

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023-2024

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 27 juin 2024 à Poitiers
Par Mme Coralie OUDIN

Médecins remplaçants, collaborateurs et adjoints en médecine générale exerçant en Charente :
quelles modifications des 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

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023-2024

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 27 juin 2024 à Poitiers
Par Mme Coralie OUDIN

Médecins remplaçants, collaborateurs et adjoints en médecine générale exerçant en Charente :
quelles modifications des 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

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
- BURUCOA 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 2nd 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 2nd 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
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} 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^{er} 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^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} 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 Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- 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
- JVAUGUE 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 Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd 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
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maitre 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

Maitres de Conférences associés de médecine générale

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

Professeurs 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 Maitres 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, hépto-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

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
- BRILLAULT 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 Lydwine, 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 SCHEEMAER Henri, botanique et cryptogamie
- FORTILLAN 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
- JOUANETAUD 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

J'adresse tous mes remerciements à madame le Professeur Marie-Christine PERAULT POCHAT, de l'honneur qu'elle m'a fait en acceptant d'être présidente de cette thèse.

Je tiens aussi à remercier madame le Professeur Stéphanie MIGNOT, d'avoir répondu à notre sollicitation en tant que membre du Département de Médecine Générale et médecin généraliste.

Monsieur le Professeur Pascal AUDIER, merci d'avoir répondu présent en tant que médecin exerçant en Charente mais aussi comme membre du Département de médecine générale.

Monsieur Antoine TROUVE, médecin généraliste charentais, merci d'avoir bien voulu compléter ce jury de soutenance de thèse.

Célia et Véronique je vous remercie d'avoir codirigé nos thèses, de nous avoir encadrées, soutenues, encouragées tout au long des ces deux années de travail, d'avoir toujours été disponibles.

Je remercie mes co-thésardes Pauline et Célia pour leur soutien sans faille tout au long de ce beau projet. Pauline pour commencer, d'avoir toujours été derrière nous pour nous remotiver quand on commençait à baisser les bras devant la quantité de travail qui nous semblait insurmontable. Et encore toutes mes félicitations pour en plus de tout ça avoir pu accueillir ta petite Victoire. Célia, on s'est toujours plus ou moins suivi au cours de notre internat, c'était particulièrement agréable d'avoir un visage familier dans les moments pas toujours faciles de l'internat.

Merci Gwenegan d'avoir accepté de répondre à notre questionnaire test, tes retours nous ont grandement aidés.

Je remercie l'ensemble du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Charente et plus particulièrement Corinne pour l'ensemble de leur aide logistique et des différentes remarques. Je remercie également monsieur BUISSON Michel, maire de Brie, et monsieur SOURY Franck pour leurs discussions et retours sur notre travail.

Je remercie également tous les médecins remplaçants et collaborateurs qui ont répondu aux questionnaires, sans oublier ceux ayant accepté de participer aux entretiens.

Je tiens à remercier l'ensemble de mes maîtres de stage, vous m'avez fait grandir, prendre confiance en moi et mes capacités.

Merci beaucoup à la team relecture de vous être laissés embrigader dans ce traquenard: Léa, Laura, Pierrine, Jordan, Delphine, Justine.

Merci à mes parents pour m'avoir toujours encouragée pendant toutes ces années, c'est en grande partie grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui.

Merci Estelle et Florent d'avoir toujours été derrière moi chacun à votre façon.

Merci Erwann et Alain de m'avoir changé les idées quand j'étais au plus bas avec 'Toff.

À mon chéri, merci d'être là, de m'avoir réconfortée même en étant à des milliers de kilomètres, d'être toi tout simplement.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé
ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe
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'Études Spécialisés
DOM TOM : Département d'Outre-Mer, Territoire d'Outre-Mer
DPC : Développement Professionnel Continu
DU : Diplôme Universitaire
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
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
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

I. INTRODUCTION	10
I.1 L'OFFRE DE SOINS EN FRANCE.....	10
I.1.a. <i>La médecine générale en France</i>	10
I.1.b. <i>Diplôme d'étude spécialisée en médecine générale</i>	11
I.1.c. <i>Aides actuelles mises en place pour l'exercice de la médecine générale</i>	12
I.2. LES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES EN CHARENTE.....	13
I.3. L'OFFRE DE SOINS EN CHARENTE.....	14
I.3.a. <i>La médecine générale en Charente</i>	14
I.4. LA PROBLEMATIQUE.....	15
I.5. QUESTION DE RECHERCHE.....	18
I.6. OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	18
II. METHODES	19
II.1. LE CONCEPT DE LA THESE COLLABORATIVE.....	19
II.2. CHOIX DES METHODES.....	19
II.2.a. <i>Recherche bibliographique</i>	19
II.2.b. <i>Questionnaire préliminaire</i>	20
II.2.c. <i>Entretiens semi dirigés</i>	20
II.3. PHASE PREALABLE A L'ETUDE : QUESTIONNAIRE PRELIMINAIRE.....	20
II.3.a. <i>Objectifs du questionnaire</i>	20
II.3.b. <i>Élaboration et composition du questionnaire</i>	21
II.3.c. <i>Échantillonnage</i>	21
II.3.d. <i>Méthode de diffusion du questionnaire</i>	21
II.3.e. <i>Triangulation</i>	22
II.4. ENTRETIENS SEMI DIRIGES (ETUDE QUALITATIVE).....	22
II.4.a. <i>Objectifs des entretiens</i>	22
II.4.b. <i>Le canevas d'entretien (annexe 4)</i>	22
II.4.c. <i>Échantillonnage</i>	22
II.4.d. <i>Constitution et organisation des entretiens</i>	22
II.4.e. <i>Analyse des données</i>	23
○ <i>Retranscription des verbatim</i>	23
○ <i>Le codage sémantique</i>	23
○ <i>Élaboration de l'arbre à code</i>	24
II.4.f. <i>Triangulation</i>	24
III. RÉSULTATS	24
III.A. MA POPULATION : LES MEDECINS GENERALISTES REMPLAÇANTS ET COLLABORATEURS.....	24
III.A.1. <i>Questionnaires préliminaires</i>	24
a. <i>Description de la population (Q1-Q14)</i>	24
b. <i>Exercice idéal (Q15)</i>	32
c. <i>Questions ouvertes (Q16-18)</i>	39
III.A.2. <i>Entretiens semi dirigés</i>	41
a. <i>Description de la population (Q1-Q13)</i>	41
b. <i>Recueil de données</i>	42
c. <i>Arbre à codes</i>	42
c.1. <i>Facteurs favorisant l'exercice de la médecine générale</i>	44
c.1.i. <i>Tout ce qui est déjà en place</i>	44
c.1.ii. <i>Notion d'exercice idéal</i>	47
c.2. <i>Freins actuels à l'exercice de la médecine générale</i>	49
c.3. <i>Propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice</i>	52
III.B. EXTRAIT DES 2 AUTRES POPULATIONS : LES INTERNES ET LES MEDECINS INSTALLEES.....	53
III.B.1. <i>Questionnaires préliminaires</i>	53
III.B.2. <i>Entretiens semi dirigés</i>	57
IV. DISCUSSION	57

IV.1 RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS – REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE.....	57
IV.1.A. <i>Ma population</i>	57
IV.1.B. <i>Apport des résultats des autres populations</i>	59
IV.2 POINTS FORTS DE L'ETUDE	59
IV.2.A. <i>Qualité méthodologique des questionnaires préliminaires</i>	59
1. Triangulation.....	59
2. Échantillonnage	60
3. Intérêt de la méthode.....	60
IV.2.B. <i>Qualité méthodologique des entretiens semi dirigés</i>	60
1. Triangulation.....	60
2. Échantillonnage	60
3. Intérêt de la méthode.....	60
IV.2.C. <i>Taux de réponse</i>	61
IV.3. POINTS FAIBLES DE L'ETUDE	61
IV.4. LIEN AVEC DES DONNEES DE LA LITTERATURE (VALIDITE EXTERNE).....	61
IV.5. IMPACTS ET PERSPECTIVES	62
IV.6. NOUVELLE QUESTION DE RECHERCHE SOULEVEE.....	64
V. CONCLUSION.....	64
VI. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	66
VII. ANNEXES	68
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE	68
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DESCRIPTION DE LA POPULATION APRES LES ENTRETIENS	73
ANNEXE 3 : LES AXES À EXPLORER AU COURS DES ENTRETIENS.....	74
ANNEXE 4 : CANEVAS D'ENTRETIEN	75
ANNEXE 5 : VERBATIMS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS (CF CLE USB JOINTE).....	76
ANNEXE 6 : INDEX DES CODES (ETABLIS A PARTIR DES VERBATIM)	77
ANNEXE 7 : ARBRE À CODES (CONCERNANT LES INTERNES).....	98
ANNEXE 8 : ARBRE À CODES (CONCERNANT LES MÉDECINS REMPLAÇANTS ET COLLABORATEURS)	104
ANNEXE 9 : ARBRE A CODES (CONCERNANT LES MÉDECINS INSTALLÉS ET SALARIÉS)	109
VIII. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE	114
IX. RESUME	116
X. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	117

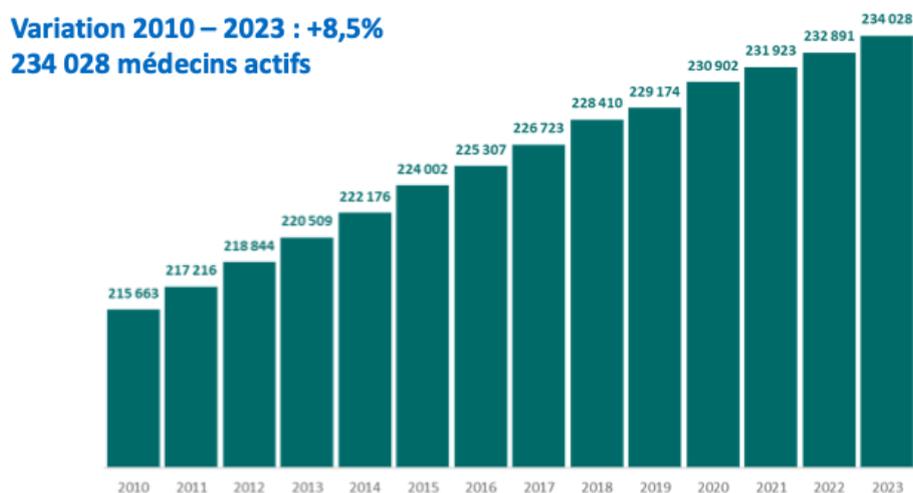
Nous précisons qu'il s'agit d'une thèse collaborative étudiant 3 populations différentes, par conséquent les parties INTRODUCTION et MÉTHODE sont communes (hormis les précisions telles que les questions de recherche en fonction des populations)

I. INTRODUCTION

I.1 L'offre de soins en France

En 2023, la France comptait 234 028 médecins en activité, dont 43,7% travaillant 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 étrangers a augmenté (12,5% en 2023, contre 4,4% en 2010). (1)

Evolution de l'effectifs des médecins en activité depuis 2010



F1. Évolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010 - Démographie médicale : situation 1^{er} janvier 2023 (CNOM)

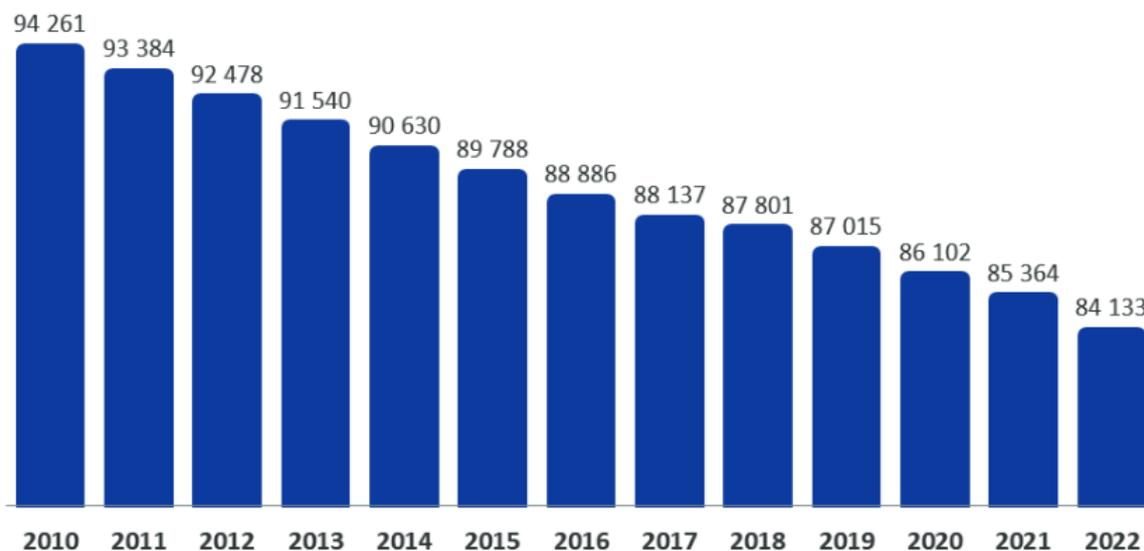
I.1.a. La médecine générale en France

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.

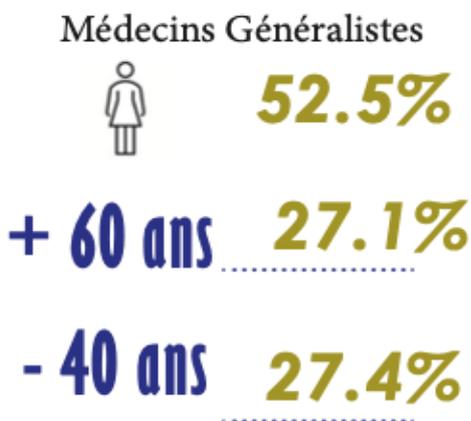
La croissance annuelle moyenne des effectifs des médecins généralistes en activité régulière était de -0,94% sur la période 2010-2022 avec la perte de 10 128 médecins en l'espace de 12 ans.

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 sociodémographique, 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

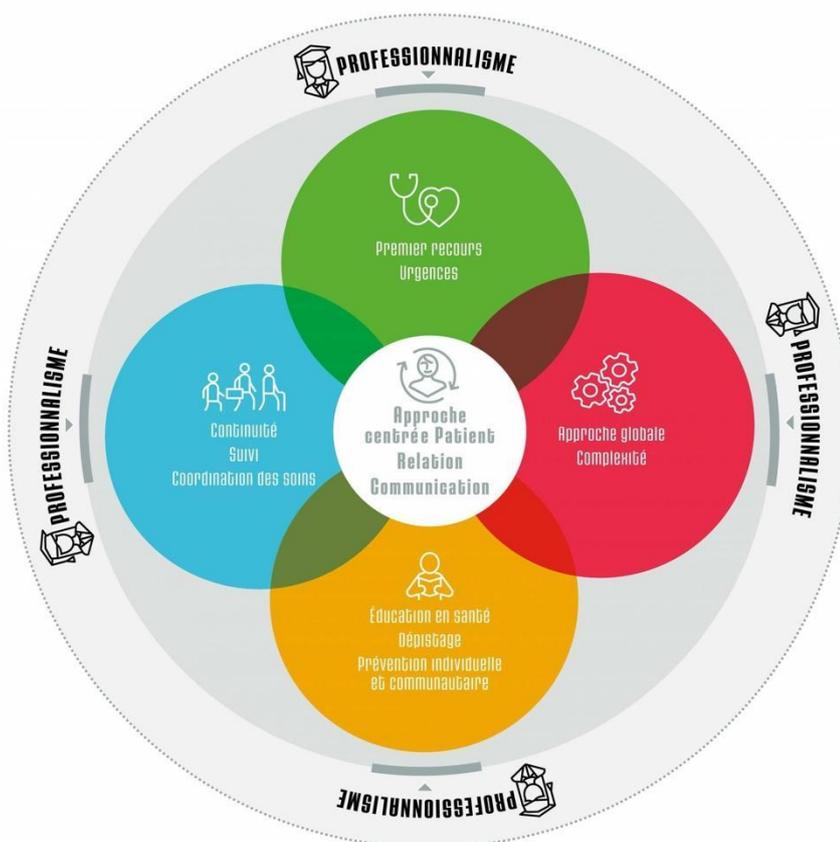
I.1.b. Diplôme d'étude spécialisée en médecine générale

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 réparties 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^{ème} 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

I.1.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) : 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.

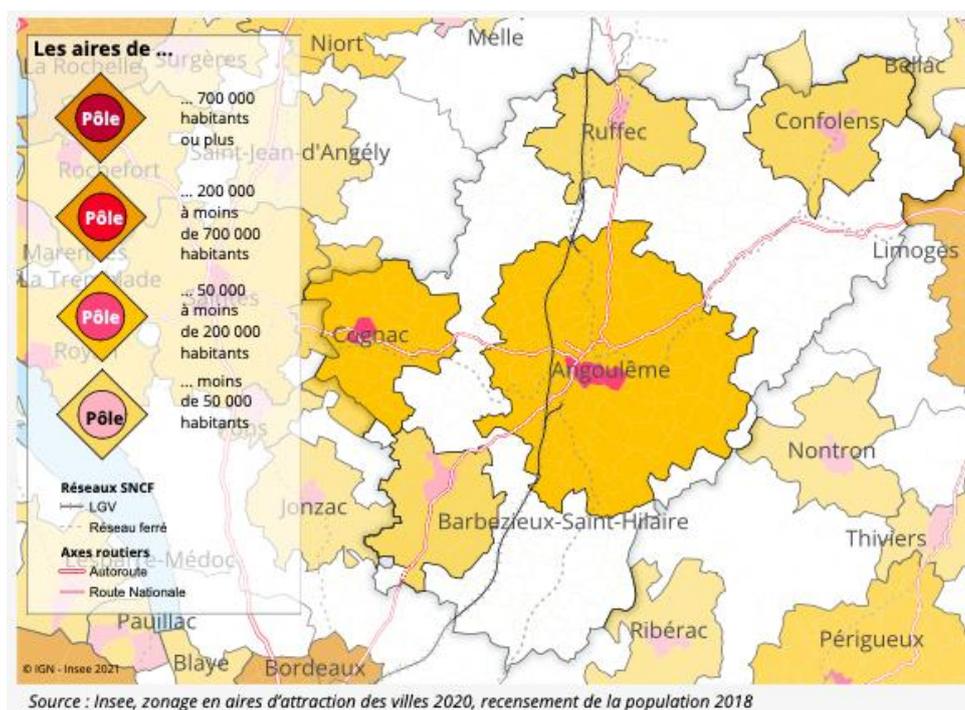
En résumé, toutes les aides citées ci-dessus sont principalement financières, mais des aides sociales commencent à se développer.

I.2. Les données sociodémographiques 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 ont 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 vit loin des villes.

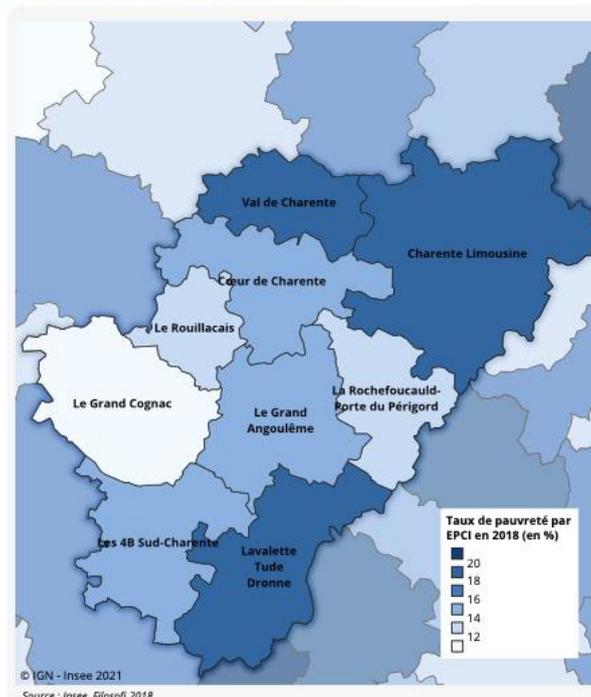


F5. Zonages en aires d'attraction des villes 2020, recensement de la population 2018 - INSEE

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 2016 – INSEE

I.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 (- 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)

I.3.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 département, 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.

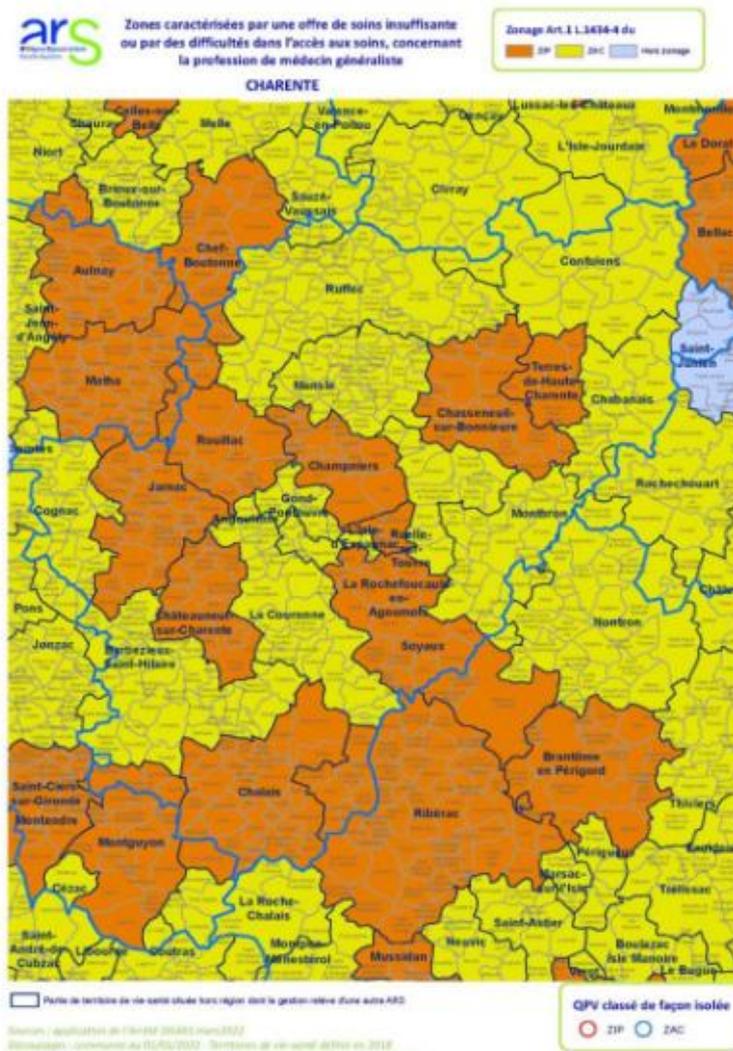
Ce zonage est basé sur des critères objectifs reflétant l'accès aux soins en médecine générale : nombre de consultations de médecine générale réalisées, les besoins en fonction de l'âge de la population, temps d'accès à un médecin généraliste, part de médecins âgés de plus de 60 ans.

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. (9) (cf carte de zonage ci dessous).

| Carte zonage médecine libérale 2022 en Charente



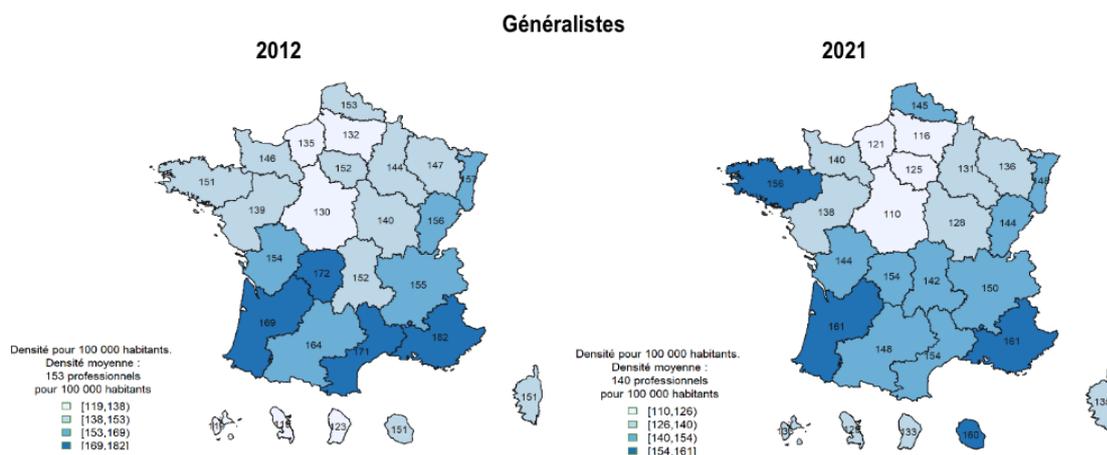
F7. Carte de zonage de la médecine libérale 2022 en Charente – ARS

I.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.

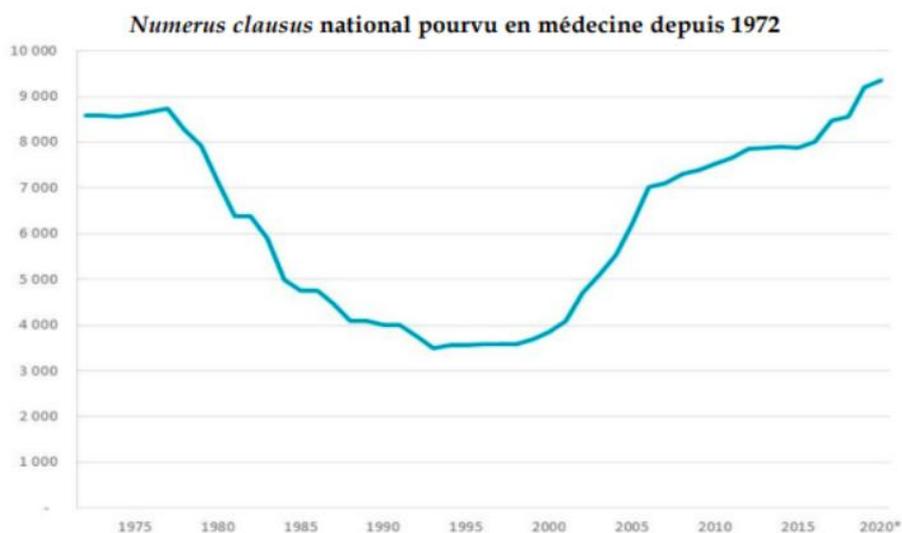
Les difficultés que rencontrent la médecine générale ambulatoire aujourd’hui sont dues à une densité médicale trop faible pour assurer une qualité de soins satisfaisante auprès de la population. En effet, la densité de médecin a diminué de 2,2% entre 2012 et 2021. (10)



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 médecins, dont le nombre est limité par l’introduction du Numéris 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’était 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. Elle 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 rural 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 amené 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.

I.5. Question de recherche

La question que nous pouvons nous poser est la suivante :

Comment les médecins remplaçants et collaborateurs en Charente verraient l'évolution de leurs conditions 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 étendu le travail à d'autres populations il en découle donc les 2 questions de recherche suivantes :

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

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

I.6. Objectifs de recherche

Pour cela, mon objectif principal a été de recueillir auprès des médecins remplaçants et collaborateurs leurs propositions spontanées de pistes d'amélioration des conditions d'exercice en médecine générale ambulatoire.

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

Médecins installés et salariés : recueillir auprès des médecins généralistes charentais salariés ou installés en libéral leurs propositions spontanées de pistes d'amélioration des conditions de travail des médecins.

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

II. METHODES

II.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 : CIRICHELLI Célia, OUDIN Coralie, et LAURENCON Pauline

Tout au long de la rédaction, nous nommerons « groupe de réflexion » les participantes à ce travail. Ce groupe de travail a rendu possible 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 Charente et de la décliner pour 3 populations différentes : les internes, les remplaçants/collaborateurs, et les médecins installés/salariés.

Dans mon travail, je m'intéresse au point de vue des médecins remplaçants et collaborateurs charentais.

Les 2 autres thèses s'intéressent au point de vue des internes de médecine générale de la faculté de Poitiers et des médecins généralistes charentais salariés et installés en libéral.

Nous avons coécrit la partie introduction et méthode. La rédaction de la partie des résultats et une première partie de la discussion seront individuels. 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.

II.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 sociodémographiques », 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.

II.2.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, et 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.

II.2.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.

II.2.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 au préalable 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 code.

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

II.3. Phase préalable à l'étude : questionnaire préliminaire

II.3.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.

II.3.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 pertinent possible les questions posées.

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

La première partie du questionnaire reprend des données sociodémographiques, 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 remplaçants et collaborateurs sur leurs aspirations « idéales ».

La troisième partie (questions 16 à 18), est composée de questions ouvertes dans le but d'entraîner une réflexion de la part des médecins remplaçants et collaborateurs concernant leur exercice.

De la même manière, les 2 autres thèses s'intéressent au point de vue des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Poitiers et des médecins salariés et installés en libéral.

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

II.3.c. Échantillonnage

Nous avons prévu de diffuser le questionnaire à tous les médecins généralistes collaborateurs et remplaçants de Charente.

Après triangulation et collaboration avec le conseil de l'ordre des médecins de Charente, le questionnaire a été transmis à l'ensemble des médecins remplaçants, adjoints, collaborateurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins de Charente.

II.3.d. Méthode de diffusion du questionnaire

Initialement nous avons prévu de diffuser le questionnaire par mail à chaque médecins généralistes remplaçants de la Charente en proposant un lien pour avoir le questionnaire : soit sous forme de GoogleForm ; soit pour l'envoyer en format papier par courrier avec une enveloppe pré timbrée. Nous comptons demander les adresses mail au Conseil de l'Ordre des médecins de la Charente.

Après triangulation et collaboration avec le Conseil de l'Ordre des médecins de la Charente, notre questionnaire a été envoyé par courrier avec enveloppe pré timbrée à tous les médecins généralistes collaborateurs, adjoints et remplaçants inscrits en Charente. Les enveloppes ont été envoyées et réceptionnées directement par le Conseil de l'Ordre 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).

II.3.e. Triangulation

Les questionnaires sont 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.

II.4. Entretiens semi dirigés (étude qualitative)

II.4.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*).

II.4.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 aux questionnaires préliminaires 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.

II.4.c. Échantillonnage

Lors de la distribution des questionnaires préliminaires nous avons recherché des volontaires à la participation des entretiens. Initialement nos critères d'inclusion étaient : être volontaire, et exercer en Charente. Cependant du fait d'un nombre de participation trop faible, l'échantillonnage a été élargi à la région Nouvelle Aquitaine.

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 mise en évidence au cours de ceux-ci.

II.4.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.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés sur une période allant du 23 février 2023 au 30 mai 2023. Après la réalisation des entretiens, j'ai envoyé aux participants un questionnaire avec uniquement les questions sur les données sociodémographiques à l'aide de GoogleForm.

Au cours des entretiens, j'ai commencé par me 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 j'ai 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

J'ai terminé les entretiens en présentant les idées qui ont émergées de notre groupe de réflexion, et en les interrogeant concernant leur avis sur celui-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)

II.4.e. Analyse des données

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

○ Retranscription des verbatim

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.

○ 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 verbatim 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.

- **Élaboration de l'arbre à code**

Cette analyse a abouti à la constitution d'un arbre à code qui correspond à l'agencement des différents thèmes et idées selon une logique la plus objective possible et représentative. Celui-ci à pour but de résumer les idées clés recueillies au cours des entretiens.

II.4.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.

