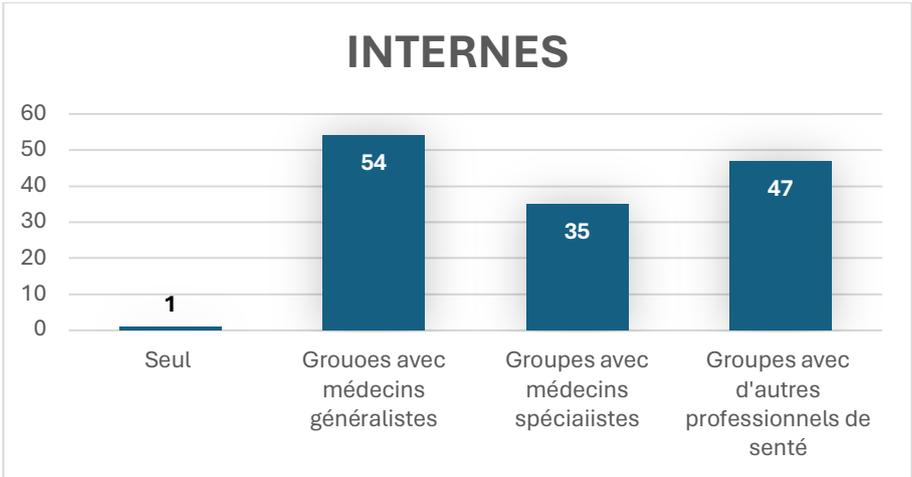
F48. Internes souhaitant exercer en zone désertifiée



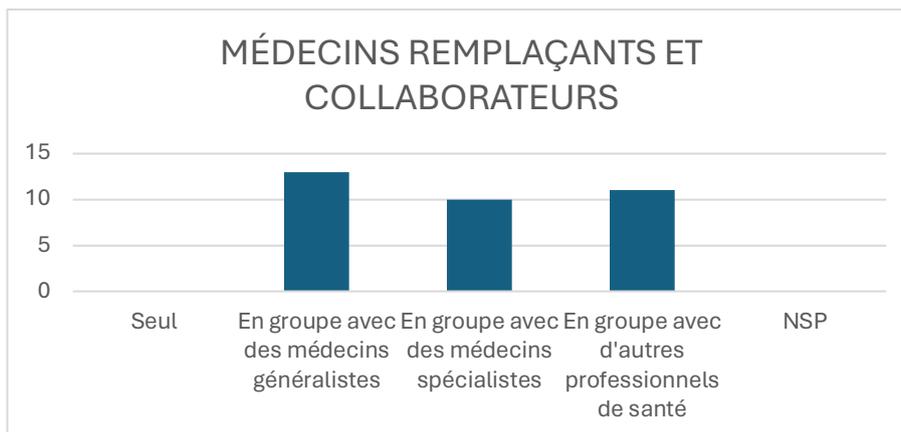
F49. Médecins remplaçants et collaborateurs souhaitant exercer en zone désertifiée

89% des internes et 84% des médecins remplaçants et collaborateurs sont favorables à exercer dans une zone désertifiée.

○ **Souhait d'exercice :**



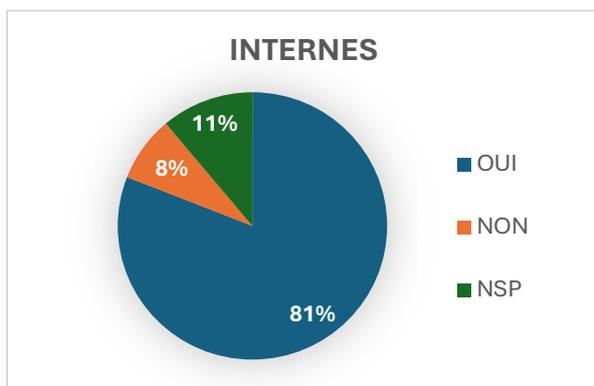
F50. Souhait d'exercice des internes



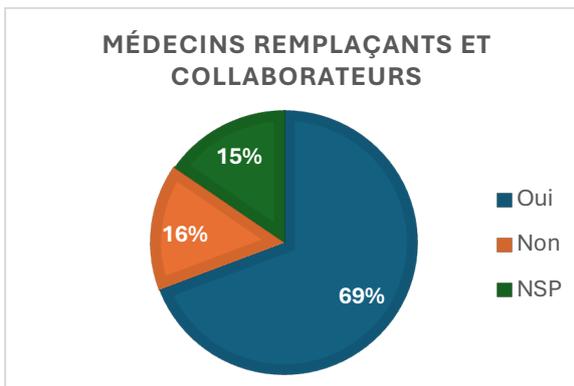
F51. Souhait d'exercice des médecins remplaçants et collaborateurs

1 interne souhaite travailler seul, aucun médecin remplaçant et collaborateur ne souhaite travailler seul.

○ Souhait de participation à la permanence des soins ambulatoires :



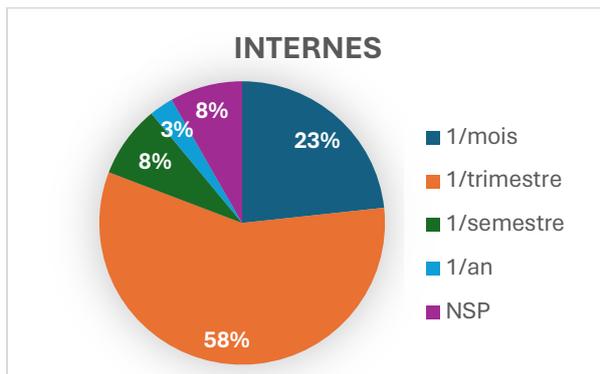
F52. Internes souhaitant participer à la permanence des soins ambulatoires



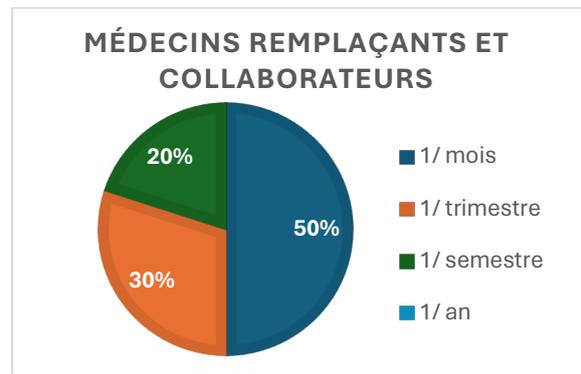
F53. Médecins remplaçants et collaborateurs souhaitant participer à la permanence des soins ambulatoires

Les internes interrogés souhaitent à 81% participer à la permanence des soins ambulatoires, contre 69% dans la population des médecins remplaçants et collaborateurs.

○ Fréquence de réalisation des gardes de week-end souhaitée :



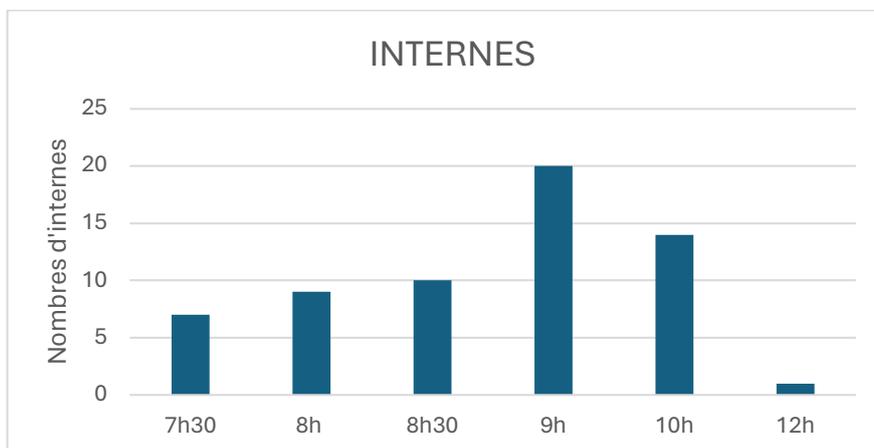
F54. Fréquence souhaitée de réalisation des gardes de week-end par les internes



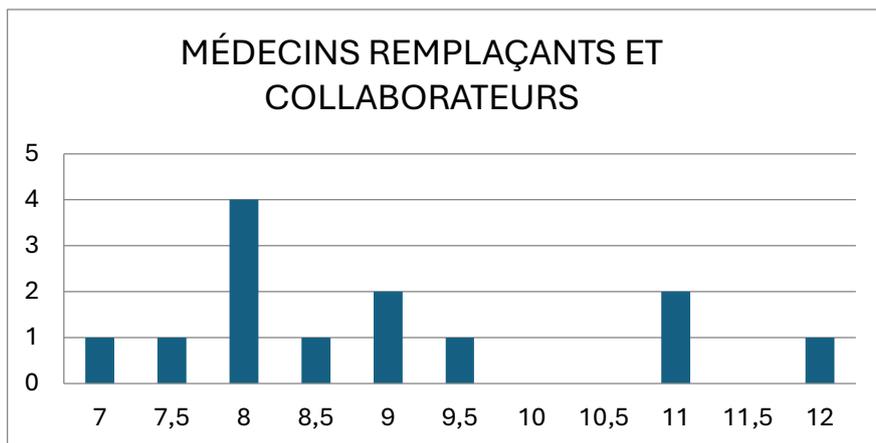
F55. Fréquence souhaitée de réalisation des gardes de week-end par médecins remplaçants et collaborateurs

23% des internes souhaitent faire des gardes une fois par mois, 50% chez les médecins remplaçants et collaborateurs. 58% des internes et 30% des médecins remplaçants et collaborateurs questionnés souhaitent faire une garde par trimestre.

○ Nombre d'heures de travail souhaitées par jour :



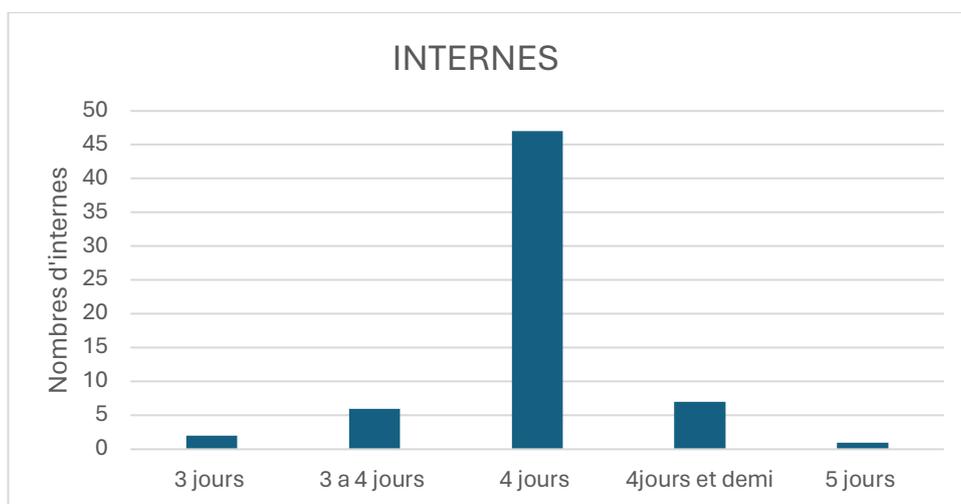
F56. Nombre d'heures travaillées par jour souhaitées par les internes



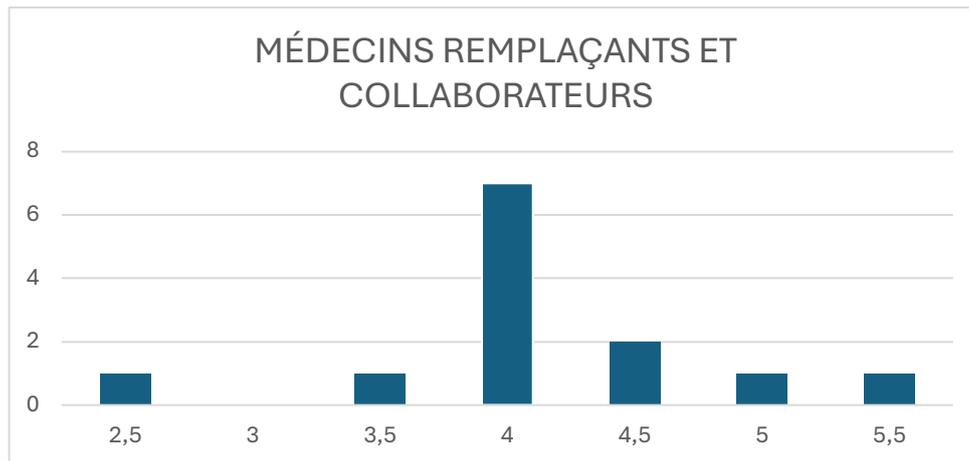
F57. Nombre d'heures travaillées par jour souhaitées par les médecins remplaçants et collaborateurs

La majorité des internes souhaitent travailler 9h par jour, contrairement aux médecins remplaçants et collaborateurs qui souhaitent 8h.

- Nombre de jours de travail souhaités par semaine :



F58. Nombre de jour travaillés par semaine souhaités par les internes



F59. Nombre de jour travaillés par semaine souhaités par les médecins remplaçants et collaborateurs

La population des internes et des médecins remplaçants et collaborateurs souhaitent travailler en moyenne 4 jours par semaine.

- Points négatifs concernant l'exercice de la médecine générale ambulatoire

POUR LES INTERNES	POUR LES MÉDECINS REMPLAÇANTS ET COLLABORATEURS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté de remplacements</li> <li>- Mauvaise ambiance entre les professionnels</li> <li>- Difficulté d'accès aux spécialistes et aux plateaux techniques</li> <li>- Charges administratives</li> <li>- Obligation d'installation</li> <li>- Vie familiale / poste pour le conjoint</li> <li>- Surcharge de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surcharge administrative</li> <li>- Manque de spécialistes/examens</li> <li>- Manque de reconnaissance</li> <li>- Insécurité</li> <li>- Patients consommateurs de santé</li> <li>- Gestion de l'entreprise</li> </ul>

Tableau 3. Points négatifs concernant l'exercice de la médecine générale ambulatoire

- Éléments majeurs qui pourraient déterminer positivement le choix d'exercer la médecine générale ambulatoire

POUR LES INTERNES	POUR LES MÉDECINS REMPLAÇANTS ET COLLABORATEURS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liberté d'installation</li> <li>- Liberté d'organisation</li> <li>- Bonne ambiance entre professionnels</li> <li>- Relationnel avec le patient</li> <li>- Accès aux soins hospitaliers</li> <li>- Activité de groupe</li> <li>- Diversité de l'exercice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revalorisation de la consultation</li> <li>- Diminution des charges financières</li> <li>- Diminution de l'administratif</li> <li>- Augmentation de l'accès aux spécialistes</li> <li>- Amélioration entente médecine générale ambulatoire/ urgences/ hôpital</li> </ul>

Tableau 4. Éléments majeurs qui pourraient déterminer positivement le choix d'exercer la médecine générale ambulatoire

## 2. Entretiens semi-dirigés

Pour la réalisation des arbres à codes à partir des verbatims, nous avons utilisé la même trame c'est-à-dire : les facteurs favorisants, les freins et les propositions d'amélioration.

Vous trouverez les arbres à codes des 2 autres populations en *annexe 8 et 9*.

Globalement nous retrouvons les mêmes idées au sein des 3 populations. Les internes évoquent dans les pistes d'amélioration, la mise en place de plateformes pour trouver des remplacements/remplaçants, comme pour les intérimaires. Ils ont également suggéré la notion d'« installation nomade », correspondant à une installation temporaire. Parmi les internes interrogés, beaucoup ont le sentiment de ne pas être prêt à exercer, et ont une appréhension sur la gestion logistique d'un cabinet.

Les médecins remplaçants et collaborateurs ont beaucoup évoqué la nécessité de formation, ce qui se rapproche du sentiment des internes à ne pas être complètement prêt à exercer. L'autre piste d'amélioration est la nécessité de gagner du temps médical, en diminuant le temps médico-administratif.

## IV. DISCUSSION

### 1. Résumé des principaux résultats – réponse à la question de recherche

#### a) Ma population

L'objectif de mon étude était de recueillir, auprès des médecins généralistes charentais installés en libéral ou salariés, leurs propositions spontanées de pistes d'amélioration des conditions d'exercice ambulatoire, et secondairement d'avoir leurs avis sur les propositions d'amélioration que nous avons faites.

L'analyse des entretiens me permet de définir 3 grands axes concernant l'exercice de la médecine générale ambulatoire :

- Les facteurs favorisants (ce qui est déjà en place d'une part, et ce qui correspond à un « exercice idéal » d'autre part)
- Les freins
- Les propositions d'améliorations (propositions spontanées et avis sur les propositions de notre groupe de réflexion)

Afin de répondre au mieux à ma question de recherche, nous allons donc nous pencher plus en détail sur les propositions d'amélioration faites ou approuvées par les médecins généralistes lors des entretiens.

Les notions importantes recueillies durant les entretiens sont les suivantes :

#### ▪ **Travailler ensemble :**

Cette notion revient très fréquemment, avec différentes possibilités.

En premier lieu, il est essentiel de réussir à travailler et s'organiser avec ses collègues notamment les médecins généralistes. Une bonne entente permet de pouvoir trouver un soutien face aux difficultés, mais aussi pouvoir s'organiser afin de se libérer du temps. L'idée d'avoir un remplaçant régulier, qui permet au médecin d'avoir une journée de libre a été évoquée lors des entretiens.

En plus des médecins généralistes, il y a les paramédicaux et personnels médico administratifs (secrétaires, assistants médicaux). Maintenant que se développe de plus en plus le travail en Maison de Santé et en Pôle, il est primordial de créer une alliance avec tous les membres. Cela facilite aussi la prise en charge du patient qui est multidisciplinaire.

Les patients font aussi partie de la notion de travailler ensemble. Ils sont maintenant acteurs de leur santé, malades ou non. C'est à eux d'agir en partenariat avec le médecin afin d'assurer une bonne santé. Pour leur donner les cartes en main, il est capital de les éduquer sur leur santé, en faisant de la prévention et des actions de santé publique, mais aussi de les intégrer à part entière dans la prise en charge de leurs pathologies. La relation médecin-patient est la clé de la médecine d'aujourd'hui.

Pour finir, les autres acteurs principaux, sont les médecins spécialistes d'organes. Il manque de plus en plus de médecins (généralistes et spécialistes) ce qui n'arrange pas les relations et crée parfois des tensions. On le voit dans les entretiens, avoir un réseau de spécialistes est important et la création de rencontres entre médecins généralistes et spécialistes de proximité est une des améliorations proposées par les médecins interviewés.

#### ▪ Réorganisation de la médecine générale :

Dans le contexte actuel de désert médical et de difficultés d'accès au soin, il est capital pour les médecins de trouver des solutions afin d'assurer une meilleure qualité de vie au travail dans le futur. On le ressent dans les entretiens, certains évoquent une peur de l'avenir professionnel.

Pour une amélioration de l'offre de soins, il est donc principal de trouver des solutions. Cela commence par un bon état de collaboration avec les autres professionnels de santé, comme vu ci-dessus dans « Travailler ensemble ». Ainsi que la création de communautés territoriales, CPTS, qui permettent de réaliser des projets de soins en associant tous les acteurs de santé du territoire. Du fait de moyens et du nombre de personnes, ces communautés territoriales peuvent élaborer des projets à plus grande échelle, comme des projets de prévention, d'information mais aussi une coordination spécifique à certains problèmes posés.

Par ailleurs, la prévention est une partie de la médecine qui n'est pas encore parfaitement appliquée et explorée mais qui a une importance toute particulière actuellement. Pour les médecins interrogés, ça fait partie des actions essentielles à mettre en place afin d'éduquer et de responsabiliser les patients avant toutes pathologies mais aussi dans la prise en charge de celles-ci.

Un des éléments cités qui contribue à faire évoluer la médecine générale est l'intervention de l'État dans la recherche de solutions. Devant la quantité de travail à réaliser avec peu de moyens et beaucoup de demandes, il faut redéfinir certaines tâches, comme évoqué dans les entretiens, par la réduction voire la suppression de certains certificats médicaux non obligatoires.

- **Attractivité du territoire :**

Il est évident que dans l'exercice actuel de la médecine générale ambulatoire il existe quelques disparités territoriales. Il est donc nécessaire de créer une certaine attractivité afin d'attirer de nouveaux médecins sur le territoire.

Cette notion est en partie corrélée au manque de médecins, aux départs en retraite qui ne trouvent pas de successeurs et à une augmentation de la démographie. Notamment deux des médecins interrogés faisaient part du départ à la retraite d'un de leur collègue et donc le fait de récupérer une patientèle. Il a été évoqué le désir de trouver un successeur ou un remplaçant qui puisse les soulager. En contrepartie, un des médecins a réalisé des journées d'accueil et d'activité afin de stimuler la venue voire l'installation de nouveaux médecins. Les personnes ciblées sont notamment les internes, mais aussi les médecins remplaçants. Ils peuvent aussi proposer des logements, colocations pour faciliter leur venue sur ces territoires.