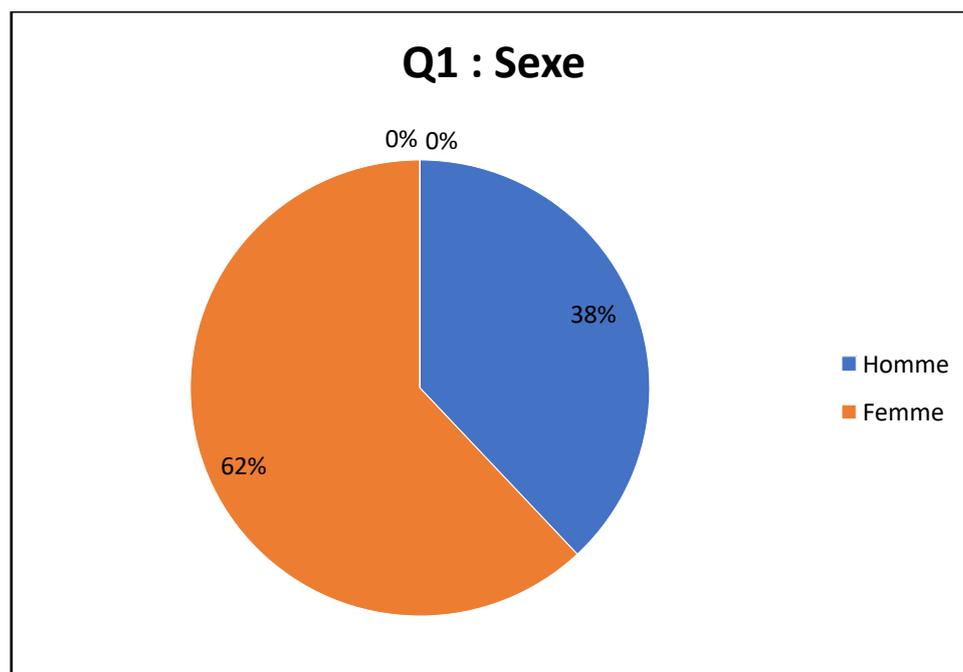
III. RÉSULTATS

III.A. Ma population : les médecins généralistes remplaçants et collaborateurs

III.A.1. Questionnaires préliminaires

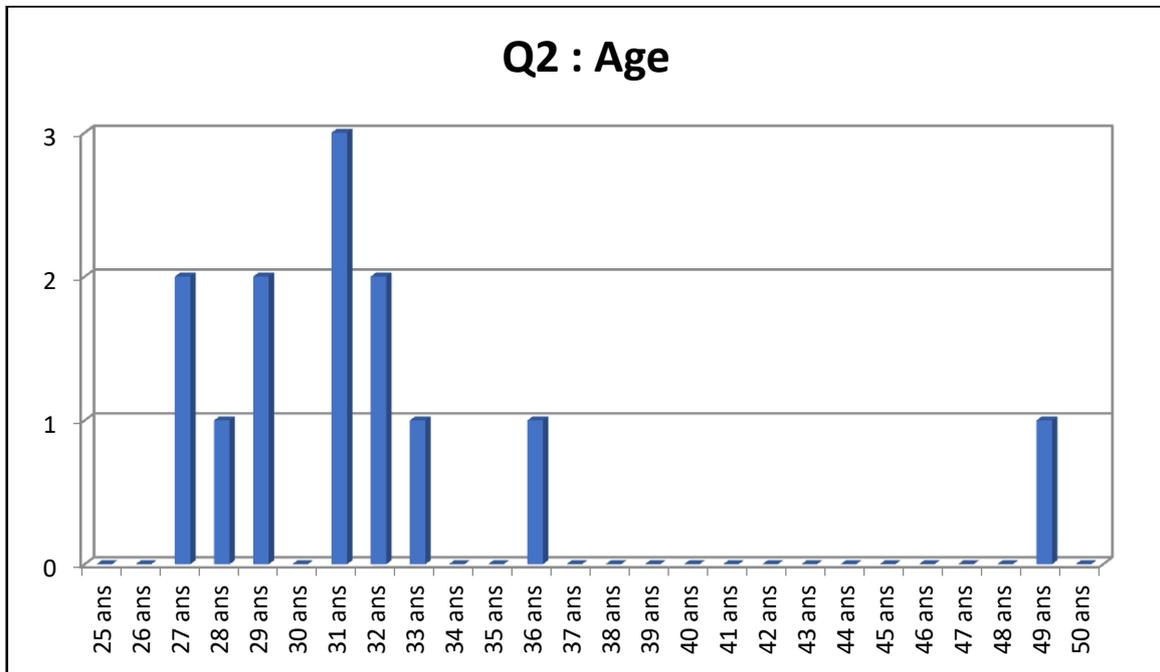
A noter pour commencer que le nombre de réponses aux questionnaires étaient de 13 sur 46 envoyés, soit un taux de réponse de 28%.

a. Description de la population (Q1-Q14)



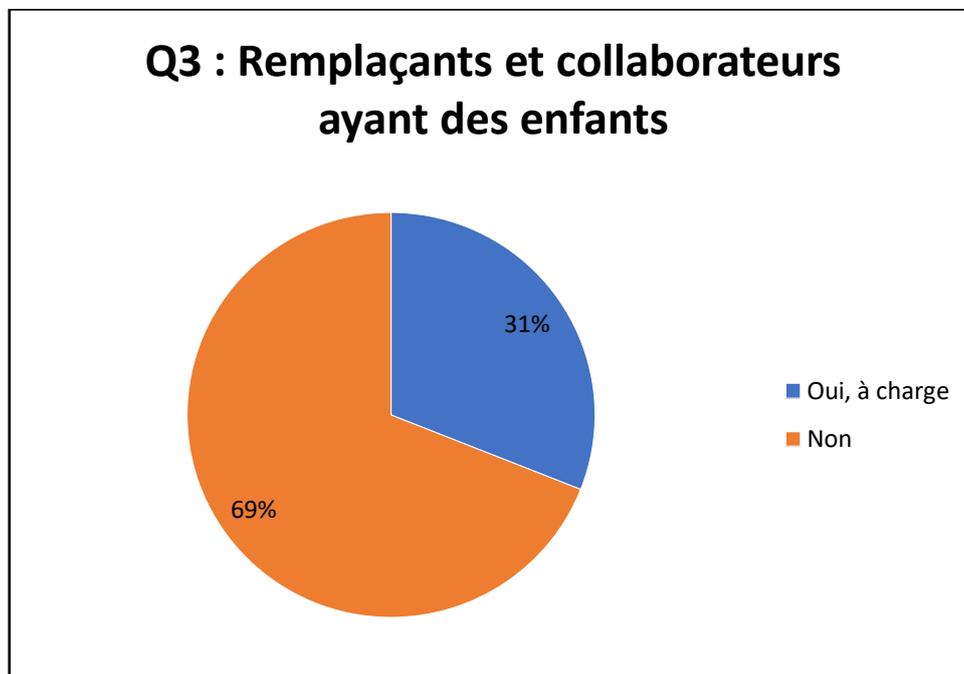
F10. Sexe des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

Parmi les médecins ayant répondu, 38% sont des hommes, et 62% sont des femmes.



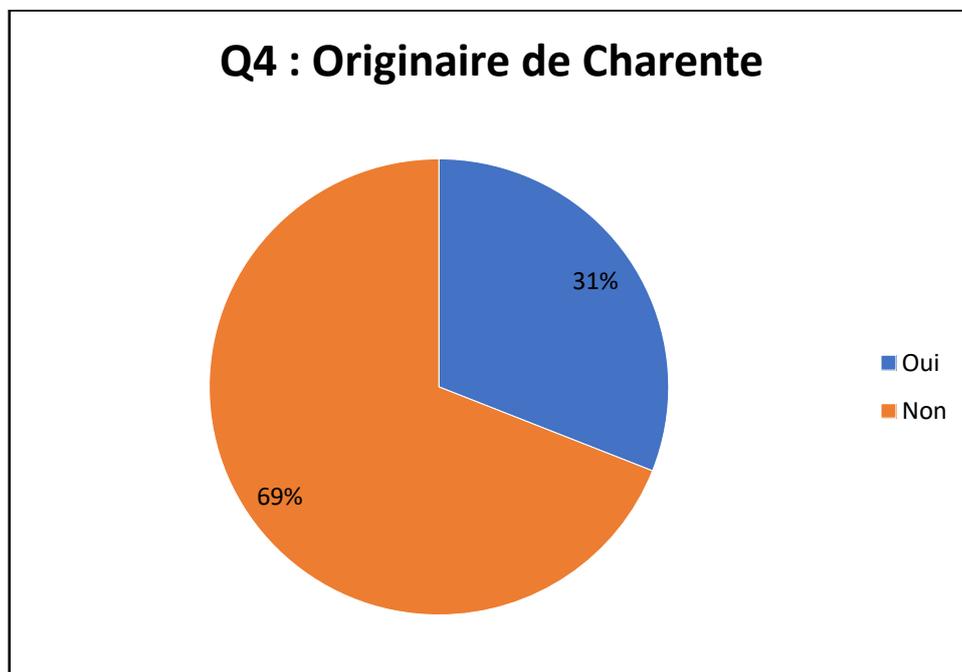
F11. Age des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

La majorité des remplaçants et collaborateurs a entre 27 et 33 ans.



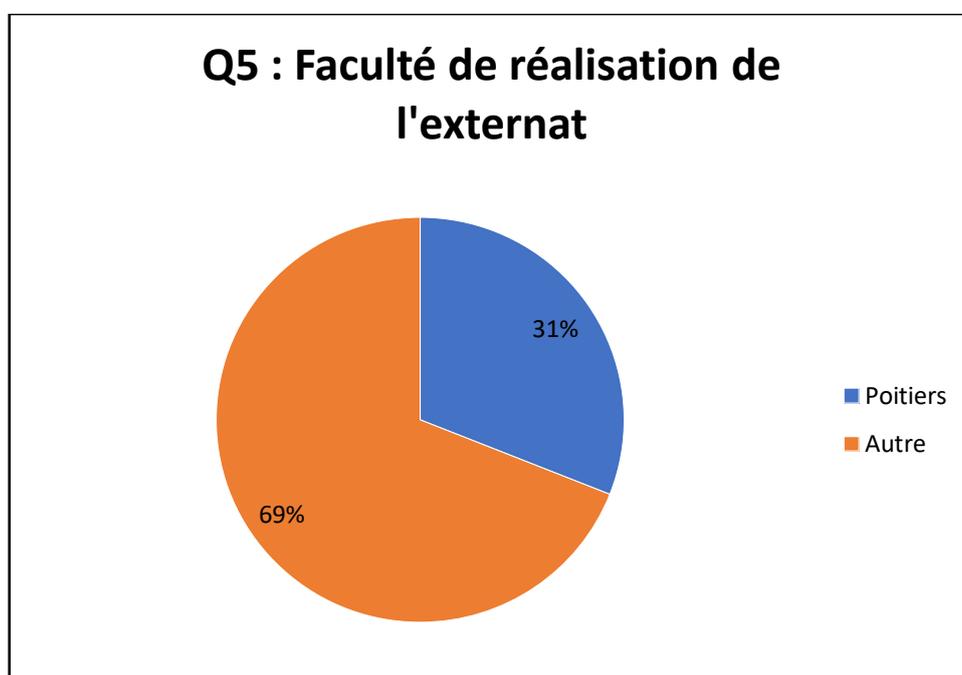
F12. Nombre de médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire qui ont des enfants

Neuf médecins remplaçants et collaborateurs, soit 69% n'ont pas d'enfant.



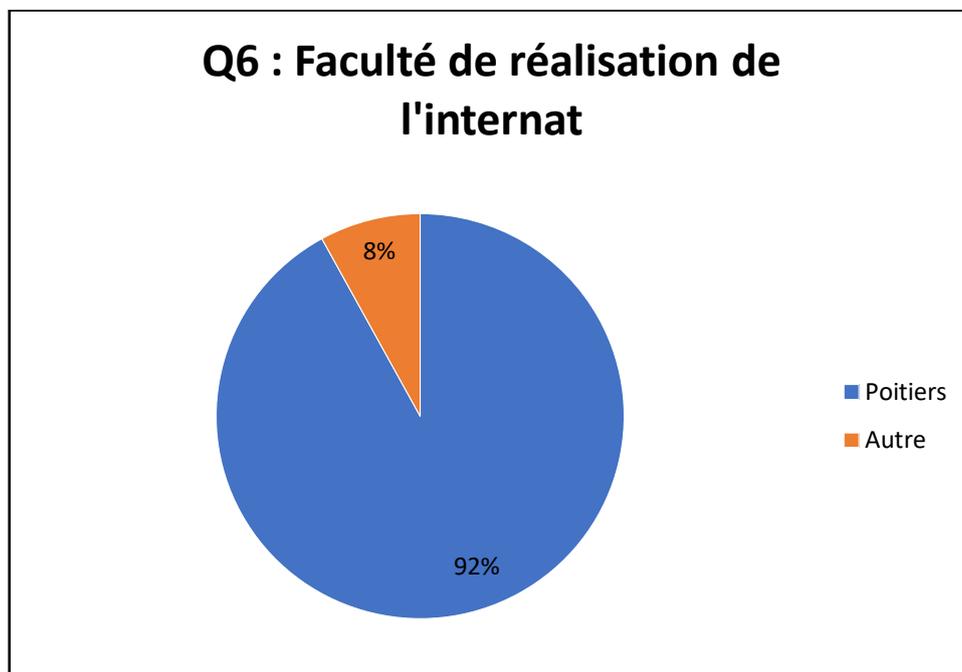
F13. Nombres de médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire, originaires de Charente

69% des médecins remplaçants et collaborateurs ne sont pas originaires de Charente.



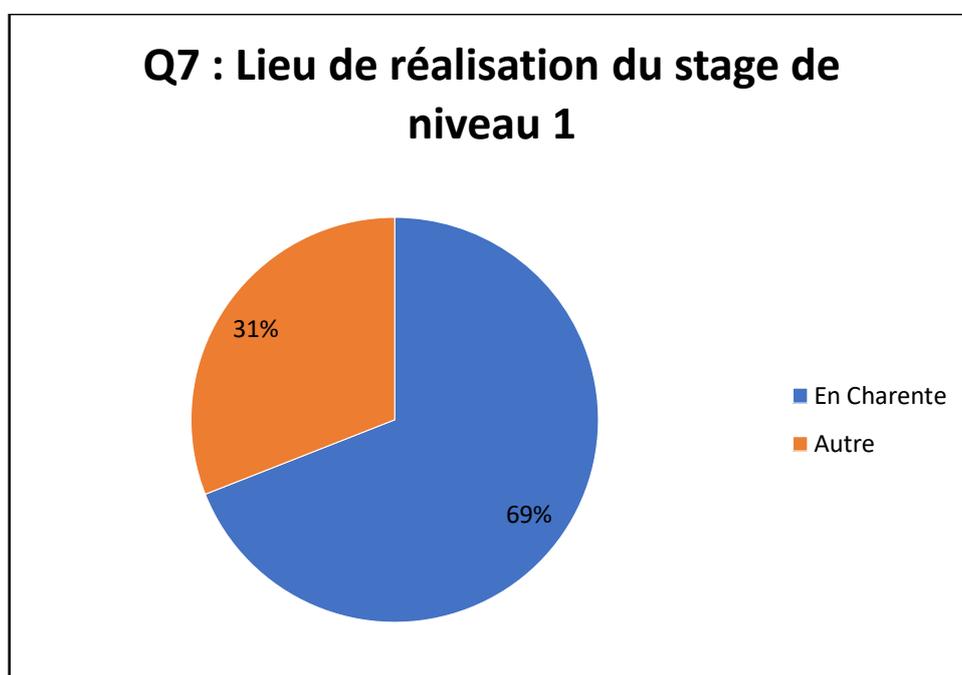
F14. Faculté de réalisation de l'externat des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

Parmi les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu, 31% ont réalisé leur externat à la faculté de médecine de Poitiers, le reste l'a effectué dans d'autres facultés (principalement Bordeaux et Limoges).



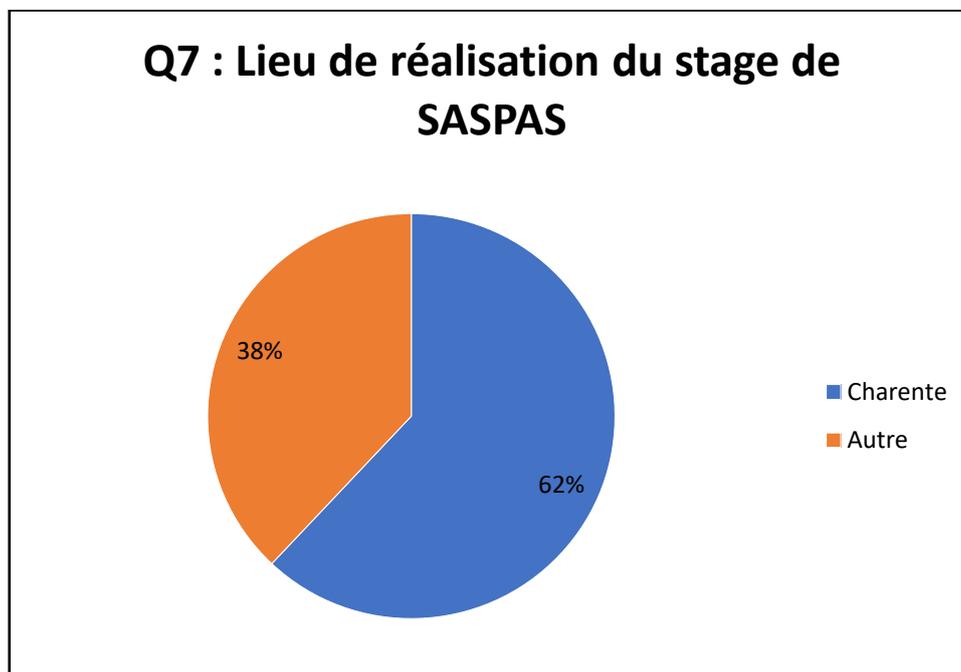
F15. Faculté de réalisation de l'internat des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

92% des médecins remplaçants ont réalisé leur internat sur la faculté de Poitiers, le reste l'a effectué à la faculté de Bordeaux.



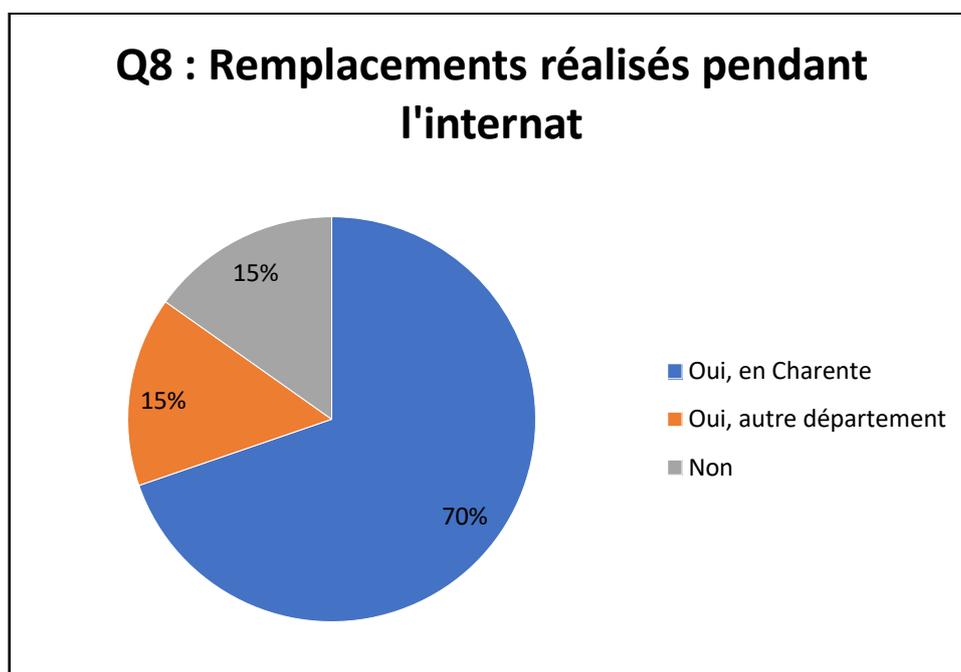
F16. Lieu du stage de réalisation du stage de niveau 1 des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

Le stage de niveau 1, correspondant au 1er stage en ambulatoire en médecine générale réalisé pendant la 1ère année d'internat, a été réalisé en Charente pour 69% des remplaçants et collaborateurs.



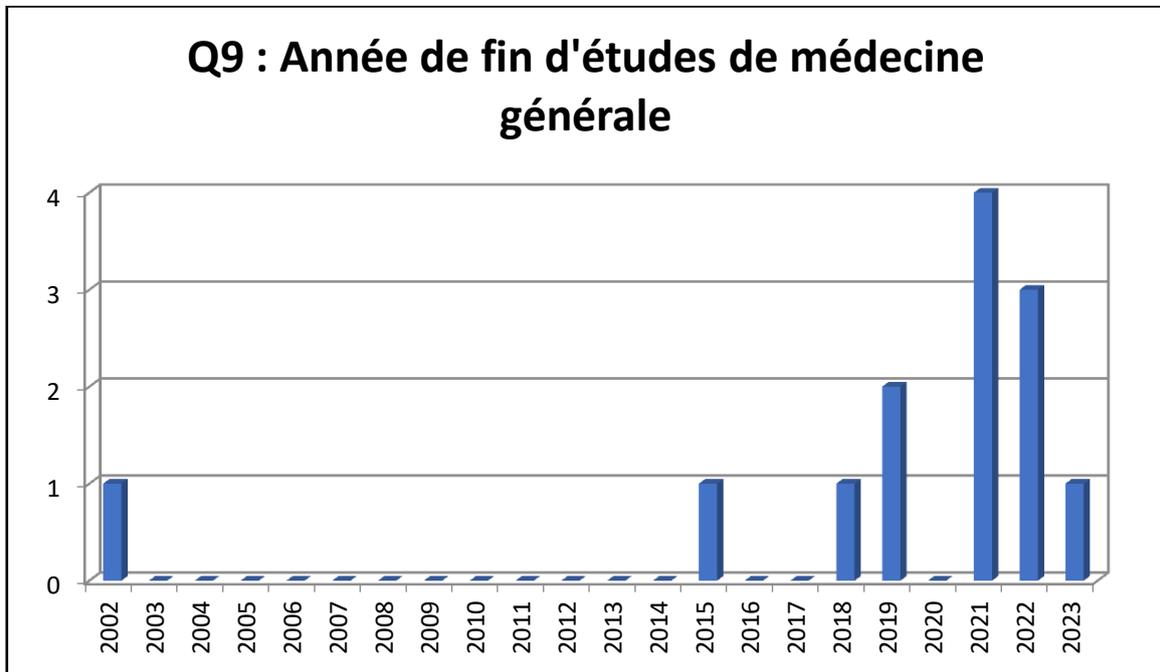
F17. Lieu de réalisation du stage de SASPAS des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

Le stage de SASPAS, 2^{ème} stage ambulatoire en médecine générale, réalisé au cours de la 3^{ème} année d'internat a été réalisé en Charente pour 62% des médecins collaborateurs et remplaçants.



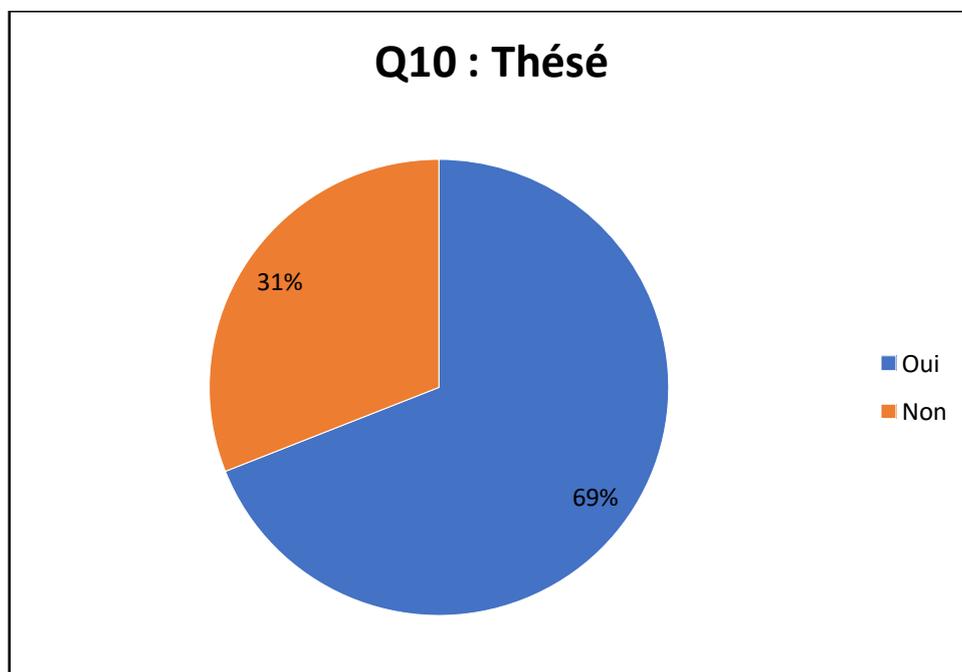
F18. Nombre de médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire qui ont fait des remplacements pendant leur internat

85% des répondants ont réalisé des remplacements pendant leur internat dont 70% en Charente.

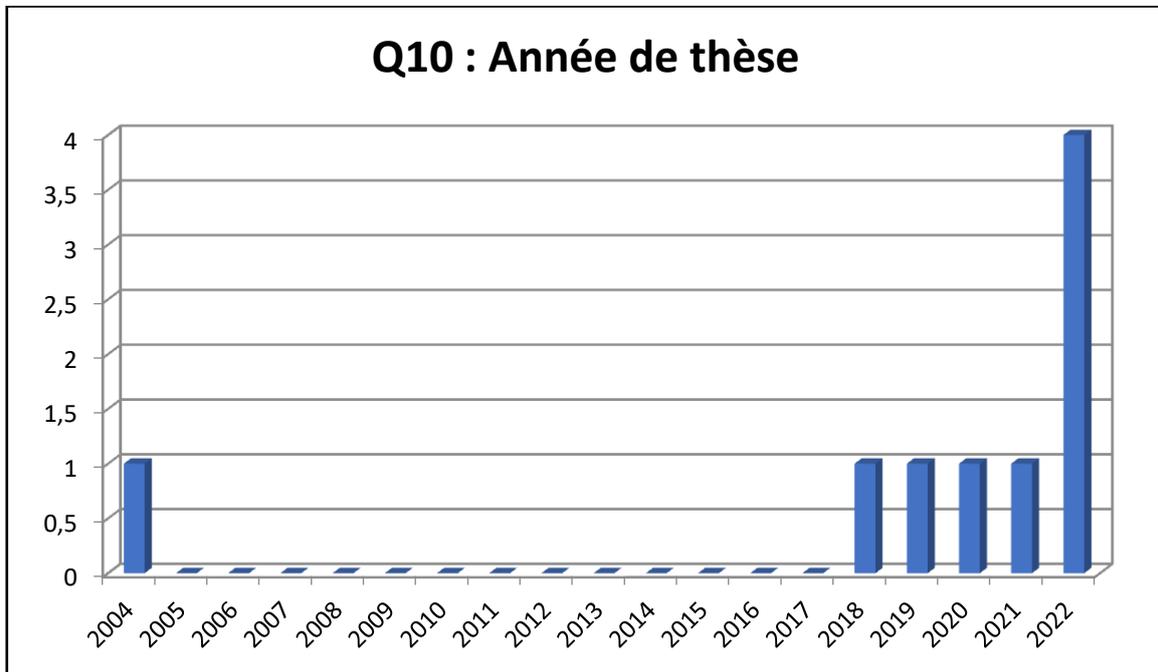


F19. Année de fin d'études des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

La majorité des médecins remplaçants et collaborateurs a fini ses études entre 2018 et 2023.

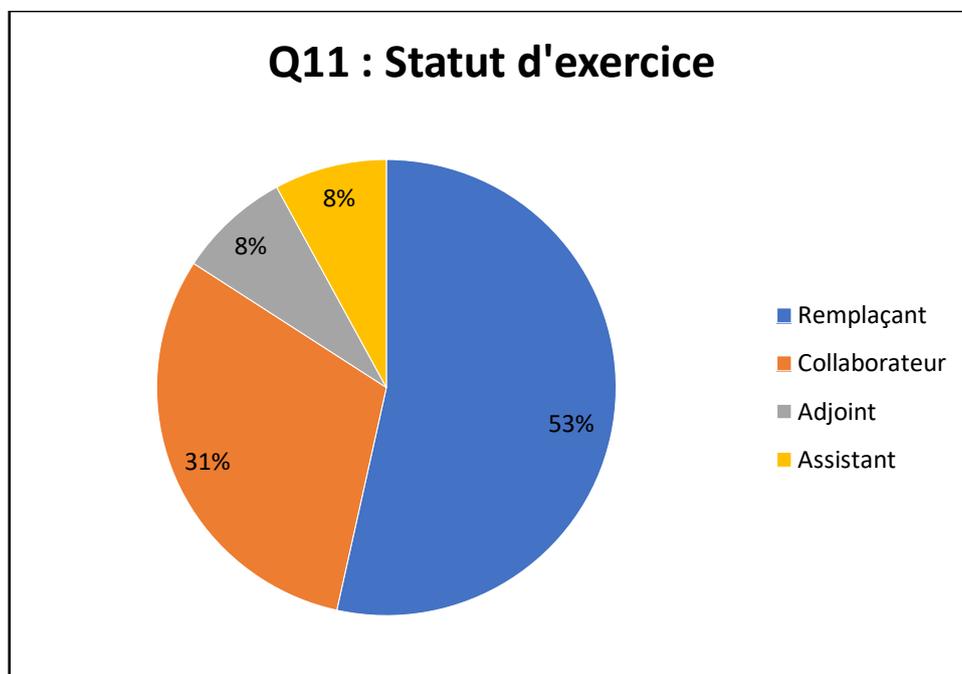


F20. Nombre de médecins remplaçants et collaborateurs thésés ayant répondu au questionnaire



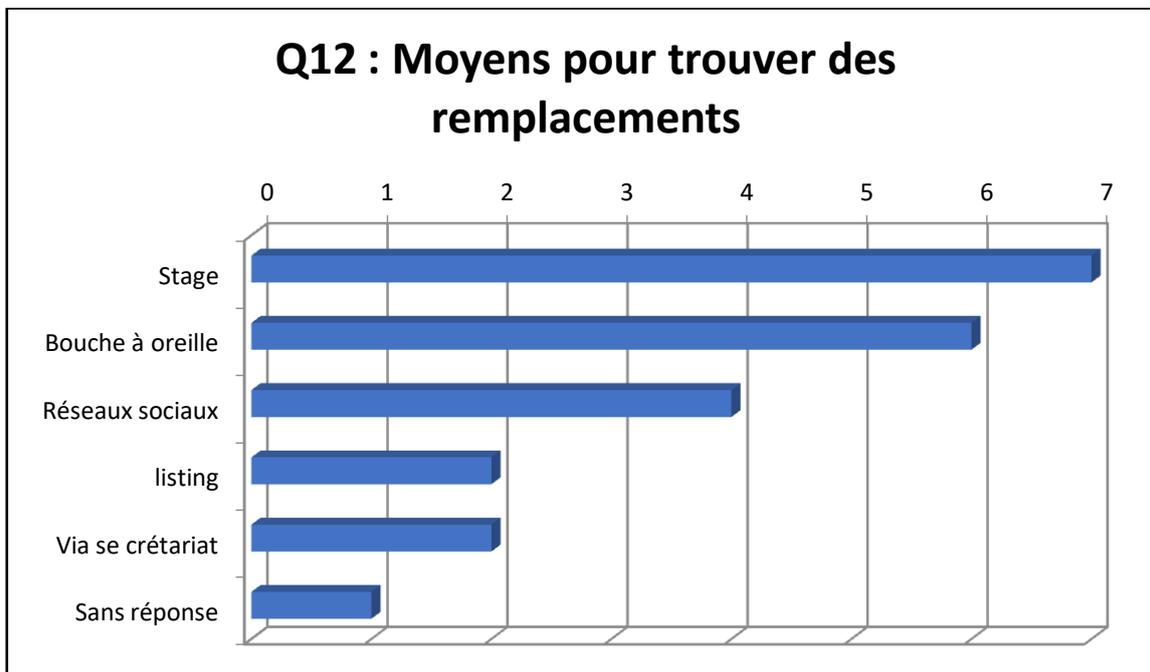
F21. Année de soutenance de thèse des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

69% des médecins ayant répondu sont thésés et la majorité l'a soutenue entre 2018 et 2022.



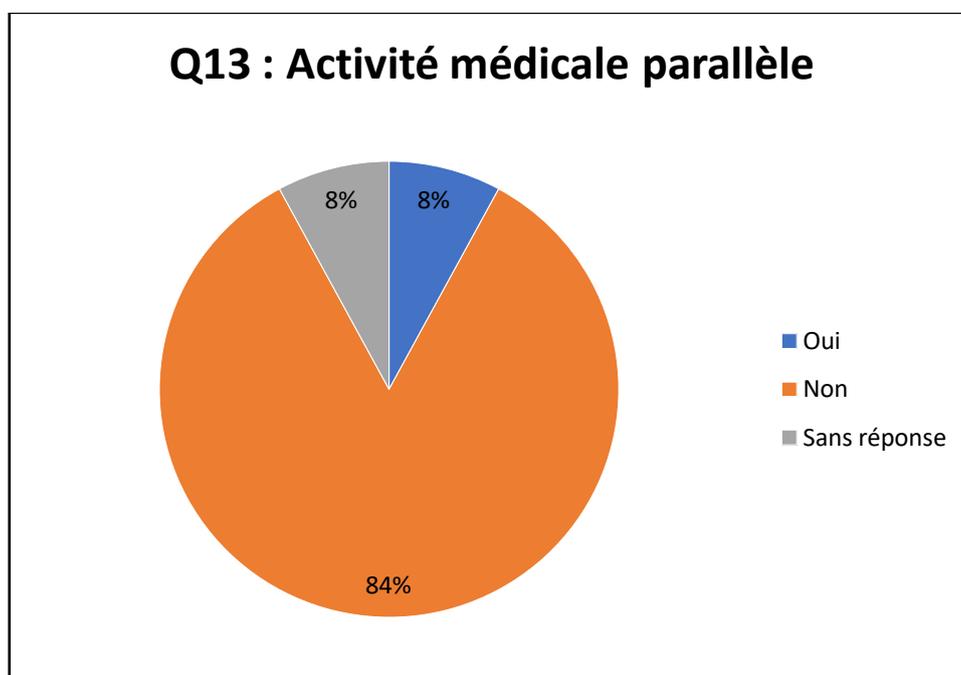
F22. Statut d'exercice des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

Plus de la moitié des médecins exercent en tant que remplaçants. 31 % exerce en tant que médecin collaborateur, 8% en tant que médecin adjoint, 8% en tant que médecin assistant.



F23. Moyens de trouver des remplacements des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

Les stages effectués dans les cabinets de médecine générale ambulatoire (niveau 1 et SASPAS) représentent la manière la plus répandue de trouver un remplacement.



F24. Nombre de médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire qui pratiquent une activité médicale en plus de la médecine générale ambulatoire

84% des remplaçants et collaborateurs ne pratiquent pas d'activité médicale annexe. 8% exercent également à l'hôpital.

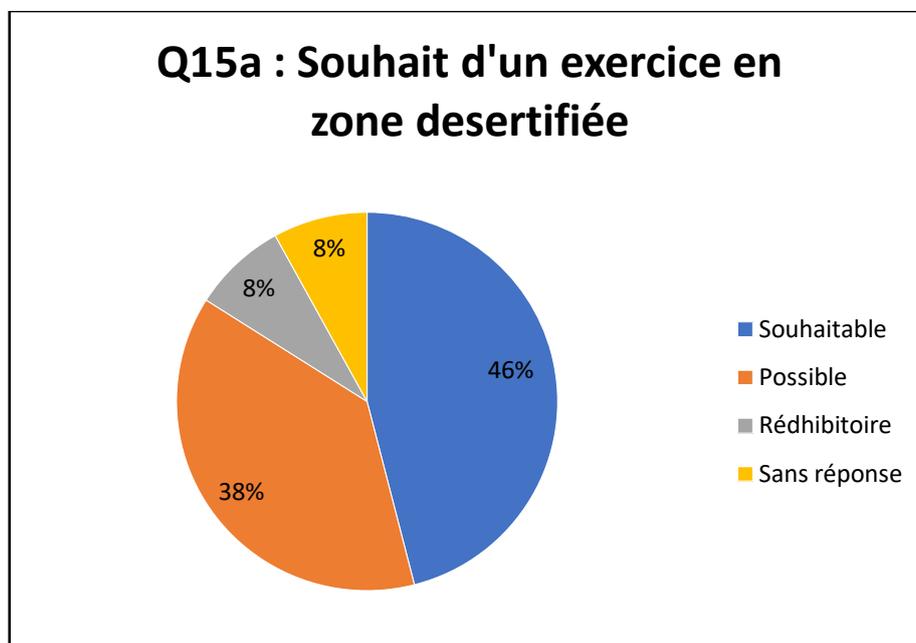
La question 14 était une question ouverte : « quel est votre projet professionnel et dans quels délais ? ».

61% des répondants envisagent une installation dont la moitié précise dans un délai de 1 à 2 ans. 15% souhaitent continuer les remplacements sans souhait d'installation.

Parmi les autres réponses on note :
« Gérer mon temps avec des contrats courts et varier les activités »
« Continuer les remplacements jusqu'à trouver le lieu d'exercice idéal »
Certains n'ont pas apporté de réponse à cette question.

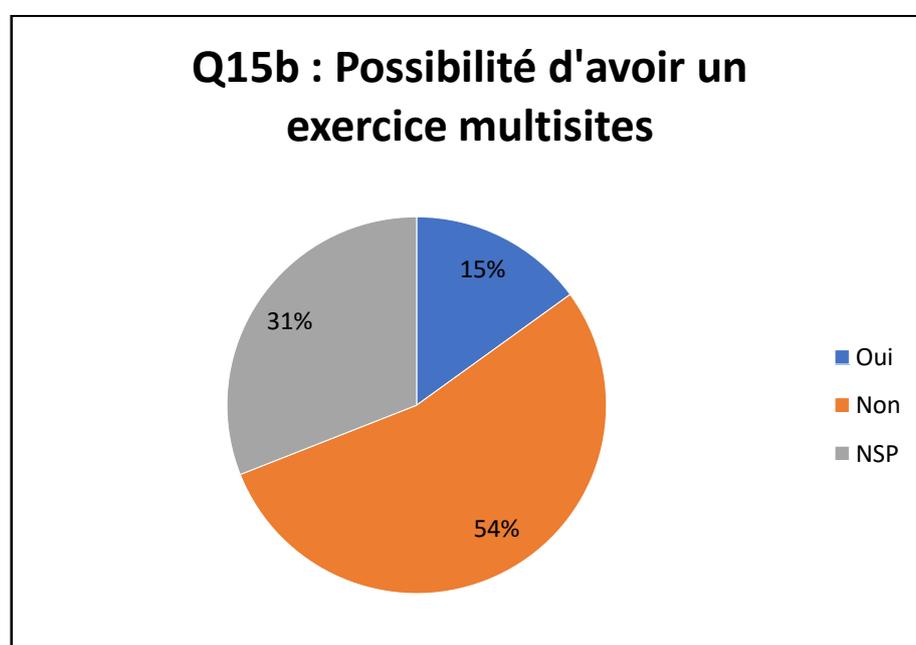
b. Exercice idéal (Q15)

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



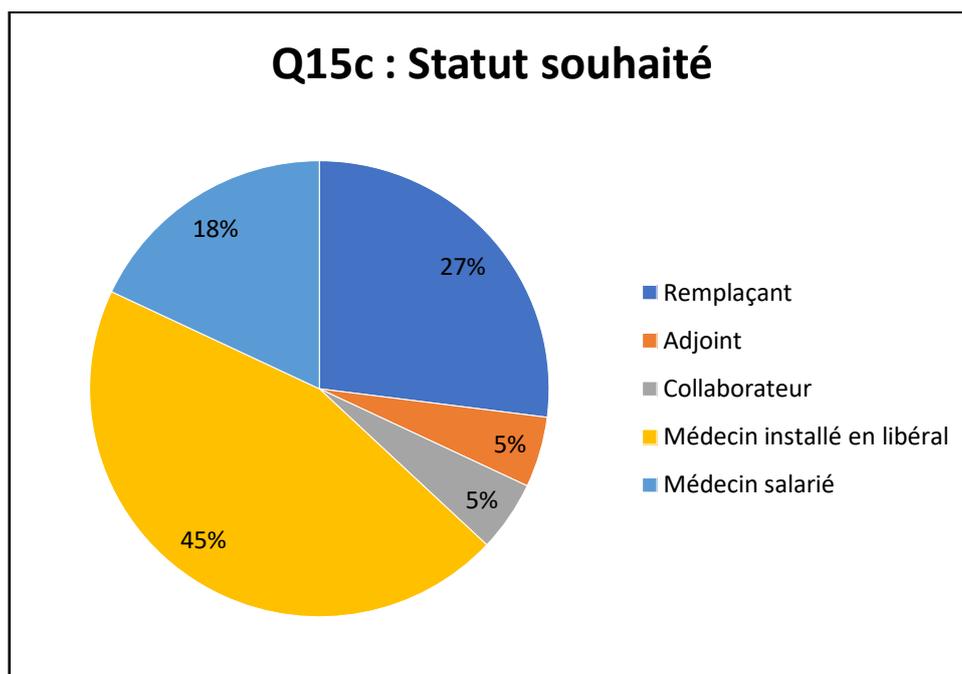
F25. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice en zone désertifiée

Une activité en zone désertifiée est rédhibitoire pour seulement 8% des remplaçants et collaborateurs. 84% y sont favorables.



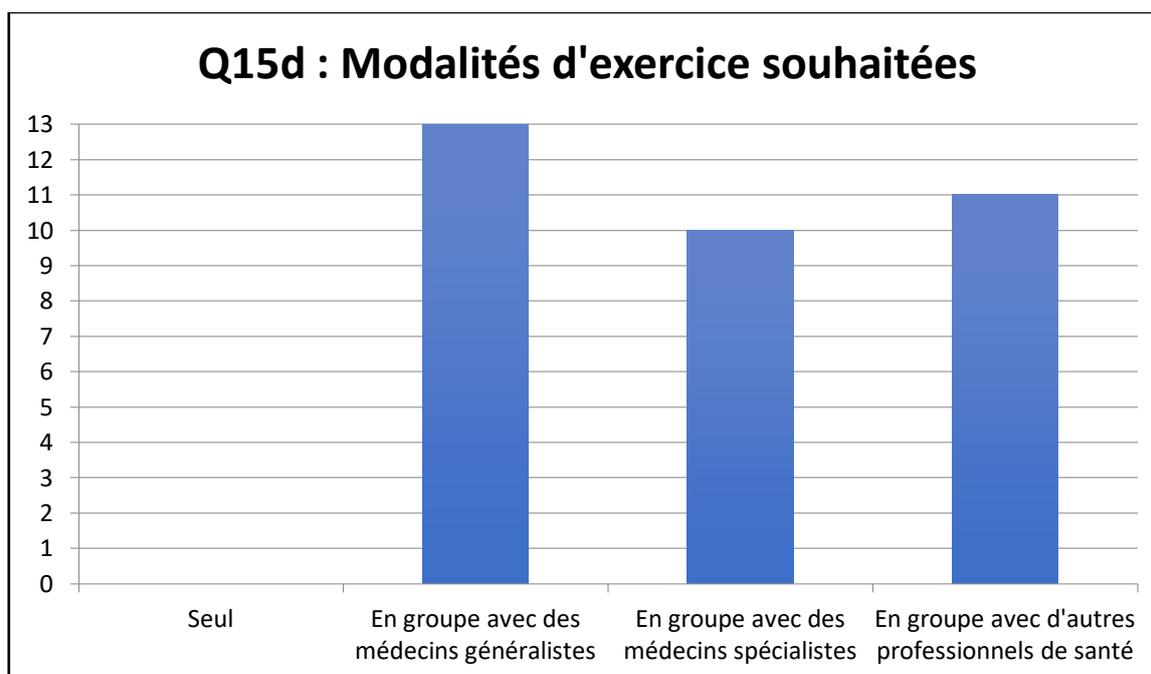
F26. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice multisites

Seul 15% des répondants souhaiteraient avoir un exercice multisites. 31% ne savent pas.



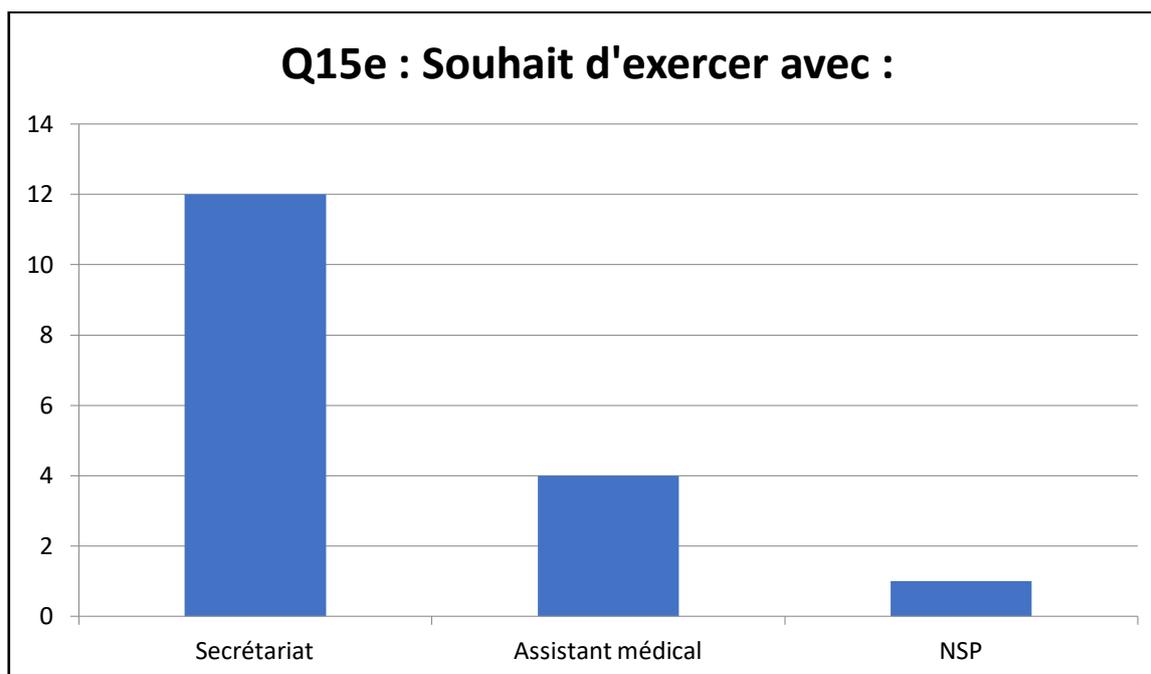
F27. Statut souhaité par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire en début d'activité

Près de la moitié des répondants souhaitent une activité de médecin installé en libéral. Pour les autres, 27% souhaitent réaliser des remplacements, 10% avoir le statut d'adjoint ou collaborateur, 18% envisagent une activité salariée.



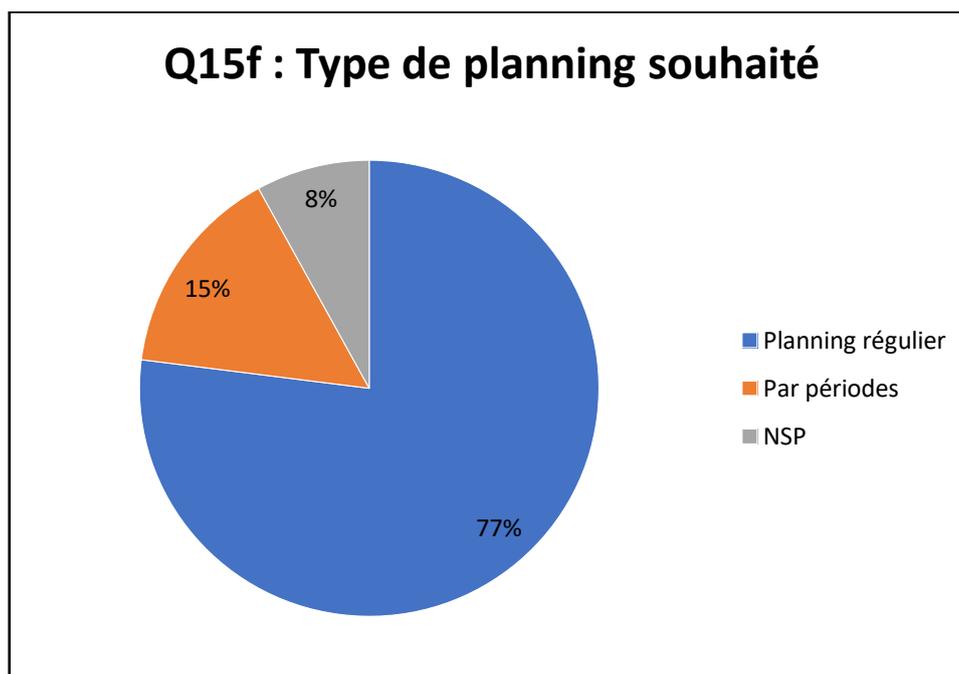
F28. Modalités d'exercice souhaitées par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

L'ensemble des remplaçants et collaborateurs souhaitent exercer en groupes avec d'autres médecins généralistes, avec d'autres médecins spécialistes pour 10 d'entre eux, avec d'autres professionnels de santé pour 11.



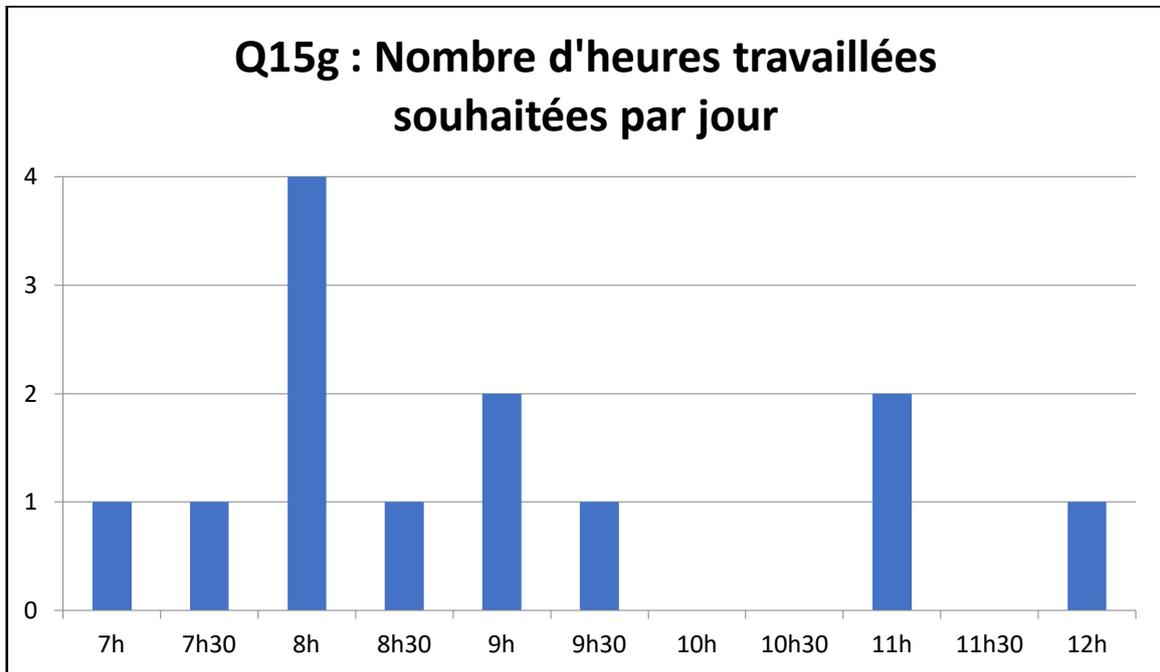
F29. Souhait d'exercice partagé des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

La quasi-totalité des médecins remplaçants et collaborateurs souhaitent exercer avec un secrétariat, 4 être accompagnés d'un assistant médical.



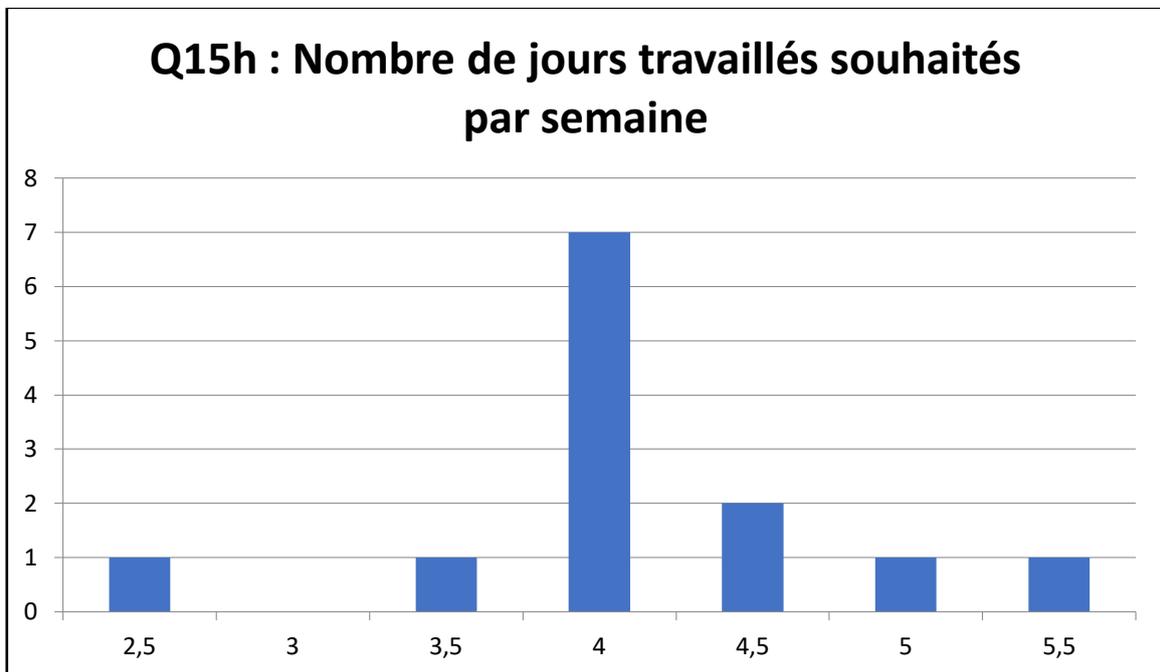
F30. Type de planning souhaité par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

Près des trois quarts des répondants souhaitent un planning régulier pour leurs activités professionnelles.



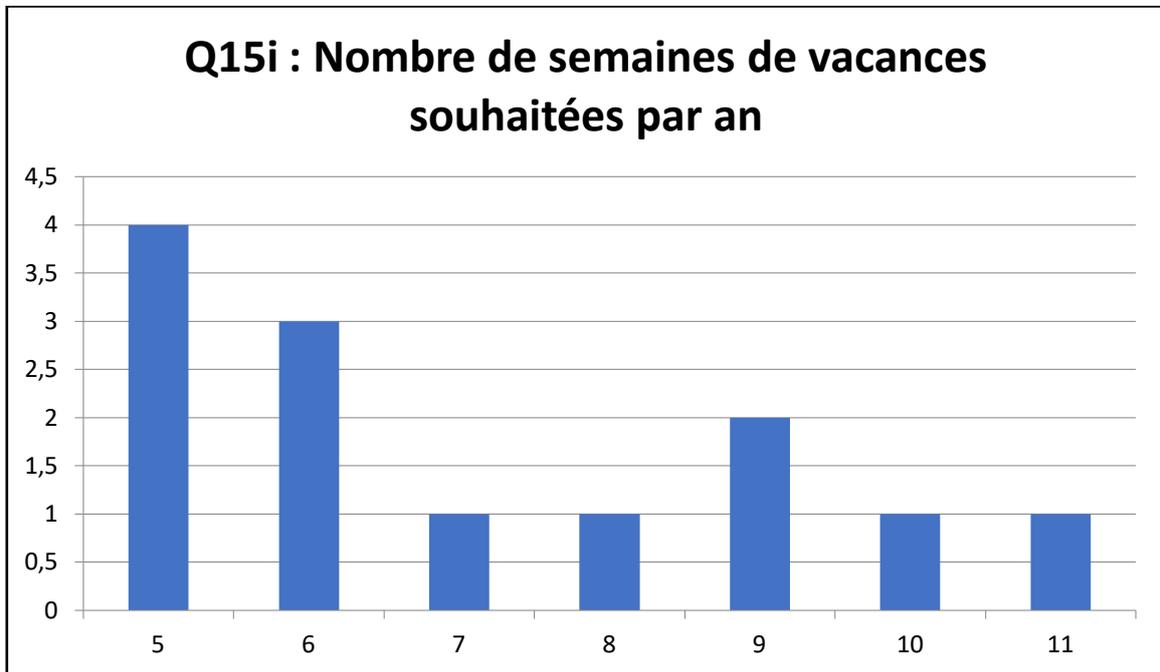
F31. Nombre d'heures travaillées souhaitées par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

Une majorité des médecins remplaçants et collaborateurs souhaitent travailler entre 7 et 9h30 par jour.



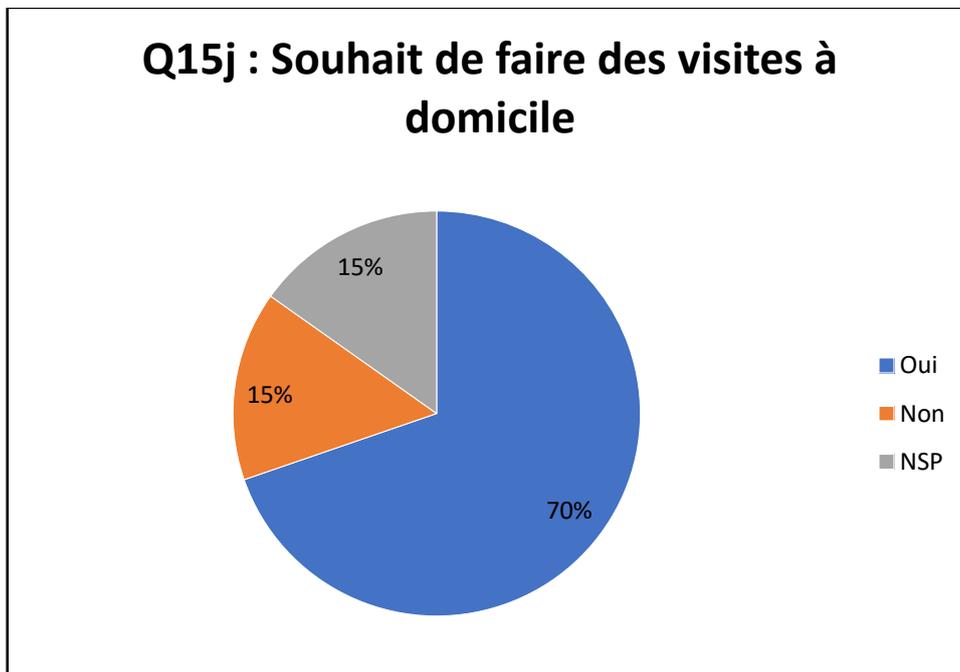
F32. Nombre de jours travaillés souhaités par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

La moitié des remplaçants et collaborateurs souhaitent travailler 4 jours par semaine.



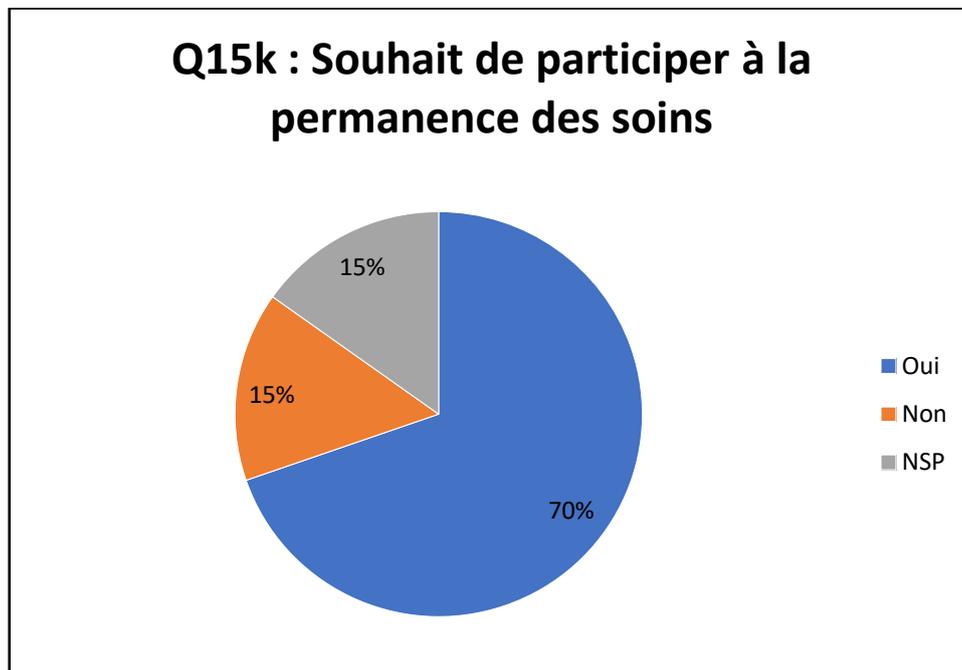
F33. Nombre de semaines de vacances souhaitées par an par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

La moitié des remplaçants et collaborateurs souhaitent entre 5 et 6 semaines de congés par an.



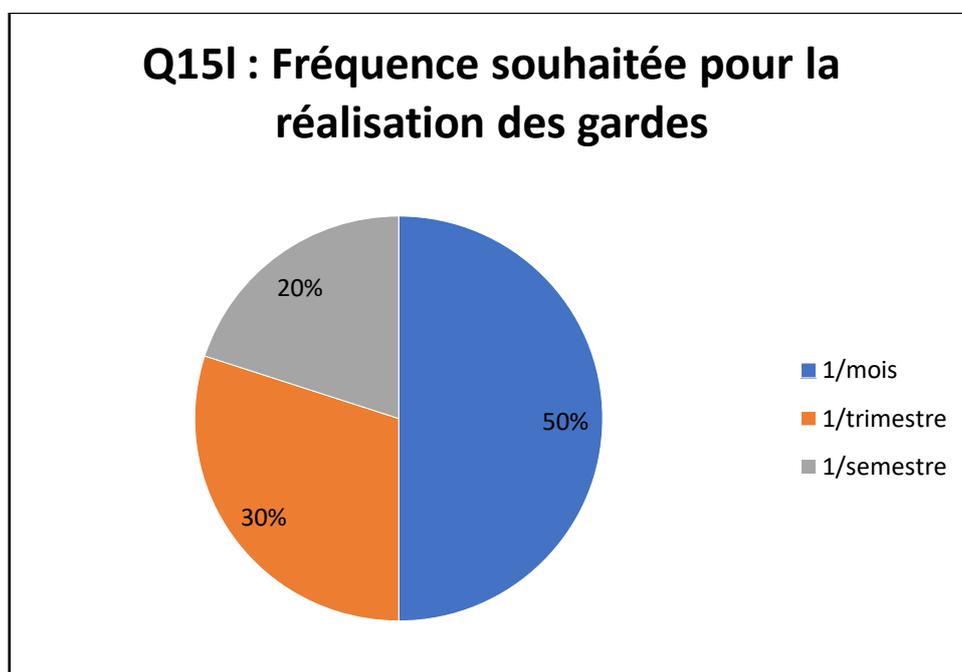
F34. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant faire des visites à domicile

Près des trois quarts des remplaçants et collaborateurs sont favorables à la réalisation de visites à domicile, 15% ne souhaitent pas en faire, et 15% ne savent pas.



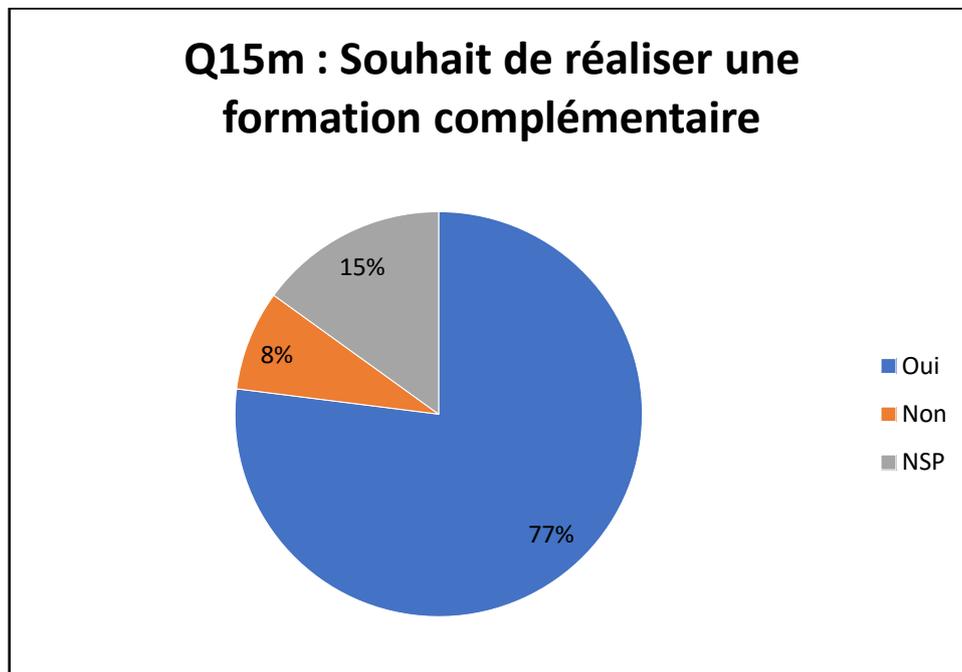
F35. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant participer à la permanence des soins ambulatoires en semaine

Une majorité des remplaçants et collaborateurs (70%) sont pour la participation à la permanence des soins. 15% ne souhaitent pas y participer.