La mise en valeur du territoire est un des éléments afin d'attirer de nouveaux professionnels. La campagne est souvent délaissée par rapport à la distance avec la ville, ou l'Océan. Il est fondamental de miser sur des paramètres importants de la vie personnelle, comme la présence d'écoles, d'assistantes maternelles, de commerces, de loisirs...

Hormis l'environnement, c'est aussi l'accompagnement professionnel que recherchent les jeunes médecins. Les médecins interrogés ont bien insisté sur l'importance du travail en groupe, de collaboration et d'entraide. Ils souhaitent donc le proposer à ceux qui débutent leur carrière en faisant du compagnonnage. Ce compagnonnage va permettre d'aider les jeunes médecins dans la construction de leur projet professionnel, afin qu'ils puissent s'épanouir dans leur travail sans se sentir lâchés dans la nature du jour au lendemain en fin d'étude.

Ceci se rapproche de la notion de « filière post internat » qui aurait pour but de créer un réseau d'entraide et de soutien collaboratif entre jeunes médecins généralistes et médecins généralistes installés sur le territoire.

## **b) Apport des résultats des autres populations**

Les objectifs étaient les mêmes, mais centrés sur l'avis des internes et des médecins remplaçants et collaborateurs.

Le fait de retrouver des informations similaires au cours des entretiens dans les 3 populations d'étude nous a permis d'utiliser la même trame pour la réalisation de nos arbres à codes.

Cela montre que les avis concernant les conditions d'exercice de la médecine générale sont en partie similaires à toutes les générations de médecins, même si la différence d'expérience entre les populations a pu apporter des informations spécifiques.

## **2. Points forts de l'étude**

### **a) Qualité méthodologique des questionnaires préliminaires**

#### **1) Triangulation**

Au début de notre travail, nous pensions réaliser uniquement les entretiens semi-dirigés, puis à mesure des discussions nous nous sommes rendues compte que pour réaliser un canevas d'entretien de qualité, il était important d'avoir un premier aperçu de l'avis des médecins généralistes installés en libéral et salariés et de stimuler leur réflexion.

C'est donc pour cela que nous avons réalisé ce questionnaire préliminaire, élaboré dans le cadre d'une triangulation faite de discussions itératives.

Avant la diffusion, nous avons envoyé le questionnaire à un interne volontaire pour tester la pertinence, ainsi que la faisabilité de celui-ci. Par la suite nous l'avons transposé en fonction de notre population.

De plus à la suite de la réception des résultats nous sommes allées présenter ceux-ci au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Charente, afin d'avoir une nouvelle discussion, et un regard extérieur à notre groupe de réflexion.

#### **2) Échantillonnage**

Le fait de distribuer par courrier postal (au lieu de les envoyer par mails) les questionnaires aux médecins installés en libéral ou salariés inscrits à l'Ordre des Médecins de Charente a permis de toucher une grande partie des médecins exerçant en Charente et donc d'avoir un taux de réponse satisfaisant.

### **3) Intérêt de la méthode**

L'objectif de ce questionnaire était de recueillir des idées que nous n'avions pas eues lors de nos échanges au cours des différentes réunions, et d'enrichir la réalisation du canevas pour les entretiens qui ont suivi.

Probablement que si nous n'avions pas fait les questionnaires préliminaires, d'autant plus avec les questions ouvertes, nous n'aurions pas eu toutes ces informations préalables utiles à l'élaboration du canevas d'entretien.

#### **b) Qualité méthodologique des entretiens semi-dirigés**

##### **1) Triangulation**

La triangulation est un point fort de notre étude. Elle a permis, à la suite des multiples réunions que nous avons eues avec le groupe, de perfectionner le canevas d'entretiens afin de le rendre le plus pertinent par rapport à notre question de recherche.

De plus, à l'issue du codage des résultats de nos entretiens de manière individuelle, nous avons effectué au moins le codage d'un entretien de nos co-thésardes afin de s'assurer de la pertinence de notre travail.

Pour la réalisation des arbres à codes, nous nous sommes concertées sur la manière dont nous pouvions organiser les idées afin de répondre au mieux à notre question de recherche.

##### **2) Échantillonnage**

J'ai choisi les participants aux entretiens sur la base du volontariat. Le questionnaire m'a permis d'attirer leur curiosité et leur envie de participer aux entretiens afin d'approfondir sur leurs idées et leurs désirs concernant leurs conditions d'exercice de la médecine générale en ambulatoire. Mes coordonnées étant inscrites sur la première page du questionnaire, les médecins intéressés de participer aux entretiens n'avaient plus qu'à me contacter.

### **3) Intérêt de la méthode**

Nous avons poursuivi notre travail après les questionnaires par des entretiens semi-dirigés car cette méthode permet de recueillir des données plus riches et inattendues auprès des interviewés.

De plus, grâce à notre canevas d'entretien (*annexe 4*), et à notre liste d'axes à explorer au cours des entretiens (*annexe 3*), nous avons une aide précieuse pour

relancer la discussion sur des sujets sur lesquels nous souhaitions avoir l'avis des interviewés pour répondre à nos questions de recherche.

Nous avons choisi des entretiens individuels car il est plus facile pour les participants de s'exprimer seul que lors d'une discussion de groupe. Il aurait également été plus compliqué de rassembler plusieurs participants pour un seul entretien de groupe.

### **c) Taux de réponse**

La collaboration avec le Conseil Départemental De l'Ordre des Médecins de Charente nous a permis un taux de réponse aux questionnaires de 34,6%. Cela nous a permis d'avoir des avis venant de tout le département de la Charente.

Seulement 3,33% ont désiré participer aux entretiens semi-dirigés.

## **3. Points faibles de l'étude**

Pour la réalisation des entretiens semi-dirigés nous avons prévu d'arrêter à saturation de données. Devant un faible nombre de personnes volontaires pour les entretiens et une quantité suffisante de données récupérées, après triangulation nous avons décidé d'arrêter à 3 entretiens.

Concernant la méthode de réalisation des entretiens, il est possible que nous ayons perdu des informations que nous aurions pu avoir, si nous avons effectué un focus groupe à la place des entretiens individuels. En effet, le fait d'avoir une discussion de groupe peut permettre d'avoir une émulsion des idées et des propositions entre les différents participants.

## **4. Lien avec des données de la littérature (validité externe)**

Une étude réalisée en 2022 par l'URPS auprès des médecins libéraux de toutes spécialités confondues retrouve que 85% des médecins attendent un renforcement de la coordination entre les médecins généralistes et spécialistes, et plus 76% des médecins pensent qu'il est important de réfléchir collégialement pour s'organiser. (25)

Ceci est tout à fait concordant avec les résultats de notre étude en ce qui concerne la nécessité de travailler ensemble.

Une seconde étude, réalisée en 2019, a recherché les propositions des futurs généralistes pour un meilleur accès aux soins. Les idées clés qui en ressortent sont plutôt en accord avec notre étude.

En effet, il est retrouvé une appréhension de l'inconnu, donc les internes s'installent plutôt dans les territoires qu'ils connaissent, et les facteurs qui favorisent cela sont un accompagnement à l'installation et une immersion dans un bassin et vie.

De plus, les internes souhaitent pratiquer en réseau au sein d'un exercice coordonné avec une organisation territoriale des soins, et un lien ville/hôpital. (11)

Cependant nous n'avons pas trouvé de proposition telle que la « filière post internat », et une nouvelle organisation de la médecine ambulatoire.

## 5. Impacts et perspectives

Le but de cette étude, comme le définit les objectifs, était de recueillir l'avis des médecins (internes, médecins remplaçants et collaborateurs, médecins installés en libéral et salariés) concernant les possibles pistes d'amélioration des conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire afin de mettre en œuvre des actions pour améliorer l'offre de soins.

Les points forts que nous retenons sont de remettre le lien humain au centre du métier, dans le cadre d'une réorganisation des tâches de la médecine générale, avec une nécessité pour le département d'être attractif :

- Lien humain

- Lien interprofessionnel :

Travailler ensemble avec tous les acteurs de la santé est primordial pour améliorer les conditions d'exercice de la médecine générale. Le médecin généraliste ne peut plus travailler seul de façon isolée. Il doit s'entourer de pairs mais aussi d'autres professionnels pour l'assister dans certaines tâches.

On voit clairement naître la volonté de la part des médecins des différentes générations en activité de travailler ensemble. Pour les plus jeunes, les médecins avec une activité bien ancrée peuvent leur apporter un soutien, les accompagner dans leur propre projet professionnel, et les jeunes médecins, eux, peuvent apporter à leurs

aînés un soutien dans la prise en charge de leur patientèle, envisager de prendre leur succession...

En parallèle du travail universitaire effectué avec nos thèses qualitatives, un projet associatif a vu le jour en Charente afin de mettre en place un réseau d'entraide et de soutien entre les médecins généralistes.

Face à la diminution de l'offre de soins, et à l'épuisement des médecins installés actuellement en Charente, le but de ce projet est d'augmenter immédiatement l'offre de soins et de faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes.

Le principe de ce projet est basé sur une logique « donnant-donnant » c'est-à-dire de permettre à de jeunes médecins généralistes à la sortie de l'internat :

- De consolider leurs compétences en médecine générale ambulatoire sur des lieux de soins dédiés à leur exercice professionnel, pendant une durée déterminée, le temps de construire leur projet professionnel.
- Tout en bénéficiant d'un « bouquet de services ».
- Dans une dynamique de réseau collaboratif et convivial.

Tout cela en aidant les médecins installés à la prise en charge de leurs patients en leur fournissant du temps d'exercice médical supplémentaire dans leur cabinet afin d'augmenter l'offre de soins en médecine générale ambulatoire sur le territoire.

Reste à déterminer quels accompagnements financiers et administratifs permettraient la réalisation d'un tel projet.

#### ○ **Lien médecin-patient :**

C'est le cœur même du métier de médecin généraliste, le médecin de famille. Dans un monde où tout va vite et où le médecin est débordé, c'est ce lien qui pâtit le premier. Il est nécessaire de le remettre au premier plan. C'est le souhait des professionnels mais également des patients. On remarque que ce lien est un « gagnant-gagnant ». Le patient est gagnant car la confiance est indispensable à la meilleure prise en charge, il se sent écouté et pris en considération ; le médecin également car il en ressort que ce lien est indissociable de la pratique de la médecine générale dans des conditions optimales.

On doit tout de même noter l'ambivalence dont font preuve les patients. On a vu qu'ils souhaitent retrouver le lien avec leur médecin traitant mais d'un autre côté certaines de leurs exigences sont au détriment de la qualité du soin et de la qualité du lien humain.

On peut citer par exemple le fait d'aller voir un médecin qu'on ne connaît pas (ou s'inscrire sur une plateforme de téléconsultation) et qui n'a pas toutes les informations sur le patient pour une consultation « d'urgence ressentie » parce que son médecin traitant ne peut le recevoir le jour même... Ou encore des soins, comme les vaccinations, réalisés par d'autres professionnels de santé, ceux-ci initialement pratiqués par le médecin. Les patients sont alors satisfaits sur le moment car n'ont pas besoin d'attendre un rendez-vous avec leur médecin traitant, mais cela entraîne une perte de contact progressive avec ce dernier et un problème de récupération des informations du médecin traitant sur les actes réalisés.

- **Lien entre les médecins et les instances gouvernementales :**

Même si la médecine générale ambulatoire est en grande partie libérale, les médecins généralistes sont soumis à des objectifs, incités financièrement ou quasi imposés par les institutions nationales et régionales (comme les ROSP proposés par la CPAM, la création de CPTS encouragée par l'ARS). Nous l'avons vu dans ce travail, les médecins généralistes attendent une action de l'État et la mise en place de mesures afin de les aider dans leur exercice. Ces institutions gouvernementales sont l'un des acteurs principaux pour la réorganisation de la médecine générale.

- **Réorganisation de la médecine générale**

Les résultats de ce travail de thèse nous font suggérer cette proposition : pour améliorer les conditions d'exercice de la médecine générale, il faut réorganiser et redistribuer les tâches effectuées par les médecins généraliste, toutes générations confondues en fonction de leurs contraintes et aspirations respectives.

Les aspirations des médecins ont évolué, ils souhaitent trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle. D'un autre côté, la population vieillissante et grandissante nécessiterait un accroissement de l'offre de soins médicaux.

Cette réorganisation passe par une pratique partagée. Il apparaît de plus en plus difficile que chaque médecin puisse réaliser l'ensemble des tâches qui lui incombent sans que cela se fasse au détriment de son bien-être, voire de sa santé.

C'est un changement de paradigme qu'il faudra certainement amorcer.

- **Impératif d'être attractif**

Concernant le territoire charentais, il semble qu'il y ait un véritable enjeu à être attractif puisque seulement 2% des internes ayant été interrogés sont originaires de Charente.

On sait que parmi les facteurs influençant les installations, le lieu de réalisation des stages en médecine générale pendant l'internat est prépondérant.

C'est au cours de l'internat qu'il faut susciter l'envie de rester dans le département. Cela passe notamment par la participation des médecins à l'accueil des étudiants.

Il est essentiel également que les médecins puissent avoir accès aux différentes commodités nécessaires à une vie de famille. N'oublions pas que les médecins généralistes finissent leur internat entre 26 et 30 ans pour la plupart, et après toutes ces années centrées sur la vie professionnelle, ils souhaitent souvent construire leur vie personnelle.

Il y a un enjeu pour les communes, les communautés de commune et le Conseil Départemental de mettre en œuvre des actions afin d'attirer et de pérenniser les installations.

## **6. Nouvelle question de recherche soulevée**

Il est intéressant de réfléchir maintenant sur le projet de réorganisation de la médecine générale.

Une réorganisation qui pourrait se faire sur un mode expérimental, en concertation avec les médecins, le Conseil de l'Ordre des Médecins, les institutions (CPAM, ARS...), les collectivités territoriales et les patients.

Dans le cadre de la formation universitaire de 3<sup>ème</sup> cycle, celle-ci va notamment impliquer les Docteurs Juniors en médecine générale avec la création d'une 4<sup>ème</sup> année d'internat de médecine générale.

Cette 4<sup>ème</sup> année sera la phase intermédiaire entre les 3 premières années de l'internat et les premières années du début d'exercice.

Il serait donc intéressant de déterminer dans quelles conditions les médecins seraient prêts à accueillir des Docteurs Juniors.

Et aussi nous intéresser au point de vue des internes, afin de voir quelles seraient leurs attentes vis-à-vis de cette 4<sup>ème</sup> année.

## V. CONCLUSION

L'accès à un médecin généraliste est un problème de santé publique à l'échelle nationale. Cette difficulté d'accès aux soins est très marquée en Charente avec une diminution importante de la densité médicale.

Ce travail nous a permis de faire un bilan des pistes d'amélioration des conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire.

Que ce soit auprès des internes, ou des médecins remplaçants, collaborateurs, installés en libéral ou salariés, nous retrouvons les mêmes idées phares :

- Il est possible et impératif **d'attirer dans les déserts médicaux**, en particulier en Charente en présentant un territoire attractif tant sur le plan personnel (partenariat avec collectivités territoriales) que professionnel.
- Il est nécessaire de trouver une **nouvelle organisation des cabinets médicaux** avec une redistribution des tâches au sein d'une équipe, pour une meilleure qualité de vie.
- Il est impératif **d'améliorer les relations humaines** avec une **nécessité de soutien et d'entraide** entre les différents professionnels de santé.

Une action simultanée sur l'ensemble de ces facteurs est indispensable afin d'optimiser l'offre de soins et le maillage territorial.

**La « filière post internat »** organisée autour d'un réseau collaboratif d'entraide et de soutien entre médecins pourrait être une piste de solution pour faire face aux difficultés d'accès aux soins.

La mise en place de la 4<sup>ème</sup> année d'internat en médecine générale (phase de consolidation) pourrait contribuer à la mise en œuvre de ces changements.

## VI. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- F1. Évolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010 - Démographie médicale : situation 1<sup>er</sup> janvier 2023 CNOM
- F2. Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 - Atlas de démographie médicale 2022 – CNOM
- F3. Tranches d'âges des médecins généralistes, et pourcentage de femmes - Atlas de démographie médicale 2022 – CNOM
- F4. Marguerite des compétences de médecine générale – Référentiel niveau de compétences en médecine générale
- F5. Zonages en aires d'attraction des villes 2020, recensement de la population 2018 - INSEE
- F6. Taux de pauvreté par EPCI en Charente en 2018 – INSEE
- F7. Carte de zonage de la médecine libérale 2022 en Charente – ARS
- F8. Comparatif de la densité moyenne de généralistes entre 2012 et 2021 - Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?
- F9. Numerus clausus national pourvu en médecine depuis 1972 – Atlas de démographie médicale
- F10. Sexe des médecins ayant répondu au questionnaire
- F11. Age des médecins ayant répondu au questionnaire
- F12. Pourcentages des médecins ayant répondu au questionnaire qui ont des enfants
- F13. Pourcentages des médecins ayant répondu au questionnaire, originaires de Charente
- F14. Faculté de réalisation de l'externat des médecins ayant répondu au questionnaire
- F15. Faculté de réalisation de l'internat des médecins ayant répondu au questionnaire
- F16. Stages effectués en Charente par les médecins qui ont répondu au questionnaire
- F17. Pourcentages des médecins ayant répondu au questionnaire qui ont fait des remplacements.
- F18. Année de fin d'étude de médecine générale des médecins ayant répondu au questionnaire
- F19. Année de soutenance de thèse des médecins ayant répondu au questionnaire
- F20. Statut professionnel des médecins ayant répondu au questionnaire
- F21. Année de 1<sup>ère</sup> installation des médecins ayant répondu au questionnaire

- F22. Pourcentages des médecins ayant répondu au questionnaire exerçant une autre activité médicale en parallèle
- F23. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant faire évoluer leurs conditions d'exercice
- F24. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice en zone désertifiée
- F25. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice multisite
- F26. Statut professionnel souhaité par les médecins ayant répondu au questionnaire
- F27. Souhait d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire
- F28. Souhait d'exercice partagé des médecins ayant répondu au questionnaire
- F29. Type de planning souhaité par les médecins ayant répondu au questionnaire
- F30. Nombre d'heures travaillées par jour souhaité par les médecins ayant répondu au questionnaire
- F31. Nombre de jours travaillés souhaités par semaine par les médecins ayant répondu au questionnaire
- F32. Nombre de semaines de vacances souhaitées par an par les médecins ayant répondu au questionnaire
- F33. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant faire des visites à domicile
- F34. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant participer à la permanence des soins ambulatoires
- F35. Fréquence souhaitée pour les gardes de week-end des médecins ayant répondu au questionnaire
- F36. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant réaliser une formation complémentaire
- F37. Médecins ayant répondu au questionnaire souhaitant avoir une pratique spécifique
- F38. Salaire moyen souhaité par les médecins ayant répondu au questionnaire
- Tableau 1. Réponses des médecins aux questions ouvertes (Q17 et 18)
- Tableau 2. Données socio démographiques des médecins participants aux entretiens semi dirigés
- F39. Trame principale de mon arbre à codes
- F40. Trame secondaire de mon arbre à codes – tout ce qui est déjà en place  
1
- F41. Trame secondaire de mon arbre à codes – tout ce qui est déjà en place  
2
- F42. Trame secondaire de mon arbre à codes – notion d'exercice idéal

- F43. Trame secondaire de mon arbre à codes – freins actuels à l'exercice de la médecine générale 1
- F44. Trame secondaire de mon arbre à codes – freins actuels à l'exercice de la médecine générale 2
- F45. Trame secondaire de mon arbre à codes – propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice
- F46. Proportion des internes originaires de Charente
- F47. Proportion de médecins remplaçants et collaborateurs originaires de Charente
- F48. Internes souhaitant exercer en zone désertifiée
- F49. Médecins remplaçants et collaborateurs souhaitant exercer en zone désertifiée
- F50. Souhait d'exercice des internes
- F51. Souhait d'exercice des médecins remplaçants et collaborateurs
- F52. Internes souhaitant participer à la permanence des soins ambulatoires
- F53. Médecins remplaçants et collaborateurs souhaitant participer à la permanence des soins ambulatoires
- F54. Fréquence souhaitée de réalisation des gardes de week-end par les internes
- F55. Fréquence souhaitée de réalisation des gardes de week-end par médecins remplaçants et collaborateurs
- F56. Nombre d'heures travaillées par jour souhaitées par les internes
- F57. Nombre d'heures travaillées par jour souhaitées par les médecins remplaçants et collaborateurs
- F58. Nombre de jour travaillés par semaine souhaités par les internes
- F59. Nombre de jour travaillés par semaine souhaités par les médecins remplaçants et collaborateurs
- Tableau 3. Points négatifs concernant l'exercice de la médecine générale ambulatoire
- Tableau 4. Éléments majeurs qui pourraient déterminer positivement le choix d'exercer la médecine générale ambulatoire

# VII. ANNEXES

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE

### **Thèses sur l'amélioration des conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire**

Bonjour,

Nous sommes 2 internes, Coralie et Célia, et nous faisons notre thèse sur l'amélioration des conditions d'exercice en médecine générale en Charente.