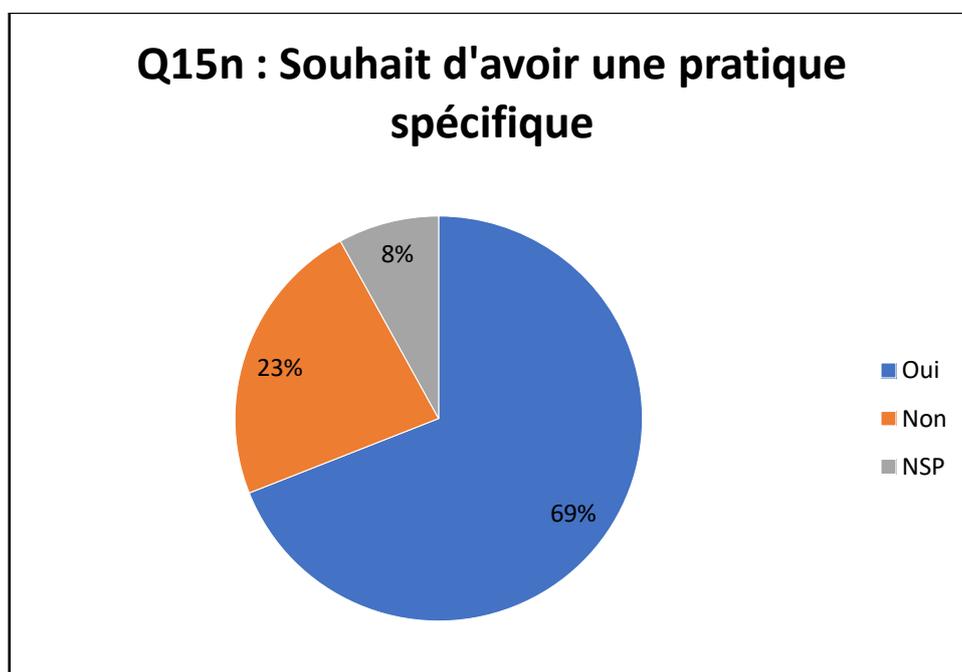
F36. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant réaliser des gardes le week-end

La moitié des répondants souhaite faire une garde de week-end par mois, 30% en faire une par trimestre, et 20% une par semestre.



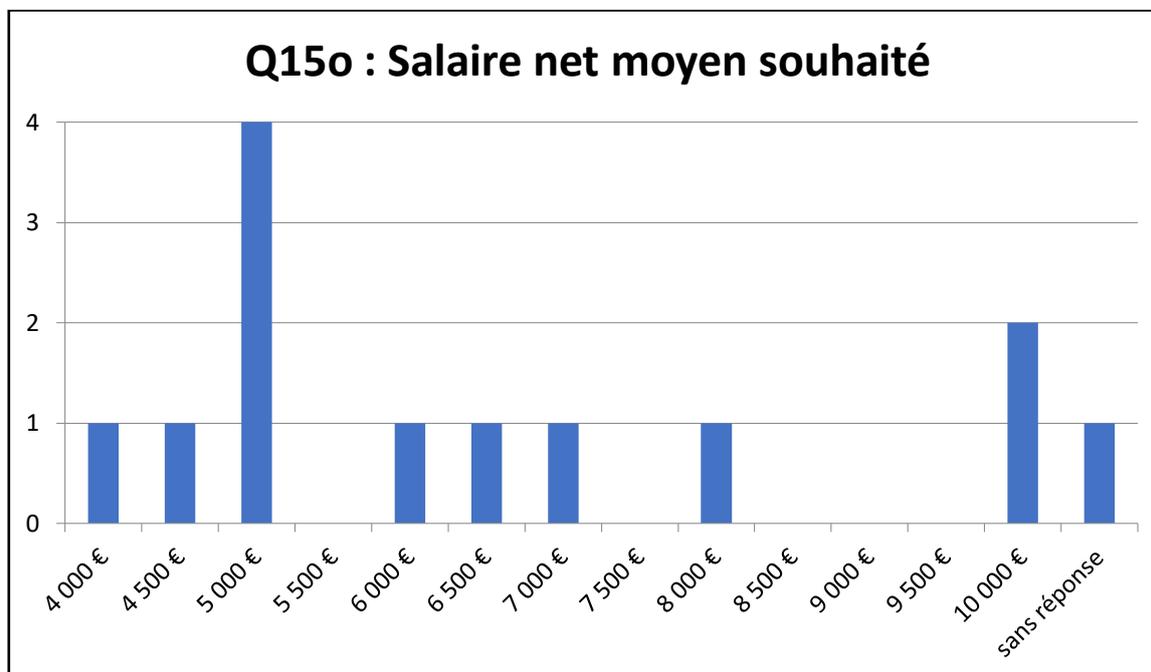
F37. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant réaliser une formation complémentaire

Plus des trois quarts souhaitent réaliser une formation complémentaire, dont l'une d'entre elles est l'échographie.



F38. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant avoir une pratique spécifique

Un peu plus des deux tiers (69%) souhaitent avoir une pratique spécifique (ex : gynécologie, pédiatrie, urgence de médecin générale...).



F39. Salaire moyen souhaité par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire

Les revenus nets mensuels souhaités vont de 4 000 à 10 000€.

c. Questions ouvertes (Q16-18)

Pour ces 3 questions, j'ai listé une à une les réponses des médecins remplaçants et collaborateurs 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 remplaçants et collaborateurs
16 – Quels sont les 3 ou 4 éléments majeurs pour lesquels vous ne vous sentez pas prêts à vous installer (libéral ou salarié) ?	<ul style="list-style-type: none"> - Administratif - Bonne entente cabinet - Charges financières - Conditions d'exercice de plus en plus difficiles - Congé maternité - Exercer seul - Gardes - Gestion employés - Horaires - Manque d'accompagnement - Manque d'aide à l'installation - Manque d'expérience - Manque de structure hospitalière - Nombre de patients - Salaire
17 - Quels sont les 3 ou 4 éléments majeurs (professionnels ou personnels) qui vous posent problème actuellement dans l'exercice de la médecine	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de patients /manque de médecins généralistes - Conditions d'exercice - Gestion des employés - Hôpitaux éloignés - Insécurité - Manque reconnaissance - Manque spécialistes/examens

générale ambulatoire ?	<ul style="list-style-type: none"> - Patients consommateurs de santé - Salaire - Surcharge administrative - Surcharge de travail
18 - 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 ?	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à l'installation - Amélioration de la permanence des soins - Amélioration entente médecine générale ambulatoire/ urgences/ hôpital - Augmentation de l'accès aux spécialistes - Considération de l'Etat - Diminution charges financières - Diminution de l'administratif - Diminution des certificats - IPA/ assistants/ ... - Patients « éduqués » - Revalorisation consultation

Tableau 1. Réponses des médecins remplaçants et collaborateurs aux questions ouvertes (Q16 à 18)

La question 16 était « quels sont les 3 ou 4 éléments majeurs pour lesquels vous ne vous sentez pas prêts à vous installer (libéral ou salarié) ? »

La notion de « manque » est souvent revenue concernant différents domaines comme le manque d'accompagnement, d'aide à l'installation, d'expérience, manque de structure hospitalière.

Aussi plusieurs idées ont été citées pouvant faire référence de près ou de loin avec l'entreprise comme l'administratif, les charges financières, la gestion des employés, le congé maternité.

On retrouve différents éléments se référant au concept de l'organisation tels que l'exercice seul, les gardes, les horaires, le salaire, le nombre de patient, la bonne entente au sein du cabinet.

Enfin de manière générale, il a été rapporté les conditions d'exercice de plus en plus difficiles.

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 ? ».

Des idées similaires à la question 16 ont été mentionnées comme les conditions d'exercice, la gestion des employés, le salaire, la surcharge de travail et administrative, l'accès aux hôpitaux en précisant également le manque de spécialistes et d'exams.

D'autres éléments sont ressortis : l'insécurité, le manque de reconnaissance, les patients consommateurs de santé.

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

En grande partie, les réponses à cette question découlent du retour des questions précédentes. On note des aides à l'installation, amélioration de l'entente entre médecine générale ambulatoire et hôpitaux-urgences, amélioration de l'accès aux spécialistes, une

meilleure considération de l'état, la diminution des charges financières et de l'administratif, des patients éduqués, une revalorisation de la consultation.

D'autres notions sont évoquées pour la première fois comme l'amélioration de la permanence des soins, les IPA, assistants médicaux...

III.A.2. Entretiens semi dirigés

a. Description de la population (Q1-Q13)

Cinq entretiens avec des participants différents ont été réalisés. Après la réalisation des entretiens, j'ai envoyé aux participants un questionnaire avec uniquement les questions sur les données sociodémographiques à l'aide de GoogleForm (cf annexe 2) qui sont répertoriées dans le tableau ci-dessous :

	Variables	N (total =5)	%
SEXE :	Femme	3	60%
	Homme	2	40%
ÂGE :	28ans	2	40%
	29ans	1	20%
	51 ans	1	20%
	56 ans	1	20%
ENFANTS :	Oui	1	20%
	Non	4	80%
ORIGINAIRE DE CHARENTE :	Oui	1	20%
	Non	4	80%
FACULTÉ D'EXTERNAT :	Poitiers	1	20%
	Bordeaux	2	40%
	Non précisée	2	40%
FACULTÉ D'INTERNAT :	Charente	3	60%
	Autres départements	2	40%
SOUTENANCE DE THÈSE :	Oui	4	80%
	Non	1	20%
LIEU DE RÉALISATION STAGE NIVEAU 1	Charente	2	40%
	Autres départements	3	60%
LIEU DE RÉALISATION SASPAS :	Charente	2	40%
	Autres départements	3	60%
LIEU DE RÉALISATION DE REMPLACEMENTS PENDANT L'INTERNAT	Charente (+/- autres départements)	3	60%
	Uniquement autres départements	1	20%
	Non	1	20%
STATUT D'EXERCICE :	Remplaçant	4	80%
	Adjoint	1	20%
EXERCICE D'UNE AUTRE ACTIVITÉ MÉDICALE EN PARALLÈLE :	Oui	2	40%
	Non	3	60%

Tableau 2. Données socio démographiques des médecins remplaçants et collaborateurs participant aux entretiens semi dirigés

b. Recueil de données

A la suite des entretiens, je les ai écoutés un par un afin de repérer 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 – clé USB*).

c. Arbre à codes

Quelques jours après l'écriture des verbatims, j'ai repris ceux-ci 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 ces extraits dans un tableau en les organisant par idée, puis par thème. 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**.

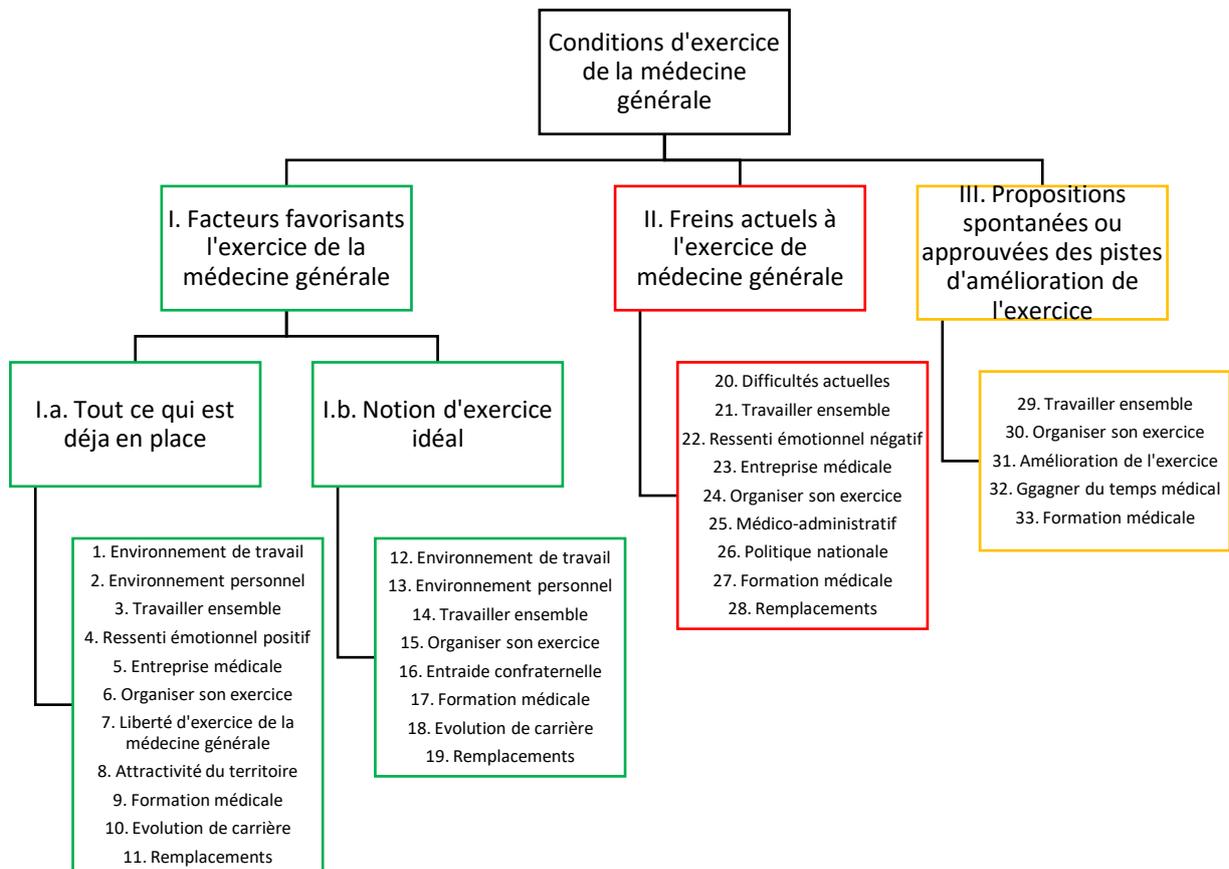
J'ai bien entendu triangulé avec mes co-thésardes pour la réalisation du tableau de codes, ainsi que de l'arbre à codes.

Pour la réalisation de l'arbre à code, 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 propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice,
- et les freins actuels à l'exercice de la médecine générale.

J'ai décidé de diviser la partie « facteurs favorisant » en 2 sous-parties : « tout ce qui est déjà en place », qui correspond finalement aux points positifs de l'exercice constatés par les médecins remplaçants et collaborateurs et « la notion d'exercice idéal » qui évoque les points évoqués comme nécessaires pour un exercice plus satisfaisant.

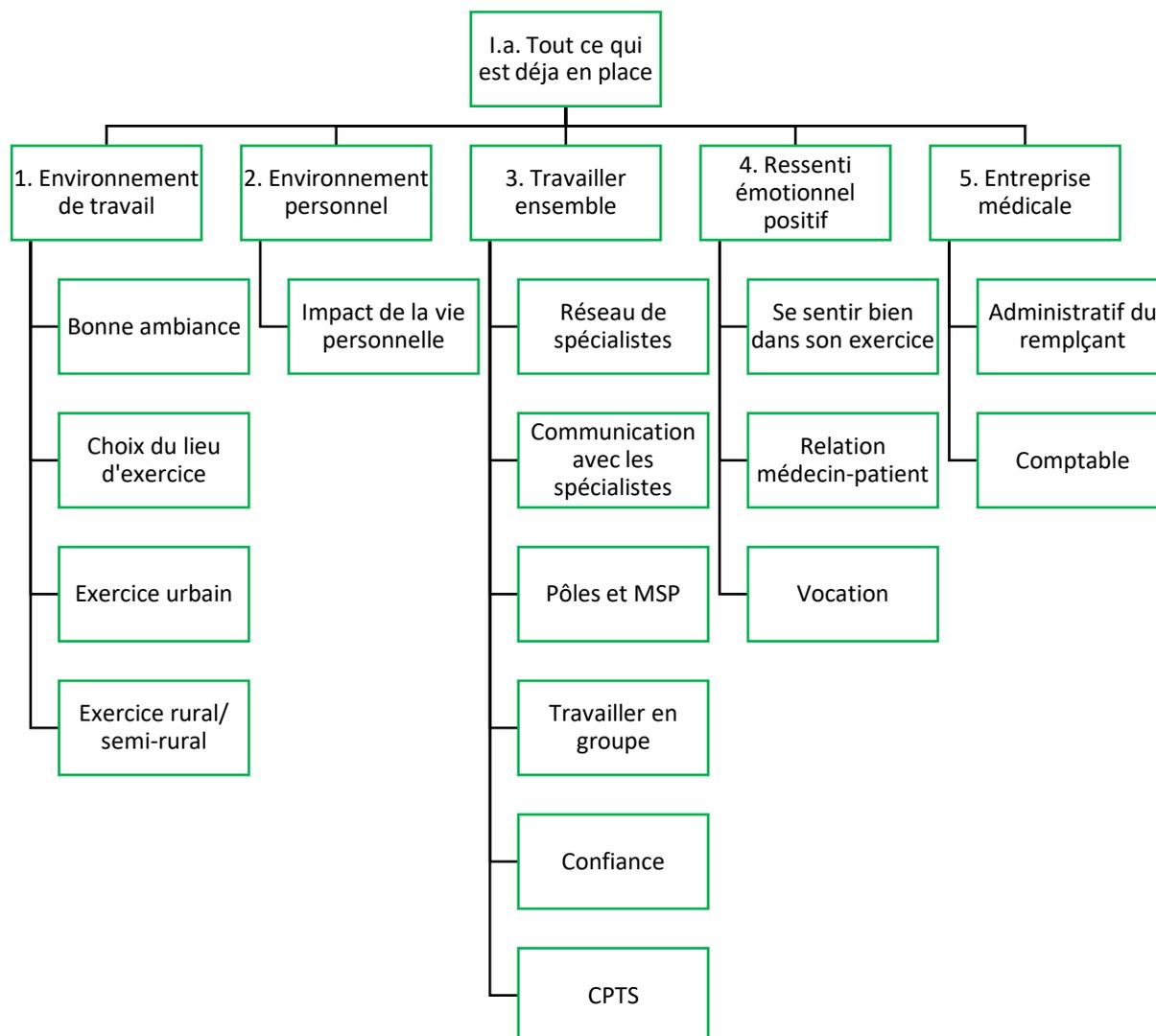
Dans mon arbre, j'ai fait apparaître chaque idée codée, la dernière arborescence correspond donc à la sous-catégorie la plus subdivisée.



F40. Trame principale de mon arbre à code

c.1. Facteurs favorisant l'exercice de la médecine générale

c.1.i. Tout ce qui est déjà en place



F41. Trame secondaire de mon arbre à code – tout ce qui est déjà en place, partie 1

○ Environnement de travail

Dans les facteurs favorisant, les médecins remplaçants et collaborateurs citent la **bonne ambiance** de travail avec les autres professionnels comme le dit E1 « des affinités qui se sont créées et c'est vrai que moi, c'est le plus important presque, hein, c'est de me sentir bien là où je travaille » (E1.L54). 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** ou plus **urbain**.

○ Environnement personnel

Le lieu d'exercice professionnel résulte de l'**impact de la vie personnelle** sur celui-ci, comme le dit L2 « c'est surtout le domicile que tu as choisi qui va déterminer ton lieu d'installation » (L2.L385) ou encore C4 quand elle explique « faut quand même pouvoir aimer y vivre » (C4.L269).

○ **Travailler ensemble**

On retrouve différents niveaux de « travailler ensemble », à la plus petite échelle, **travailler en groupe** au sein d'un même cabinet pour une bonne communication, avec les **pôles et MSP** favorisant l'exercice en collaboration. A une plus grande dimension avec les **CPTS**, puis à l'échelle « inter spécialité » au niveau du territoire avec l'importance d'avoir son **réseau** et de pouvoir **communiquer avec les spécialistes**. Dans ce cadre sont cités par les interviewés les télé-expertises, OmniDoc, mails sécurisés, les appels téléphoniques directs.

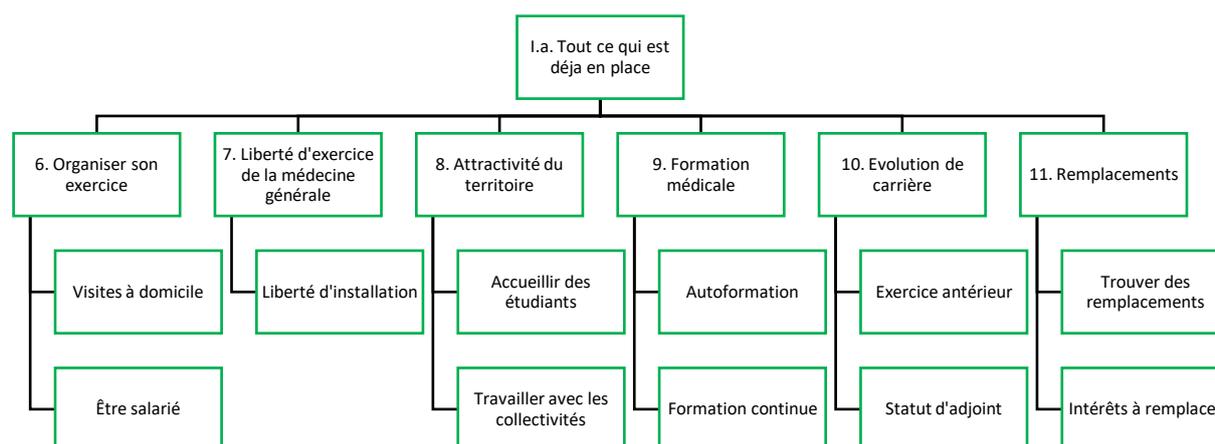
Enfin, à tous ces niveaux cités, la notion de **confiance** en ses collègues pour travailler semble primordiale. Tel que le dit Y5 « il y a une confiance qui se met en place ou qui existe et je pense que ça c'est important » (Y5.L98-99).

○ **Ressenti émotionnel positif**

Dans cette idée, les médecins remplaçants et collaborateurs évoquent leur **vocation** initiale c'est-à-dire leur désir de faire ce métier et de se sentir utile comme l'explique E1 « je voulais vraiment bosser là où il y avait le plus besoin de moi » (E1.L505). Et au-delà de cet appel, il y a aussi le fait de **se sentir bien dans son exercice**, de sentiment satisfaisant à la pratique de la médecine générale ambulatoire tel que décrit par X3 « je continue à me plaire dans cette activité » (X3.L37). Parmi ce qui plait justement dans ce métier c'est la **relation médecin –patient**, ce lien humain, comme le rapporte Y5 « me donne envie aujourd'hui de continuer ce métier c'est vraiment du fait d'avoir retrouvé le lien humain qui existe en médecine générale » (Y5.L301-302).

○ **Entreprise médicale**

Parmi les facteurs favorisant l'exercice de la médecine générale chez les médecins remplaçants ou collaborateurs c'est que **l'administratif du remplaçant** de façon générale est diminué et sinon il y a la possibilité d'avoir recours à un **comptable**.



F42. Trame secondaire de mon arbre à code – tout ce qui est déjà en place, partie 2

○ **Organiser son exercice**

Dans l'aménagement de son exercice, **les visites à domicile** ont été mentionnées comme encourageant la pratique de la médecine générale ambulatoire. Dans un tout autre registre, **être salarié** semble présenter des avantages intéressants pour C4 car « ça cadrerait un petit mieux les heures de travail » (C4.L351).

- **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 les médecins remplaçants et collaborateurs par la **liberté d'installation** dans le sens d'avoir le choix de s'installer ou non.

- **Attractivité du territoire**

Celle-ci dépend de 2 principaux facteurs rapportés par les médecins remplaçants et collaborateurs interrogés. Le premier étant **d'accueillir des étudiants** du fait de l'impact des études et stages sur le lieu d'exercice comme l'a souligné Y5 « il est parti à la retraite et les médecins qui sont dans sa maison médicale, c'est ses anciens internes » (Y5.L535-536). Ensuite on trouve le fait de **travailler avec les collectivités**, par là on va parler des infrastructures et service public local tel que précisé par E1 « c'est la mairie qui nous cède des locaux » (E1.L191-192).

- **Formation médicale**

La formation se poursuit après l'internat, que ce soit par **autoformation** comme le relève C4 « remplacer permet de prendre de l'assurance » (C4.L50) ou par la participation à la **formation continue**.

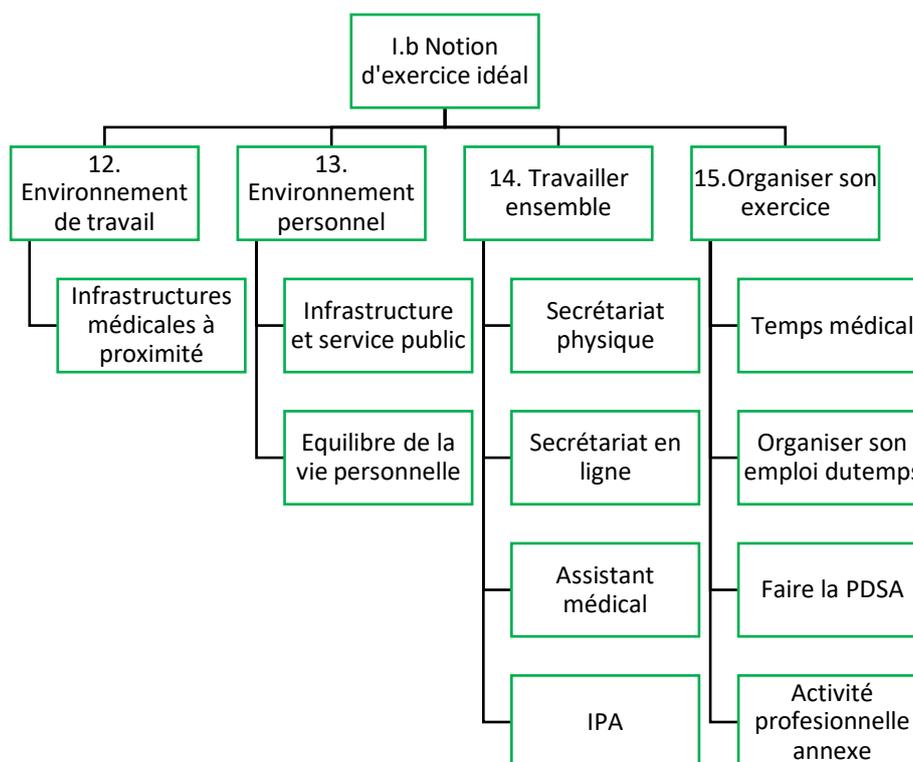
- **Evolution de carrière**

Ces entretiens ont fait ressortir des **exercices antérieurs** à la médecine générale ambulatoire, et donc une carrière professionnelle évolutive comme c'est le cas pour Y(« j'ai fait une carrière de médecin urgentiste pendant 20ans » (Y5.L14). Aussi il existe de nombreux statuts pour pratiquer la médecine générale ambulatoire avec par exemple celui **d'adjoint**, médecin ayant fini son internat mais n'ayant pas encore soutenu sa thèse.

- **Remplacements**

Les **intérêts à remplacer** sont multiples chez les interrogés, parmi ces bénéficiaires il y a la « souplesse dans notre emploi » (X3.L44) ou encore « permet de voir différentes façons de travailler » (C4.L52). Enfin parmi ce qui est déjà en place et favorisant l'exercice de la médecine générale, il y a les différents moyens de **trouver des remplacements**. Sont cités le bouche à oreille, des anciens MSU, groupes Facebook,...

c.1.ii Notion d'exercice idéal



F43. Trame secondaire de mon arbre à code – notion d'exercice idéal, partie 1

○ Environnement de travail

D'après les médecins remplaçants et collaborateurs lors des entretiens, un exercice idéal passe par un environnement de travail adapté avec des **infrastructures médicales à proximité** avec selon C4 « un labo dans le secteur, [...] un cabinet de radiologie » (C4.L276-277).

○ Environnement personnel

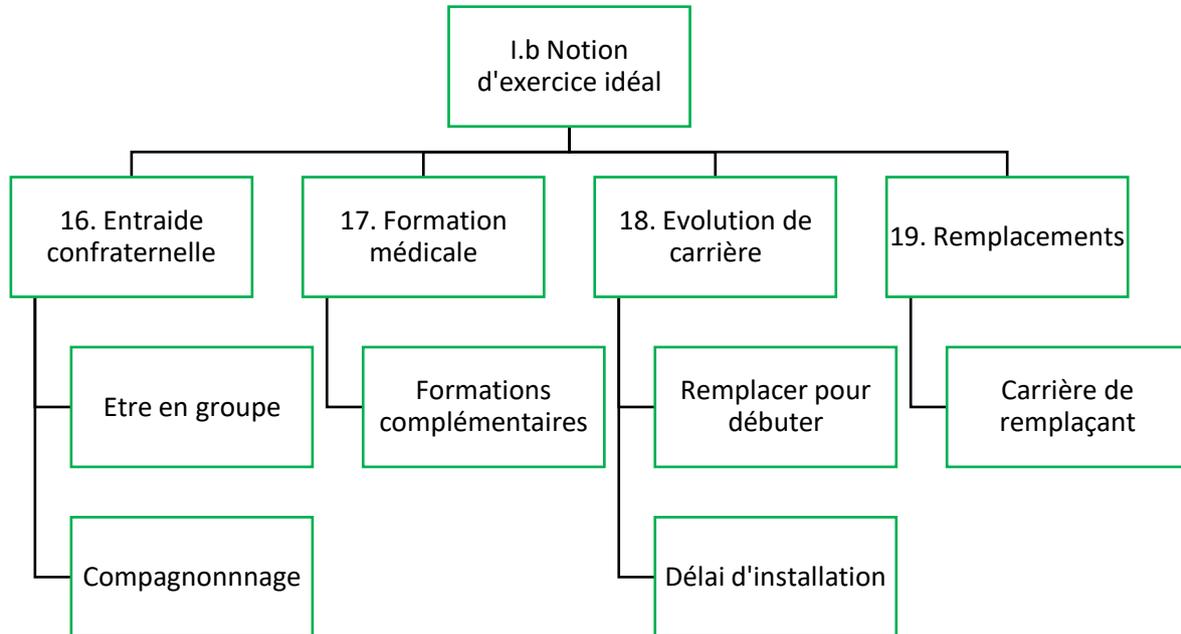
L'environnement personnel idéal selon eux comporte des **infrastructures et services publics** adaptés à une vie de famille comme des écoles et crèches. Il est également important pour eux de trouver un **équilibre de la vie personnelle**, en dehors du travail comme « les loisirs, les enfants, la famille » (Y5.L492-493).

○ Travailler ensemble

D'après les entretiens, travailler avec des personnes qui assistent le médecin fait partie des indispensables. Parmi celles-ci on retrouve le **secrétariat physique** mais aussi le **secrétariat en ligne**, l'**assistant médical** et les **IPA** : « Je préfère travailler avec une secrétaire » (C4.L112), « je trouve que l'idée des assistants médicaux c'est une très bonne idée » (E1.L229-231).

○ **Organiser son exercice**

Dans le concept de l'exercice idéal, en ce qui l'organisation de sa pratique, le **temps médical** supplante largement le temps administratif, d'après X3 « la grande majorité de mon activité elle est médicale » (X3.L159). Ceci passe par **l'organisation de son emploi du temps** selon sa propre envi comme l'explique E1 « j'aime bien avoir ma liberté et choisir les horaires et les jours de travail » (E1.L141-142), ou encore par sa **participation à la PDSA**. Certains cherchent également à avoir une **activité professionnelle annexe** en plus de celle de médecin généraliste comme c'est le cas pour X3 « double activité de pompier volontaire et de médecin généraliste » (X3.L16).



F44. Trame secondaire de mon arbre à code – notion d'exercice idéal, partie 2

○ **Entraide confraternelle**

On retrouve une volonté d'**être en groupe**, de travailler à plusieurs comme le décrit C4 « on peut discuter des patients et ça peut aboutir à, plus facilement, à dénouer des situations ». Aussi afin d'aider les jeunes médecins au début de leur carrière, la notion de **compagnonnage** est revenue, avec notamment E1 « du compagnonnage mais pré-installation » (E1.L427), « en tant que bébé docteur, on est souvent confrontés à l'incertitude et c'est pas mal quand même d'avoir un médecin qui a plus de bouteilles à côté » (E1.L124-126).

○ **Formation médicale**

L'exercice idéal passe pour certains par la réalisation de **formations complémentaires** autres que celles du DES, tels que des DU.

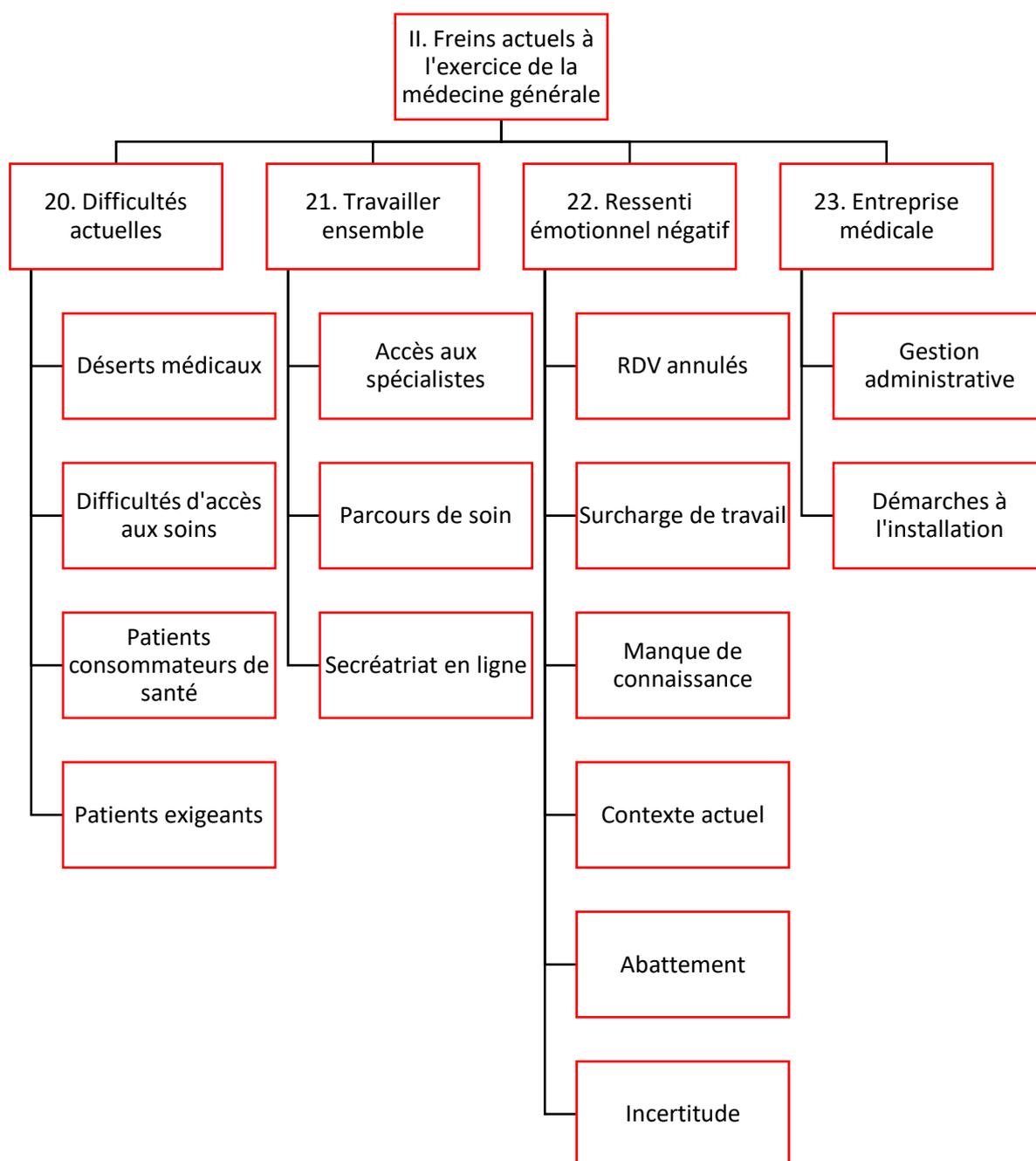
○ **Evolution de carrière**

Parmi les médecins interrogés souhaitant s'installer plus tard, le **délai d'installation** idéal après la fin de l'internat est de 1 à 2ans « une ou deux années de remplacements » (L2.L45). Ceci sous-entend leur désir de **remplacer pour débiter** leur carrière professionnelle tel qu'expliqué par C4 « c'est une bonne transition SASPAS – installation » (C4.L59).

○ **Remplacements**

A contrario, pour ceux ne souhaitant pas s'installer, ils expriment leur désir de **carrière de remplaçant** exclusif comme Y5 « Ah non, non moi je m'installerai jamais » (Y5.L307).

c.2. Freins actuels à l'exercice de la médecine générale



F45. Trame secondaire de mon arbre à code – freins actuels à l'exercice de la médecine générale ambulatoire, partie 1

○ Difficultés actuelles

Le contexte général actuel ne facilite pas l'exercice de la médecine générale. Par là, les médecins remplaçants et collaborateurs veulent parler des **déserts médicaux** c'est-à-dire du manque certain de médecins généralistes mais aussi de spécialistes. Ceci conduisant à des **difficultés d'accès aux soins**, résumé en une phrase par E1 « il y a beaucoup plus de demandes par rapport à l'offre médicale qu'on peut proposer » (E1.L286).

A ceci en résulte des **patients exigeants** « ils voudraient qu'on soit tout le temps là » (Y5.L320), mais aussi des **patients consommateurs de santé**, entraînant une perte de temps médical pour des motifs peu pertinents.

○ **Travailler ensemble**

L'**accès aux spécialistes**, et plus précisément les difficultés dans les relations avec les spécialistes, est un frein. Par conséquent, le parcours **de soin** passant par les difficultés de prise de rendez-vous n'est pas simple.

Pour certains médecins interrogés le fait de travailler avec un **secrétariat en ligne** apparaît comme un frein à l'exercice de la médecine générale ambulatoire comme l'explique L2 : « personne pour les accueillir sur place ou pour répondre à leurs questionnements » (L2.L57-58).

○ **Ressenti émotionnel négatif**

Dans cette partie sont regroupés les différents éléments de la pratique de la médecine générale apportant un sentiment négatif. Parmi ceux-ci on retrouve la **surcharge de travail** faisant référence notamment à la demande médicale trop importante tel qu'évoqué précédemment.

Il y a aussi le fait de devoir faire face aux **rendez-vous annulés**, oubliés, entraînant souvent de la colère ; ou encore au **manque de connaissance**, faire face à des situations inédites où on se sent démuné.

Souvent tout cela a pour conséquence de faire naître de l'**abattement** chez ces médecins traduisant en quelque sorte la désillusion en exerçant la médecine générale, voire du « pessimisme ».

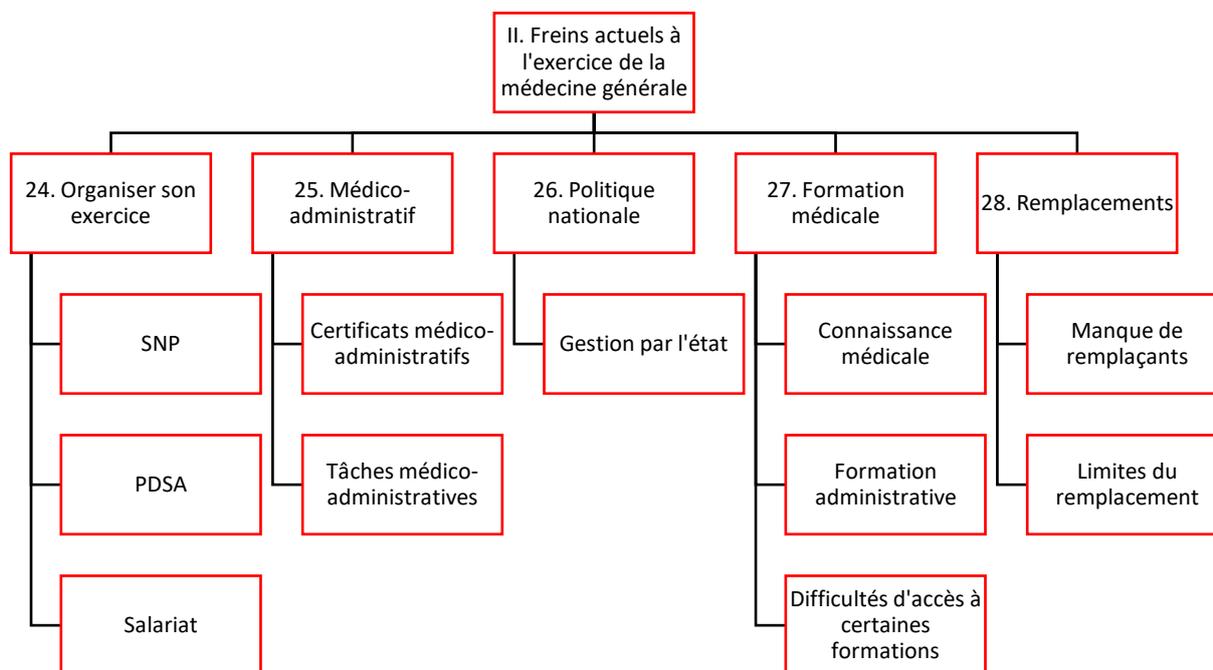
Pour les jeunes médecins remplaçants, ils ressentent de l'**incertitude** vis-à-vis d'une installation, voire de la « peur ».

Dans l'ensemble c'est travailler dans le **contexte actuel** qui est difficile avec des mots forts comme « maltraitance du monde médical », « c'est vraiment de la détresse », « ils en peuvent plus, ils en peuvent plus... ».

○ **Entreprise médicale**

Ce thème regroupe de nombreuses idées, à commencer par celle de **gestion de l'entreprise**, qui correspond à une bonne partie de l'activité professionnelle en médecine libérale en plus de l'activité médicale : « gestion d'un cabinet », « micro-entreprise ». Cette gestion est vue comme un frein pour les médecins, comme pour E1 « on est un peu assommé » (E1.L85) et pour Y5 « il y a beaucoup d'administratifs, trop d'administratifs » (Y5.L317).

Dans ce thème, les médecins interrogés ont également fait référence à tout ce qui concerne les **démarches à l'installation**. Ces difficultés sont mal vécues, particulièrement au niveau de la lenteur administrative.



F46. Trame secondaire de mon arbre à code – freins actuels à l'exercice de la médecine générale ambulatoire, partie 2

○ Organiser son exercice

Les médecins rapportent des difficultés à intégrer le **SNP** au sein de leur emploi du temps. Ils révèlent pour certains le peu d'entrain qu'ils éprouvent à participer à la **PDSA** comme C4 « ça peut être une contrainte de toute façon de temps et d'organisation » (C4.L386).

Dans un autre cadre de l'organisation de son exercice, **le salariat** est vu comme une « contrainte » et les médecins remplaçants et collaborateurs ne semblent pas se retrouver dans ce type d'exercice.

○ Médico-administratif

En terme de médico-administratif, **les certificats et les tâches médico-administratives** sont évoqués dans plusieurs entretiens et sont souvent vus comme lourds et chronophages. Pour les premiers, sont évoqués les dossiers MDPH et arrêts de travail entre autres. Pour ce qui est des tâches, cela rassemble le tri des comptes rendus, des biologies reçues, les scanner et intégrer aux dossiers, les demandes d'avis...

○ Politique nationale

Les médecins ne se trouvent pas soutenus ou considérés par **l'Etat**. Ils leur demandent de trouver des solutions « il faut réformer as mal de choses dans le système de santé ».

○ Formation médicale

Il est rapporté des manques dans la formation des médecins. Avec en premier lieu des difficultés face à certaines situations médicales inédites, un certain **manque de connaissance**. Outre le côté médical, au cours des entretiens il a été rapporté un manque de **formation administrative** comprenant des informations pour la création et la gestion de l'entreprise médicale.

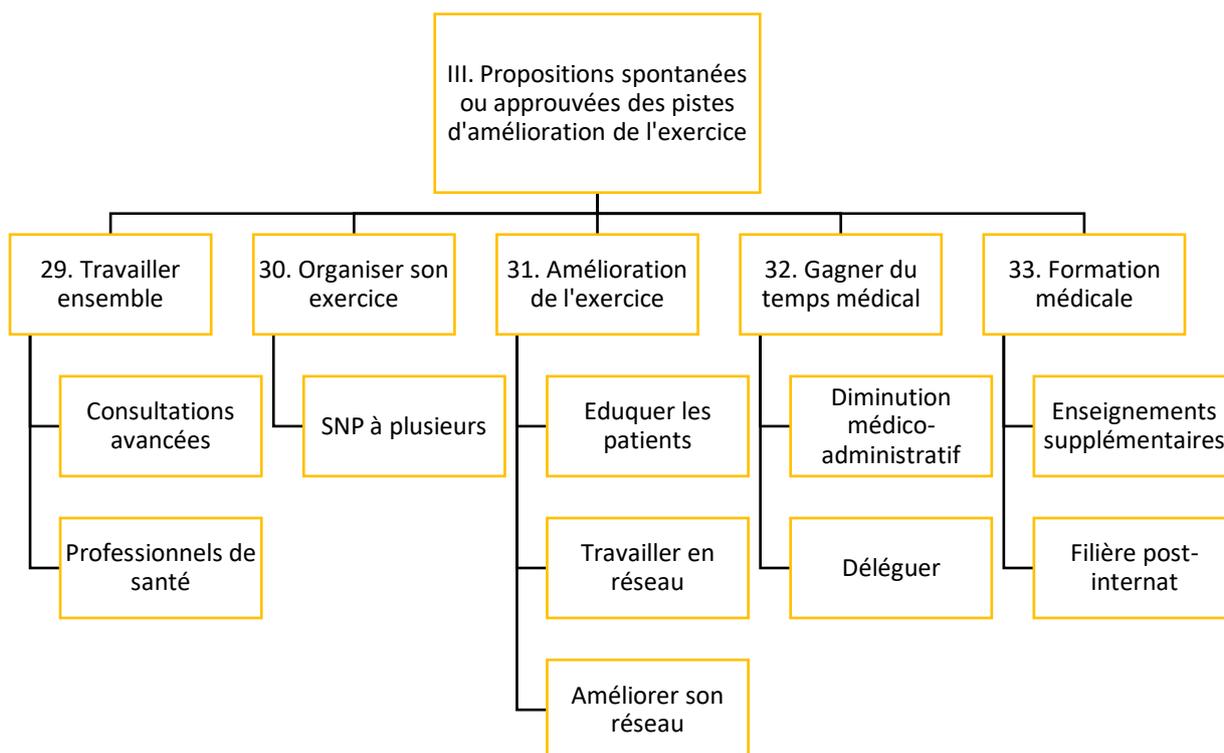
De plus, il a été souligné que certaines formations comme la DPC n'étaient plus accessibles aux médecins remplaçants. Ces **difficultés d'accès aux formations** sont très mal perçues.

○ Remplacements

Parmi les points négatifs sur le thème des remplacements, on note le **manque de remplaçants** par rapport à la demande. Les remplaçants et collaborateurs ont relevé des **limites du remplacement** tel que le manque de suivi des patients, pourtant au cœur du métier de médecin généraliste.

c.3. Propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice

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



F47. Trame secondaire de mon arbre à code – propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice

○ Travailler ensemble

La notion de travailler ensemble a été abordée dans cette partie là également. D'après les interrogés, plusieurs choses seraient possibles à mettre en place pour faciliter l'exercice. A commencer par avoir un sein d'un même bâtiment, cabinet, d'autres **professionnels de santé**, des spécialistes tels que cités par les médecins interviewés des infirmiers, dentistes, sage-femme, psychologue, pédiatre, rhumatologue... Selon C4 « on apprend beaucoup en mélangeant les spécialités » (C4.L309). Il est également ressorti l'idée de recevoir des spécialistes au sein de son cabinet pour faire des **consultations avancées**, qui toujours selon C4 « permet d'échanger et puis de se donner des nouvelles et de réadapter » (C4.L292).

○ Organiser son exercice

Dans ce thème, c'est l'organisation des soins non programmés qui a été relevée. L'objectif étant d'augmenter l'offre de **SNP en travaillant à plusieurs** médecins voir plusieurs cabinets comme l'explique L2 « de se dire, bah par exemple le lundi c'est cette personne là qui va gérer les soins non programmés » (L2.L220-221).

○ Amélioration de l'exercice

Pour améliorer leur exercice, l'une des pistes évoquées concerne le réseau. Tout d'abord **travailler en réseau**, c'est-à-dire la collaboration des différents cabinets au sein d'un même territoire pour améliorer l'offre de soin, comme le décrit L2, faisant référence également au point précédent « il faudrait un centre de soins non programmés pour plusieurs communes » (L2.L232-235), ou encore Y5 « je pense que si sur le territoire il y avait une permanence » (Y5.L461). Le deuxième pan du terme réseau se rapporte au fait d'**augmenter son réseau** de spécialistes, c'est-à-dire améliorer la qualité et quantité de celui-ci. Pour cela, le lien avec l'hôpital semble primordial d'après Y5 « les maisons médicales qui sont à l'entrée des urgences, ça permettrait peut-être au médecin généraliste d'entretenir un réseau hospitalier » (Y5.L75).

Un autre point a été rapporté, il s'agit d'**éduquer les patients**, de les responsabiliser vis-à-vis des « lapins » : le temps médical étant insuffisant par rapport à la demande de la population, un rendez-vous non honoré sans avoir été prévenu est un créneau perdu pour un patient en ayant besoin.

○ Gagner du temps médical

Comme expliqué plus haut, le temps médical manque pour subvenir aux besoins de la population. Pour cela des pistes ont été soulevées pour en gagner. La première consiste en **déléguer** notamment certaines tâches médico-administratives, par exemple, aux secrétaires ou assistants médicaux. E1 l'explique : « les assistants médicaux ça ferait voir plus de patients, des délais, plus de consultations et rendre service à plus de personnes » (E1.L230-231).

Ce gain de temps médical passera par une baisse du temps administratif et pour cela, l'une des idées est de **diminuer le médico-administratif**, les tâches jugées inutiles par les médecins. Parmi celles-ci, reviennent souvent certains certificats, arrêts de travail de quelques jours pour des viroses... L2 résume simplement en disant « c'est une (*rire*) une grosse partie de notre temps, qui pourrait être réduite je pense » (L2.L75-76).

○ Formation médicale

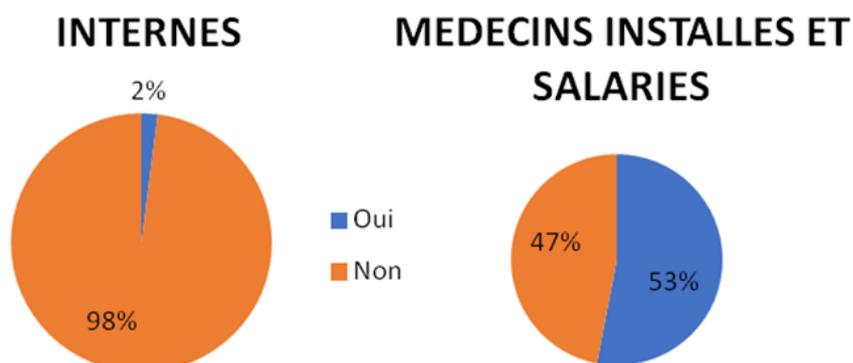
Des propositions concernant la formation sont faites dans 2 domaines : premièrement en ce qui concerne la **formation au sein de la filière post internat** : « comme du compagnonnage mais pré-installation » (E1.L427), « où on t'aide un petit peu à comment envisager la suite » (L2.L165), puis des **enseignements supplémentaires** qui pourraient intéresser pendant l'internat, souvent ceux-ci concernent la gestion de l'entreprise.

III.B. Extrait des 2 autres populations : les internes et les médecins installés

III.B.1. Questionnaires préliminaires

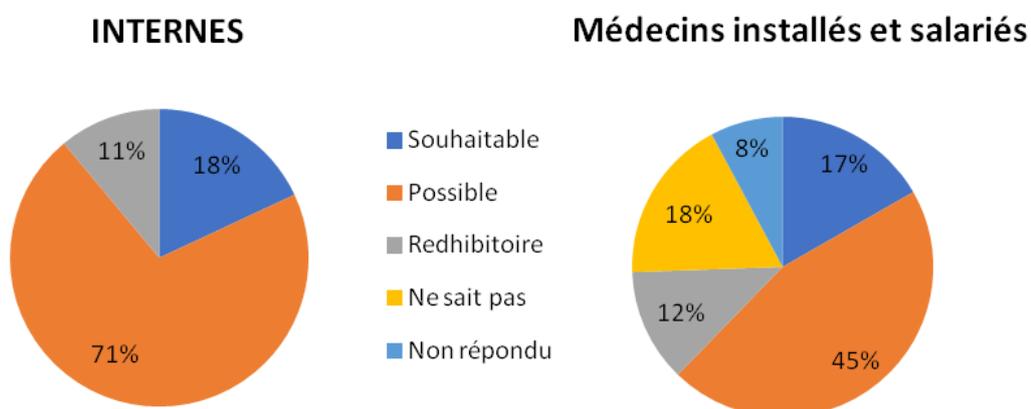
Dans cette partie je reprends uniquement des extraits de résultats des questionnaires préliminaires réalisés auprès des autres populations d'étude (médecins installés et salariés, internes) qui auront un intérêt pour la discussion.

○ **Originaire de Charente :**



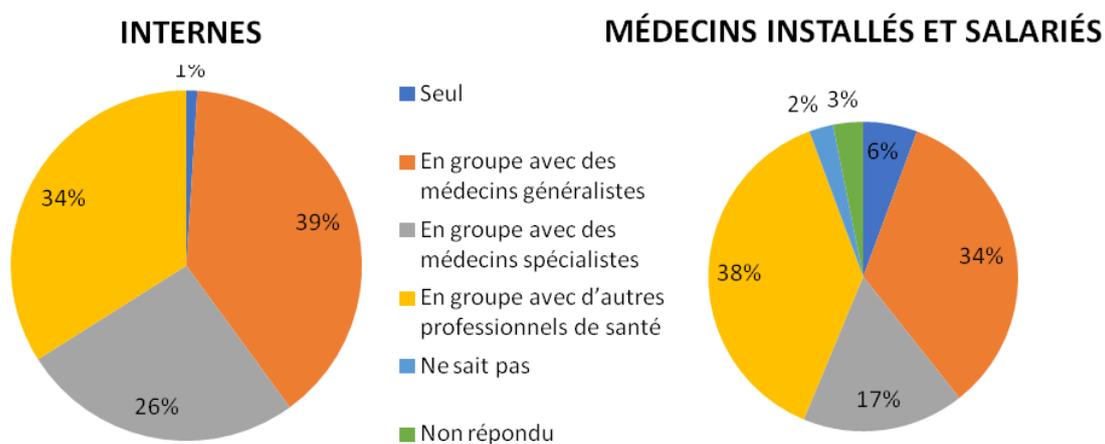
F48. Nombres d'internes et de médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire, originaires de Charente

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



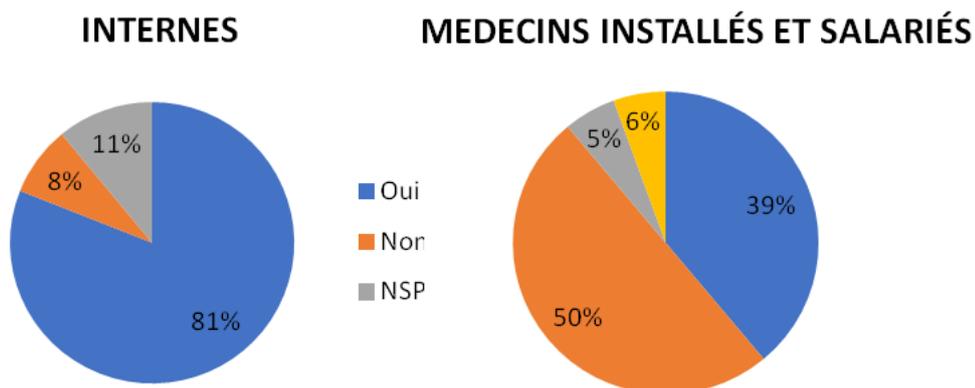
F49. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice en zone désertifiée

○ **Souhait d'exercice :**



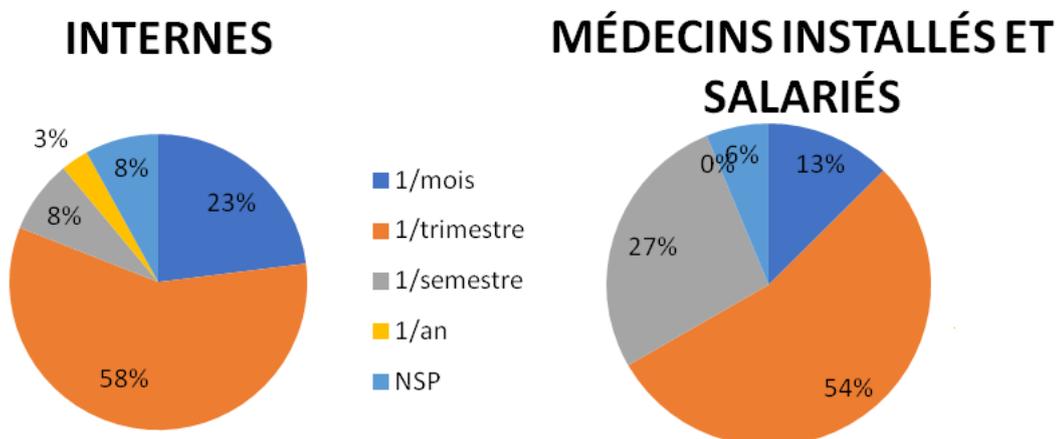
F50. Modalités d'exercice souhaitées par les internes et les médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire

○ **Souhait de participation à la permanence des soins ambulatoires :**



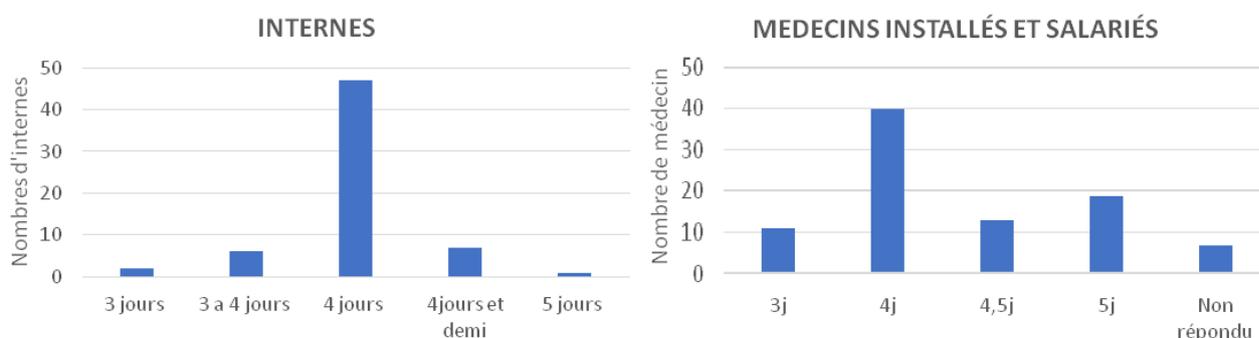
F51. Internes et médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire souhaitant participer à la permanence des soins ambulatoires en semaine

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



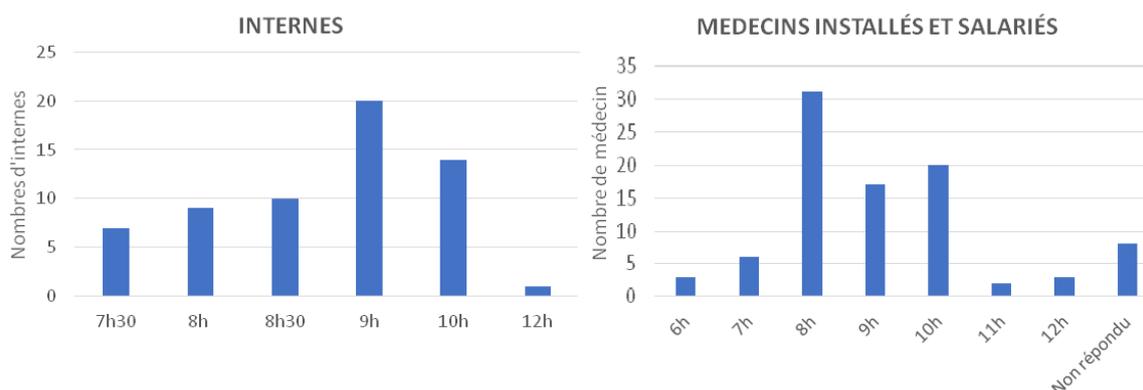
F52. Internes et médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire souhaitant réaliser des gardes le week-end

○ **Nombre de jours de travail souhaité par semaine :**



F53. Nombre de jours travaillés souhaité par les internes et les médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire

○ **Nombre d'heure de travail souhaité par jour :**



F54. Nombre d'heures travaillées souhaité par les internes et les médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire

○ **Points négatifs concernant l'exercice de la médecine générale ambulatoire**

POUR LES INTERNES	POUR LES MÉDECINS INSTALLÉS ET SALARIÉS
<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de remplacements - Mauvaise ambiance entre les professionnels - Difficulté d'accès aux spécialistes et aux plateaux techniques - Charges administratives - Obligation d'installation - Vie familiale / poste pour le conjoint - Surcharge de travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Surcharge de travail/paperasse - Le manque de collaboration ville/hôpital ou médecin généraliste/spécialiste - Trouver des remplaçants (voire successeurs) - Une demande grandissante des patients

Tableau 3. Points négatifs concernant l'exercice de la médecine générale ambulatoire selon les internes et les médecins installés et salariés

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

POUR LES INTERNES	POUR LES MÉDECINS INSTALLÉS ET SALARIÉS
<ul style="list-style-type: none"> - Liberté d'installation - Liberté d'organisation - Bonne ambiance entre professionnels - Relationnel avec le patient - Accès aux soins hospitaliers - Activité de groupe - Diversité de l'exercice 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de médecins et de paramédicaux - Revalorisations financières - Éduquer les patients - Arrêter les certificats et arrêts de travail courts

Tableau 4. Éléments majeurs qui pourraient déterminer positivement le choix d'exercer la médecine générale ambulatoire selon les internes et les médecins installés et salariés

III.B.2. Entretiens semi dirigés

Dans cette partie, nous avons, pour les 3 populations, défini la même trame pour la réalisation de l'arbre à codes : les facteurs favorisants, les freins et les propositions d'amélioration. (cf annexes 7, 8 et 9).

Des points ont été évoqués par les 2 autres populations, qui n'ont pas été soulevés par les remplaçants et collaborateurs.

Dans la partie concernant les facteurs favorisants/ exercice idéal, les internes ont fait remonter les aides financières à l'installation et les médecins installés eux ont abordé la prévention et la santé publique, mais aussi l'importance d'un équipement adapté, et les avantages d'un remplaçant fixe.

En ce qui concerne les pistes d'amélioration, les internes ont proposé la mise en place de plateforme comme pour les intérimaires pour trouver des remplacements/remplaçants. Ils ont également suggéré comme changement d'organisation de la médecine générale la notion d'"installation nomade", correspondant à une installation temporaire. Les médecins installés quant à eux avancent des protocoles pluri-professionnels.

Enfin, les freins inédits pour les internes se réfèrent à leur sentiment de ne pas être prêt à exercer et ce qui se rapporte à la gestion logistique d'un cabinet. Les médecins installés exposent, au-delà du surmenage, un burn out croissant, mais également que le travail en groupe n'est pas toujours évident. Ils dénoncent aussi les ROSP et tout ce qui se réfère aux statistiques médicales venant de plus en plus régir leur pratique de la médecine générale.

IV. DISCUSSION

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

IV.1.A. Ma population

L'objectif de mon étude était de recueillir auprès des médecins généralistes remplaçants, collaborateurs et adjoints leurs propositions spontanées de pistes d'amélioration des conditions d'exercice en médecine générale des médecins en Charente, et secondairement d'avoir leur 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 freins
- Les facteurs favorisants (ce qui est déjà en place d'une part et ce qui correspond à un « exercice idéal » d'autre part)
- 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 (« qu'est ce qui permettrait d'améliorer leur participation à l'offre de soins en Charente ? »), les propositions d'amélioration faites ou approuvées par les médecins remplaçants et collaborateurs lors des entretiens peuvent être résumées selon une trame ayant pour fil conducteur le lien des médecins généralistes avec les personnes et les institutions de leur environnement.

Au cours des différents entretiens, l'importance du **lien interprofessionnel** à chaque niveau des personnes travaillant avec le médecin généraliste a été mise en évidence.

Ainsi on voit apparaître la notion de travailler à plusieurs professionnels au sein d'un même cabinet. Nous avons vu que le souhait des médecins est de **travailler à plusieurs médecins généralistes**, ils ne veulent plus exercer seul.

L'entraide confraternelle revient souvent comme un élément primordial à un exercice idéal. Il est important pour les médecins de partager autour de situations vécues au cabinet, afin de pouvoir échanger et trouver des solutions mais également pouvoir se décharger émotionnellement de certaines situations.

Chez les jeunes médecins interrogés, ce désir de collaboration s'exprime en partie par leur manque d'expérience face à des situations inédites non rencontrées au cours de leurs études mais aussi par un certain manque de connaissances de gestion de l'entreprise.

L'idée de compagnonnage émerge de ces entretiens.

De la même façon que lorsque le groupe de réflexion s'est formé, nous avons évoqué la création d'une « **filière post-internat** ». Cette filière permettant de faire une transition entre la sortie de l'internat et l'installation. Avec des médecins déjà installés dans leur activité et volontaires, aider les jeunes diplômés en les accompagnant dans leur projet professionnel, leur apportant un soutien humain, les guidant pour trouver leur exercice idéal et s'y approcher.

Notre idée d'origine semble donc être approuvée par les médecins interviewés.