Coralie s'intéresse au point de vue des médecins remplaçants, adjoints, assistants et collaborateurs.

Célia s'intéresse au point de vue des médecins généralistes installés en libéral et salariés.

Dans le cadre de ce travail, nous vous transmettons ce questionnaire anonyme, préalable à des échanges en entretiens individuels et/ou en groupe.

Si cela vous intéresse de participer à ces échanges, vous pouvez nous contacter directement par mail ou par téléphone. Nous conviendrons alors d'un entretien individuel et/ou en groupe selon votre préférence.

En vous remerciant par avance pour votre participation !

***Célia CIRICHELLI***

***Tel : 07 86 68 24 01***

***Mail : celia.cirichelli@laposte.net***

***Coralie OUDIN***

***Tel : 06 45 01 91 65***

***Mail : coralie.oudin@free.fr***

1/ Êtes-vous ?  Un homme  Une femme

2/ Quel est votre âge ?

3/ Avez-vous des enfants ?  OUI A CHARGE  OUI INDEPENDANT  NON

4/ Êtes- vous originaire de Charente (avant les études de médecine) ?  OUI  NON

5/ a- Avez-vous effectué votre externat à la faculté de médecine de Poitiers ?  OUI  
 NON

b- Si non, préciser la faculté :

6/ a- Avez-vous effectué votre internat à la faculté de médecine de Poitiers ?  OUI  
 NON

b- Si non, préciser la faculté :

7/ Avez-vous fait un stage chez le médecin généraliste en Charente pendant vos études (plusieurs réponses possibles) ?  NON  OUI, NIVEAU 1  OUI, SASPAS   
AUTRE

8/ Avez-vous fait des remplacements pendant votre internat (plusieurs réponses possibles) ?

OUI, EN CHARENTE  OUI, AUTRES DEPARTEMENTS  NON

9/ En quelle année avez-vous fini vos études de médecine générale ?

10/ Êtes-vous thésé ?  OUI  NON

b- Si oui, en quelle année avez-vous été thésé ?

11/ Êtes-vous :  REMPLACANT  COLLABORATEUR  ADJOINT  ASSISTANT   
SALARIE  INSTALLE EN LIBERAL  EN EXERCICE MIXTE (salarié+libéral)

12/ A- Si vous êtes remplaçant, collaborateur, adjoint ou assistant : Par quelle(s) méthode(s) trouvez-vous des remplacements à effectuer ?

B- Si vous êtes médecin installé en libéral ou salarié : Quelle est l'année de votre 1<sup>ère</sup> installation ?

13/ Exercez-vous en parallèle une autre activité médicale (autre que la médecine générale ambulatoire) ?  OUI  NON

14/ A- Si vous êtes remplaçant, collaborateur, adjoint ou assistant :

Quel est votre projet professionnel et dans quels délais ?

14/ B- Si vous êtes médecin installé en libéral ou salarié :

a- Envisagez-vous de faire évoluer vos conditions d'exercice ?  OUI  NON  NSP

b- Si oui de quelle manière ?

15/ **Concernant votre exercice de la médecine générale ambulatoire, quelles seraient vos aspirations « idéales »** (répondre aux questions de a à o) :

a) Souhaiteriez- vous exercer en « zone désertifiée » (selon les critères de l'ARS) ?  
 SOUHAITABLE  POSSIBLE  REDHIBITOIRE  NSP

b) Souhaiteriez- vous exercer la médecine générale ambulatoire sur plusieurs lieux (exercice multisites) ?  OUI  NON  NSP

c) Sous quel(s) statut(s) (plusieurs réponses possibles) ?  Remplaçant  Adjoint  
 Assistant  Collaborateur  Médecin installé en libéral  Médecin salarié

Autre :  NSP

d) Souhaiteriez- vous exercer (plusieurs réponses possibles) ?  Seul  En groupe avec des médecins généralistes  En groupe avec des médecins spécialistes  En groupe avec d'autres professionnels de santé  NSP

e) Souhaiteriez- vous exercer avec (plusieurs réponses possibles) ?  UN SECRETARIAT  
 UN ASSISTANT MEDICAL  AUCUN  NSP

f) Souhaiteriez- vous (plusieurs réponses possibles) ?  UN PLANNING DE TRAVAIL REGULIER  TRAVAILLER PAR PERIODES DE L'ANNEE QUI VOUS ARRANGENT  NSP

g) Nombre d'heures de travail souhaitées par jour (en moyenne) ?

h) Nombre de jours de travail souhaités par semaine (en moyenne) ?

i) Nombre de semaines de vacances annuelles souhaitées (en moyenne) ?

j) Souhaiteriez- vous faire des visites à domicile ?  OUI  NON  NSP

k) Souhaiteriez- vous participer en tant que médecin effecteur à la permanence des soins ambulatoires (gardes de secteur en semaine jusqu'à 00h et le week-end de 8h à 00h) ?  OUI  NON  NSP

l) Si oui, à quelle fréquence pour les gardes de week-end ?  UNE PAR MOIS  UNE PAR TRIMESTRE  UNE PAR SEMESTRE  UNE PAR AN  NSP

m) Souhaiteriez- vous suivre une formation complémentaire (type DU, ...) ?  OUI  NON  NSP

n) Souhaiteriez- vous avoir une part de votre activité avec une pratique « spécifique » (ex : gynécologie, « urgence de médecine générale », ...) ?  OUI  NON  NSP

o) Quel serait votre revenu net mensuel moyen souhaité (et réaliste) avant impôt ?

Euros

16/ Si vous êtes remplaçant, collaborateur, adjoint ou assistant : Quels sont les 3 ou 4 (au maximum) éléments majeurs pour lesquels vous ne vous sentez pas prêts à vous installer (libéral ou salarié) ?

- 
- 
- 
- 

17/ Pour tous : Quels sont les 3 ou 4 (au maximum) éléments majeurs (professionnels ou personnels) qui vous posent problème actuellement dans l'exercice de la médecine générale ambulatoire ?

- 
- 
- 
- 

18/ Pour tous : Pour conclure, quels sont les 3 ou 4 (au maximum) changements majeurs (professionnels ou personnels) qui permettraient d'améliorer vos conditions d'exercice de la médecine générale ambulatoire ?

- 
- 
- 
- 

**Merci pour votre participation !**

Pour nous retourner ce questionnaire vous trouverez ci-joint une enveloppe affranchie.

A bientôt, et nous espérons pour un entretien.

Coralie OUDIN et Célia CIRICELLI

5/5

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DESCRIPTION DE LA POPULATION AVANT LES  
ENTRETIENS

1/ Êtes-vous ?  Un homme  Une femme

2/ Quel est votre âge ?

3/ Avez-vous des enfants ?  OUI A CHARGE  OUI INDEPENDANT  NON

4/ Êtes- vous originaire de Charente (avant les études de médecine) ?  OUI  NON

5/ a- Avez-vous effectué votre externat à la faculté de médecine de Poitiers ?  OUI  
 NON

b- Si non, préciser la faculté :

6/ a- Avez-vous effectué votre internat à la faculté de médecine de Poitiers ?  OUI  
 NON

b- Si non, préciser la faculté :

7/ Avez-vous fait un stage chez le médecin généraliste en Charente pendant vos études (plusieurs réponses possibles) ?  NON  OUI, NIVEAU 1  OUI, SASPAS  
 AUTRE

8/ Avez-vous fait des remplacements (plusieurs réponses possibles) ?  OUI, EN CHARENTE  
 OUI, AUTRES DEPARTEMENTS  NON

9/ En quelle année avez-vous fini vos études de médecine générale ?

10/ En quelle année avez-vous été thésé ?

11/ Êtes-vous :  SALARIE  INSTALLE EN LIBERAL  EN EXERCICE MIXTE  
(salarié+libéral)

12/ Quelle est l'année de votre 1<sup>ère</sup> installation ?

13/ Exercez-vous en parallèle une autre activité médicale (autre que la médecine générale ambulatoire) ?  OUI  NON

14/ a- Envisagez-vous de faire évoluer vos conditions d'exercice ?  OUI  NON  NSP

b- Si oui de quelle manière :

## ANNEXE 3 : LES AXES À EXPLORER AU COURS DES ENTRETIENS

### **1) Le CADRE de l'exercice**

- Connaissance du cadre et des différentes possibilités ?
- Lieu d'exercice et liberté d'installation : zone géographique (zones sous-dotée ou non), exercice monosite ou multisites...
- Exercice libéral / salarié
- Type d'exercice (si libéral) : installation, collaboration libérale, médecin adjoint ou assistant, remplaçant
- Cadre « juridique » d'exercice libéral « installé » : indépendant, en groupe organisé avec d'autres médecins et/ou d'autres professionnels (maison de santé, pôle de santé, ESP, SISA etc.), en réseau.
- La « façon de travailler des collègues » : l'entente, le projet professionnel, les outils de travail (logiciel partagé...etc.)
- Avoir déjà travaillé dans ce lieu, en temps qu'interne ou remplaçant
- les « filières post-internat » et les « pépinières d'entreprise »
- Horaires d'exercice : en journée ou sur horaire de PDSA

### **2) Les TACHES PROFESSIONNELLES**

- « Planning d'activités professionnelles » : périodes d'activité, horaires de travail, rythme et durée des consultations, types de consultations (suivi, soins non programmés)
- Types d'activités dans ce planning... : consultations, visualisation des courriers et des biologies, coordination des soins, rédaction de documents médicaux administratifs, ROSEP, temps d'échanges avec les autres professionnels (médicaux, paramédicaux, institutionnels) (concertations, étude de cas complexes, établissement de protocoles de prise en charge, ...), temps de partage convivial avec d'autres professionnels, temps de formation continue, temps de réflexion sur l'évolution des pratiques, et sur l'organisation au travail, encadrement des étudiants en médecine ...etc.)
- Le contenu spécifique des tâches professionnelles du médecin généraliste et la possibilité de « déléguer » certaines tâches (IPA, assistants médicaux, secrétariat médical : gestion des appels patients, accueil, travail administratif...) tout en les supervisant

- La gestion des exigences des patients et de leur agressivité éventuelle (contexte actuel)

### 3) La gestion de L'ENTREPRISE MEDICALE

- Gestion de l'entreprise médicale et des outils de fonctionnement (locaux, outils : téléphone internet, consommables, comptabilité etc....): recherche initiale puis maintenance de fonctionnement et évolutions

- Gestion des plannings et recherche de remplaçants et associés pour maintenir la permanence des soins et la continuité dans la réalisation des tâches professionnelles...

### 4) La REMUNERATION

- Mode de rémunération (libérale, salariée)

- Le niveau de la rémunération (et pour quelles tâches ?).

- La rémunération à l'acte : simplifier les cotations ? Conserver la rémunération à l'acte ? Quelle place pour la rémunération forfaitaire ?

5) **Les BESOINS ANNEXES** : logement, travail du conjoint, garde d'enfants, attractivité culturelle et environnementale du territoire

### 6) L'ORGANISATION ENTRE MEDECINS

- Création d'une « filière post-internat » et « tutorisation » des futures installations.
- Création d'un réseau collaboratif avec outils d'aide à l'exercice de la médecine générale et organisation de la communication sur les possibilités d'exercice de la MG (entre les médecins installés et les médecins non installés (remplaçants occasionnels ou réguliers, collaborateurs, médecins salariés...))
- Organisation des soins non programmés (SNP) et de la PDSA
- Communication et coordination ville-hopital et MG/médecins spécialistes

## ANNEXE 4 : CANEVAS D'ENTRETIEN

### Canevas d'entretiens semi-dirigé

#### Groupe médecins installés (Célia) /

#### Médecins remplaçants adjoints collaborateurs (Coralie)

Intro : nous faisons ce travail de thèse collaborative pour voir comment on pourrait améliorer les conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire en Charente. Je m'intéresse au point de vue des médecins installés en libérale et des médecins salariés (Célia) / des médecins remplaçants adjoints et collaborateurs (Coralie).

Question brise-glace : « alors vous, aujourd'hui, dans quel cadre exercez-vous la médecine générale ambulatoire ? »

Q1 : « comment vous sentez-vous vis à vis de ce cadre de travail ? »

Q2 : « Quels sont les points qui ressemblent le plus à votre projet professionnel idéal, c'est à dire ceux qui vous plaisent le plus ? »

Q3 : « Qu'est ce qui, aujourd'hui, ne correspond pas à votre projet idéal, ou qui vous pose le plus de problème dans l'exercice de la médecine générale ambulatoire ? »

Q4 : « Que pensez-vous qu'il faudrait mettre en place pour améliorer les conditions d'exercice actuelles ? »

Q5 : « Que pensez-vous du projet de création d'un réseau collaboratif de médecins et de mise en place d'un compagnonnage permettant aux jeunes médecins de construire leur projet professionnel ? »

*Rq* : lors de l'entretien, laisser l'interviewer s'exprimer librement.

*Rebondir ou relancer sur les éléments listés dans la fiche « Axes à explorer » et dans la fiche « Organisation de la filière post-internat »*

- **Créer une « filière post-internat » en mode « pépinière d'entreprise »** : possibilité d'être accompagné temporairement par un « médecin tuteur » à la sortie de l'internat pour faire du soin de manière sécurisée (pouvoir se référer à un sénior à tout moment), continuer de se former sur le plan théorique et préparer son projet professionnel ?
- **Créer un pool de médecins** qui pourraient exercer sur un même territoire, à la carte, sans engagement de durée, grâce à différents contrats possibles (salariés, remplaçant libéral, adjoint libéral, collaborateur libéral...) et avec plusieurs modes d'activités possibles (suivi, soins non programmés en journée, activité type SOS médecin aux horaires de PDSA...)
- **Créer un réseau collaboratif de médecins** sur un territoire, permettant une meilleure communication entre médecins, le partage d'outils de travail et le lien relationnel.

ANNEXE 5 : VERBATIMS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS (SUR CLÉ USB jointe)

## ANNEXE 6 : INDEX DES CODES (établis à partir des verbatims)

Thème	Code	Idée	Verbatim
Difficultés actuelles	Déserts médicaux	Manque de médecin généraliste	« un de mes associés qui est parti en retraite » I11-12P1 « on a une patientèle de 4 médecins pour 3 médecins » I13P1 « Il manque un médecin. Voilà, on a un cabinet vide » I20P1 « notre collègue est parti en retraite... on récupère tous ses patients » I298-299P2 « moins de médecins » I313P1 « on est moins de praticiens » I305P1 « sur les autres communes, il y a aussi ... enfin, on a eu 3 départs » I83P1
		Manque de spécialiste	« il n'y a pas de gynéco dans le coin » I30P3 « de plus en plus compliqué d'avoir les spécialistes » I135P1 « on a de moins en moins accès aux spécialistes » I628P3
	Difficultés d'accès aux soins	Difficultés d'accès aux soins	« Accessibilité aux soins » I137P1 « on a pas les urgences à côté, donc en fait, ça nous force un peu à peut-être nous débrouiller un peu plus » I27-28P3 « on prend le relais » I32P3 « le système hospitalier est plus que saturé » I300P1 « Les gens âgés, ils sont récusés partout sous prétexte qu'il n'y a pas de place » I288P1

			« j'ai beaucoup de visite parce que en fait, je suis en rural et que j'ai beaucoup de gens âgés ou de gens, voilà qui sont un peu précaire » I346-347P3
Environnement de travail	Distance campagne-ville	Éloignement de la campagne par rapport à la ville et l'océan	« Alors nous là le grand reproche qu'on nous fait, c'est qu'on est justement en campagne, qu'on est loin de la mer. » I53-54P1 « L'éloignement de la ville » I58P1 « ils disent que c'est loin de la ville » I64P1 « ça paraît très loin » I438P2 « il doit mettre une demi-heure » I449P2 « je m'étais 35 Min » I450P2
	Bénéfices de la campagne	Dispositifs personnels proche du lieu d'exercice	« dans notre commune, il y a une école, il y a des commerces, il y a des assistantes maternelles agréées, il y a plein de choses de loisirs, que ce soit ludique, sportif » I67-68P1 « les écoles il y en a partout » I319P2 « il y a quand même pas mal de choses qui sont mises à disposition » I69-70P1
	Choix du lieu d'exercice	Travailler dans un cadre agréable	« Le cadre de travail est hyper agréable » I49P1 « Cadre vraiment super » I63P1 « le cadre c'est plutôt pas mal » I18P2
	Exercice rural/semi rural	Avoir un exercice en milieu rural voire semi rural	« En milieu rural » I4P1 « Alors rural » I8P2 « en semi rural » I5P3 « En campagne » I53P1 « Notre secteur » I353P2

			« c'est le village où je suis née » I16P3
	Bonne ambiance de travail	Travailler dans une bonne ambiance avec les autres professionnels	« je me sens bien dans mon travail » I14P1 « Très sympathique, très attirante » I45P1 « Très sympathique » I75P1 « Ça permet de se soutenir » I81P1 « On s'entend bien » I109P1 « Partager des moments ensemble ... à échanger » I182P1 « Tous aller à la cave à bière » I185P1 « bonne cohésion » I190P1 « partager des choses » I193P1 « on s'entend surtout bien » I43P3
Environnement personnel	Infrastructures et services publics	Services publics nécessaires pour un confort de vie personnelle	« dans notre commune, il y a une école, il y a des commerces, il y a des assistantes maternelles agréées, il y a plein de choses de loisirs, que ce soit ludique, sportif » I67-68P1 « les écoles il y en a partout » I319P2 « il y a quand même pas mal de choses qui sont mises à disposition » I69-70P1 « chez nous quoi dans une salle des fêtes » I93P2
	Équilibre de la vie personnelle	Importance d'avoir une vie personnelle en dehors du travail	« J'ai rencontré mon mari qui est agriculteur » I224-225P1 « c'est important aussi de ne pas tout mélanger » I191P1 « il faut quand même garder le côté professionnel et personnel » I192P1

			<p>« c'est dans mes projets » I227P1</p> <p>« c'est mon moment avec les enfants » I156P2</p> <p>« J'ai de la chance que mon mari puisse m'aider » I161P2</p> <p>« il a envie d'avoir sa vie, de sortir au resto » I444P2</p>
	Impact de la vie personnelle sur le travail	Lieu d'installation professionnel en fonction de sa vie personnelle	<p>« j'ai rencontré mon mari qui est agriculteur, qui ne peut pas déménager » I226P1</p> <p>« je me suis installée parce que donc mon mari est agriculteur » I 310P2</p> <p>« En fait c'est le village où je suis née moi » I16P3</p>
Relation humaine	Relation médecin patient	Le contact humain est au centre du métier	<p>« un attachement quand même avec ces patients-là » I292P1</p> <p>« contrat moral » I291P1</p> <p>« de l'humain et du relationnel » I302P1</p> <p>« Parler avec les gens, de voir leurs mimiques » I308P1</p> <p>« de prendre le temps » I309P1</p> <p>« c'est mes patients, c'est hyper possessif quoi » I371-372P2</p> <p>« si je fais autre chose, j'ai l'impression de délaisser mes patients » I465-466P2</p>
		Bonne relation avec les patients	<p>« Patientèle agréable » I49P1</p> <p>« une patientèle qui revient de l'extérieur » I84P1</p> <p>« je connais les gens » I33P3</p> <p>« ils ont plus confiance » I34P3</p>
	Perte de la relation humaine	Nécessité de remettre la relation humaine au	<p>« il faut qu'on réintroduire l'humain » I301P1</p> <p>« On perd de l'humain et du relationnel » I303P1</p>

		centre de l'exercice	
Travailler ensemble	Difficultés du parcours de soins du patient	L'orientation vers un spécialiste	« je lui demande à lui de choisir » I75P2 « j'aime pas trop ça donner des noms » I77-78P2 « on a certain, où on a vraiment que des mauvais retours » I78-79P2 « c'est toujours un peu gênant d'orienter un professionnel plus qu'un autre » I80P2 « je vous ai envoyé vers telle personne » I86P2 « qui je peux aller voir » I97P2
		Difficultés de prise de rendez vous	« Prendre des rendez-vous en urgence » I134P1 « Portable direct d'appels quand on à des besoins urgents » I152-153P1 « Prendre les rendez-vous aux gens » I170P1 « Demandes de rendez-vous urgent » I284P1
	Difficultés de la relation avec les spécialistes	Difficultés de la relation avec les spécialistes	« de plus en plus compliqué d'avoir les spécialistes » I135P1 « le fossé qu'il y a entre les spécialistes, les urgentistes et nous » I289P1 « une hospitalisation » I295P1 « les cardiologues, les neurologues et cetera que je connais pas du tout » I68-69P2 « Maintenant, on tombe sur des plateformes téléphoniques » I138P1

	Avoir un réseau de spécialistes	Importance de connaître les spécialistes	<p>« j'ai un réseau de spécialistes » I22P3</p> <p>« je les connais déjà et puis moi je les connais aussi à travers mon père » I22-23P3</p> <p>« un réseau collaboratif de médecins » I336-337P1</p> <p>« c'est agréable de pouvoir orienter un patient vers un professionnel qu'on connaît » I66-67P2</p> <p>« on se crée un carnet d'adresses » I196P3</p> <p>« c'est facilitant quand on connaît » I81P2</p> <p>« les avoir vus de visu et d'avoir discuté avec eux, ..., pense plus à eux » I82P2</p>
	Numéro de communication directe	Pouvoir communiquer directement sans passer par le secrétariat	<p>« vous voyez les laboratoires ont fait ça, on a un portable direct d'appel pour nous » I152P1</p> <p>« je pense que en radiologie ça devrait être comme ça. Ils devraient avoir 2 numéros. » I154-155P1</p> <p>« direct urgent » I157P1</p>
	Avoir des remplaçants/col laborateurs	Avoir des remplaçants/c ollaborateur dans le cabinet	<p>« ça peut être une collaboration » I44P1</p> <p>« on a une remplaçante » I201P1</p> <p>« un médecin remplaçant » I428P2</p> <p>« on en a 3 de nos remplaçants » I405P3</p> <p>« on a besoin de remplaçants » I409P3</p>
	Pôle et MSP	Les structures pour un exercice en collaboration	<p>« une réunion de pôle » I183P1</p> <p>« avec le pôle » I91P2</p> <p>« pôle de santé » I10P3</p>

			<p>« dans une maison de santé pluri pro » I4P1, I10P2</p> <p>« une maison pour une grande collaboration » I34P1</p> <p>« maison de santé » I74P1, I181P1, I91P2, I7P3</p> <p>« SISA » I93P1</p>
	Travailler en groupe	Intérêt du travail en groupe	<p>« intérêt de travailler aussi ensemble en maison de santé » I367P1</p> <p>« le fait de pas être seul et d'avoir des collègues » I59P2</p> <p>« c'est assez rassurant de se dire que on est, on est plusieurs » I60-61P2</p> <p>« je trouve qu'on se sent pas seul parce qu'on sait qu'ils sont là » I345-346P2</p> <p>« c'est agréable de pouvoir orienter un patient vers un professionnel qu'on connaît » I66-67P2</p>
		Difficultés du travail en groupe	<p>« il y a un manque de communication entre nous » I19P2</p> <p>« on se croise très très peu entre médecins » I23P2</p>
	Paramédicaux	Travailler avec d'autres professionnels de santé	<p>« Un kiné » I47P1, I63p2</p> <p>« Un ostéopathe » I48P1, I63P2</p> <p>« Une sophrologue » I48P1</p> <p>« Une psychologue » I48P1, I63P2</p> <p>« un pôle médical avec les autres professionnels, sage-femme, orthophonistes, diététiciennes, et podologues » I94-95P1</p> <p>« des infirmières » I97P1</p> <p>« 2 infirmières libérales » I13P3</p> <p>« une infirmière ASALEE » I13-14P3</p>

			« plein de paraméd » I 12P3
Infirmière ASALEE	Aide pour la prise en charge et éducation thérapeutique		« ça va mieux depuis qu'on a l'infirmière AZALEE, parce que quand même ça nous permet d'avoir une vraie éducation thérapeutique du patient. » I493-494P3 « ce qu'on voulait faire avec l'infirmière AZALEE, c'est de se dire, Bah tous les mois, de faire un thème en fait » I500-501P3
Secrétariat	Avoir un secrétariat		« Une secrétaire pour les médecins » I90P1 « c'est de dire à la secrétaire » I167P2 « elle fait prise de rendez-vous, elle scanne les dossiers, elle appelle les spés, elle envoie les courriers aux spés et des choses comme ça, elle fait l'accueil des patients et elle prend les notes » I175-176P3
Assistants médicaux	Réflexion sur l'intégration d'un assistant médical		« on a pensé aussi à l'assistante médicale » I129P1 « on aurait pensé à l'assistant médical » I144P1
	Pas prêt à déléguer des tâches		« c'est en fait, c'est le rôle qu'on remplit, soit rempli par d'autres. Alors c'est les assistants médicaux, c'est les IPA » I316P1 « moi les assistants médicaux, tout ça, je ne suis pas très fan » I72P3 « si en fait, c'est pour quelqu'un qui fait purement

			de l'administratif, beh suffit en fait d'engager une autre secrétaire » I103-104P3
	IPA	Pas prêt à travailler avec des IPA	« L'IPA c'est quelque chose qui ne nous tente pas tous les 3 » I129P1 « c'est en fait, c'est le rôle qu'on remplit, soit rempli par d'autres. Alors c'est les assistants médicaux, c'est les IPA » I316P1
Ressenti émotionnel positif	Vocation initiale	Le désir de faire ce métier	« j'ai toujours voulu être médecin généraliste » I221P1 « je ne regrette absolument pas » I15P1 « j'ai beaucoup aimé mon stage chez le médecin généraliste » I222P1 « je voulais être médecin sans frontière » I225P1 « je ne regrette absolument pas » I226-227P1 « c'était quelque chose qui me tenait à cœur » I131P2 « on se rend hyper utile » I333P2 « j'ai fait médecine générale, c'est pour connaître les gens » I335P2 « j'avais envie de m'installer directement » I393P2 « c'est ça aussi qui est bien, c'est cette stimulation intellectuelle qui se dit que, en fait, on peut faire tout et on est le premier recours. » I457-458P3
	Se sentir bien dans son exercice	Sentiment satisfaisant à l'exercice de la	« je me sens bien » I21P3 « je trouve assez intéressant » I24P3 « j'aime bien le faire » I32P3

		médecine générale	« c'est plutôt sympa » I32P3
Ressenti émotionnel négatif	Difficultés du contexte actuel	Difficultés de travailler dans le contexte actuel	« on est bien conscient que c'est un petit peu l'apanage, là, général » I23P1 « C'est compliqué » I12P1, I141P2 « C'est compliqué à faire bouger » I37-38P1 « beaucoup de mal à dire non » I100P1 « Ça a été très compliqué » I206P1 « on passe beaucoup de temps avec, bah nos patients » I20-21P2 « satisfaire le maximum de patients » I21-22P2 « des secteurs qui sont plus en difficulté » I356P2
	Lassitude	Sentiment d'épuisement au travail	« c'est un peu lourd » I148P2 « C'est un peu usant » I152P2 « moi j'y arrive pas » I190P2 « on n'est pas extensible » I299-300P2 « on est parfois un peu désabusé » I82P1
	Difficultés ressenties à l'exercice de la médecine générale	Difficultés à gérer la charge de travail	« je me laisse un peu manger par le travail » I101-102P1 « il y a des choses qui m'échappent un peu » I250P1 « l'humain manque de plus en plus » I300P1 « moi ça m'affole » I302P1 « c'est pas facile de tout gérer » I53-54P2 « c'est triste de faire de la consultation tout le temps » I132-133P2 « j'aimerais bien parfois dire bah non, c'est comme ça, je pars » I161-162P2

			<p>« je n'assume pas de me dire parfois je finis à 18h30 » I174P2</p> <p>« je vois mon planning ce soir ça me fait chier » I291P2</p> <p>« On a des choses qui nous prennent la tête » I418-419P2</p>
	Différence avec l'idée de la médecine générale	Désillusion ressentie en exerçant la médecine générale	<p>« on ne voit pas tant de choses différentes que ça » I48-49P3</p> <p>« Il y a pas mal d'administratif, de choses comme ça où c'était pas le rêve quoi » I49P3</p> <p>« on a déchanté un peu » I53P3</p> <p>« qu'on s'attendait pas à avoir autant de paperasse le soir » I54-55P3</p> <p>« ça nous éloigne de nos patients et de la médecine » I68P3</p> <p>« n'a pas d'intérêt médical ou intellectuel particulier » I69P3</p>
	Impact sur la vie personnelle	Difficultés d'allier le travail avec la vie personnelle	<p>« après qui c'est qui en pâte c'est ma vie personnelle » I489-490P2</p> <p>« J'ai de la chance que mon mari puisse m'aider » I161P2</p> <p>« c'est la dure loi d'être une femme » I502P2</p> <p>« Le jour où j'aurai des enfants, je sais pas si ça sera possible de finir à 19h30 par exemple » I366P3</p>
	Peur sur l'avenir	Peurs concernant l'évolution	<p>« Les solutions gouvernementales qui sont données, c'est en fait, c'est que le rôle qu'on remplit, soit rempli par d'autres » I315P1</p> <p>« on veut nous imposer » I304P1</p>

			<p>« les propositions qui nous sont faites là, moi ça m'affole hein » I301-302P1</p> <p>« j'ai peur que la médecine qu'on va nous demander de faire soit une médecine purement technique » I319P1</p>
Surmenage	Surcharge de travail	Demands médicales trop importante	<p>« Hormis la surcharge de travail » I8P1</p> <p>« on a beaucoup plus d'actes à faire » I11P1</p> <p>« qu'il y a trop de demandes » I298P2</p> <p>« Je sais déjà que samedi matin, à 9h, lundi sera plein » I487P2</p> <p>« je refuse des patients » I235P2</p> <p>« Un cadre plus agréable si la charge de travail est un petit peu moins lourd quoi » I51P1</p> <p>« 10 appels par jour » I87P1</p> <p>« j'essaye de palier » I115P1</p> <p>« je travaille déjà pas mal » I389P2</p>
		Travail hors consultation	<p>« le fait d'avoir des réunions, souvent c'est un peu usant » I181-182P2</p> <p>« quand c'est pas des réunions, c'est des visites en urgences, des patients à rappeler » I182-183P2</p> <p>« des trucs à faire en plus quoi » I183P2</p> <p>« lire les mails, répondre à certaines demandes » I201P2</p> <p>« envoyer un mail à un spécialiste » I206P2</p>
		Départ à la retraite de médecins	<p>« un de mes associés qui est parti en retraite » I11-12P1</p>

			<p>« on a une patientèle de 4 médecins pour 3 médecins » I13P1</p> <p>« Il manque un médecin. Voilà, on a un cabinet vide » I20P1</p> <p>« notre collègue est parti en retraite... on récupère tous ses patients » I298-299P2</p> <p>« on a pas de successeur » I12P1</p> <p>« moins de médecins » I313P1</p> <p>« on est moins de praticiens » I305P1</p>
	Manque de vacances	Difficultés de trouver un remplaçant	<p>« on a une remplaçante, qui est quelqu'un qui est relativement âgée, qui va bientôt prendre sa retraite » I201-202P1</p> <p>« elle a eu qu'un mois de remplacement » I207P1</p>
	Burn out	Épuisement professionnel	<p>« moi j'y arrive pas » I190P2</p> <p>« j'ai du mal à gérer » I311P1</p>
		Difficultés à dire non	<p>« j'avoue que j'aimerais bien parfois dire bah non » I161-162P2</p> <p>« C'est juste que pour l'instant je n'assume pas de me dire parfois je finis à 18h30 » I174P2</p> <p>« Alors j'avoue que la première année, je... j'arrivais pas à le faire. Parce qu'on se dit : Bah ouais, je viens juste de m'installer, si je commence déjà à dire non, en fait, voilà les gens ils vont dire quoi ? » I332-334P3</p> <p>« Mais parce que j'ai jamais dit non » I355P3</p>
Entreprise médicale	Équipement adapté	Avoir un bon logiciel	« C'est avoir des logiciels adaptés, c'est avoir des aides à la prescription » I164P3

	Gérer le côté administratif	Être médecin généraliste c'est aussi gérer une entreprise	<p>« Il y a pas mal d'administratif » I49P3</p> <p>« Alors moi j'y passe beaucoup de temps parce que c'est moi qui gère... Enfin, on a un comptable » I265P1</p> <p>« je fais le relais avec le comptable en tenant le classeur de compta » I267P1</p> <p>« un peu de compta » I209P2</p> <p>« je fais ma compta de base » I121P3</p> <p>« la gestion de l'entreprise » I213P2</p> <p>« de temps en temps, il faut se poser un peu sur son entreprise » I242-243P2</p> <p>« Toutes les vérifications sécu, sur les feuilles de soins, les machins... » I112-113P3</p> <p>« il faut prévenir l'ARS, il faut prévenir la Sécu, faut faire ces ordonnanciers machin, enfin il y a tout un protocole » I542-543P3</p>
	Avoir un comptable	Employer un comptable pour gérer les comptes	<p>« on a un comptable au cabinet » I216P2</p> <p>« le fait d'avoir un comptable, effectivement, j'ai jamais fait une comptable » I230P2</p> <p>« j'ai une comptable à qui j'emmène un classeur dans lequel j'ai tout trié » I122P3</p>
	Les charges	Avoir une entreprise c'est aussi avoir des charges	<p>« Les charges que ça représente » I270-271P1</p> <p>« tout ce qui est URSSAF, CARMF, tous les prélèvements » I238P2</p> <p>« Le Conseil de l'ordre ... ça se paye une fois par an » I239 à 241P2</p>

			<p>« il faut se poser un peu sur son entreprise, sur la prévoyance, sur les assurances » I243P2</p> <p>« faut créer une entreprise, faut... Il y a des coûts, y a des charges, il y a URSSAF » I541P3</p>
Organiser son exercice	Organiser son emploi du temps	Organiser selon son envie	<p>« On a tous une demi-journée par semaine de pause » I119P1</p> <p>« j'ai mon mercredi le matin » I155P2</p> <p>« je suis là 4 jours et demi par semaine » I389P2</p> <p>« faire 3 jours semaine au cabinet » I476P2</p> <p>« un samedi sur 3 » I390P2</p> <p>« les réunions au cabinet on les fait entre midi et deux » I143P2</p> <p>« mon planning » I263P2</p> <p>« il est censé y avoir toujours de la place pour le jour » I282P2</p> <p>« le lundi, c'est toujours une journée où il y a beaucoup plus de demandes » I359-360P2</p> <p>« On organise vraiment nos journées » I416P2</p> <p>« je prends des patients toutes les 20 Min. Ça m'allait bien » I31P2</p> <p>« Initialement, j'avais fait 4 jours et demi plus les samedis matin » I326P3</p> <p>« je pars un peu plus tôt le mardi quand je peux » I229P3</p> <p>« tous les jours, je fais les visites un peu urgentes et le mercredi, c'est là où j'essaye</p>

			<p>d'enchaîner les visites » I349-350P3</p> <p>« ma collègue est de off, elle, le mercredi et moi jeudi. » I342-343P3</p>
		Difficultés à gérer son emploi du temps	<p>« on a nos plannings qui sont un petit peu chamboulé » I28-29P2</p> <p>« pas complètement satisfaite de mon emploi du temps » I142P2</p> <p>« c'était assez rare d'avoir des midis sans réunion » I147-148P2</p> <p>« on se rend disponible » I121P2</p> <p>« je m'imaginai vraiment avoir plus de temps entre midi et deux » I188P2</p> <p>« je ne sais pas comment je m'organise, mais j'y arrive pas » I191P2</p> <p>« c'est compliqué d'avoir 2 activités en même temps » I472P2</p> <p>« cette année j'ai même pas fait de de formation » I495P2</p>
	Temps des consultations	Difficultés à la gestion des consultations	<p>« les patients que j'ai en renouvellement, c'est rarement des patients rapides » I45P2</p> <p>« C'est toujours assez complexe » I46P2</p> <p>« j'arrive pas du tout à gagner du temps » I47P2</p> <p>« rajouts donc de patients » I29P2</p> <p>« entraîne des retards » I30P2</p> <p>« les consultations, c'est prenant quand même » I135P2</p> <p>« les consultations de suivi c'est un petit peu long... c'est</p>

			un petit peu lourd » I333-334P2
	Temps de vie personnelle	Difficultés d'équilibre avec la vie personnelle	« on a aussi une vie de famille à gérer » I153P2 « je ne suis pas chez moi avant 21h30 » I158P2 « c'est assez rare que j'arrive à aller les chercher » I160P2 « qu'il faut que moi je m'organise avec mon mari » I364P2 « on organise notre vie de famille différemment » I418P2
	Organisation entre collègues	Nécessité de s'organiser entre collègues quand on a un travail en groupe	« on a nos patients, on voit nos patients » I273-274P2 « c'était les patients du cabinet et on voyait tous les patients » I272P2 « je ne me vois pas de demander à mes collègues d'aller voir un de mes patients » I270P2 « je gère mes patients » I278P2 « je n'aurais pas l'impression de surcharger mes collègues » I383-384P2 « je m'installe, mais je mets mes conditions » I387P2 « on organise nos journées différemment » I417-418P2 « pour des longs week-ends en fait, on s'arrange tous les 2 » I389P3
	Réorganiser son temps de travail	Modifier son emploi du temps	« il faut que j'apprenne aussi à déléguer » I370P2 « j'aimerais bien parfois dire bah non, c'est comme ça, je pars » I161-162P2 « je n'assume pas de me dire parfois je finis à 18h30 » I174P2

	Se libérer du temps	Envie de diminuer son temps de travail	<p>« Si on avait un remplacement fixe » I368P2</p> <p>« faire un peu moins de médecine générale » I483-484P2</p> <p>« j'ai du temps libre » I484P2</p> <p>« j'ai envie de prendre du temps » I501P2</p> <p>« maintenant je me suis dis non mais là il faut que j'aïlle au sport » I337-338P3</p> <p>« moi je prends 5 semaines dans l'année » I397P3</p>
Liberté d'exercice de la médecine générale	Lieu d'installation idéal	Trouver son lieu d'exercice	<p>« ça permet déjà effectivement pour le jeune de voir plusieurs cabinets » I433-434P2</p> <p>« ça permet de faire connaître les cabinets » I434P2</p> <p>« différentes ambiances, différentes maisons de santé » I435-436P2</p> <p>« j'ai été après ma thèse remplaçante et collaboratrice ailleurs » I6P3</p>
	Liberté d'installation	Choisir son lieu d'exercice en fonction de sa vie personnelle	<p>« j'ai rencontré mon mari qui est agriculteur, qui ne peut pas déménager et donc je me suis installée ici » I226P1</p> <p>« je me suis installée parce que donc mon mari est agriculteur » I 310P2</p> <p>« c'est à 10 Min de chez moi » I318P2</p> <p>« mon père était médecin du village et du coup, j'ai repris la suite. » I8P3</p> <p>« c'est le village où je suis née moi » I16P3</p>
		Prendre la succession	« mon père était médecin du village et du coup, j'ai repris la suite » I8P3

			« j'ai pris sa suite avec une autre de mes collègues » I9P3
		S'installer avec des collègues choisis	« on s'est rencontrée pendant nos remplas et donc du coup on a à peu près la même vision de la médecine, » I42P3 « on s'entend surtout bien » I43P3
	Réalisation d'actes techniques	Plus d'actes dus à l'éloignement de la ville	« plus d'actes techniques parce qu'on a pas les urgences à côté » I27P3 « suture » I29P3 « gestes techniques » I29P3 « frottis » I31P3
	Prévention et santé publique	Différentes missions que l'on peut faire en médecine	« on a monté plein, plein de projets pluriprofessionnels, on fait plein de missions de santé publiques » I75-76P1 « on a quand même pas mal de ...beh d'action de santé publique et on a des sortes d'ETP. » I184P1 « c'est un projet de santé qu'on a pu faire » I90P2 « On est aussi quasiment tout formé dans l'éducation thérapeutique » I80P1
	PDSA et SNP	Participer à la permanence des soins avec les gardes et les créneaux d'urgences	« j'aime bien les gardes » I331P2 « être dispo jusqu'à minuit » I350P2 « vu que dans la journée on absorbe, on n'est pas emmerdé sur nos gardes » I279P3 « je trouve ça intéressant parce qu'en fait les gardes, ça nous pousse un peu dans notre retranchement » I287-288P3

			<p>« on arrive quand même tous à gérer les soins non programmés » I352P2</p> <p>« activité diversifiée » I480P2</p> <p>« j'ai 10 places tous les jours, en plus de mes consultations en plus pour de l'urgence » I276P3</p>
Médico administratif	Certificats médico administratifs	Réalisation de certificats médico administratifs pour le patient	<p>« c'est le côté administratif où je pense qu'on s'attendait pas à avoir autant de paperasse le soir, à faire quoi » I54-55P3</p> <p>« ça nous éloigne de nos patients et de la médecine générale pour faire quelque chose qui en fait n'a pas d'intérêt médical ou intellectuel particulier » I68-69P3</p> <p>« Taches médico administratives » I258P1</p> <p>« Arrêt de travail » I258P1</p> <p>« certificat » I52P3</p> <p>« tous les trucs de sport » I60P3</p> <p>« pour les prévoyance on a pas le droit de le remplir » I52-53P3</p> <p>« les trucs d'enfants malades » I64P3</p> <p>« le côté administratif » I54P3</p> <p>« Demande d'ALD » I258P1</p> <p>« le renouvellement d'ALD » I65P3</p> <p>« renouvellements de certificat de la MDPH » I66P3</p>
	ROSP	Réalisation de statistiques médicales	<p>« ce qui est administratif. Genre le ROSP là qu'il va falloir qu'on remplisse » I239P1</p> <p>« c'est pas du tout adapté à notre pratique » I240P1</p>