Un autre lien non négligeable est celui avec les professionnels paramédicaux travaillant également au sein du cabinet.

On note qu'un secrétariat est devenu indispensable pour les médecins, mais le métier d'assistant médical semble séduire également de plus en plus.

Le mot d'ordre est cependant « confiance ». Il ne peut y avoir de bonne collaboration interprofessionnelle sans cette notion. Cette relation peut alors permettre au médecin de déléguer certaines tâches et ainsi permettre de gagner du temps médical et par conséquent augmenter l'offre de soin, complètement insuffisante en ces temps par rapport à la demande de la population générale.

Cette solution de travail en collaboration avec secrétaire médicale et/ou assistant médical semble encourageante.

Une autre clé réside peut-être aussi dans **le lien entre les différents cabinets d'un même territoire**. On le sait, les soins non programmés font partie **des points noirs** de l'emploi du temps. Il est difficile voire impossible de pouvoir répondre à toutes les demandes, la journée d'un médecin n'étant pas extensible.

L'idée de collaboration entre différents cabinets afin de satisfaire les consultations d'urgences a émergé des entretiens, soit par des centres de soins non programmés, soit par une journée dédiée au soin non programmé par un médecin/ un cabinet. Cela tend vers l'idée de **réorganisation des tâches en médecine générale**.

Enfin, à une autre échelle, il semble important d'améliorer **le lien avec les médecins spécialistes**.

Le concept de réseau est revenu plusieurs fois au cours de ce travail de thèse.

Les relations entre médecins généralistes et les urgentistes/hospitaliers/spécialistes ne sont pas toujours simples.

Afin de faciliter l'accès aux spécialistes, l'idée de garder un pied à l'hôpital en travaillant de temps en temps aux urgences ou bien d'intégrer les maisons médicales de garde a été émise ou encore celle de pratiquer des consultations avancées au sein du cabinet de médecine générale. Ces dernières permettraient de favoriser les relations entre les divers professionnels de santé, d'échanger au sujet de patients et de continuer de se former de façon indirecte. D'une certaine manière, cela existe déjà avec d'autres acteurs de santé. Souvent on retrouve des infirmières, kinésithérapeutes, podologues, psychologues, et même sages-femmes collaborer avec des médecins généralistes, optimisant la prise en charge des patients.

L'une des autres pistes d'amélioration soulevées concerne **la relation du médecin avec le patient**.

Celle-ci est de plus en plus affectée par la difficulté d'accès aux soins.

Les patients sont perçus comme de plus en plus exigeants envers les médecins par ceux-ci. Le temps médical n'est pas suffisant pour subvenir aux besoins de la population générale. Certains patients sont qualifiés de consommateurs de santé par les professionnels. Ce sont des patients consultant pour des motifs ressentis comme peu pertinents par les médecins. Parmi ceux-ci, les médecins dénoncent certains certificats comme ceux d'enfant-malade, ou des arrêts de travail courts pour de simples viroses. Ces demandes sont vues comme faisant perdre du temps médical, les médecins sont favorables à diminuer la réalisation de ces certificats et tâches médico-administratives.

Cette idée passe aussi par la prise de conscience de la population vis-à-vis de ce problème de société qu'est la difficulté d'accès aux soins.

Dans cette même dynamique de responsabilisation, l'une des solutions évoquées lors des entretiens est la mise en place de mesure pour faire payer les patients qui n'honoreraient pas leur rendez-vous sans avoir prévenu à l'avance.

IV.1.B. Apport des résultats des autres populations

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

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.

IV.2 Points forts de l'étude

IV.2.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 rendu compte que pour réaliser un canevas d'entretien de qualité il était important d'avoir un premier aperçu de l'avis des médecins remplaçants et collaborateurs 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 sa pertinence, ainsi que la faisabilité de celui-ci.

De plus à la suite de la réception des résultats nous sommes allés 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 d'envoyer les questionnaires aux médecins remplaçants, adjoints et collaborateurs inscrits à l'ordre des médecins de Charente a permis de toucher une grande partie des médecins remplaçants exerçants dans le département (certains remplaçants exercent en Charente mais avec une licence de remplacement obtenue dans un autre département).

3. Intérêt de la méthode

L'objectif de ce questionnaire était de recueillir des idées que nous n'avions pas eu 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.

IV.2.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 eu 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 concertés pour la manière dont nous pouvions organiser les idées afin de répondre au mieux à notre question de recherche.

2. Échantillonnage

Nous avons laissé nos coordonnées à la fin des questionnaires préliminaires afin que les personnes volontaires pour la réalisation des entretiens semi-dirigés puissent se manifester.

Concernant ma population, je n'ai obtenu aucune réponse. Après concertation avec les autres membres du groupe de réflexion lors d'une réunion, il a été décidé que j'enverrais à des personnes que nous connaissions répondant aux critères un message leur demandant directement si elles accepteraient de participer à un entretien. Aussi pour augmenter mes chances d'obtenir une réponse, j'ai posté un message sur le groupe de remplacement de Charente et Charente Maritime sur Facebook.

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 (*cf annexe 4*), et à notre liste d'axes à explorer au cours des entretiens (*cf annexe 3*), nous avons une aide précieuse pour relancer la discussion sur des sujets dont nous souhaitons avoir l'avis des interviews 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.

IV.2.C. Taux de réponse

Le nombre de réponses au questionnaire préliminaire est de 13 pour 46 questionnaires envoyés soit un taux de réponse de 28%.

J'ai pu réaliser au total 5 entretiens, 3 ayant répondu au message personnel que je leur ai envoyé, et 2 via le groupe Facebook.

IV.3. Points faibles de l'étude

Pour le choix des participants aux entretiens, initialement nous avons prévu de ne choisir que des médecins remplaçants, adjoints ou collaborateurs exerçant dans le département de la Charente. Cependant faute de nombre suffisant j'ai élargi la sélection aux médecins exerçant également en Charente Maritime après discussion avec le groupe de réflexion.

Devant un faible nombre de personne volontaire aux entretiens et une quantité suffisante de données récupérées, après triangulation nous avons décidé d'arrêter à 5 entretiens.

Concernant la méthode de réalisation des entretiens, il est possible que nous ayons perdu des informations que nous aurions pu avoir si nous avions 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.

IV.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 révèle que 85% des médecins attendent un renforcement de la coordination entre les médecins généralistes et spécialistes, de plus 76% des médecins pensent qu'il est important de réfléchir collectivement 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 retrouvée 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.

IV.5. Impacts et perspectives

Le but de cette étude, comme défini par 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 de la Charente.

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 fait suggérer cette proposition : pour améliorer les conditions d'exercice de la médecine générale, il faut réorganiser et redistribuer les tâches effectuées par les médecins généralistes, 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 entraîne un accroissement des besoins 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.

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 communes et le Conseil Départemental de mettre en œuvre des actions afin d'attirer et de pérenniser les installations.

IV.6. Nouvelle question de recherche soulevée

Il pourrait être 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 3ème cycle, celle-ci va notamment impliquer les Docteurs Juniors en médecine générale avec la création d'une 4ème année d'internat de médecine générale.

Cette 4ème 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 4ème 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 bien auprès des médecins remplaçants, collaborateurs, installés 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 4ème année d'internat en médecine générale (phase de consolidation) sera une transition intéressante.

VI. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- F1. Évolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010 - Démographie médicale : situation 1^{er} 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 2016 – 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 remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F11. Age des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F12. Nombre de médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire qui ont des enfants
- F13. Nombre de médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire, originaires de Charente
- F14. Faculté de réalisation de l'externat des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F15. Faculté de réalisation de l'internat des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F16. Lieu de réalisation du stage de niveau 1 des internes ayant répondu au questionnaire
- F17. Lieu de réalisation du SASPAS des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F18. Nombre de médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire qui ont fait des remplacements pendant leur internat
- F19. Année de fin d'études des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F20. Nombre de médecins remplaçants et collaborateurs thésés ayant répondu au questionnaire
- F21. Année de soutenance de thèse des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F22. Statut d'exercice des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F23. Moyens de trouver des remplacements des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F24. Nombre de médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire qui pratiquent une activité médicale en plus de la médecine générale ambulatoire
- F25. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice en zone désertifiée
- F26. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice multisite
- F27. Statut souhaité par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire en début d'activité
- F28. Modalités d'exercice souhaitées par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F29. Souhait d'exercice partagé des médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F30. Type de planning souhaité par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F31. Nombre d'heures travaillées souhaité par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F32. Nombre de jours travaillés souhaité par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F33. Nombre de semaines de vacances souhaité par an par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- F34. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant faire des visites à domicile

- F35. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant participer à la permanence des soins ambulatoires en semaine
- F36. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant réaliser des gardes le week-end
- F37. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant réaliser une formation complémentaire
- F38. Médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire souhaitant avoir une pratique spécifique
- F39. Salaire moyen souhaité par les médecins remplaçants et collaborateurs ayant répondu au questionnaire
- Tableau 1. Réponses des médecins remplaçants et collaborateurs aux questions ouvertes (Q16 à 18)
- Tableau 2. Données socio démographiques des médecins remplaçants et collaborateurs participants aux entretiens semi dirigés
- F40. Trame principale de mon arbre à code
- F41. Trame secondaire de mon arbre à code – tout ce qui est déjà en place, partie 1
- F42. Trame secondaire de mon arbre à code – tout ce qui est déjà en place, partie 2
- F43. Trame secondaire de mon arbre à code – notion d'exercice idéal, partie 1
- F44. Trame secondaire de mon arbre à code – notion d'exercice idéal, partie 2
- F45. Trame secondaire de mon arbre à code – freins actuels à l'exercice de la médecine générale, partie 1
- F46. Trame secondaire de mon arbre à code – freins actuels à l'exercice de la médecine générale, partie 2
- F47. Trame secondaire de mon arbre à code – propositions spontanées ou approuvées des pistes d'amélioration de l'exercice
- F48. Nombre d'internes et médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire, originaires de Charente
- F49. Internes et médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire souhaitant un exercice en zone désertifiée
- F50. Modalités d'exercice souhaitées par les internes et médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire
- F51. Médecins remplaçants et collaborateurs souhaitant exercer en zone désertifiée
- F52. Internes et médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire souhaitant réallier des gardes le week-end
- F53. Nombre de jours travaillés souhaité par les internes et médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire
- F54. Nombre d'heures de travail souhaité par les internes et médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire
- Tableau 3. Points négatifs concernant l'exercice de la médecine générale ambulatoire selon les internes et les médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire
- Tableau 4. Éléments majeurs qui pourraient déterminer positivement le choix d'exercer la médecine générale ambulatoire selon les internes et les médecins installés et salariés ayant répondu au questionnaire

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 :

1/5

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^{ère} 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

3/5

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 APRES 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 soutenu votre thèse ? OUI NON

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

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

10/ Êtes-vous : REMPLACANT COLLABORATEUR ADJOINT

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

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, ROSP, 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 libéral 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 Médecins » 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 (cf clé USB jointe)

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

THEME	CODE	IDEE	VERBATIM
Difficultés actuelles	Déserts médicaux	Manque de médecins généralistes	E1.L195 « commencer à avoir des patients qui n'ont pas de médecin traitant pour pouvoir rendre service à la population » E1.L497 « c'est une ZAC » L2.L230 « beaucoup de patients qui n'ont pas de médecin traitant » Y5.L61 « l'accès aux médecins généralistes est de plus en plus compliqué » Y5.L317-318 « les médecins sont de moins en moins nombreux » Y5.L486 « le nombre de médecins généralistes va continuer à diminuer »
		Manque de spécialistes	E1.L209-210 « en Charente [...] il y a de moins en moins de spécialistes et du coup on adresse souvent assez loin » L2.L242 « il y a pas suffisamment de spécialistes » Y5.L62 « l'accès à l'hôpital pour les médecins généralistes s'est nettement compliqué »
	Difficultés d'accès aux soins	Difficultés d'accès aux soins	E1.L212 « on est amené à adresser loin les patients faute de médecins et faute de place, donc c'est de plus en plus compliqué » E1.L275 « les patients qui appellent le soir dans la PDSA, c'est des patients qui n'ont pas de médecin traitant » E1.L286 « il y a beaucoup plus de demandes par rapport à l'offre médicale qu'on peut proposer » X3.L74 « la difficulté d'accès aux spécialistes » Y5.L136 « l'accès aux soins des patients est très compliqué »
	Patients consommateurs de santé	Perte de temps médical pour des motifs peu pertinents	L2.L81 « les demandes abusives » X3.L407 « des consultations pour avoir un arrêt de travail de 3 jours pour une gastro et pour une rhino » X3.L418-419 « vous avez bon nombre de consultations dans la journée qui sont complètement inutiles » X3.L429 « le motif de consultation, c'est uniquement obtenir un certificat

			d'enfant malade. » X3.L441 « il y a des consommateurs »	
	Patients exigeants	Patients de plus en plus exigeant	Y5.L318 « les patients deviennent très exigeants » Y5.L320 « ils voudraient qu'on soit tout le temps là » Y5.L390 « t'es pris à partie par des patients parce qu'ils avaient 30-40min de retard » Y5.L562 « le patient est très exigeant »	
Environnement de travail	Bonne ambiance de travail	Travailler dans une bonne ambiance avec les autres professionnels	E1.L54 « des affinités qui se sont créées et c'est vrai que moi, c'est le plus important presque, hein, c'est de me sentir bien là où je travaille » E1.L480 « une bonne ambiance »	
	Choix du lieu d'exercice	Travailler dans un cadre agréable	E1.L183 « c'est vraiment que la ville me plaisait et j'avais vraiment envie de m'installer ici » C4.L269-270 « faut quand même pouvoir aimer y vivre parce que c'est un métier, on a besoin d'être ressource pour être disponible pour les patients et être efficace »	
	Exercice urbain	Avoir un exercice en ville		E1.L496 « c'est médecine de ville »
		Refuser d'exercer en ville		L2.L372 « L'urbain, non » L2.L373 « travailler en pleine ville ça m'intéresse pas forcément » Y5.L48-49 « jamais je n'irai travailler en centre-ville »
	Exercice rural / semi-rural	Avoir un exercice rural voire semi rural		L2.L373 « Le semi rural est pas mal » Y5.L17 « que de la médecine générale à la campagne ou en semi-rural » Y5.L18 « que du rural ou semi-rural ou même ça m'arrive de travailler en zone un peu isolée sur des îles » Y5.L239 « c'est toujours en rural/semi-rural »
	Infrastructures médicales à proximité	Avoir accès à des infrastructures médicales à proximité de son lieu d'exercice	C4.L276-277 «pouvoir avoir un labo dans le secteur [...] un cabinet de radiologie, certes pas un gros centre, mais c'est quand même pratique »	
Environnement personnel	Infrastructure et service public	Service public nécessaire pour un confort personnel	L2.L387 « les écoles de tes enfants, la crèche. Enfin voilà toutes les commodités que tu as besoin pour une vie de famille »	

	Equilibre de la vie personnelle	Importance d'avoir une vie personnelle en dehors du travail	X3.L177-178 « journée off je consacre à faire par des petits, mes affaires perso » X3.L179 « je fais un peu de sport » Y5.L492-493 « aujourd'hui il y a les loisirs, les enfants, la famille qui passent avant le travail »
	Impact de la vie personnelle	Lieu d'exercice professionnel en fonction de sa vie personnelle	L2.L309 « je ne retournerai pas parce que soit c'est trop loin de mon domicile parce que à plus de 30min » L2.L311 « j'ai vraiment axé sur la distance domicile-travail » L2.L381-382 « je sais que je vais pas dépasser les 20 minutes par rapport à mon domicile » L2.L385 « c'est surtout le domicile que tu as choisi qui va déterminer ton lieu d'installation » C4.L269 « faut quand même pouvoir aimer y vivre » C4.L271 « et puis sa famille puisse être bien »
Travailler ensemble	Réseau de spécialistes	Importance de connaître les spécialistes	E1.L203-204 « c'est aussi pour ça que je suis revenue ici, je connaissais déjà le réseau de professionnels de santé » E1.L207 « je me fais peu à peu mon petit réseau » X3.L278 « ça fait un échange de coordination médicale » C4.L296 « ça permet aussi d'avoir son réseau » Y5.L63 « j'ai un réseau hospitalier parce que j'ai bossé tellement d'années à l'hôpital » Y5.L64 « j'ai un réseau et j'ai facilement des rendez-vous » Y5.L83 « je connais l'hôpital et je connais les numéros, et je connais untel qui connaît untel »
	Parcours de soin	Difficultés de prise de rendez-vous	L2.L241 « toujours très compliqué d'avoir des rendez-vous » X3.L77 « les rendez-vous sont, ils sont très longs à obtenir »
	Accès aux spécialistes	Difficultés de la relation avec les spécialistes	L2.L240-241 « on est toujours très en difficulté pour avoir un réseau entre les spécialistes et la médecine générale » C4.L214 « à l'hôpital c'est un petit peu plus long, mais parce qu'il y a le standard » C4.L216 « un appel ça peut être 1 ou 2 créneaux de consult' »

			<p>C4.L421-422 « un spécialiste faut faire mail, un autre par téléphone, un autre faut faire OmniDoc »</p> <p>C4.423 « le biais change tout le temps pour les avis »</p> <p>Y5.L62 « l'accès à l'hôpital pour les médecins généralistes s'est nettement compliqué »</p> <p>Y5.L66 « c'est très compliqué l'accès à l'hôpital aujourd'hui »</p> <p>Y5.L81 « j'ai pas de réseau là-bas, c'est très galère »</p> <p>Y5.L130 « je trouve que l'accès à l'hôpital est de plus en plus difficile »</p>
	Communication avec les spécialistes	Pouvoir communiquer directement avec les spécialistes	<p>L2.L248-249 « téléconsultations qui peuvent se faire ou des télés, des télé-expertises qui peuvent se faire sur des logiciels type Omnidoc ou par mail sécurisé »</p> <p>L2.L254-255 « ça améliore je pense la communication plutôt que de l'appeler en pleine consultation ou en pleine journée »</p> <p>L2.L259 « ça se développe pas mal »</p> <p>X3.L152-153 « moi je préfère appeler quand il y a un dossier et qui a qui je préfère appeler le spécialiste »</p> <p>X3.L153 « un Doc to doc au téléphone »</p> <p>X3.L261 « Avec Omnidoc et cetera. Là il y a des tentatives de faciliter l'accès »</p> <p>C4.L218 « pas mal de spécialistes qui fonctionnent aussi par mail »</p> <p>Y5.L83 « je connais les numéros »</p>
	Pôles et MSP	Les structures pour un exercice en collaboration	<p>E1.L38 « en maison de santé du coup avec 5 autres médecins déjà installés »</p> <p>E1.L190 « on agrandit la structure »</p> <p>E1.L194 « il y a cette logique de coordination des soins »</p>
	Travailler en groupe	Intérêt du travail en groupe	<p>E1.L38 « avec 5 autres médecins déjà installés »</p> <p>E1.L245-246 « ils discutent de manière mensuelle ou trimestrielle des patients qui posent problème »</p> <p>L2.L18-20 « plutôt dans un cabinet de groupe avec plusieurs médecins, une secrétaire, une infirmière asalée. C'était un petit peu ce que j'avais pu</p>

			<p>imaginer au décours de mes différents stages »</p> <p>L2.L25 « avec un médecin »</p> <p>L2.L34-35 « s'entourer d'un peu plus de médecins au cours de la même journée, ça serait bien pouvoir avoir plus de liens »</p> <p>L2.L47-48 « avec un secrétariat en ligne, une assistance médicale, Bah ça me déplairait pas non plus »</p> <p>C4.L195 « dans un cabinet de groupe on peut discuter »</p> <p>C4.L196 « c'est plus confortable »</p> <p>C4.L286 « communication des informations sur les patients »</p>
	Secrétariat physique	Avoir un secrétariat physique	<p>E1.L60 « il y a 3 secrétaires »</p> <p>C4.L112 « je préfère travailler avec une secrétaire sur place »</p> <p>C4.L124 « une bonne secrétaire ça fait gagner beaucoup de temps »</p> <p>C4.L186 « elle a une secrétaire très efficace »</p>
	Secrétariat en ligne	Avoir un secrétariat en ligne	<p>L2.L47 « avec un secrétariat en ligne »</p> <p>L2.L61-62 « elles font autant que du présentiel »</p>
		Inconvénients du secrétariat en ligne	<p>L2.L55 « qu'ils sont un petit peu plus embêtés au fait qu'il y ait pas de secrétariat en présentiel »</p> <p>L2.L57-58 « personne pour les accueillir sur place ou pour répondre à leurs questionnements »</p> <p>C4.L122 « c'est pas le plus confortable »</p>
	Assistant médical	Avoir un assistant médical	<p>E1.L60 « il y a [...] une assistante médicale »</p> <p>E1.L229-231 « je trouve que l'idée des assistants médicaux c'est une très bonne idée »</p> <p>L2.L56 « maintenant y a une assistance médicale »</p> <p>L2.L70 « on a la chance d'avoir une assistante »</p> <p>L2.L97 « c'est primordial »</p> <p>C4.L143 « je pense que c'est bien »</p> <p>C4.L145 « quelqu'un qui va être le suppléant du médecin »</p> <p>C4.L151 « un bon outil, une bonne collaboration »</p> <p>C4.L157 « c'est un fonctionnement binôme et c'est peut-être plus adapté »</p>

	IPA	Travailler avec une IPA	C4.L132 « elle nous a plutôt assistés comme un binôme C4.L135 « c'était pas une infirmière qui faisait des ordonnances »
	Confiance	Avoir confiance en ses collègues pour travailler	E1.L134 « je sais que je peux leur faire confiance » C4.L139-141 « j'aurais je pense du mal à confier des patients pour renouvellement si c'est pas une personne avec laquelle j'ai beaucoup travaillé, avec laquelle j'ai confiance » C4.L142 « il faut avoir une certaine confiance » C4.L152 « l'autonomie de l'assistant médical doit aussi dépendre de la confiance médecin-assistant médical » Y5.L98-99 « il y a une confiance qui se met en place ou qui existe et je pense que ça c'est important »
	Professionnels de santé	Avoir au sein d'un même bâtiment d'autres professionnels de santé, des spécialistes	C4.L285-286 « dans le même bâtiment des infirmiers, dentistes » C4.L288 « il y a une sage-femme, une psychologue et une pédiatre » C4.L307 « une rhumatologue » C4.L309 « je pense qu'on apprend beaucoup en mélangeant les spécialités » C4.L342 « enrichir les équipes »
	Consultations avancées	Recevoir des spécialistes dans son cabinet pour faire des consultations avancées	C4.L289 « la pédiatre fait des vacations d'une demi-journée » C4.L290 « on peut lui présenter le dossier » C4.L292 « ça permet d'échanger et puis de donner des nouvelles et de réadapter » C4.L296 « avoir aussi son réseau » C4.L306 « les consultations avancées je pense que ça peut être, enfin, vraiment sympa » C4.L307 « une rhumatologue qui vient une fois par semaine » C4.L308 « ça doit vraiment enrichir la prise en charge » C4.L330 « quand ça devient trop spécialisé, avoir une discussion »
	CPTS	Faire partie d'une CPTS	C4.L182-184 « elle est en CPTS, c'est-à-dire qu'elle est pas dans le même cabinet que d'autres médecins, mais d'autres médecins dans le secteur ont accès aux dossiers de ses patients »

Ressenti émotionnel positif	Se sentir bien dans son exercice	Sentiment satisfaisant à l'exercice de la médecine générale libérale	<p>E1.L141 « j'aime bien avoir ma liberté »</p> <p>E1.L464 « tu vois le bénéfice de ta prise en charge »</p> <p>E1.L485 « épanouissement médical »</p> <p>L2.L35-36 « je changerais pas forcément parce que ça me convient pour le moment »</p> <p>X3.L32 « je suis assez satisfait et puis je m'épanouis »</p> <p>X3.L37 « je continue à, à me plaire dans cette activité »</p> <p>X3.L53 « c'est un luxe que j'apprécie »</p> <p>X3.L299 « je suis assez satisfait de mon activité »</p> <p>Y5.L19 « j'aime ça, j'aime la pratique où tu es vraiment le médecin »</p> <p>Y5.L20 « ma pratique c'est celle aussi que je veux m'imposer »</p> <p>Y5.L197 « mon choix, alors là je le regrette vraiment pas »</p> <p>Y5.L201 « je me régale tous les jours »</p> <p>Y5.L245 « c'est juste passionnant »</p> <p>Y5.L246-247 « ce qui me plaît le plus dans la médecine générale aujourd'hui [...] c'est la relation médecin-patient »</p> <p>Y5.L313 « tel que je pratique la médecine générale, ça me convient très bien »</p>
	Relation médecin-patient	Bonne relation avec les patients	<p>X3.L31 « j'aime bien le contact avec les patients »</p> <p>X3.L55 « je pense que je suis apprécié dans mon activité »</p> <p>Y5.L246-247 « ce qui me plaît le plus dans la médecine générale aujourd'hui [...] c'est la relation médecin patient »</p> <p>Y5.L248 « c'est quand même la base de notre métier »</p> <p>Y5.L253-254 « je trouve que c'est le cœur du métier d'aller voir les gens chez eux »</p> <p>Y5.L301-302 « me donne envie aujourd'hui de continuer ce métier c'est vraiment du fait d'avoir retrouvé le lien humain qui existe en médecine générale »</p>
	Vocation	Le désir de faire ce métier et se	E1.L505 « je voulais bosser dans un désert médical »

		sentir utile	<p>E1.L507 « je voulais vraiment bosser là où il y avait le plus besoin de moi »</p> <p>X3.L13-14 « pour rendre service pour pouvoir permettre à mes confrères et mes consœurs de prendre quelques jours de repos de temps en temps »</p> <p>X3.L316 « on a vraiment un beau système de santé dans notre pays »</p> <p>Y5.L16-17 « j'ai décidé de venir à la médecine générale »</p> <p>Y5.167 « le plus beau métier du monde »</p> <p>Y5.L202 « la médecine générale m'intéresse beaucoup »</p> <p>Y5.L222 « c'est le métier le plus riche de la médecine »</p> <p>Y5.L227 « la médecine générale était la plus noble des médecines »</p>
Ressenti émotionnel négatif	RDV annulés	Faire face aux « lapins »	<p>E1.L74 « ce que j'apprécie pas trop c'est les lapins hein »</p> <p>E1.L78 « c'est déplaisant, hein, de voir des annulations de dernière minute, voire que d'annulation et pas d'excuse, donc ça c'est énervant »</p>
	Surcharge de travail	Demande médicale trop importante	<p>E1.L150 « il y a des moments où ça tire un peu le 4^{ème} jour »</p> <p>E1.L 337 « les patients qui n'ont pas de médecin traitant ils sautent dessus »</p> <p>E1.L339 « on a beaucoup de charge mentale au début de notre activité »</p> <p>E1.L336 « quelle pression on peut subir en tant que jeune médecin »</p> <p>E1.L504 « ce qui me fait peur, c'est d'être assailli de patients »</p> <p>C4.L354 « beaucoup de médecins qui s'usent à faire plus d'heures, toujours plus d'heures »</p> <p>C4.L355 « ne pas refuser les patients »</p> <p>C4.L408 « j'ai pas vu en tout cas de personne qui se prenait un repos après une garde »</p>
	Manque de connaissance	Difficultés ressenties face à un manque de connaissance, des situations inédites	<p>L2.L191-192 « des choses qui sont difficiles à gérer seul quand tu n'en as jamais fait en fait »</p> <p>X3.L82 « On est un petit peu, un petit peu démuni »</p>
	Contexte actuel	Difficulté de travailler dans le	E1.L213 « c'est de plus en plus compliqué »

		contexte actuel	<p>E1.L226 « (<i>blanc</i>) (<i>souffle</i>) il y a plein de choses qui dégringolent dans le système »</p> <p>E1.L263 « on continue d'en faire malgré le contexte actuel »</p> <p>X3.L200 « ça m'a mis un peu furax »</p> <p>X3.L242 « C'est encore épidermique et ça, ça m'a ça m'a profondément agacé »</p> <p>X3.L305 « ils en peuvent plus, ils en peuvent plus »</p> <p>X3.L307 « c'est vraiment de la détresse »</p> <p>X3.L308 « maltraitance du monde médical »</p> <p>Y5.L61 « les conditions se sont dégradées »</p> <p>Y5.L144 « faut voir l'état de l'hôpital [...] ça devient presque dangereux d'y travailler »</p>
	Abattement	Désillusion ressentie en exerçant la médecine générale	<p>E1.L274 « c'est tout un système qu'il faut améliorer »</p> <p>X3.L304 « beaucoup de pessimisme »</p> <p>X3.L313-315 « l'État et les institutions plutôt que de d'appuyer dans le sens soutien, ils appuient sur la tête pour les mettre sous l'eau quoi »</p> <p>X3.L323-324 « une telle conscience humaine de leur métier que en fait, ça tient grâce à leur bonne volonté. Et exclusivement grâce à leur bonne volonté. Et, mais ça, ça épuise les gens, ça épuise les gens. »</p> <p>C4.L48 « j'ai vu des collègues déplaquer »</p>
	Incertitude	Ne pas se sentir prêt à s'installer	<p>E1.L445 « je suis encore vraiment dans l'interrogation et dans le doute »</p> <p>E1.L446 « ça me fait peur d'être engagée »</p> <p>C4.L49 « ça m'a pas du tout donné envie »</p>
Entreprise médicale	Gestion administrative	Etre médecin généraliste c'est aussi gérer une entreprise	<p>E1.L85 « on est un peu assommé »</p> <p>E1.L87 « pour moi ça fait partie du boulot de médecin généraliste, c'est quelque chose que j'ai, j'ai admis »</p> <p>L2.L330 « il faut intégrer dedans souvent, bah de la compta »</p> <p>X3.L102 « tous les soirs, je fais mon, mon petit truc ensuite donc au niveau administratif »</p>