		<p>« on est évalué entre guillemets, par la sécurité sociale, sur des thèmes » I244P1</p> <p>« y a des trucs qui sont purement déclaratifs » I247P1</p> <p>« je trouve que c'est des stats et puis c'est géré par des administratifs purs » I252P1</p> <p>« il y a une partie de la ROSP en fait qui tombe juste parce qu'on est médecin traitant de certains patients » I134P3</p>
	Rémunération valorisante	<p>« Je fais partie des gens qui en ont beaucoup, parce qu'en termes moi de ROSP... » I129P3</p> <p>« Moi je trouve ça plutôt bien parce que mine de rien » I132P3</p> <p>« quelqu'un en fait, qui bosse, qui accepte de nouveaux patients,... et quand même grassement récompensée pour continuer à accueillir de la population et être un accès aux soins. » I134-137P3</p> <p>« Il y a le forfait structure » I137P3</p> <p>« il vient du contribuable, donc vous devez un minimum rendre des comptes » I143-144P3</p> <p>« Les ROSP je trouve quand même que, ... tous ceux qui ont des grosses rémunérations, c'est quand même ceux qui font avancer le problème d'accès aux soins et le schmilblick » I153-155P3</p>

Évolution de la médecine générale	Formation	Avoir le temps de faire de la formation personnelle	« dans le temps personnel, on peut faire de la formation » l494-495P2
	Prévention	L'importance de la prévention	« l'intérêt vraiment de cette prévention-là » l114-115P2 « faire de la prévention » l122P2 « faire de la communication » l123P2 « on a fait de la communication dans les pôles de santé » l123P2 « c'est sûr ça qu'il faut qu'on travaille » l127P2 « faire un peu de prévention » l131-132P2 « il faut qu'on fasse de la prévention » l498-499P3
	Protocoles pluriprofessionnels	Créer des protocoles afin d'associer les compétences entre médecins et paramédicaux	« Par contre, les délais qu'on peut avoir en kiné, en orthophonie, des choses comme ça, ça serait de réussir à faire des protocoles » l634-635P3 « protocoliser les choses pour qu'en fait il y a des choses toutes prêtes, qu'on soit plus au courant de leur façon d'exercer et de savoir en fait à quel moment on peut plus facilement orienter » l644-646P3 « faire une espèce de trame en fait où on coche des cases ... en fait le patient qui arrive à 2 ou 3, lui il a nécessité d'aller chez le Kiné. » l666-668P3
	Gestion par l'État	Des solutions à trouver	« alors les solutions c'est l'État qui doit les avoir » l298P1 « je pense tout simplement faire des lois qui font en sorte

			<p>que le certificat de sport n'est pas exigé » I75P3</p> <p>« je pense que légalement faut juste supprimer ces choses-là » I80P3</p> <p>« c'est des choses plutôt légales, je pense qui pourraient nous aider » I86P3</p>
Amélioration de l'exercice	Remplaçant fixe	Se libérer du temps personnel	<p>« faudrait qu'on soit un de plus » I49-50P1</p> <p>« Si on avait un remplacement fixe » I368P2</p> <p>« on en a 4 en fait, qui tourne. Donc on essaye d'avoir toujours les même comme ça les patients, ils les connaissent » I384-385P3</p> <p>« ça sera beaucoup plus simple quand ils seront thésés comme ça on peut même les mettre en collab » I417-418P3</p>
	Créer une communauté territoriale	Travailler dans une CPTS	<p>« je pense que les CPTS qui viennent d'apparaître » I524P3</p> <p>« je pense que si tous les médecins tous les parameds sont vraiment coordonnés et qu'il y a des vrais projets comme ça, c'est là où on aura une réaction » I526-527P3</p> <p>« on a la CPTS qui est en route » I589P3</p> <p>« Et vu qu'en fait les CPTS il y aura des projets de soins » I590P3</p>
	Rencontres ville/hôpital	Créer un réseau avec les spécialistes et les médecins généralistes	<p>« quand on est jeune médecin, moi je suis allée regarder, je suis allée voir toute la clinique en fait pour qu'il nous montre un peu comment ça fonctionne » I226-228P3</p> <p>« je dirais que c'est hyper nécessaire de savoir en fait,</p>

			<p>puis même les spés, ils le disent, en fait de nous voir » I228-229P3</p> <p>« c'est la FMC parce que c'est là où on va les voir en fait » I230P3</p> <p>« je trouve de savoir à qui on parle, de mettre un visage et puis ça crée du lien » 231P3</p> <p>« Si on a un bon réseau et c'est beaucoup plus simple en fait. » I235P3</p> <p>« ça sera intéressant de se dire bah tous les ans, une fois par an, il y a un espèce de colloque de tous les médecins de Charente qui se rendent compte, même entre med gé, entre médecins spé » I236-238P3</p>
	OMNIDOC	Logiciel d'aide à la collaboration médecins généralistes et spécialistes	<p>« on a des outils comme Omnidoc, par exemple, qui sont géniaux. C'est-à-dire qu'en fait, en un mail on a une réponse, surtout qu'on a une réponse qu'on peut tracer. » I212-213P3</p> <p>« c'est en train d'être en partie géré par Omnidoc et cetera qui me permet en fait d'avoir un avis et qui nous permet de faire un bilan avant de leur envoyer. » I629-630P3</p> <p>« Et du coup on gagne du temps parce qu'on sait qu'on va avoir du délai mais mine de rien, quand le patient arrive, il a toutes les clés en main tout ça, c'est géré. » I632-633P3</p>
	Créer une alliance avec les paramédicaux	Avoir son réseau de paramédicaux	« c'est hyper important pour un... pour quelqu'un qui va s'installer de se dire qu'il a les

		et travailler en équipe	<p>parameds avec lui. » I594-595P3</p> <p>« il a leur numéro de portable et il sait qu'à un moment s'il a besoin d'une prise de sang en urgence et beh elle vient dans le cabinet entre 2, » I597-598P3</p> <p>« Alors qu'en fait en une photo, j'appelle mon infirmière » I601P3</p> <p>« on sait qu'on a un paramed qui va nous aider, un kiné qu'on peut appeler » I608P3</p>
	Revenir à son exercice idéal	Idée de revenir à un exercice souhaité avant	<p>« je n'ai pas occulté le fait de faire une mission un jour humanitaire » I227P1</p> <p>« Ça c'était quelque chose qui me tenait à cœur, faire un peu de prévention » I131P2</p>
	Éduquer les patients	Nécessité d'éduquer les patients et les rendre acteurs de leur santé	<p>« les patients qui sont de plus en plus, qui consomme en fait. Qui consomme la médecine comme t'irais au drive de Leclerc » I302-303P3</p> <p>« les gens sont dans une espèce de société de consommation, ou dans l'immédiateté » I308-309P3</p> <p>« cet envahissement par la bobologie à la c** de gens qui en fait n'ont plus ni la capacité d'attente ni la capacité de tolérer » I314-315P3</p> <p>« les patients, ils seront vraiment acteurs de leur santé et que c'est comme ça qu'on arrivera » I530P3</p>
	Faire plus de prévention	Réaliser des actions de prévention	« je pense que là où on n'est pas bon, c'est sur la prévention » I486P3

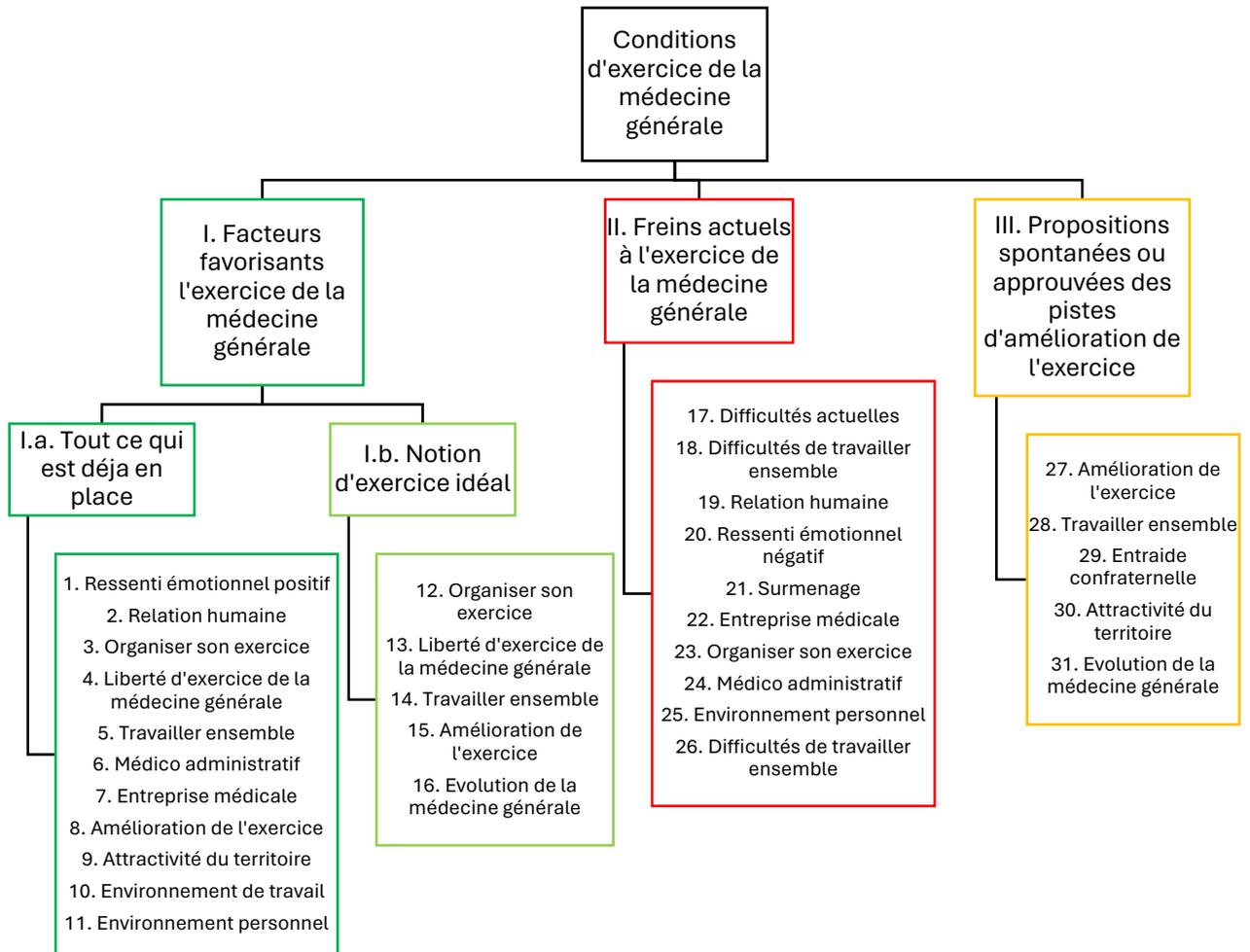
			<p>« c'est pas qu'ils ne veulent pas, c'est que les gens en fait ils ont juste pas conscience de la dangerosité » I490-491P3</p> <p>« Il faut expliquer aux gens, faut qu'ils soient acteurs et responsables de leur santé et qu'ils comprennent que c'est important » I499-500P3</p> <p>« les gens prennent en charge leur santé sur un mode un peu tranquille ou c'est pas du purement médical » I512-513P3</p>
Entraide confraternelle	Compagnonnage envers les jeunes médecins	Aider les internes au début de leur carrière	<p>« moi j'ai des internes en formation » I24P1</p> <p>« Ma jeune associée qui s'est installée, c'est une ancienne interne » I213-214P1</p> <p>« c'est quelque chose que je montre toujours aux internes »</p> <p>« Moi ça fait un petit moment que j'y pense à faire un espèce de tutorat » I340P1</p> <p>« d'aider les jeunes médecins » I347P1</p> <p>« Construire leur projet professionnel et ne pas être lâché comme ça dans la nature » I349-350P1</p> <p>« D'autres médecins installés qui puissent les aider à consolider leurs connaissances » I351P1</p> <p>« Quelques formations » I355P1</p> <p>« Toujours accompagné » I363P1</p> <p>« Elle nous pose souvent pas mal de questions » I364P1</p> <p>« Maitres de stage » I389P1, I211P1</p>

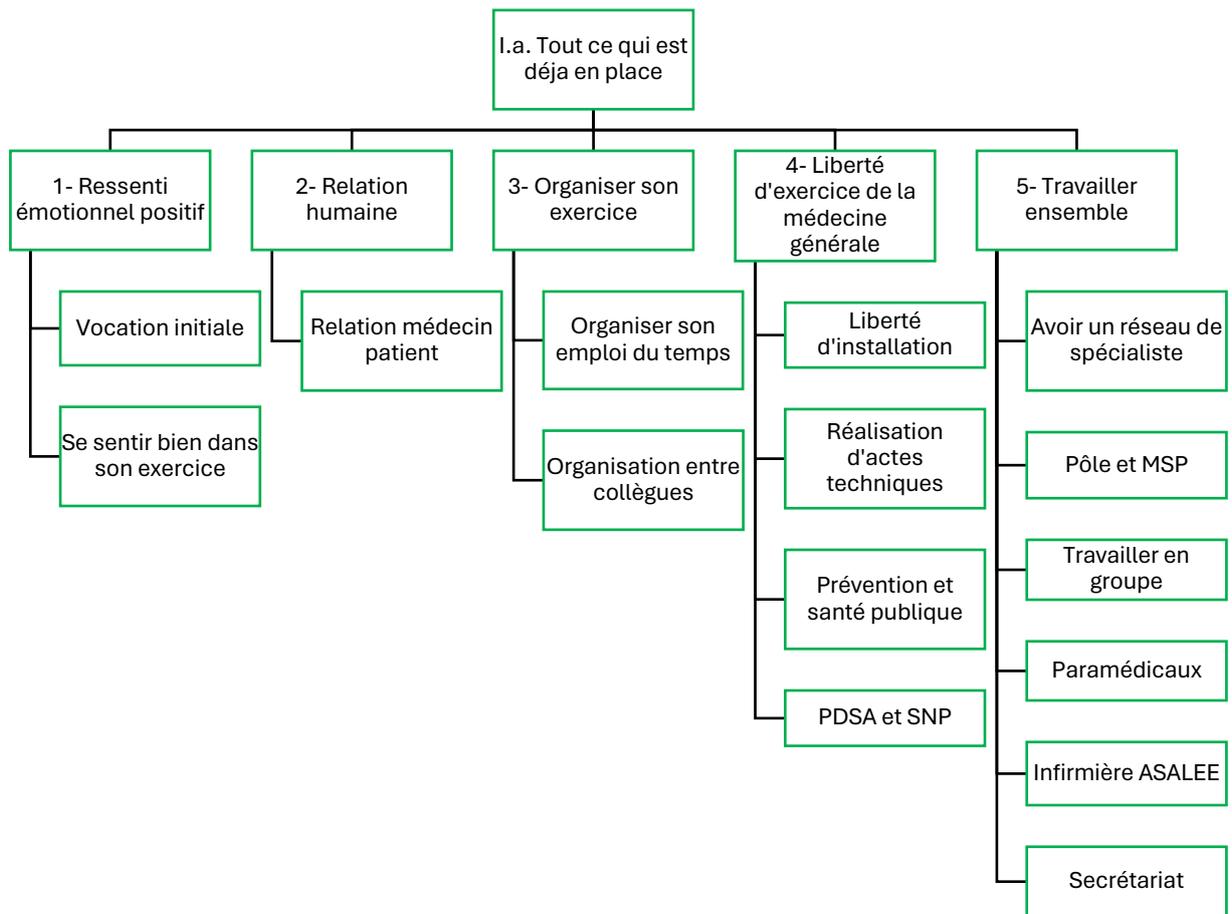
			<p>« j'ai la chance du coup d'avoir mon père. Donc c'est vrai que... voilà, moi je suis arrivée, il m'a fait une liste » I543-544P3</p> <p>« je me rends compte qu'on n'est pas du tout encadré » I546P3</p> <p>« ça c'est pas mal et ça favorise peut-être les installations aussi » I553P3</p>
	Être en groupe	L'importance d'être à plusieurs	<p>« ne pas être isolée, c'est quand même intéressant » I40P3</p> <p>« on s'est rencontrée pendant nos remplas » I42P3</p> <p>« c'est l'intérêt de travailler aussi ensemble en maison de santé » I368P1</p> <p>« ça c'est vraiment le gros point positif, c'est ça, c'est d'avoir des professionnels autour » I64P2</p> <p>« on se sent jamais seul, c'est à dire que même si on va seul chez les gens, beh moi je trouve qu'on se sent pas seul parce qu'on sait qu'ils sont là » I344-346P2</p> <p>« C'est beaucoup plus simple de s'installer avec quelqu'un qu'on connaît, qui est cool, qui nous a expliqué comment faire, et puis bon, beh c'est bon s'il y a un problème, moi je suis à côté, je suis ton associé on se débrouille » I581-583P3</p>
Attractivité du territoire	Créer du lien	Actions mises en place pour trouver des collaborateurs	« On essaie de faire pas mal de choses quoi pour essayer de stimuler la venue des

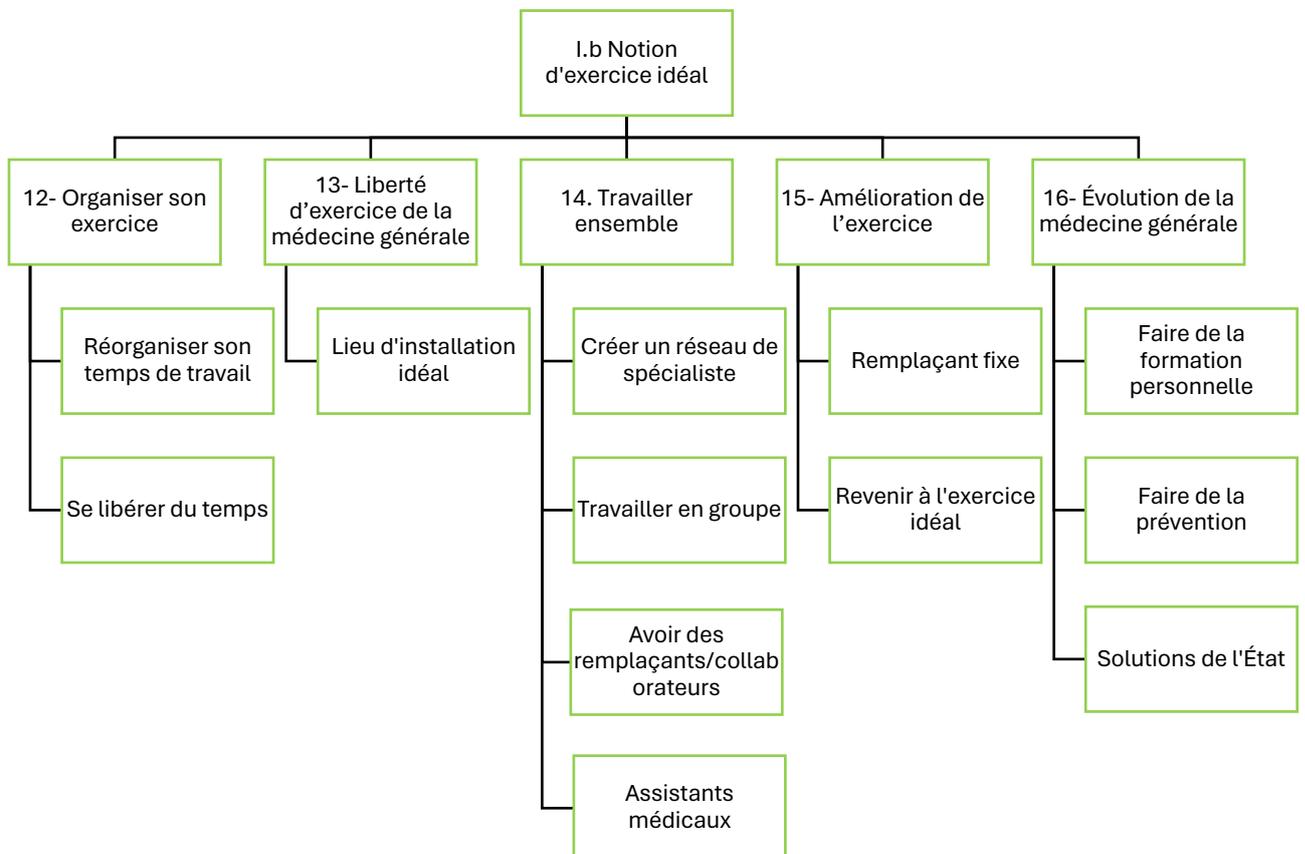
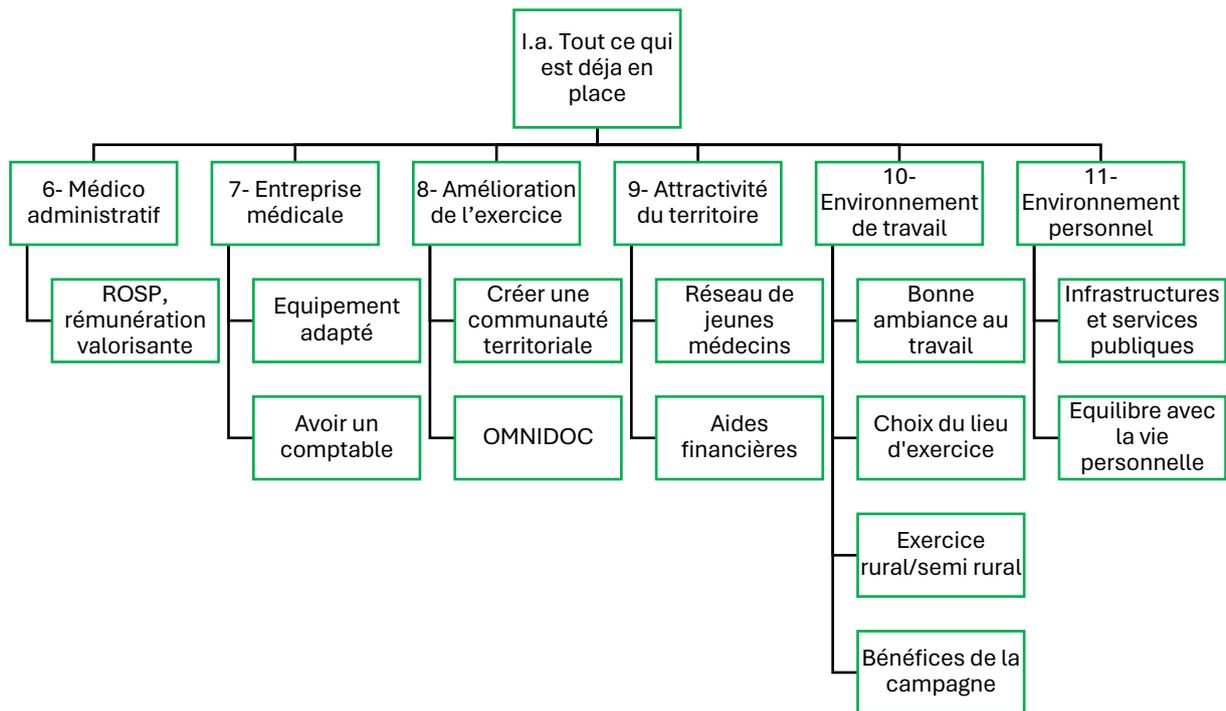
		<p>jeunes dans notre campagne » l25-26P1</p> <p>« on a fait une descente en canoé kayak avec tous les médecins généralistes du secteur et les internes » l28-29P1</p> <p>« on avait invité un petit peu tous les internes du coin » l29-30P1</p> <p>« on aurait aimé avoir une maison pour une grande colocation, pour faire venir beh les internes » l34P1</p> <p>« favoriser l'installation » l216P1</p> <p>« un réseau collaboratif de médecins » l336-337P1</p>
Travailler avec les collectivités locales	Infrastructures et services publics	<p>« on a sollicité la communauté de commune » l33P1</p> <p>« il y a quand même pas mal de choses qui sont mises à disposition » l69-70P1</p> <p>« dans notre commune, il y a une école, il y a des commerces, il y a des assistantes maternelles agréées, il y a plein de choses de loisirs, que ce soit ludique, sportif » l67-68P1</p>
Accueillir des étudiants	Impact des études/stages sur l'installation	<p>« j'ai fait mon internat, enfin un de mes stage d'interne » l312P2</p> <p>« j'ai fait pas mal de mon internat » l19P3</p> <p>« il m'avait demandé déjà de venir » l313P2</p> <p>« j'ai même pas regardé autour » l318P2</p> <p>« je ne serais pas passée en stage à A., je ne me serais pas installée » l323-324P2</p>

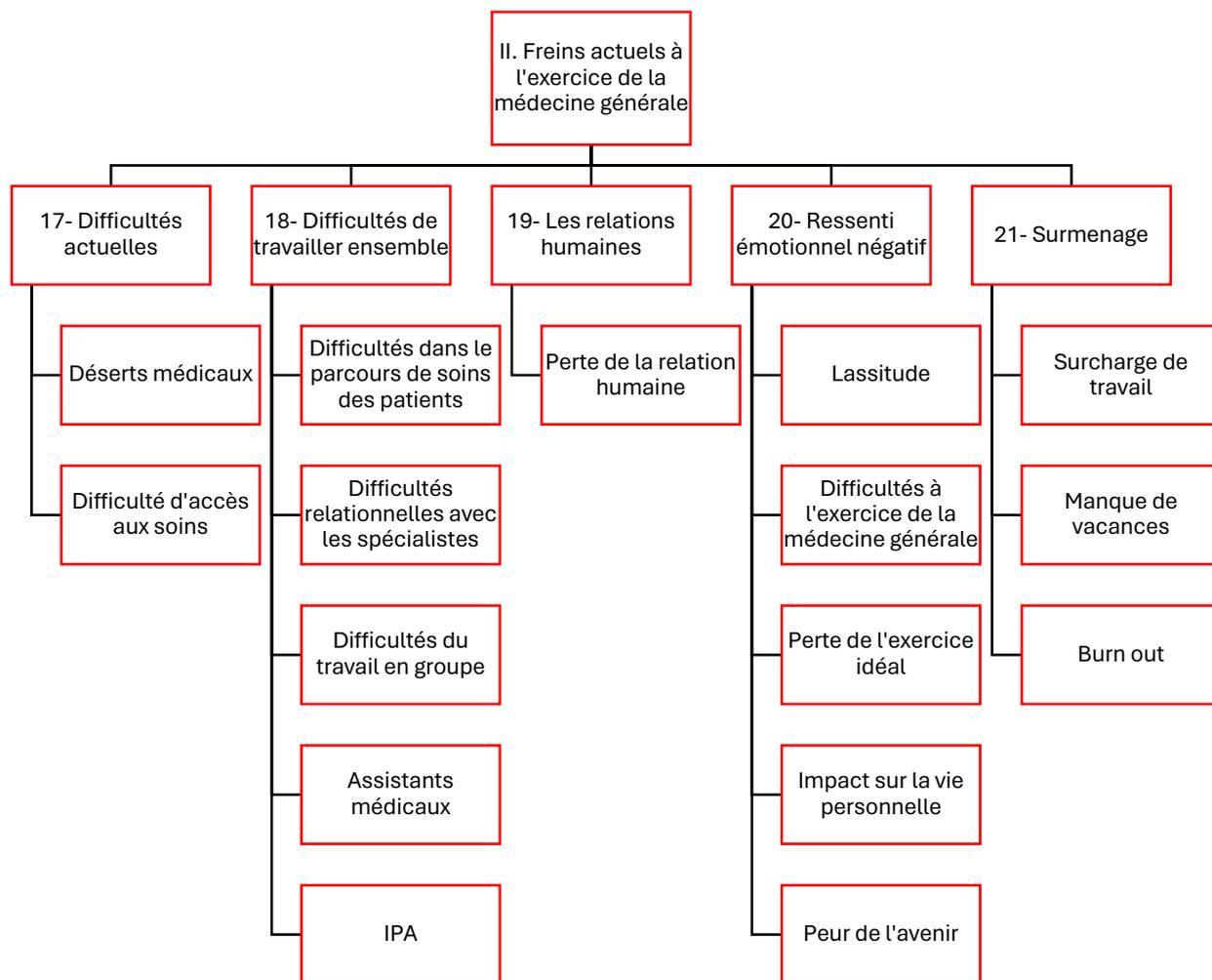
			<p>« les internes en SASPAS » I425-426P2</p> <p>« pas forcément connu pendant l'internat » I435P2</p> <p>« l'hôpital est sympa, ils connaissent tout le monde, c'est assez jeune, ils ont un accès facile à toutes les spés, ils font quelques rempla, puis ils se rendent compte qu'en fait bah c'est assez facile mine de rien » I261-263P3</p> <p>« on a eu certains qui ont fait, leur SAPSAS, qui se sont installés après, dans le cabinet » I564P3</p> <p>« on a eu ceux qui sont venus en remplat et qui sont restés après s'installer, des collab pour s'installer derrière » I565P3</p>
	Réseau de jeunes médecins	Attractivité lorsqu'il y a des jeunes médecins installées	<p>« on a beaucoup de jeunes en fait nous. Des 30-40 en fait » I576P3</p> <p>« Ma collègue elle est jeune » I40-41P3</p> <p>« ils connaissent tout le monde, c'est assez jeune, ils ont un accès facile à toutes les spés, » I262P3</p>
	Aides financières	Aides financières sur l'installation	<p>« la vie n'est pas chère » I264P3</p> <p>« les 3/4 du secteur sont en ZRR » I264P3</p> <p>« quasiment toute la Charente est en ZRR » I268P3</p> <p>« ne paye pas d'impôts pendant 5 ans » I266P3</p> <p>« il n'y a pas d'impôts pendant 5 ans » I270P3</p>

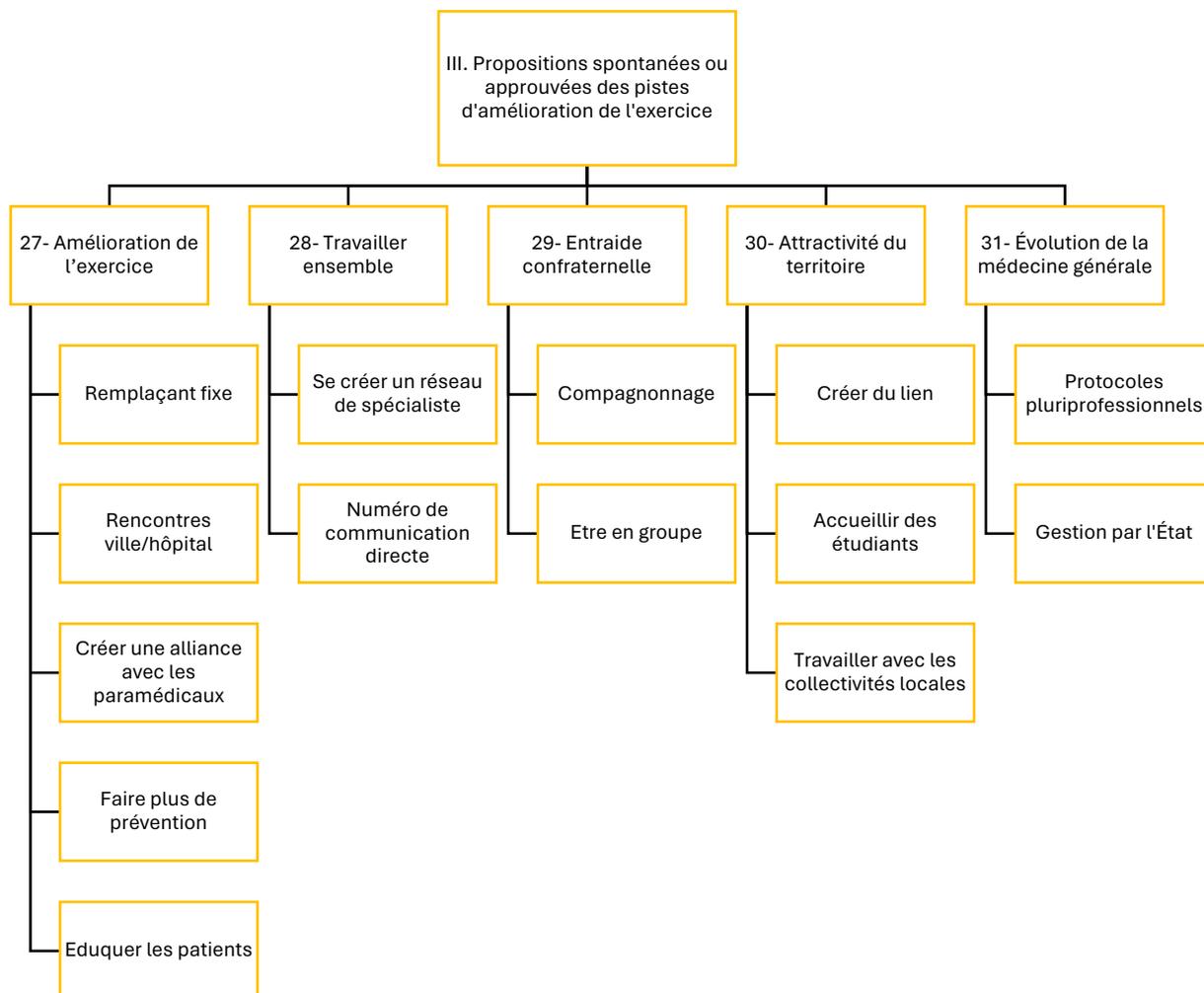
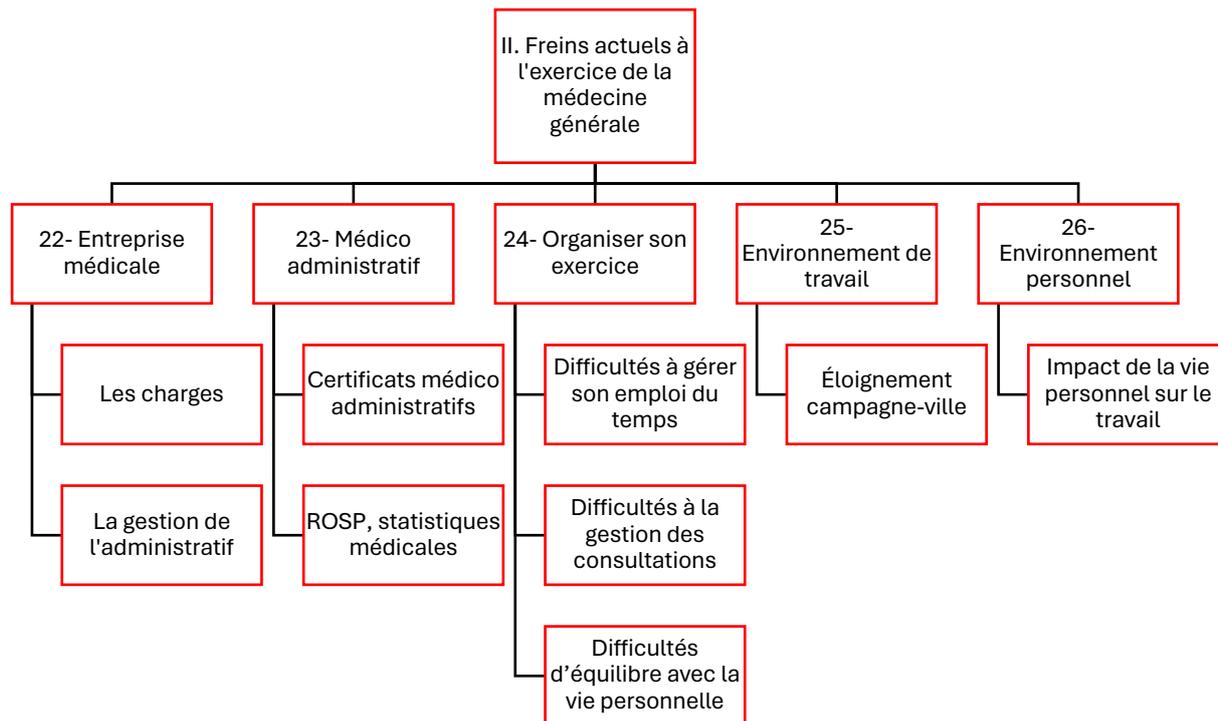
**ANNEXE 7 : ARBRES À CODES (CONCERNANT LES MÉDECINS INSTALLÉS EN LIBÉRAL ET SALARIÉS)**



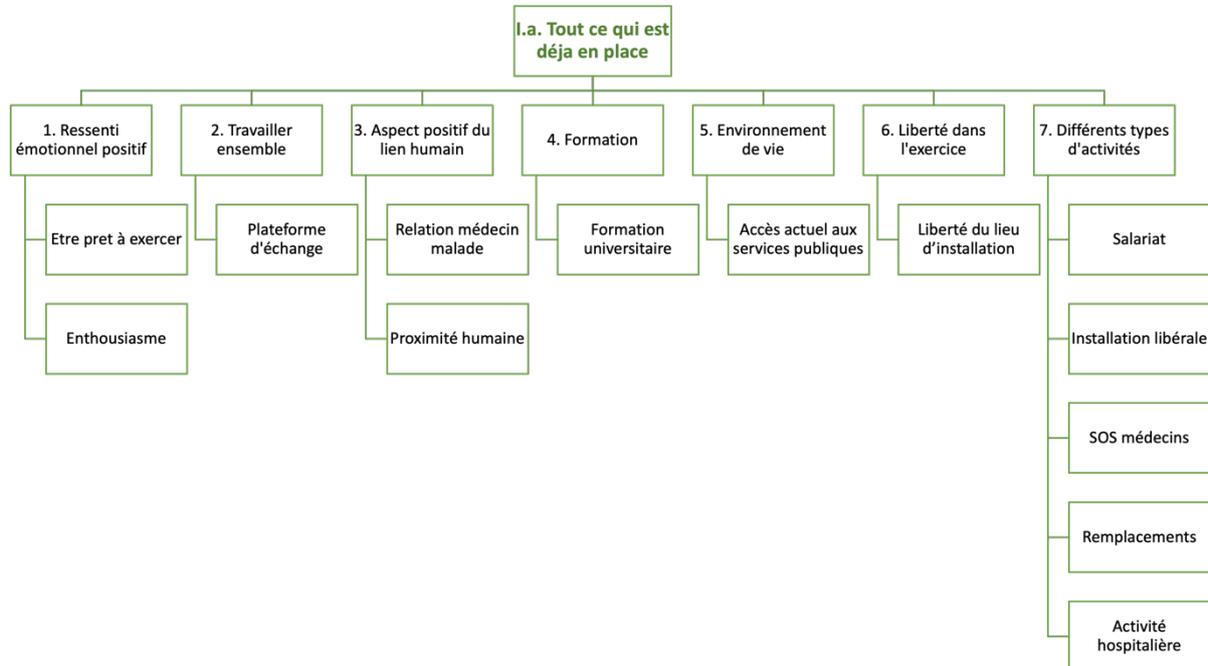
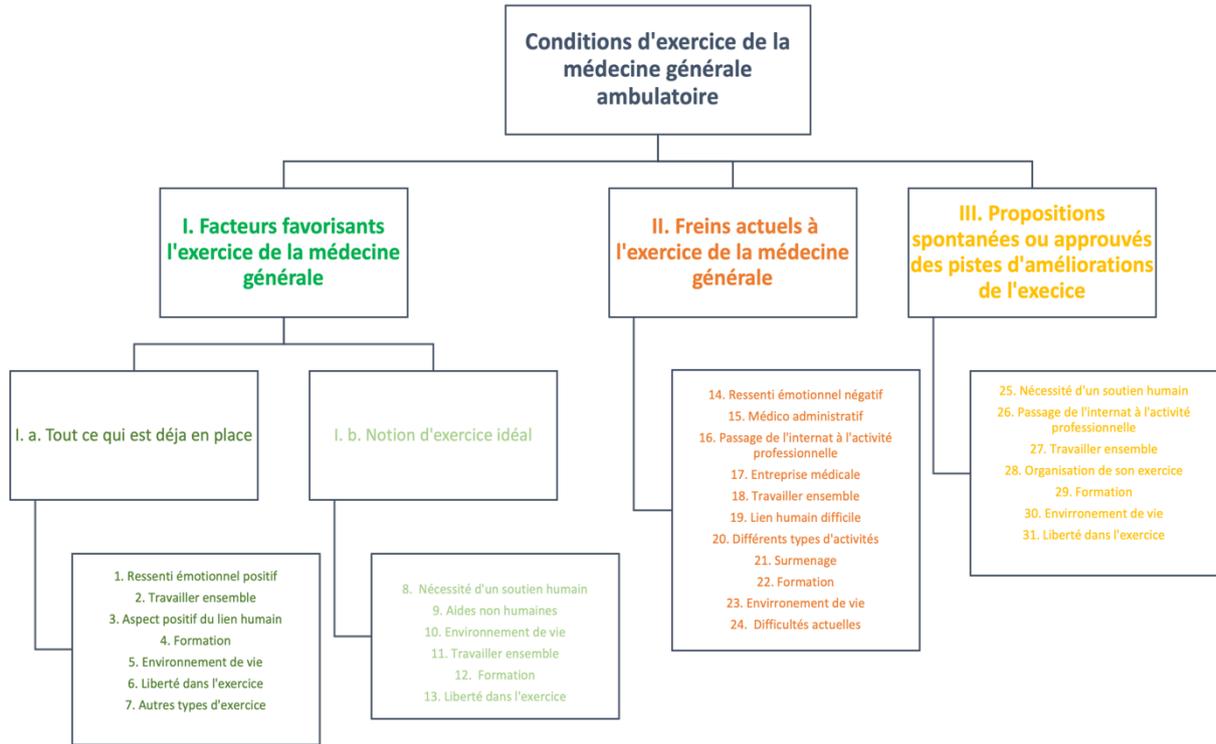