		<p>X3.L103 « j'ai pas la gestion d'un cabinet »</p> <p>X3.L123 « j'ai ma micro-entreprise »</p> <p>C4.L47 « le coté lourdeur administrative qui à que d'y penser m'étouffe »</p> <p>C4.L101 « géré par le médecin mais il a pas le temps »</p> <p>C4.L114 « ça fait poser des questions un peu sur le fait d'avoir un salarié »</p> <p>Y5.L310 « les médecins qui sont installés ont énormément de contraintes »</p> <p>Y5.L317 « il y a beaucoup d'administratifs, trop d'administratifs »</p>
Administratif du remplaçant	Administratif diminué pour les remplaçants	<p>X3.L96-97 « le côté administratif pour le généraliste remplaçant, il est quand même c'est pas c'est pas une énorme contrainte »</p> <p>X3.L116 « La contrainte administratif, je l'ai pas »</p> <p>X3.L116-117 « J'ai pas l'interface avec l'ARS, j'ai pas l'interface avec la Sécu, la CPAM, sauf ponctuellement »</p> <p>X3.L119 « j'ai pas de grosse pénibilité de ce côté-là »</p> <p>X3.L126 « ça ne prend pas non plus une grande partie de mon temps »</p> <p>X3.L130-131 « j'ai pas les petites fournitures, les, enfin, le matériel à acheter la maintenance de l'électro »</p> <p>C4.L83 « c'est assez simple d'utilisation »</p>
Démarches à l'installation	Difficultés administratives par rapport aux démarches liées à l'installation	<p>E1.L291-292 « il y a des bâtons dans les roues qui sont mis au niveau administratif, ça avance pas très vite »</p> <p>E1.L294 « c'est compliqué en fait, hein, ça prend du temps »</p> <p>C4.L74-75 « des histoires de délais [...] bien tomber parce que sinon ça peut aussi prendre des retards »</p> <p>C4.L76 « coordination CARMF et URSSAF qui est vraiment ... (<i>blanc</i>) pas très bien (<i>blanc</i>) »</p> <p>C4.L86 « j'attends que mon compte s'ouvre et ça marche pas et faut les rappeler régulièrement »</p>
Comptable	Pouvoir bénéficiaire d'un comptable pour	<p>C4.L92 « j'ai un ami en comptabilité donc c'est lui qui fait mon bilan »</p>

		faciliter	
Organiser son exercice	Temps médical	Part du temps médical par rapport au temps administratif	E1.L90 « j'ai quand même pas mal de temps médical » X3.L159 « la grande majorité de mon activité elle est médicale »
	Organiser son emploi du temps	Organiser selon son envie	E1.L141-142 « j'aime bien avoir ma liberté et choisir les horaires et les jours de travail » E1.L146 « je fais 4 jours par semaine et je fais 9h-19h » L2.L326-329 « Idéalement, ce qui n'est pas le cas actuellement [...] commencer à 08h00 à peu près des consultations de 15 minutes à peu près avec une pause de 15 minutes toutes les 3 consultations et jusqu'à 12h30. Reprendre vers 14h00 jusqu'à 19h00 » L2.L342 « Idéalement, bah ca serait 4 jours » C4.L167-170 « consultations de 9h à 12h30-13h, une demi-heure pour manger, 2 visites, peut-être 2 ou 3. Et puis reprise de 15h à 19h. Et puis ensuite en fonction du retard, il y a une demi-heure, enfin 1h de bio, plus les papiers, plus la compta » C4.L175 « souvent c'est 4 jours par semaine » C4.L217 « de 14 à 15 on peut faire les avis » C4.L236 « ce que j'essaie de faire c'est d'avoir en fait 3 patients 1 pause »
	SNP	Difficultés à intégrer les SNP à son EDT	E1.L111-112 « mes seuls soins non programmés, c'est les créneaux d'urgence que je me fixe dans la journée en fonction du secrétariat. Donc s'il y a, s'il y a besoin, si j'estime ça urgent, je le rajoute à mon planning » L2.L218-219 « avoir suffisamment de créneaux pour gérer ces soins non programmés » C4.L238-239 « soit il y a les créneaux d'urgence qui peuvent être donnés, soit je vois le patient sur une pause » Y5.L358 « c'est compliqué des fois de rajouter une ou deux consultations » Y5.L361 « ça prend du temps » Y5.L364-365 « y rajouter du soin »

		non programmé ...? On le fait, hein, on le fait. » Y5.L369 « A la campagne, on n'a pas le choix »
SNP à plusieurs	Augmenter l'offre de SNP en travaillant à plusieurs	E1.L257 « on va faire 4 jours pleins de soins non programmés, ce sera des demi-journées où on tournera chacun » L2.L208-209 « sur une semaine, il faut qu'il y ait toujours un médecin qui soit d'avis, je pense pour gérer les soins non programmés » L2.L220-221 « plusieurs médecins effectivement de se dire, bah par exemple le lundi c'est cette personne là qui va gérer les soins non programmés »
PDSA	Peu d'entrain à participer à la permanence des soins et des gardes	L2.L347 « Je sais pas. Je me suis pas posé la question encore » L2.L358 « j'ai été confronté à quelques gardes » L2.L360 « ça dépend le type de territoire, ça dépend la fréquence » L2.L362 « actuellement c'est vrai que si je je si je peux m'en passer pour le moment » C4.L383 « ça a l'air un peu quand même fatigant et lourd » C4.L386 « ça peut être une contrainte de toute façon de temps et d'organisation » C4.L390 « faut que ce soit quelque chose de justifier » Y5.L455 « je peux pas dire que j'y participe vraiment »
Faire la PDSA	D'accord pour participer à la PDSA	E1.L261 « on aura des gardes qui sont de PDSA qui sont en dehors des horaires de travail » L2.L358 « j'ai été confronté à quelques gardes » L2.L361 « je pense que si si j'y adhérerai » Y5.L454 « j'y participe si éventuellement si je prends un remplacement où il y a une »
Visites à domicile	Faire des visites à domicile	C4.L168 « 2 visites, peut-être 2 ou 3, des fois il n'y en a pas mais c'est quand même rare » Y5.L253-254 « je trouve que c'est le cœur du métier d'aller voir les gens chez eux » Y5.L254-255 « je suis peut-être le seul qui cherche des remplacements

			avec des visites » Y5.L259 « c'est extraordinaire la visite à domicile » Y5.L299 « je pense que c'est une erreur de vouloir à tout prix supprimer les visites ou de pas en faire »
	Le salariat	Pas intéressé par être MG salarié	E1.L140 « j'ai pas testé encore le salariat, j'ai eu des propositions, mais je pense que c'est pas fait pour moi en terme de contraintes » L2.L42 « le salariat ça m'enchante pas » L2.L43-44 « je me retrouve pas forcément dans cette manière d'exercice » C4.L350 « je sais pas si c'est forcément ce que j'aimerais faire plus tard »
	Être salarié	Avantages du salariat	C4.L351 « ça cadrerait un petit mieux les heures de travail » C4.L358 « cadrer par un contrat ça décharge un petit peu la culpabilité du médecin » C4.L359-360 « ils arrivent à mieux tenir les horaires et du coup, peut-être moins fatigués, et peut-être du coup être plus efficaces » C4.L366-367 « il a ses missions que ce soit bio ou avis, c'est compris dans son temps de travail »
	Activité professionnelle annexe	Activité professionnelle en plus de celle de médecin généraliste	X3.L16 « double activité de pompier volontaire et de médecin généraliste » X3.L23 « des semaines de vacation chez les pompiers »
Liberté d'exercice de la médecine générale	Liberté d'installation	Choisir de s'installer	E1.L33-34 « je projette de m'installer prochainement » E1.L117 « ce serait pour début 2024, donc un an et demi (<i>après la fin de l'internat</i>) » E1.L175-176 « j'avais pas du tout de projet d'installation, ça m'est tombé un peu au fil de mes remplas chez eux » E1.L479 « il y a cette liberté là en tant que libérale dans cette grosse maison de santé » E1.L481-482 « j'ai tous les avantages, euh, et très peu d'inconvénients en fait à l'installation »

Médico-administratif	Certificats médico-administratifs	Réalisation de certificats médico-administratifs pour le patient	E1.L88-89 « le remplissage de dossier MDPH ou des choses comme ça, qui sont assez chronophages » E1.L91 « effectivement les arrêts de travail c'est chronophage, il y a des nouveaux arrêts de travail liés aux accidents de travail, c'est très chronophage et c'est complètement con comme système » E1.L94 « certains certificats qui pourraient être supprimés » L2.L74 « Une grosse partie aussi arrêt de travail, bon de transport. » X3.L406 « les certificats inutiles, les trucs enfants malades »
	Taches médico-administratives	Réalisation des taches médico-administratives	L2.L67-69 « alors y a beaucoup beaucoup d'administratif. Ça, je pense que c'est une grosse chose à soulever, tous les comptes-rendus, toutes les bios qu'on reçoit, notamment par papier qu'il faut scanner, intégrer dans les dossiers» L2.L109-110 « qu'il faut au moins une bonne heure par jour, voire jusqu'à 2 h certains jours pour pouvoir vraiment tout gérer » X3.L155 « je considère ça comme faisant partie de l'acte médical » C4.L170 « il y a une demi-heure enfin 1 heure de bio, plus papiers » C4.L361 « tous les actes gratuits qu'on fait en médecine libérale finalement, le rappel des patients, les demandes d'avis »
Politique nationale	Gestion par l'état	Des solutions à trouver	E1.L228 « il faut réformer pas mal de choses dans le système de santé » X3.L328 « L'état devrait, devrait, comment, les appuyer et les aider » X3.L346-347 « si il y avait la considération, je pense qu' il y aurait moins de moins de mal-être » Y5.L152 « on vit peut-être pas sur la même planète »
Amélioration de l'exercice	Eduquer les patients	Responsabiliser les patients par rapport aux lapins	E1.L76-77 « mettre en place des mesures pour faire payer les patients qui se décommanderaient pas qu'à 48heures à un rendez-vous »
	Travailler en réseau	Collaboration des différents cabinets au sein d'un même territoire pour améliorer l'offre	L2.L232-235 « qu'il faudrait un centre de soins non programmés pour plusieurs communes où en gros, bah effectivement ce enfin le lundi par exemple, c'est ce cabinet médical qui gère pour cet ensemble du territoire

		de soin	là, le Mardi, est-ce que c'est un autre, ça pourrait être une solution » C4.L286 « communication des informations sur les patients » Y5.L461 « je pense que si sur le territoire il y avait une permanence »
	Augmenter son réseau	Améliorer la qualité et la quantité de son réseau de spécialistes	Y5.L73 « je pense que le médecin généraliste dès lors qu'il s'installe ne devrait pas couper avec l'hôpital » Y5.L75 « les maisons médicales qui sont à l'entrée des urgences, ça permettrait peut-être au médecin généraliste d'entretenir un réseau hospitalier » Y5.L89 « que le médecin généraliste garde un pied à l'hôpital » Y5.L551 « avoir un lien avec l'hôpital, ce serait à mon avis quelque chose de bien »
Gagner du temps médical	Diminuer médico-administratif	Diminuer les tâches jugées inutiles	E1.L103-104 « les certificats de sports inutiles répétés, les arrêts de travail,... il faudrait qu'il y ait une simplification administrative en fait tout simplement dans les tâches » E1.L94 « certains certificats qui pourraient être supprimés » L2.L75-76 « c'est une (rire) une grosse partie de notre temps. Qui pourrait être réduite, je pense. » L2.L81-82 « limiter les demandes, les demandes abusives déjà, diminuer les attentes de certains patients qui veulent des certificats à tout va, donc déjà limiter ce type de demande» L2.L99-100 « si on peut déjà diminuer ce temps de tâches administratives » X3.L407 « arrêt des consultations pour avoir un arrêt de travail de 3 jours pour une gastro et pour une rhino » X3.L410-411 « les entreprises, elles pourraient, elles devraient pouvoir dire bon bah OK toi t'as , t'as une semaine , y a une semaine en global pour l'année » X3.L443 « les certificats inutiles »
	Déléguer	Déléguer certaines tâches médico-administratives	E1.L230-231 « les assistants médicaux, ça ferait voir plus de patients, des délais, plus de consultations et rendre service à plus de personnes »

			<p>L2.L70-72 « d'avoir une assistante qui permet de faire ce type de, ce type de tâche donc, qui nous, qui nous laisse un petit peu plus de temps pour faire vraiment une partie un peu plus médicale »</p> <p>L2.L88-89 « ça aide pas mal pour ces tâches »</p> <p>C4.L100 « géré par la secrétaire ça a l'air un petit peu moins lourd »</p> <p>C4.L124 « une bonne secrétaire ça fait gagner beaucoup de temps »</p> <p>C4.L146 « décharger de certaines missions »</p> <p>C4.L186-188 « une secrétaire très efficace, qui va gérer le planning, donc qui va bien gérer urgences et consultation possiblement différée, qui va gérer certains courriers ou demandes et qui gère le paiement et la compta »</p>
Entraide confraternelle	Etre en groupe	Importance d'être à plusieurs	<p>E1.L123 « ils soient accessibles et disponibles en cas de besoin »</p> <p>E1.L136 « c'est donnant-donnant »</p> <p>C4.L111 « rentrer dans une équipe déjà créée ça peut être plus simple »</p> <p>C4.L195-196 « on peut discuter des patients et ça peut aboutir à, plus facilement à dénouer des situations des patients »</p> <p>C4.L197 « je fais plus d'appels spécialistes quand je suis toute seule »</p>
	Compagnonnage	Aider les jeunes médecins au début de leur carrière	<p>E1.L124-126 « en tant que bébé docteur, hein, on est souvent confrontés à l'incertitude et c'est pas mal quand même d'avoir un médecin qui a plus de bouteilles à cotés pour venir voir si on a besoin »</p> <p>E1.L132 « en qui j'ai confiance »</p> <p>E1.L135 « je peux leur faire confiance et ça les dérange pas d'être dérangé dans la journée si jamais j'ai vraiment besoin »</p> <p>E1.L396-397 « où des vieux médecins exercent déjà pour te conseiller »</p> <p>E1.L400 « faire des échanges d'expérience »</p> <p>E1.L427 « du compagnonnage mais pré-installation »</p> <p>Y5.L159-160 « j'étais chez les copains qui étaient médecins, mais</p>

			j'étais en doublure »
Attractivité du territoire	Accueillir des étudiants	Impact des études/ stage sur le lieu d'exercice	E1.L42 « un prat chez qui j'étais en SASPAS » L2.L23-24 « je connaissais sur mes différents stages, au niveau 1 ou SASPAS. Donc, c'est, c'était des endroits que je connaissais bien » L2.L272 « des anciens maîtres de stage » Y5.L533 « faire l'effort de prendre des internes » Y5.L535-536 « il est parti à la retraite et les médecins qui sont dans sa maison médicale, c'est ses anciens internes »
	Travailler avec les collectivités locales	Infrastructure et service public	E1.L191-192 « c'est la mairie qui nous cède des locaux qui sont à proximités de la MSP pour faire une installation de nouveaux médecins »
Formation médicale	Manque de connaissances médicales	Difficultés face à certaines situations médicales	E1.L317 « j'étais un peu en difficulté sur les prescriptions de soins anticipés chez une personne âgée » E1.L319 « c'est assez compliqué parce je suis jamais passée en soins palliatifs » E1.L323 « c'est (<i>être confronté à la famille, l'annonce du décès, etc</i>) de grosses lacunes dans notre internat » E1.L327 « sur les troubles addictologiques, je trouve qu'on est très mal formé » E1.L358 « j'avais pas d'expérience là-dessus » L2.L189-191 « toute la gestion de la personne âgée, l'institutionnalisation en maison de retraite, les documents, les enfin tout ce genre de choses quand tu n'y es pas confronté du tout au cours de tes études »
	Formation administrative	Manque d'informations pour la création et gestion de l'entreprise médicale	E1.L332 « sur le plan administratif on apprend sur le tas » L2.L115-117 « on a vraiment pas du tout été formé à tout ça (rire). Non, c'est une grosse partie qu'on apprend vraiment bah sur le tard, sur le métier » L2.L118-119 « on n'a pas été formé du tout au cours de nos études et c'est bien dommage » L2.L135-136 « On avait un séminaire, mais qui était pas du tout complet qui était pas adapté » L2.L166 « on nous lâche dans le

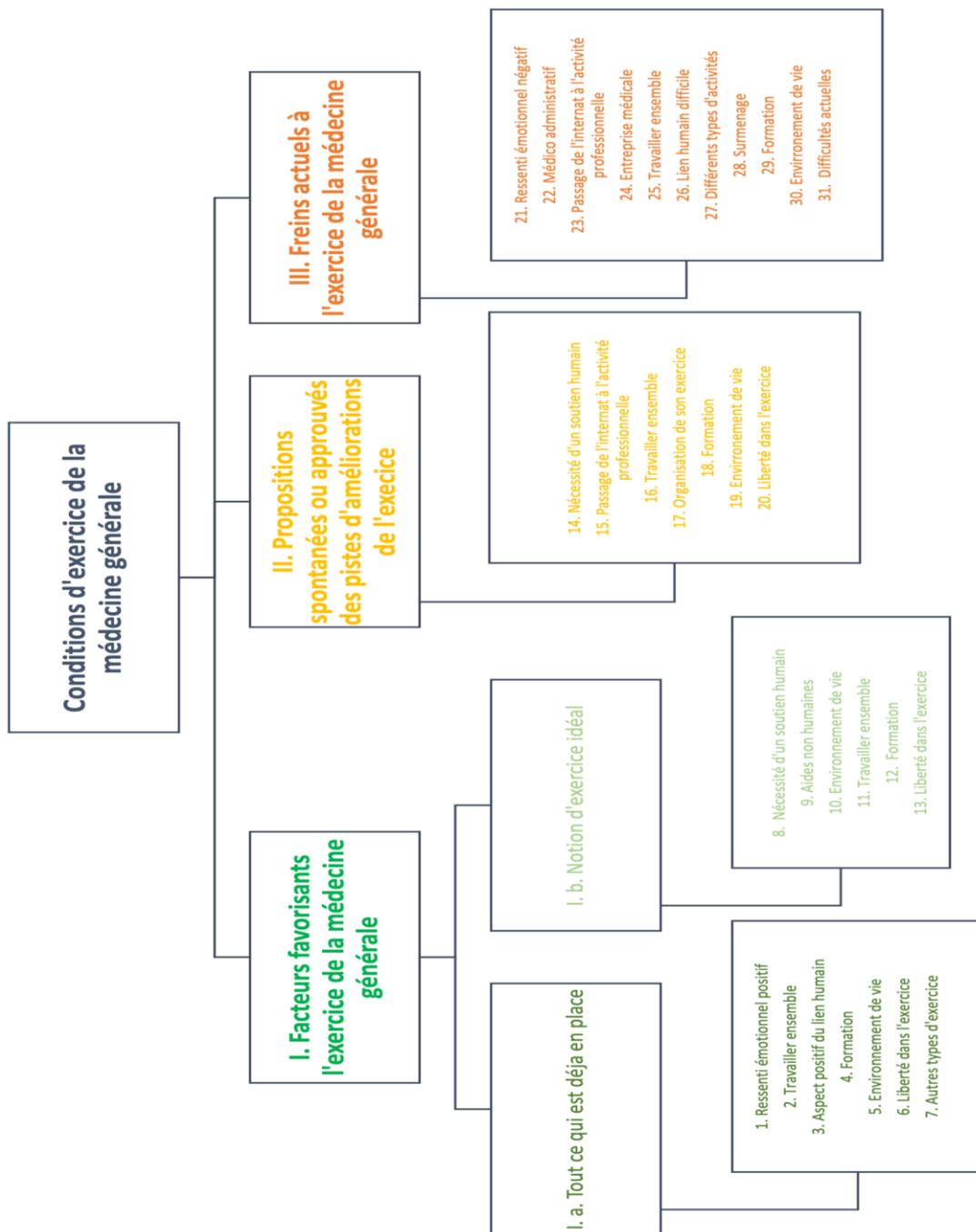
		grand bain et puis débrouillez vous »
Enseignements supplémentaires	Formations qui pourraient intéresser pendant l'internat	<p>E1.L333-335 « ça pourrait être pas mal si ils nous parlaient quand même de un peu plus de qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce qu'on doit faire comme formalités pour s'installer, à quoi on doit penser, comment se monte une patientèle »</p> <p>E1.L338 « nous parler un peu des ROSP »</p> <p>E1.L400-401 «faire des échanges d'expérience faire venir peut-être des médecins jeunes installés qui partagent un peu leur expérience »</p> <p>E1.L410 « c'est vraiment avant la fin de l'internat qu'il faut faire ça »</p> <p>L2.132-133 « qu'il faudrait vraiment axer là-dessus sur les études au moins la gestion de l'entreprise parce que ça arrive trop tard dans notre formation »</p> <p>Y5.L209-210 « à l'université on devrait déjà plus parler de ce qu'est un médecin généraliste »</p> <p>Y5.L532-533 « aux médecins des zones isolées d'aller à la fac parler de leur métier »</p>
Filière post-internat	Création d'une filière post-internat pour aider à créer son projet professionnel	<p>E1.L427 « comme du compagnonnage mais pré-installation »</p> <p>L2.L148-149 « en post internat, avec effectivement une sorte de tuteur ou une tutrice qui te tient la main pour bah pour t'aider, ça peut être bien en complément »</p> <p>L2.L150-151 « quelqu'un qui pouvait un peu m'épauler pour les débuts d'exercice »</p> <p>L2.L163 « ça serait une bonne idée de ouais, de tenir un peu la main, là même sur 6 mois »</p> <p>L2.L165 « avoir une espèce de filière post internat où on t'aide un petit peu à comment envisager la suite »</p> <p>L2.L183-184 « j'aurais aimé parfois, voir quelqu'un sur qui me reposer quand les situations étaient un peu un peu inédites et où je me suis retrouvée effectivement en difficulté »</p>
Autoformation	Formation personnelle	E1.L362 « j'ai quand même fait des recherches et j'ai validé mes prescriptions »

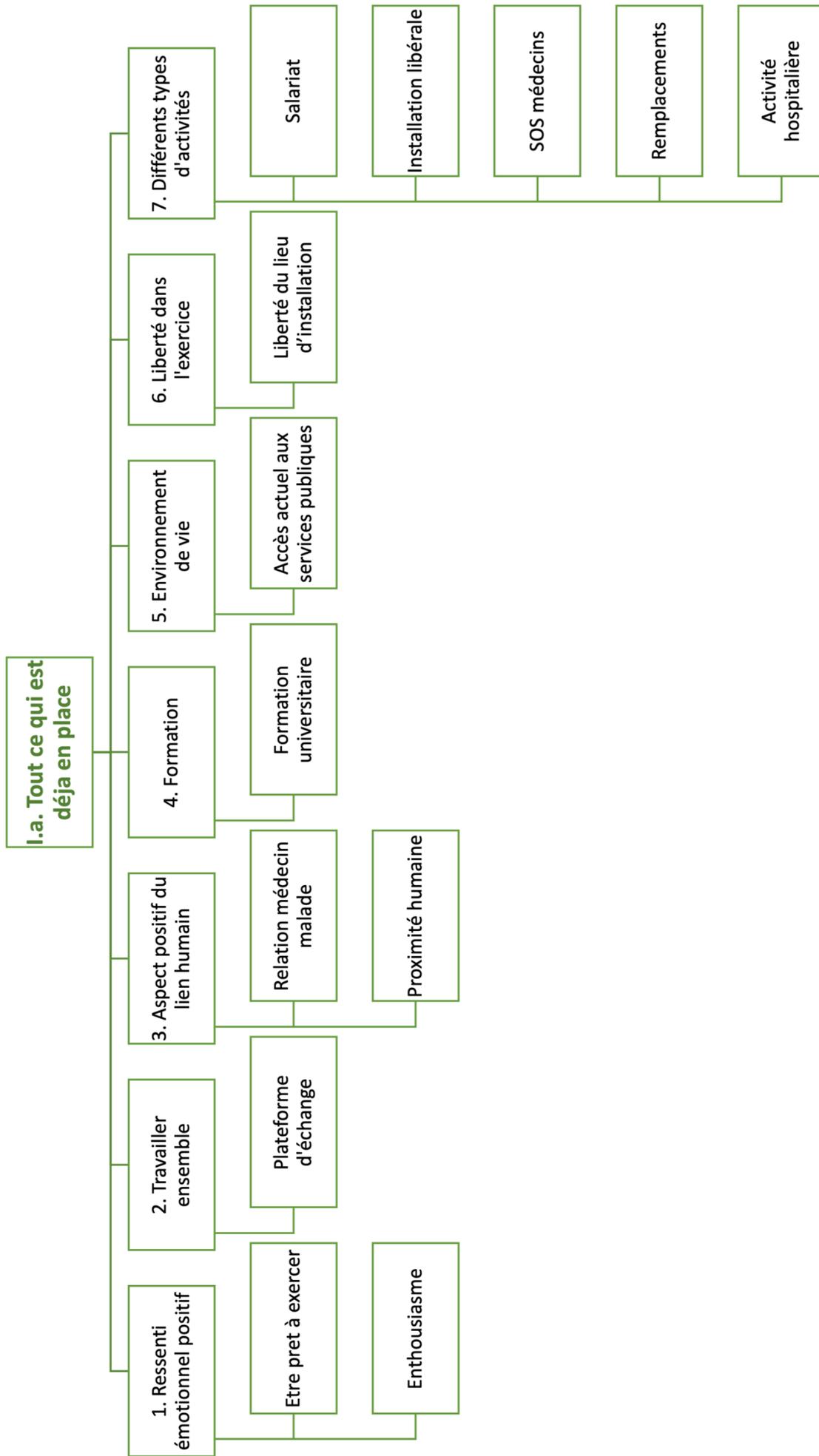
			<p>E1.L380 « c'est vraiment ce que tu fais H24 »</p> <p>E1.L460-461 « ce qui forme le plus c'est de s'installer »</p> <p>L2.L185-186 « c'est aussi comme ça qu'on apprend et et et qu'on évolue et qu'on se, on se on gagne de l'expérience aussi »</p> <p>L2.L187 « ça aurait pu être pas mal d'avoir un espèce de mentor effectivement au début »</p> <p>C4.L50 « remplacer permet de prendre de l'assurance »</p>
	Formation continue	Participer à la formation continue	<p>X3.L193 « je fais partie d'un groupe de FMC »</p> <p>X3.L196 « une fois à 2 fois par mois »</p> <p>X3.L198 « je faisais aussi de la formation continue, vous savez avec la DPC »</p> <p>C4.L418-419 « formation pour utiliser les trucs de eu, de téléconsultation »</p> <p>Y5.L579-581 « des gardes à l'hôpital [...] c'est une formation un peu continue »</p>
	Difficultés d'accès à certaines formations	Difficultés d'accès à certaines formations en tant que remplaçant	<p>X3.L198-199 « depuis un an et demi on nous a supprimé le droit de faire des, de la DPC les médecins remplaçants »</p> <p>X3.L199-200 « on n'est plus éligible à la DPC »</p> <p>X3.L201 « Je trouve ça scandaleux puisque c'est une c'est une obligation »</p> <p>X3.L230 « Donc si j'ai besoin de faire de la formation, ben je me, je me la paierai »</p>
	Formations complémentaires	Réaliser des formations complémentaires	<p>X3.L204 « j'ai fait mon DU »</p> <p>Y5.L39 « j'ai passé ma CAMU »</p> <p>Y5.L180-181 « on pouvait passer pas mal de capacités »</p>
Evolution de carrière	Remplacer pour débiter	Commencer sa carrière professionnelle par des remplacements	<p>E1.L459-460 « moi, j'avais prévu dans tous les cas de faire un peu de remplacements, pour me former un petit peu »</p> <p>L2.L17 « commencer mon exercice donc en remplacement »</p> <p>L2.L22 « j'ai remplacé, euh, beaucoup dans un premier temps »</p> <p>L2.L45 « une ou 2 années de remplacement »</p> <p>C4.L14 « des remplacements dans</p>

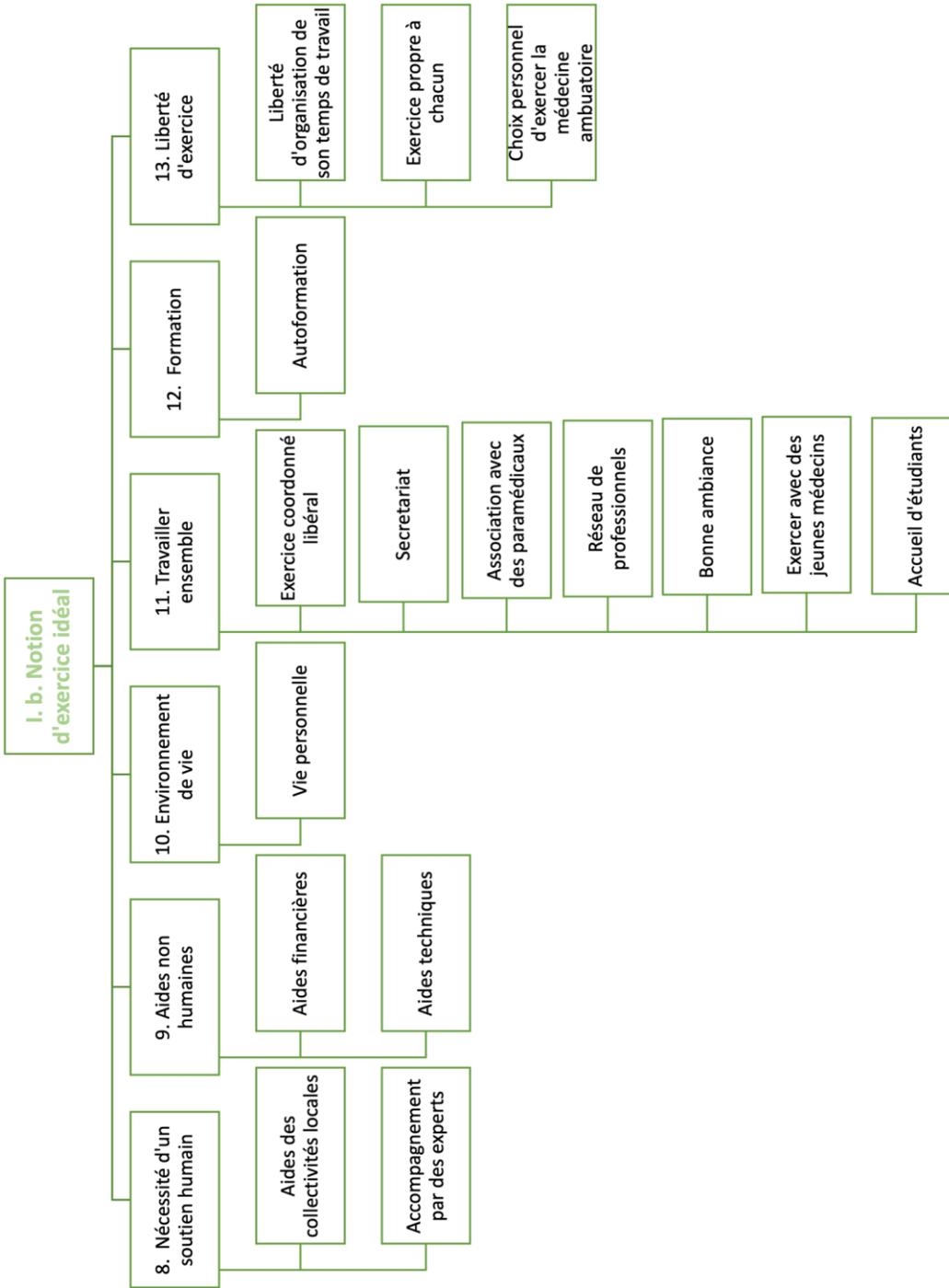
			les cabinets de mes maîtres de stage » C4.L59 « c'est une bonne transition SASPAS-installation »
	Exercice antérieur	Carrière professionnelle antérieure à la situation actuelle	X3.L11 « mon parcours de médecin militaire » X3.L34 « je voulais pas faire l'année de trop dans l'armée » Y5.L14 « j'ai fait une carrière de médecin urgentiste pendant 20ans » Y5.L41 « j'étais chef de service d'un service d'urgence dans une grande ville » Y5.L176 « j'ai même été urgentiste et médecin légiste »
	Délai d'installation	Quand s'installer après l'internat	E1.L117 « dans un an et demi » L2.L45 « Après donc plusieurs années, une ou 2 années»
	Statut d'adjoint	Etre adjoint dans un cabinet	L2.L25-26 « je suis qu'avec un médecin euh, notamment en tant qu'adjoint »
Remplacements	Trouver des remplacements	Différents moyens de trouver des remplacements	L2.L271-281 « du bouche à oreille [...] par exemple des anciens maîtres de stage de copains de promotion, par exemple, de collègues. [...] on a aussi un groupe Facebook hein de remplacement, sur la Charente, du moins le Poitou-Charentes[...] on est venu à moi aussi directement[...] les médecins entre eux qui se bah qui se donnent les [...] le Conseil de l'ordre aussi pouvait nous inscrire sur une liste » L2.L293 « on me proposait systématiquement à la fin de mon remplacement d'autres dates » C4.L14-15 « dans les cabinets de mes maîtres de stage, pour leurs collègues »
	Manque de remplaçants	Pas assez de remplaçants	L2.L288-289 « on est moins nombreux en remplaçant que la demande de remplacement »
	Limites du remplacement	Les limites de ne pas suivre les patients	E1.L462 « tu fais plus du soin aigu que du suivi, et c'est vrai que c'est pas le plus formateur » L2.L316 « difficultés pour les patients à s'adapter aux remplaçants » X3.L265 « j'ai pas le retour » X3.L288 « on n'est pas dans la boucle » Y5.L311 « je passe à côté de quelque