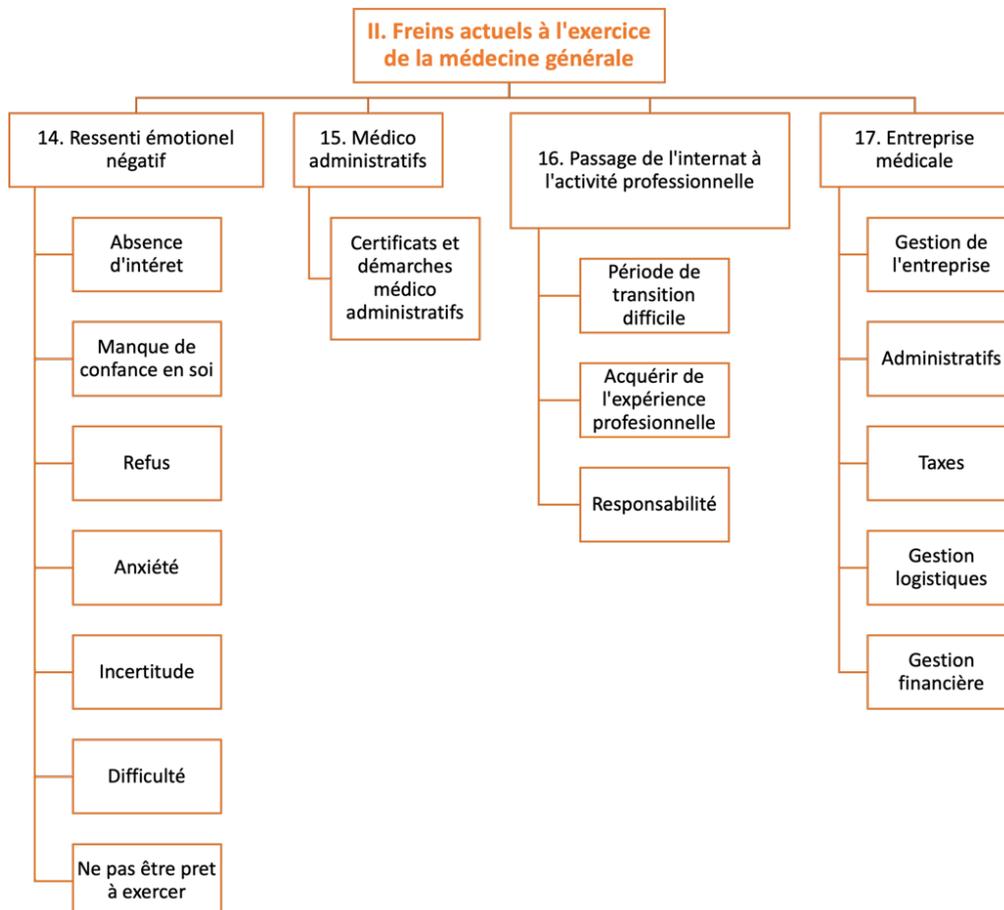
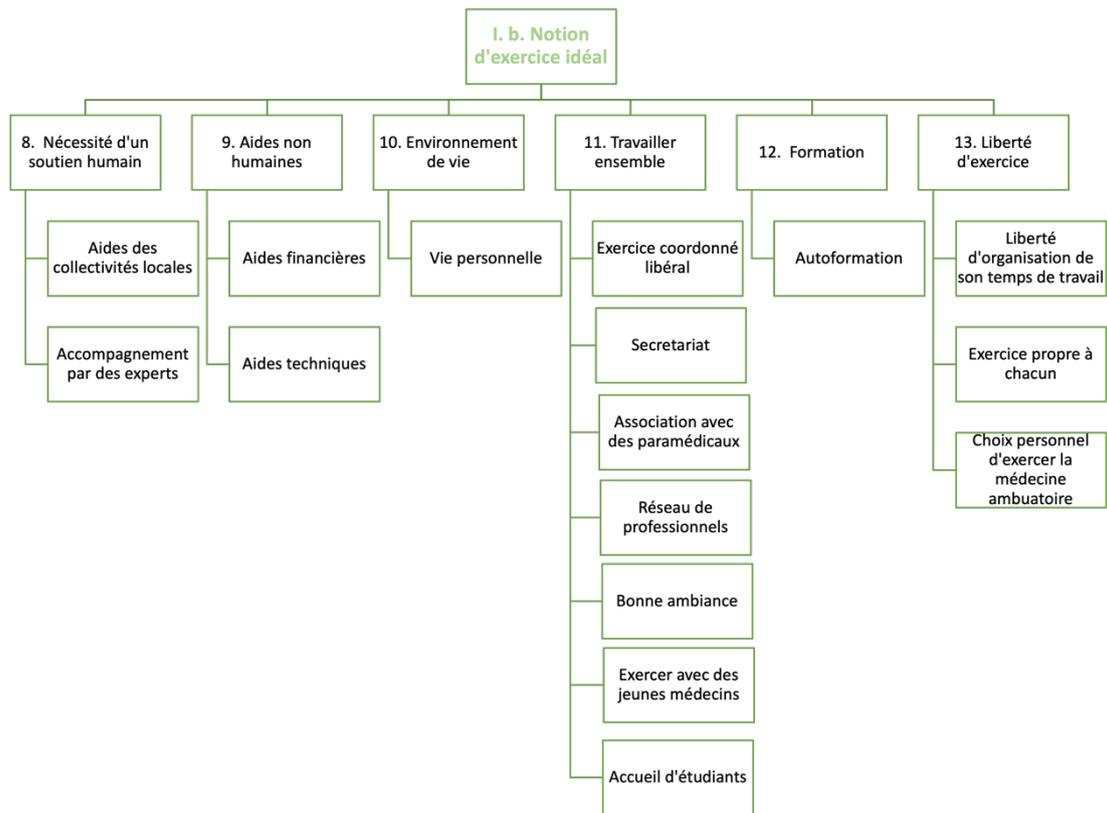


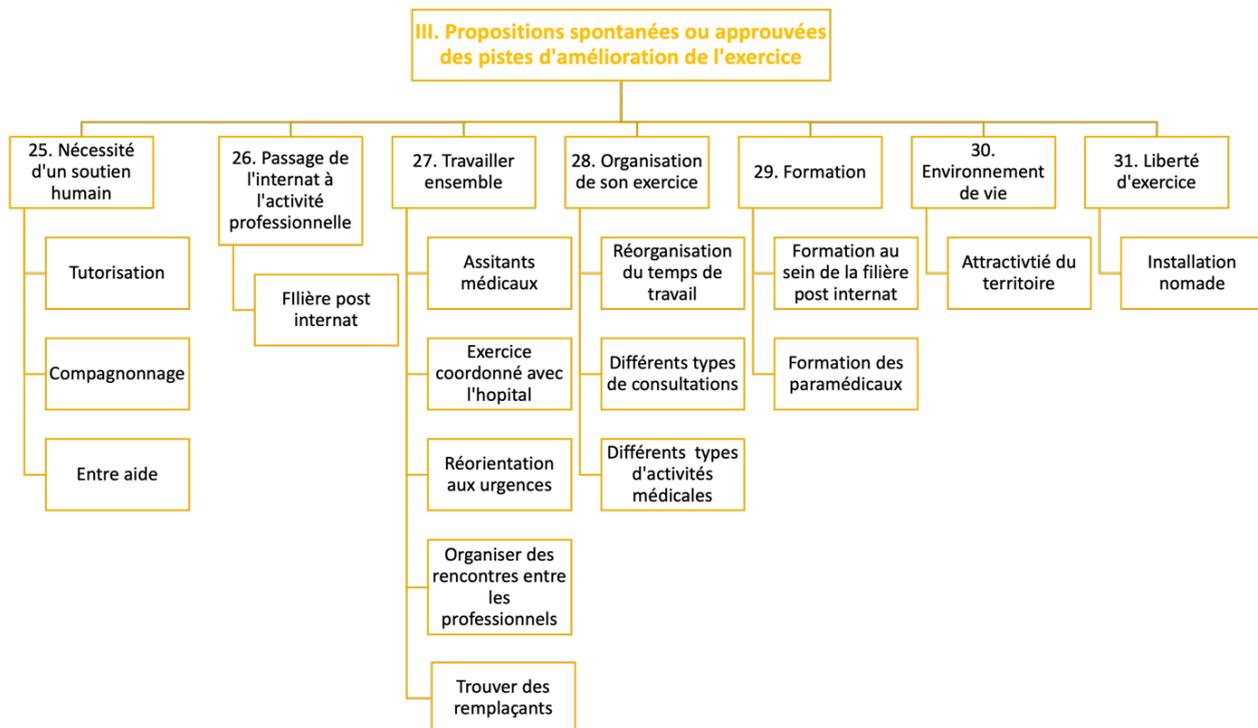
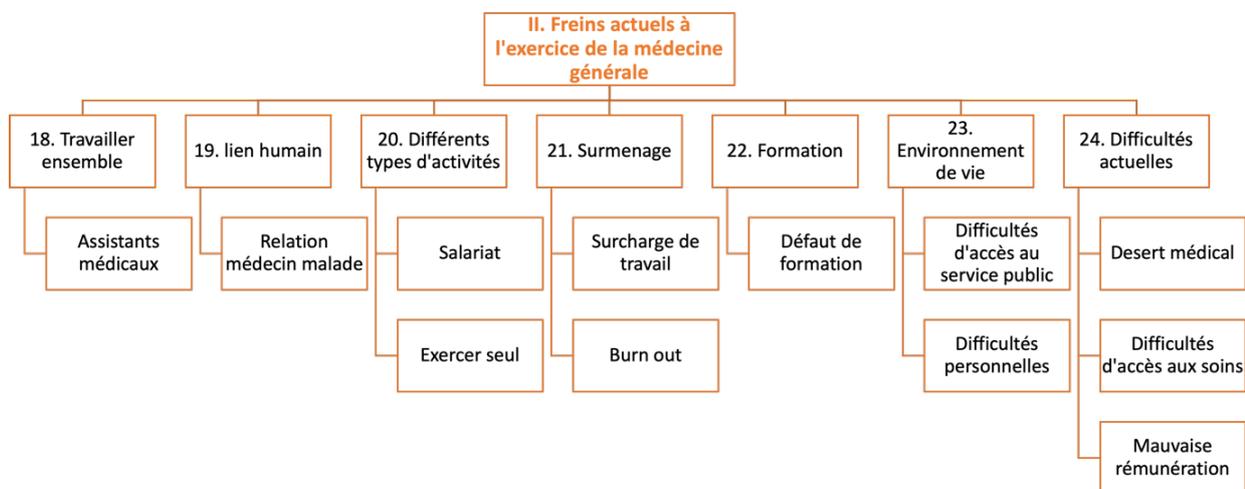




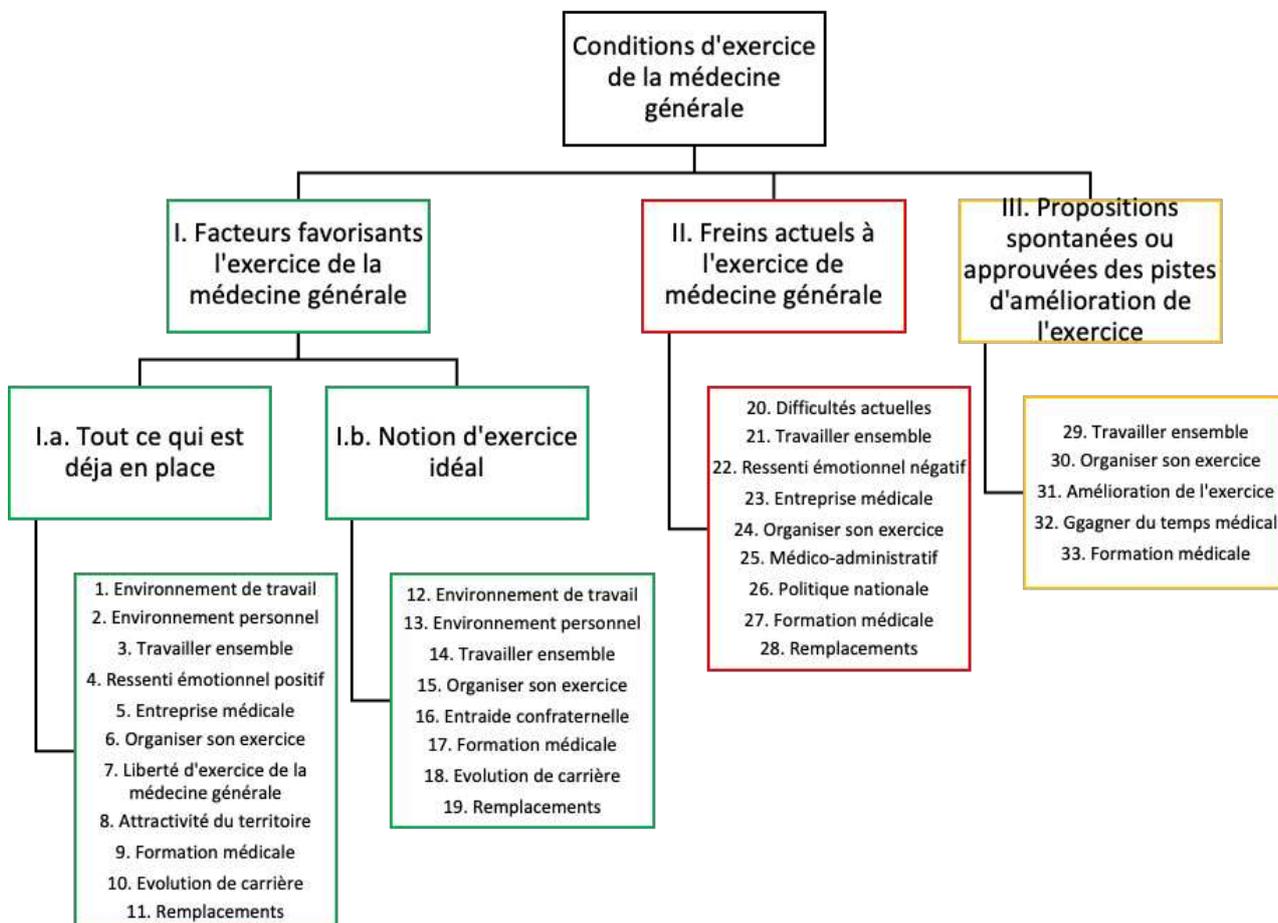
## ANNEXE 8 : ARBRES À CODES (CONCERNANT LES INTERNES)

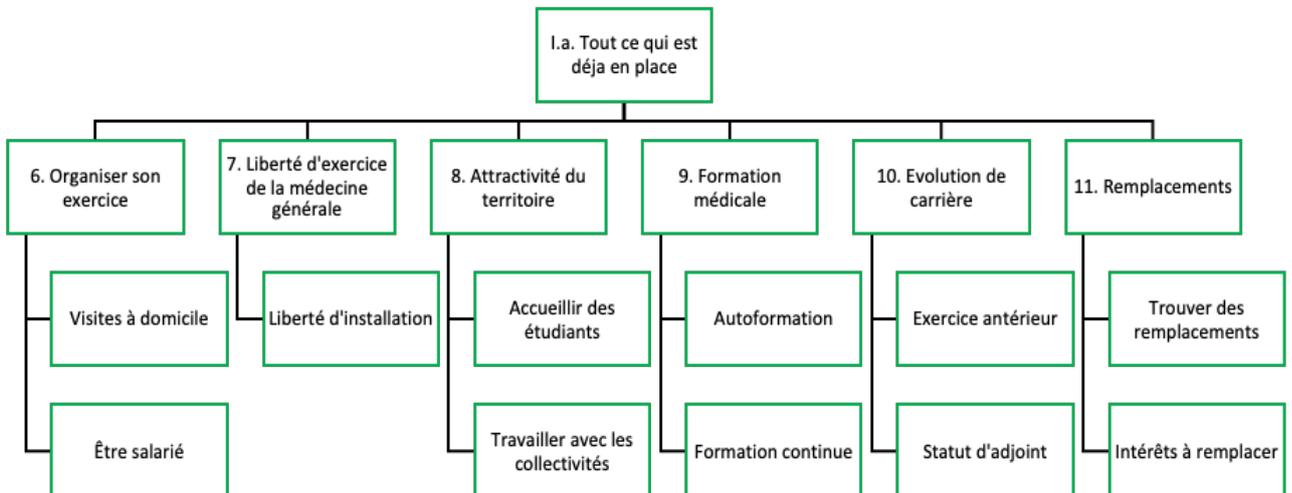
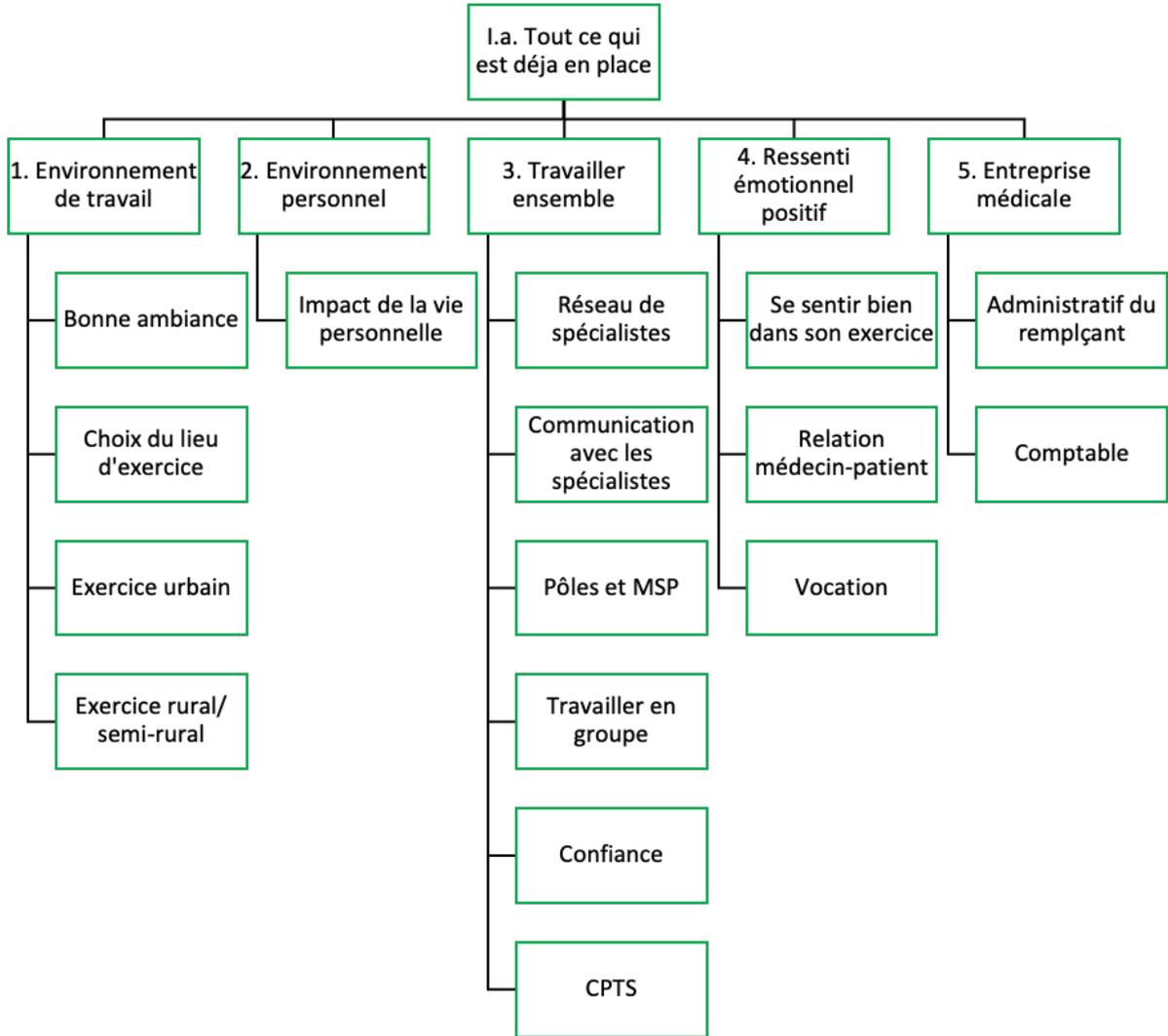


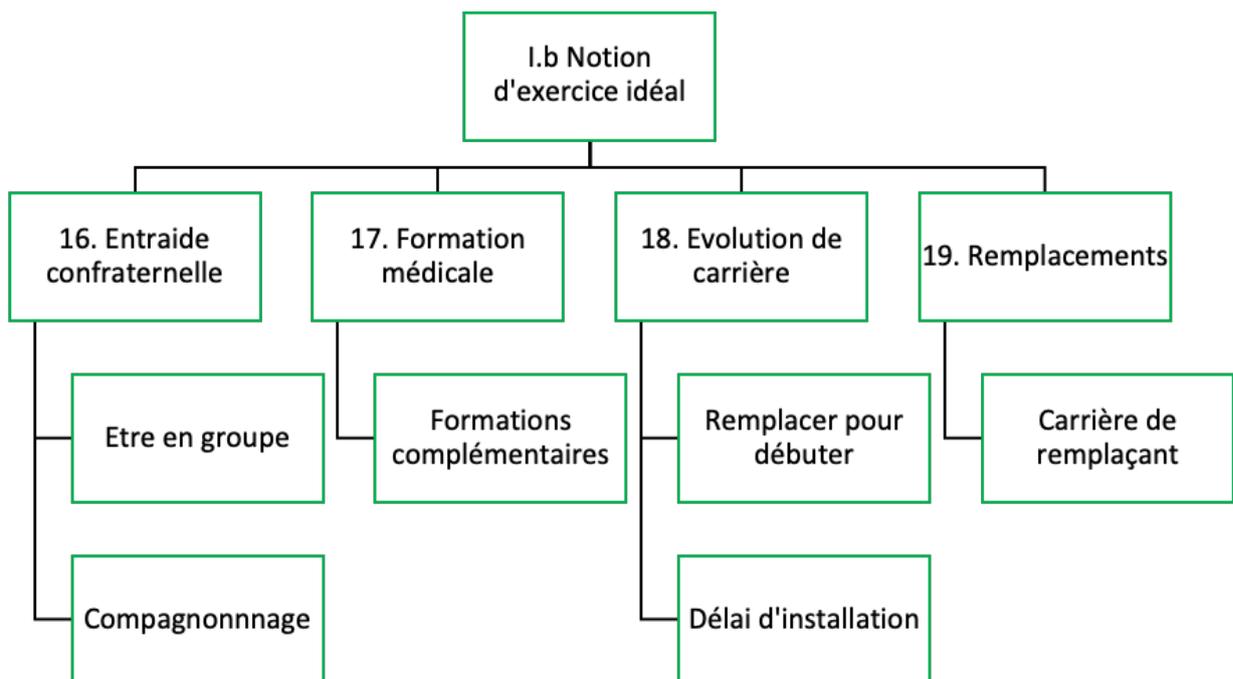
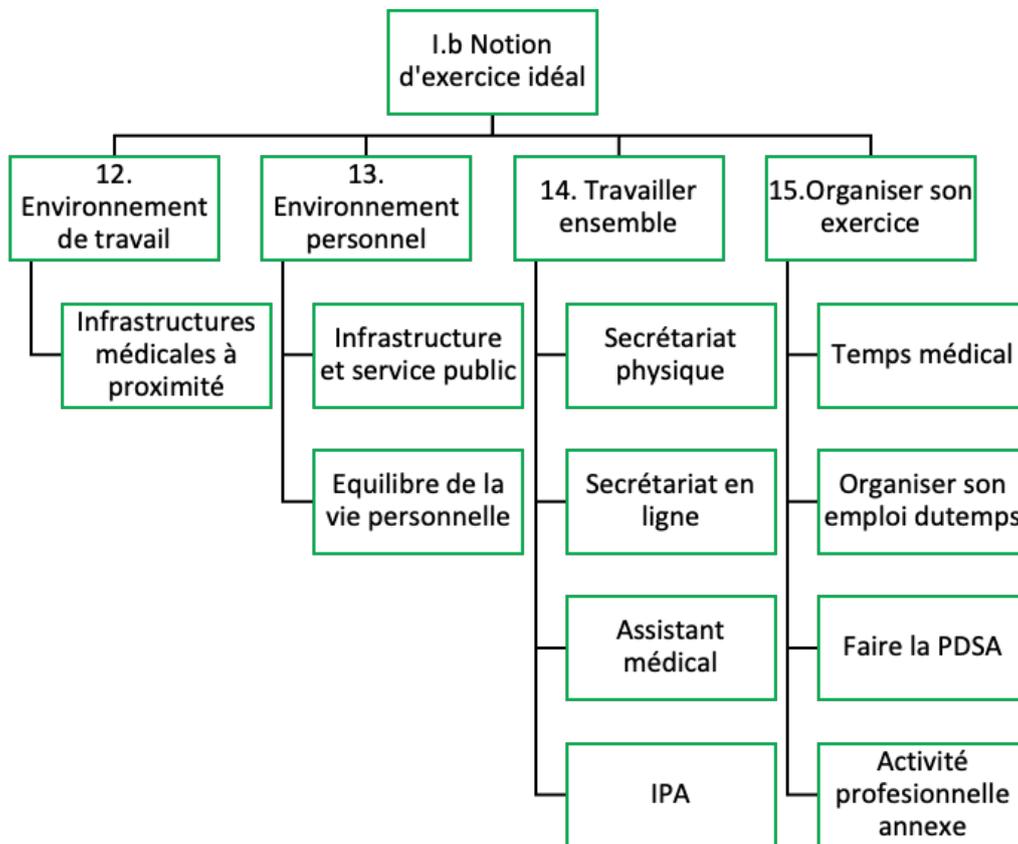


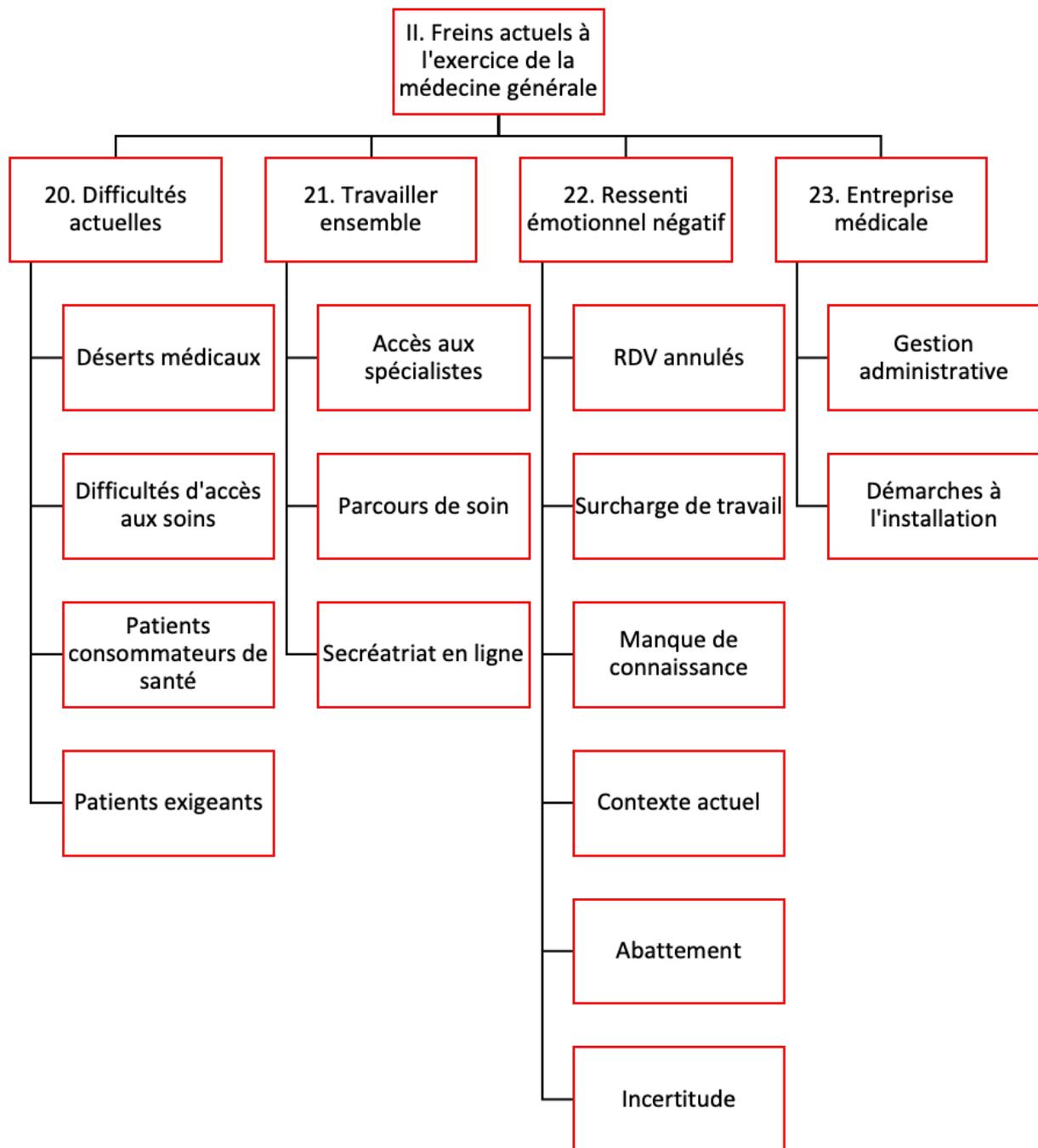


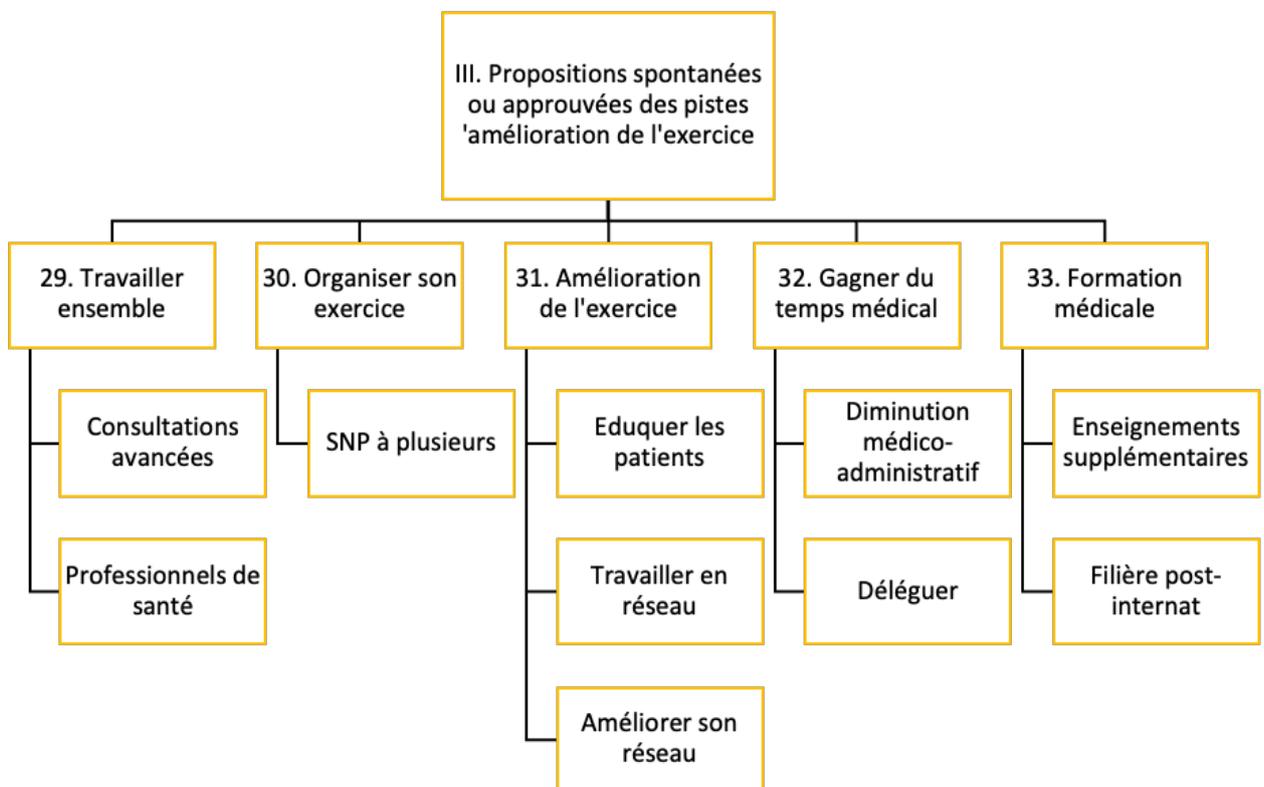
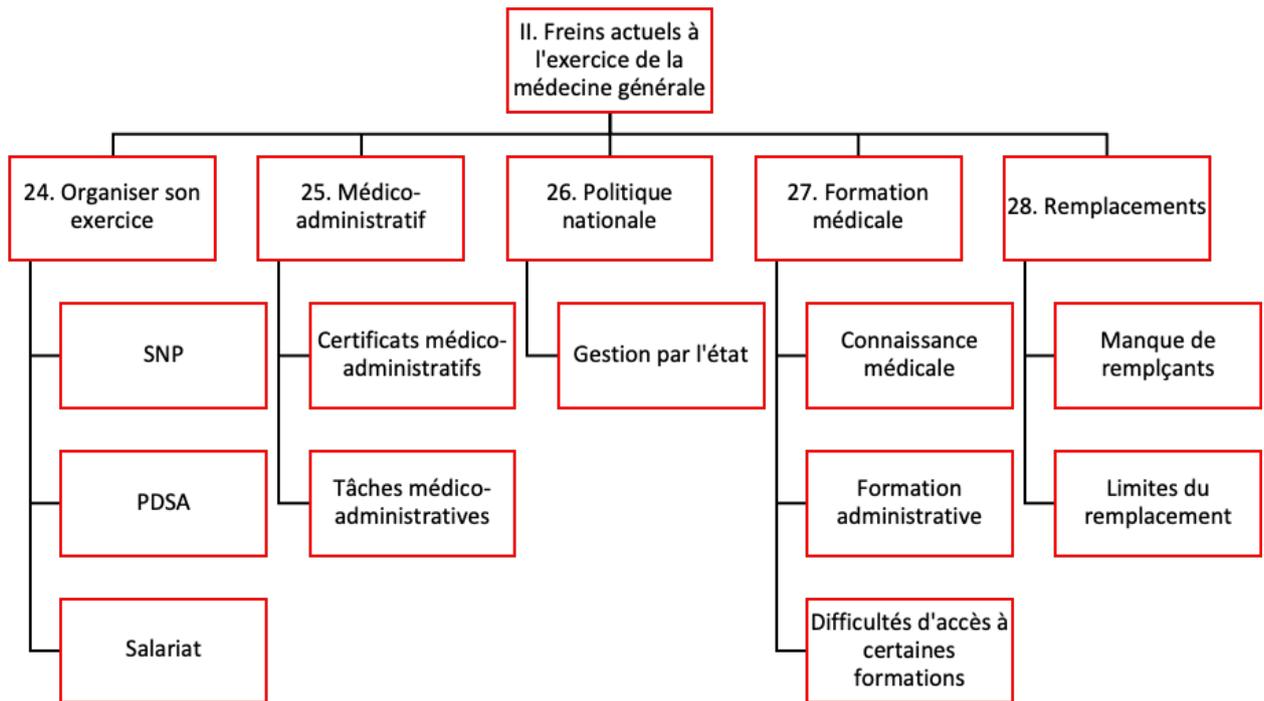
## ANNEXE 9 : ARBRES A CODES (CONCERNANT LES MÉDECINS REMPLAÇANTS ET COLLABORATEURS)











## VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Service étude et recherche statistique Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale : situation au 1er janvier 2023.
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Dr François ARNAULT président. Atlas de la démographie médicale en France. 1<sup>er</sup> janvier 2022.
3. Delahaye-Guillocheau V, Jeannet A. Création de la filière universitaire de médecine générale. Février 2007.
4. Journal officiel de la République Française. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Août 2023.
5. Faculté de médecine et de Pharmacie de Poitiers. Référentiel des niveaux de compétence en médecine générale.
6. Site de l'assurance maladie. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées. 25 janvier 2023.
7. Santé.gouv.fr. Le principe du CESP. 27 décembre 2022.
8. Gwenaël Delamarre (INSEE). Les départements de Nouvelle-Aquitaine à grands traits. La Charente, terre d'industrie et de viticulture. 02 décembre 2021.
9. Communiqué de presse ARS. Accès aux soins 2022 : publication de la nouvelle cartographie « zonage médecine libérale » par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Avril 2022.
10. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021.
11. ISNAR IMG. Propositions des futurs généralistes pour un meilleur accès aux soins, dossier de l'ISNAR IMG. Mars 2019.
12. Kansoun Ziad. Le burnout des médecins en France : Méta-analyse (2000-2017). 2017.
13. Sling Romain. Importance relative des conditions d'exercice professionnel dans

la décision d'accepter la succession d'un médecin généraliste. Étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes remplaçants en Poitou Charentes. Université de Poitiers. Septembre 2014

14. Servain L. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Suivi à 2 ans de la cohorte Haut-normande ECN 2014. Université de Rouen ; 2020.

15. Charles Pauly - Étude des facteurs décisionnels déterminants ayant conduit à des installations en Médecine Générale Ambulatoire en Charente depuis 2015 : enquête et perspectives - Université de Poitiers. Mai 2019.

16. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale : Santé Publique. 18 mars 2015.

17. Turek Moreau Camille. Difficultés de recrutement d'un associé en médecine générale par les médecins. Université de Poitiers. Mars 2015.

18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude sur l'installation des jeunes médecins - CNOM. 2019.

19. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Université de Grenoble. 2011.

20. Alexandre Desnouhes - État des lieux des actions favorisant l'installation des jeunes médecins généralistes en France métropolitaine. Université de Poitiers. Mai 2018.

21. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale : Santé Publique. 18 mars 2015.

22. URPS. Synthèse de l'étude "Être médecin libéral demain "URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine - Mai 2022

23. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Pédagogie Médicale. nov 2011

24. Laurent Letrilliart, Isabelle Bourgeois, Anne Vega, Jacques Cittée, Matthieu Lutsman. Revue Exercer. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». 2009.

25. URPS. Résumé de l'étude « être médecin libéral de demain », URPS Médecins Libéraux Nouvelle Aquitaine. 2022.

## IX. RÉSUMÉ

**Introduction :** Les difficultés que rencontrent les médecins généralistes et la population aujourd'hui sont dues à une densité médicale trop faible pour répondre à la demande de soins. Selon l'ARS, la Charente est entièrement classée en zone désertifiée. Les principaux déterminants à l'installation des jeunes médecins sont la présence d'un accompagnement universitaire, avoir fait un stage sur son futur lieu d'installation, le « sentiment d'être prêt à s'installer », le travail en groupe, ainsi que la qualité de vie personnel.

Comment les médecins généralistes salariés ou installés en libéral charentais verraient l'évolution de leurs conditions d'exercice pour favoriser au mieux leur participation à l'offre de soins en médecine générale ambulatoire ?

L'objectif principal était de recueillir auprès des médecins généralistes leurs propositions spontanées d'amélioration des conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire.

Avec mes co-thésardes, nous avons effectué un travail collaboratif s'intéressant également à l'avis des internes de dernière année de la faculté de Poitiers ainsi qu'à celui des médecins charentais remplaçants et collaborateurs.

**Méthodes :** Étude qualitative réalisée par des entretiens semi-dirigés (précédés de questionnaires préliminaires) auprès des médecins généralistes installés en libéral et salariés charentais.

**Résultats :** L'arbre à codes obtenu est organisé en 3 axes : les facteurs favorisants, les freins de l'exercice ambulatoire et les propositions d'amélioration (repenser l'organisation de l'exercice au quotidien, favoriser le travail coopératif, éduquer les patients, développer le compagnonnage en faveur des jeunes médecins).

**Discussion :** Le rapprochement des résultats des 3 études permet de constater des similitudes, une progression et une complémentarité des idées liées à l'ancienneté des expériences professionnelles respectives. Ce travail met en avant la nécessité :

- de réorganiser la répartition des tâches en médecine générale ambulatoire au sein d'une équipe, permettant une meilleure qualité de vie professionnelle et personnelle.

- d'améliorer les relations humaines, avec une nécessité de soutien et d'entraide entre différentes générations de médecins.

Ce projet innovant et attractif permettrait d'optimiser l'offre de soins et le maillage territorial, ce qui est primordial pour les zones désertifiées, comme la Charente.

**Conclusion :** Une « filière post internat » organisée autour d'un réseau collaboratif d'entraide et de soutien entre médecins pourrait être une piste de solution pour faire face aux difficultés d'accès aux soins. La mise en place de la 4ème année d'internat en médecine générale (phase de consolidation) pourrait contribuer à la mise en œuvre de ces changements.

## X. SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