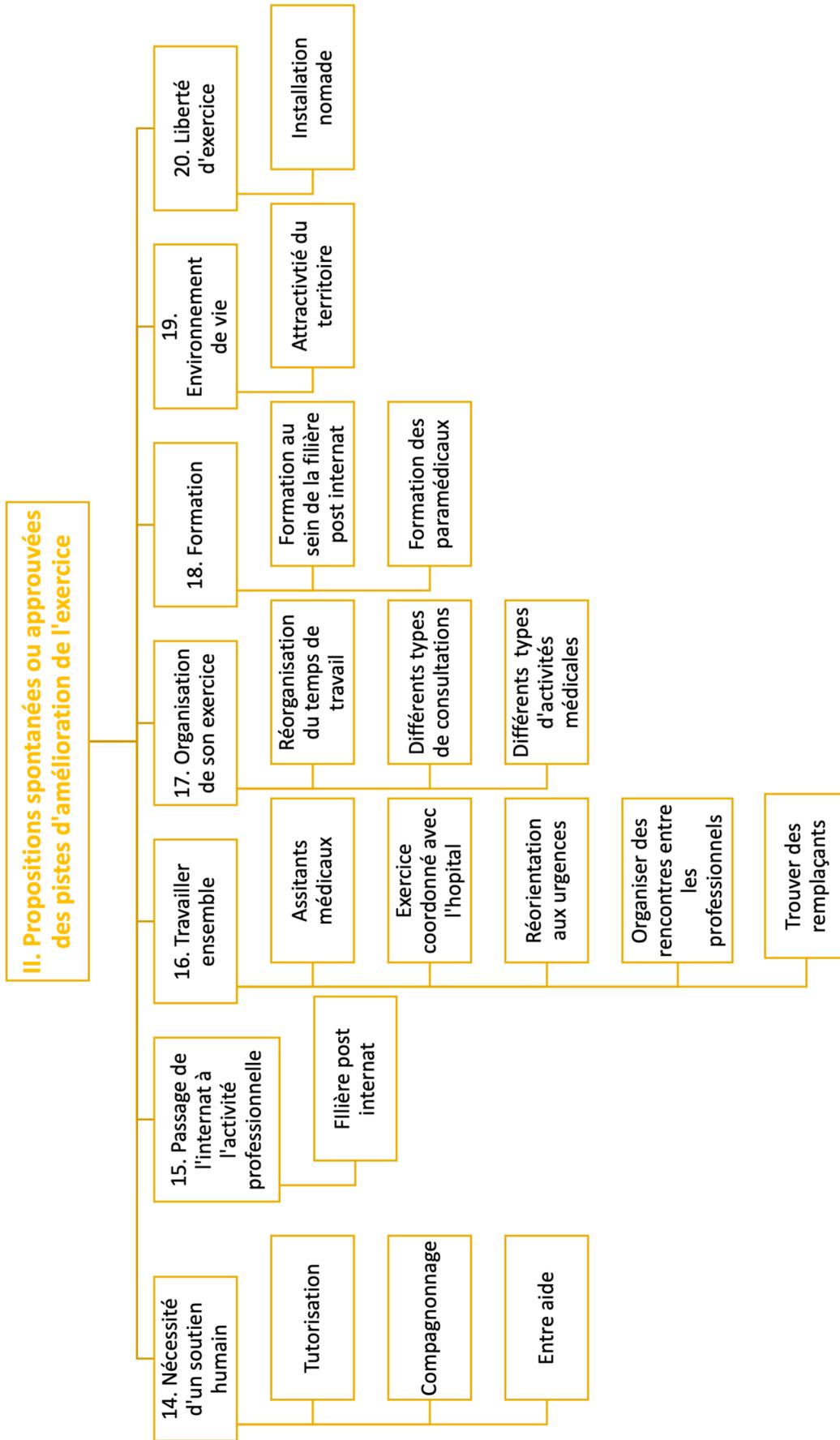
			chose parce que j'ai pas un vrai suivi des patients »
	Carrière de remplaçant	Statut exclusif de remplaçant	X3.L22 « Je fais exclusivement des remplacements » X3.L38 « j'ai pas du tout l'intention de m'installer » X3.L44 « ça me permet de d'avoir un peu de souplesse dans notre dans notre emploi » C4.L32 « j'ai pas de projet d'installation » C4.L41 « j'ai pas forcément de désir d'installation » Y5.L307 « Non jamais. Ah non, non moi je m'installerai jamais »
	Intérêts à remplacer	Les avantages/ bénéfiques à faire des remplacements	X3.L44 « ça me permet d'avoir un peu de souplesse dans notre emploi » C4.L52 « permet de voir différents façons de travailler » C4.L53 « permet de s'adapter plus facilement » C4.L226 « ce qui est agréable en étant remplaçant c'est qu'en général on va avoir 1 ou 2 fils rouges dans la semaine » Y5.L312 « je fais du soin, ça me plait »

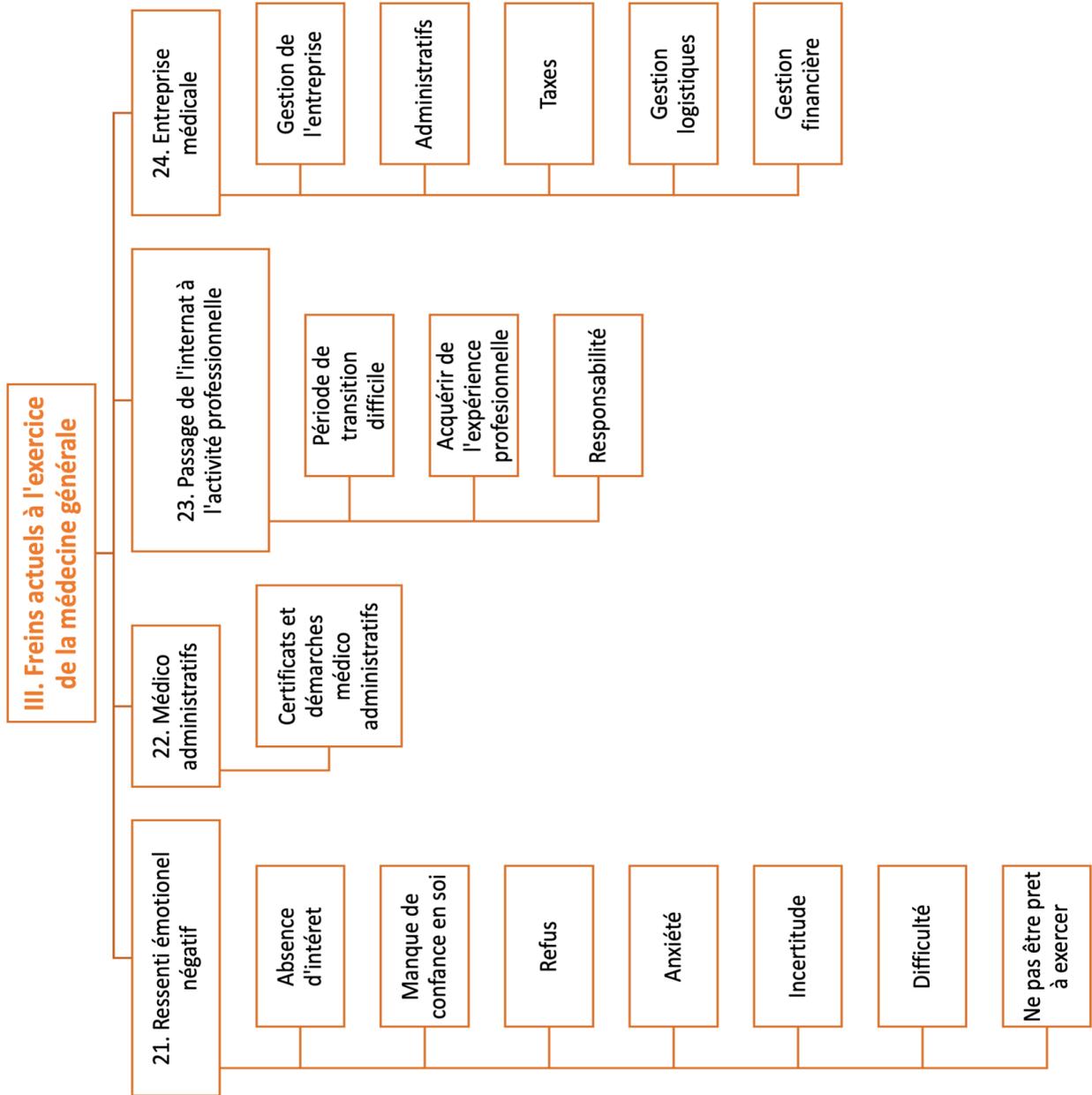
ANNEXE 7 : ARBRE À CODES (CONCERNANT LES INTERNES)

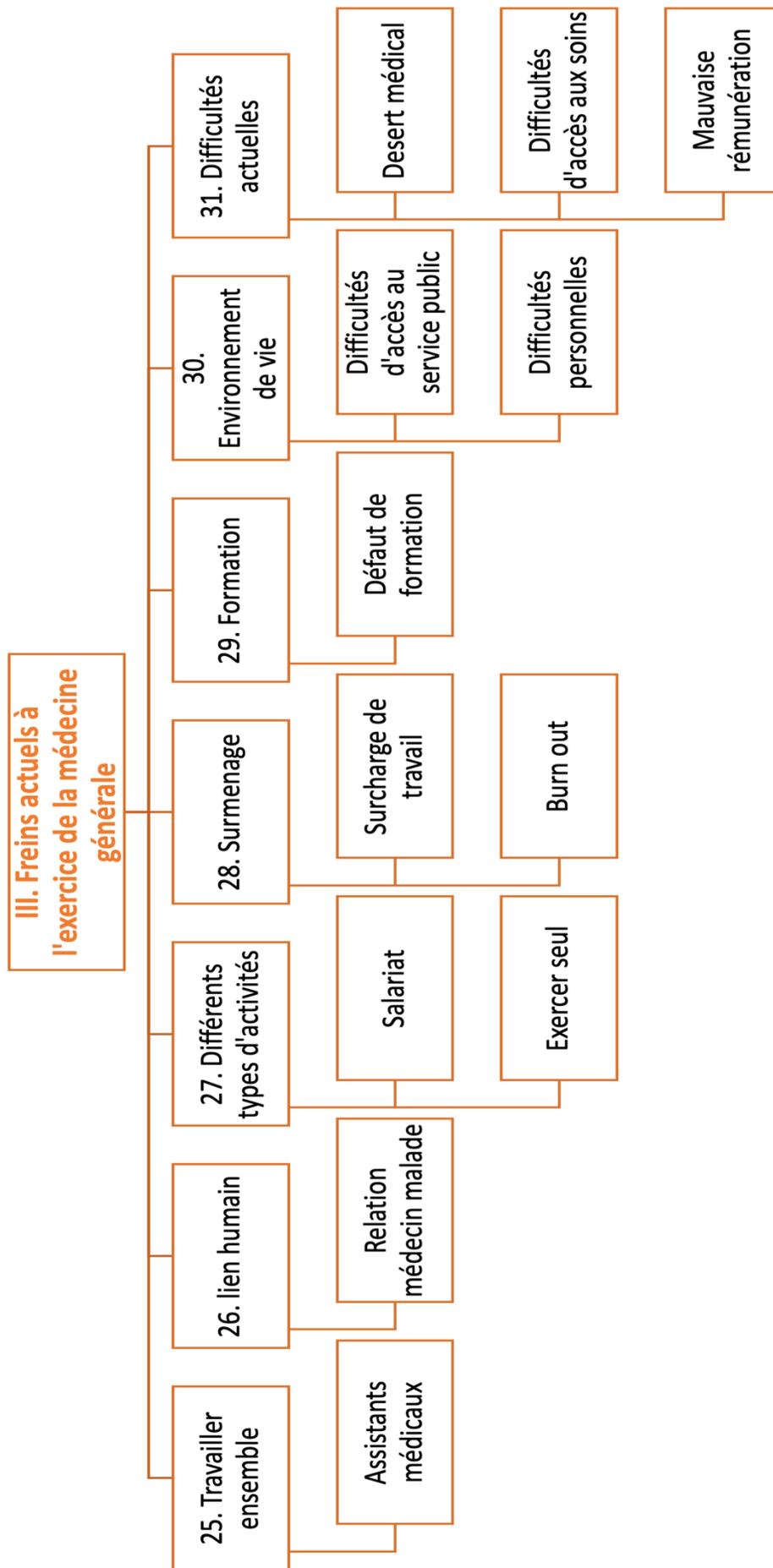




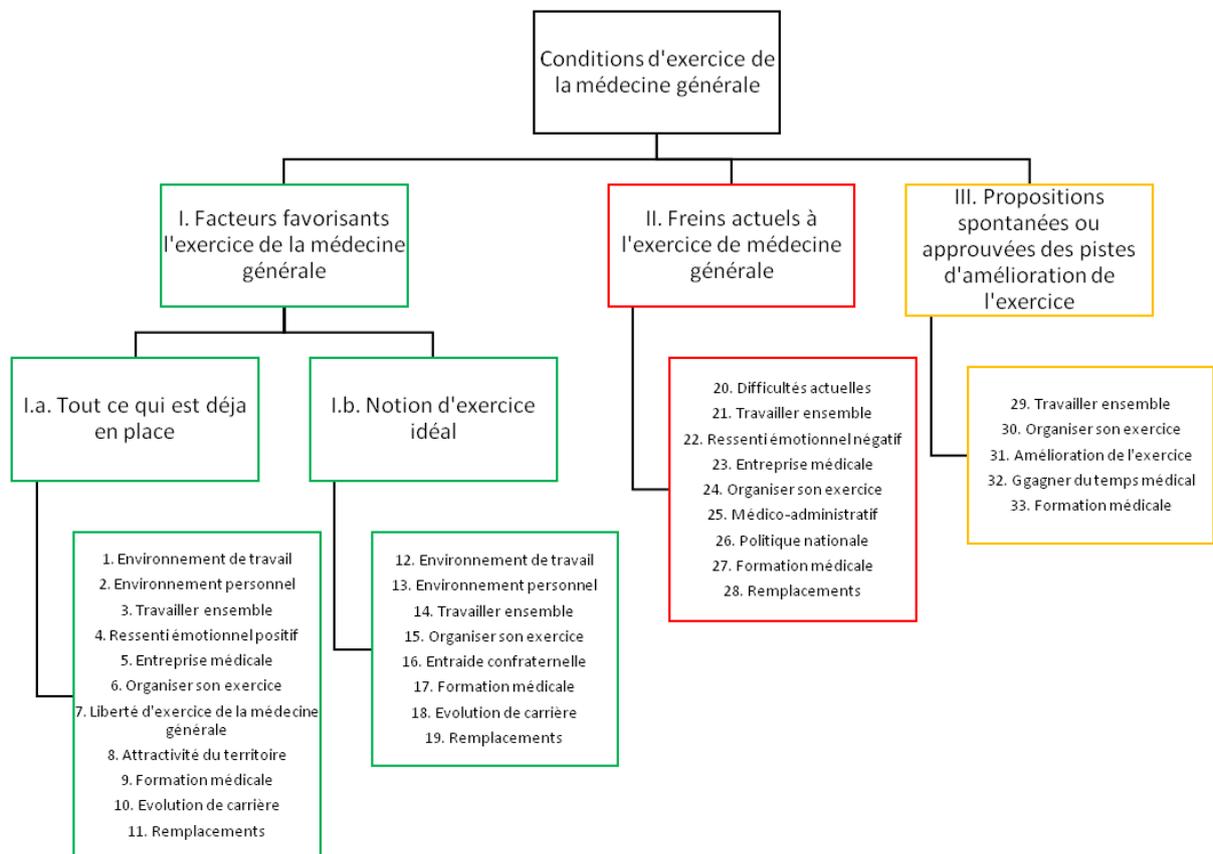


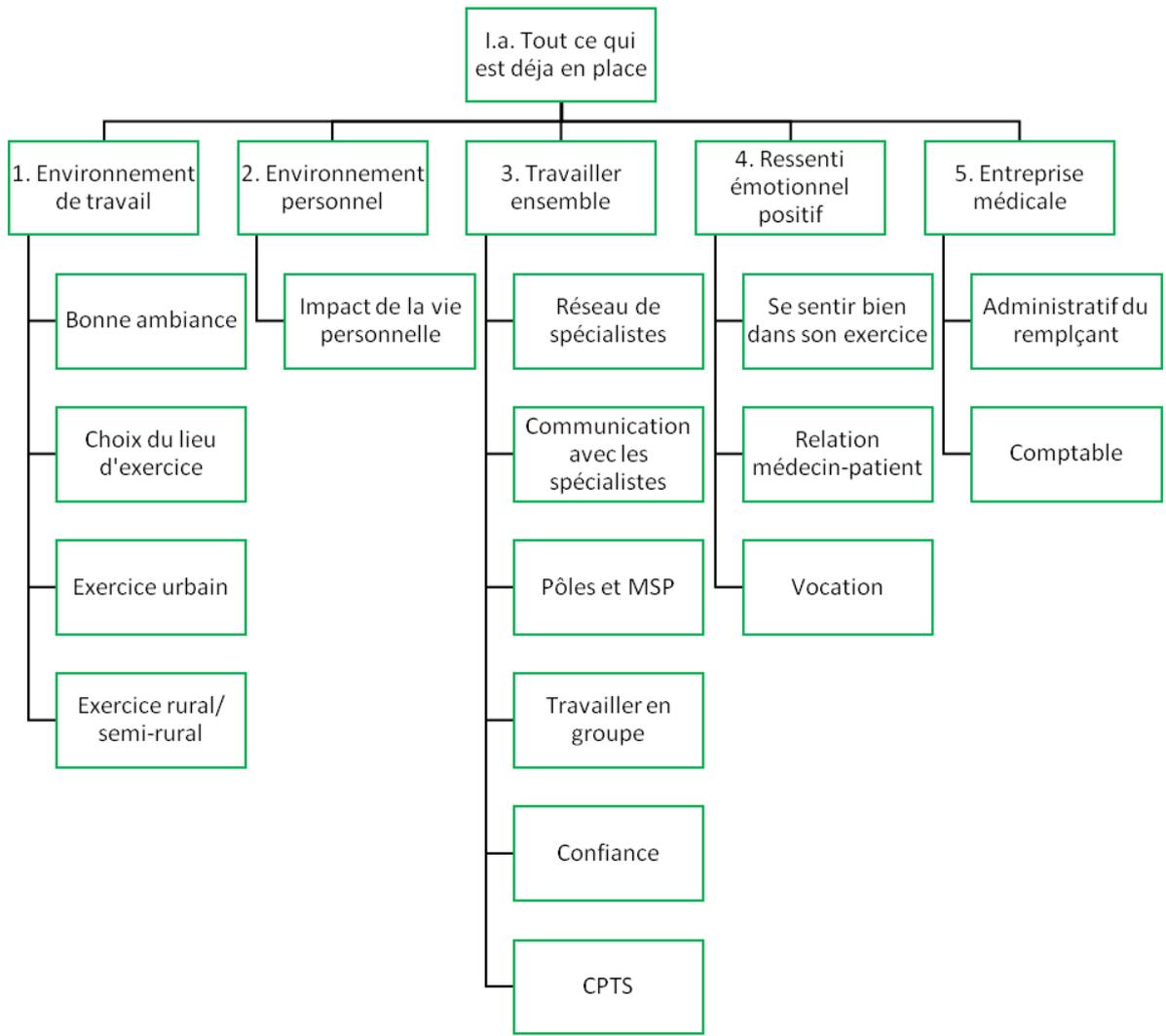


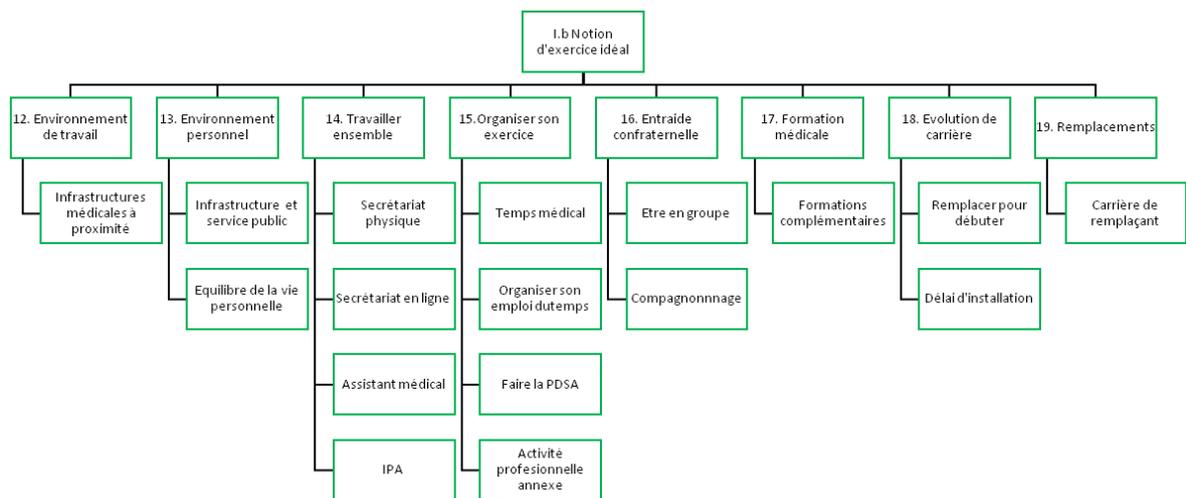
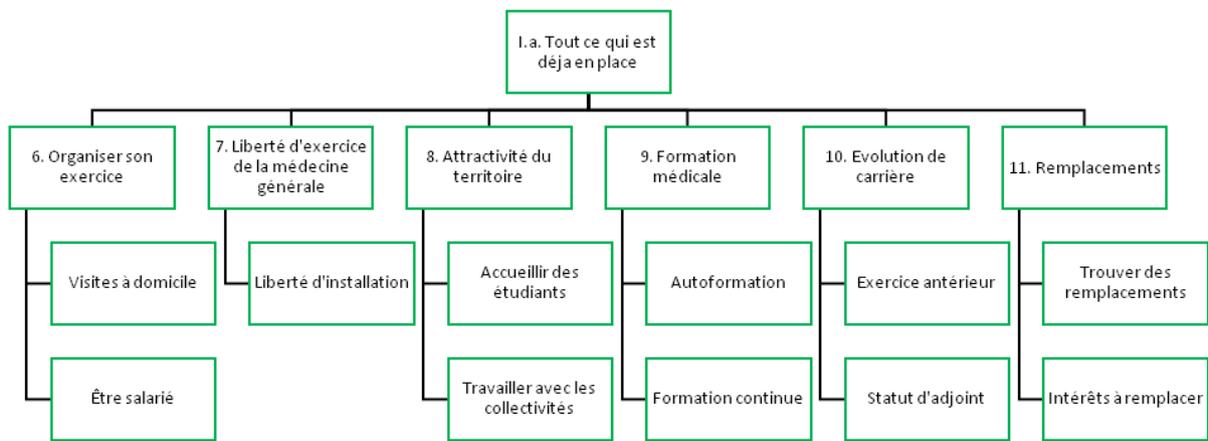


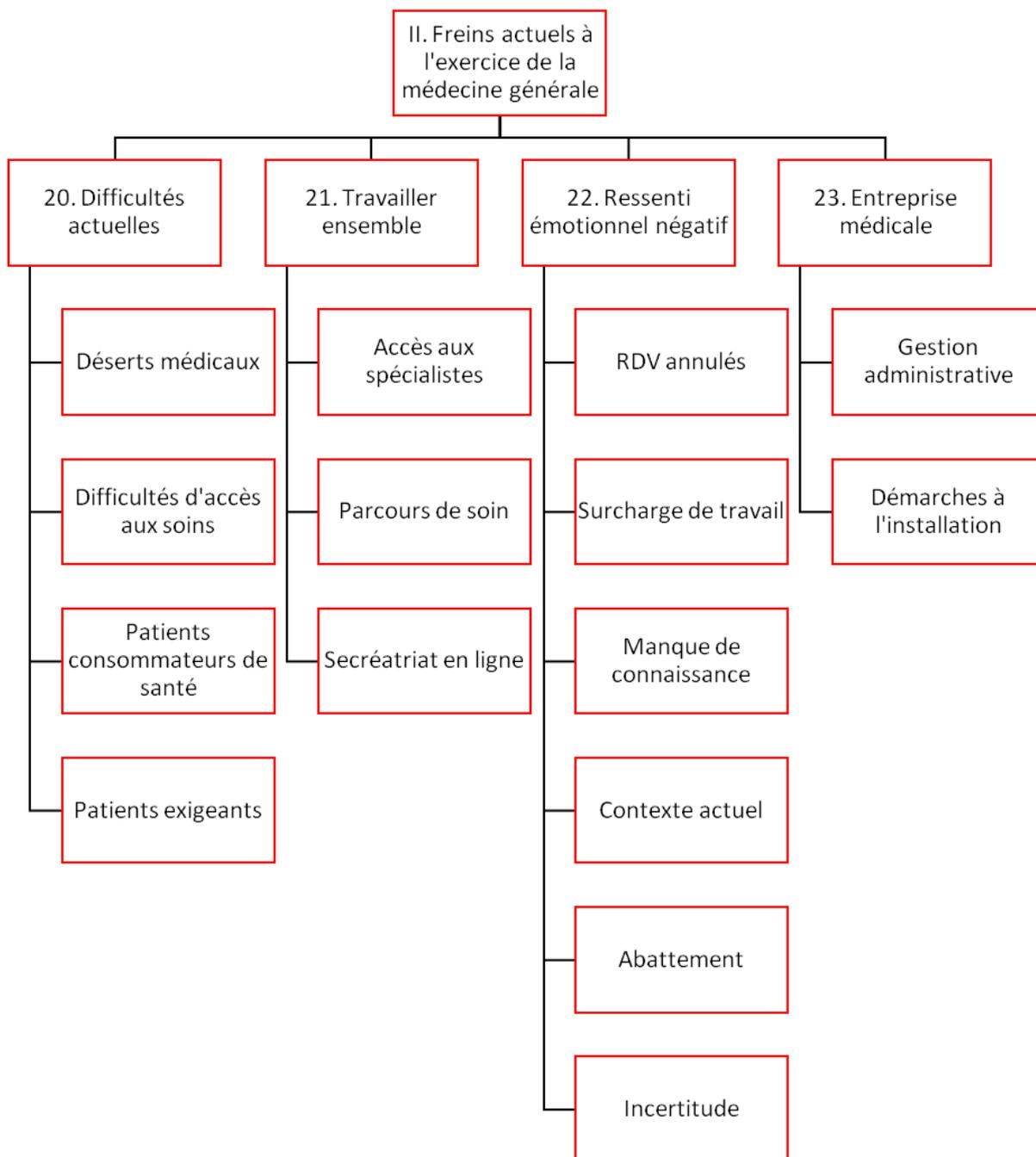


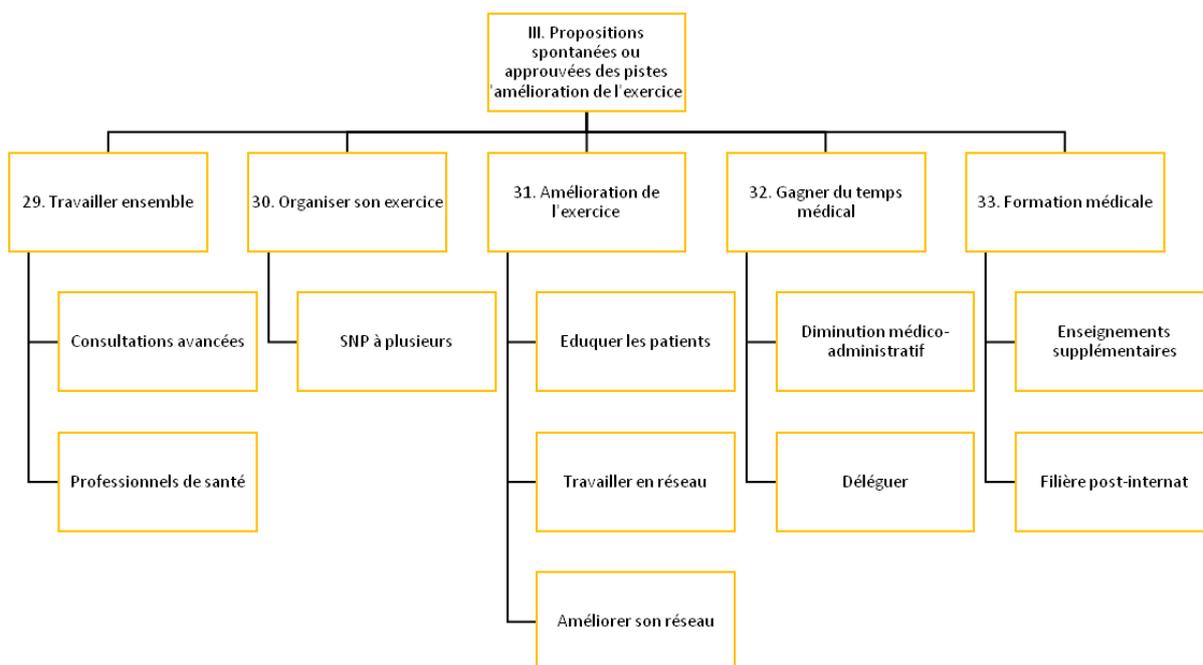
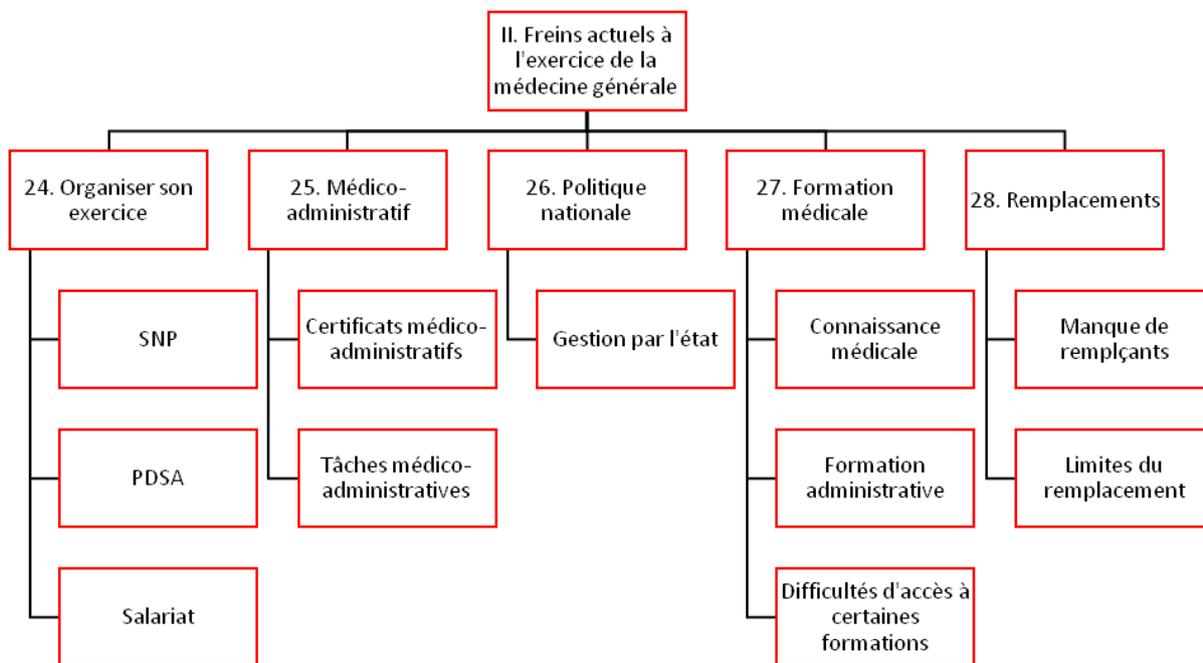
ANNEXE 8 : ARBRE À CODES (CONCERNANT LES MÉDECINS REMPLAÇANTS ET COLLABORATEURS)



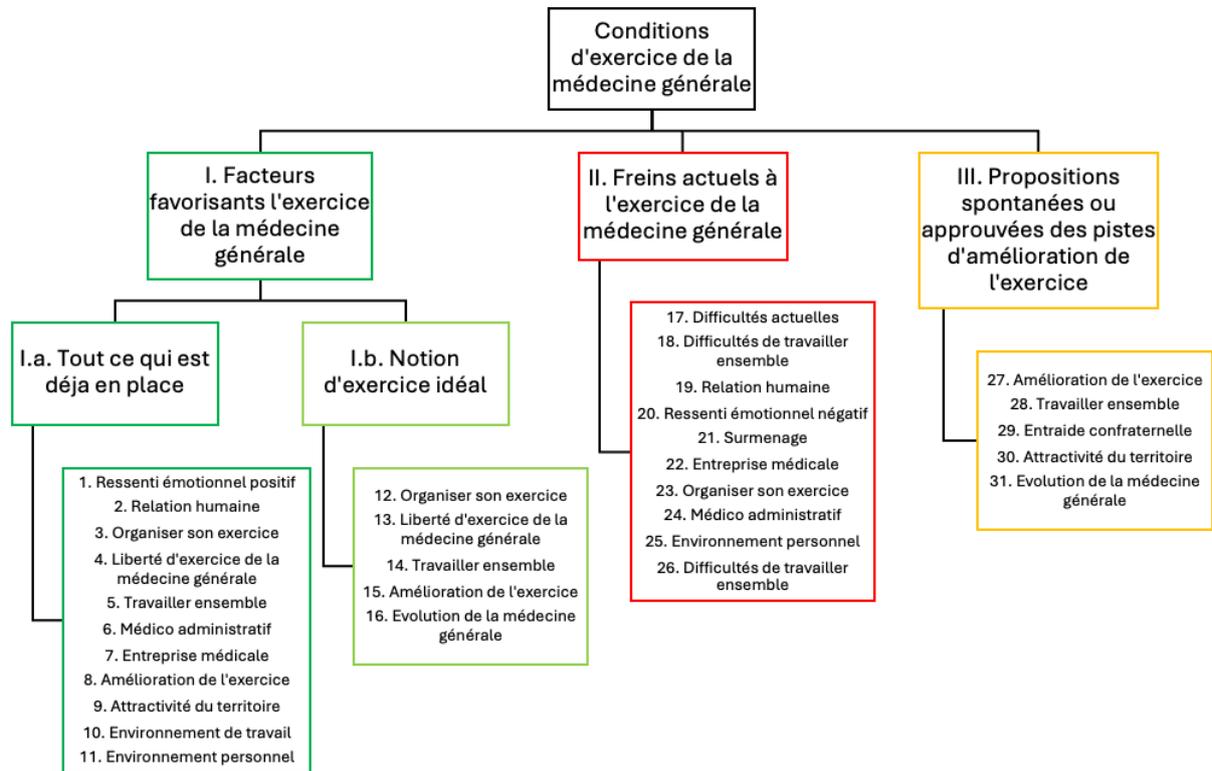


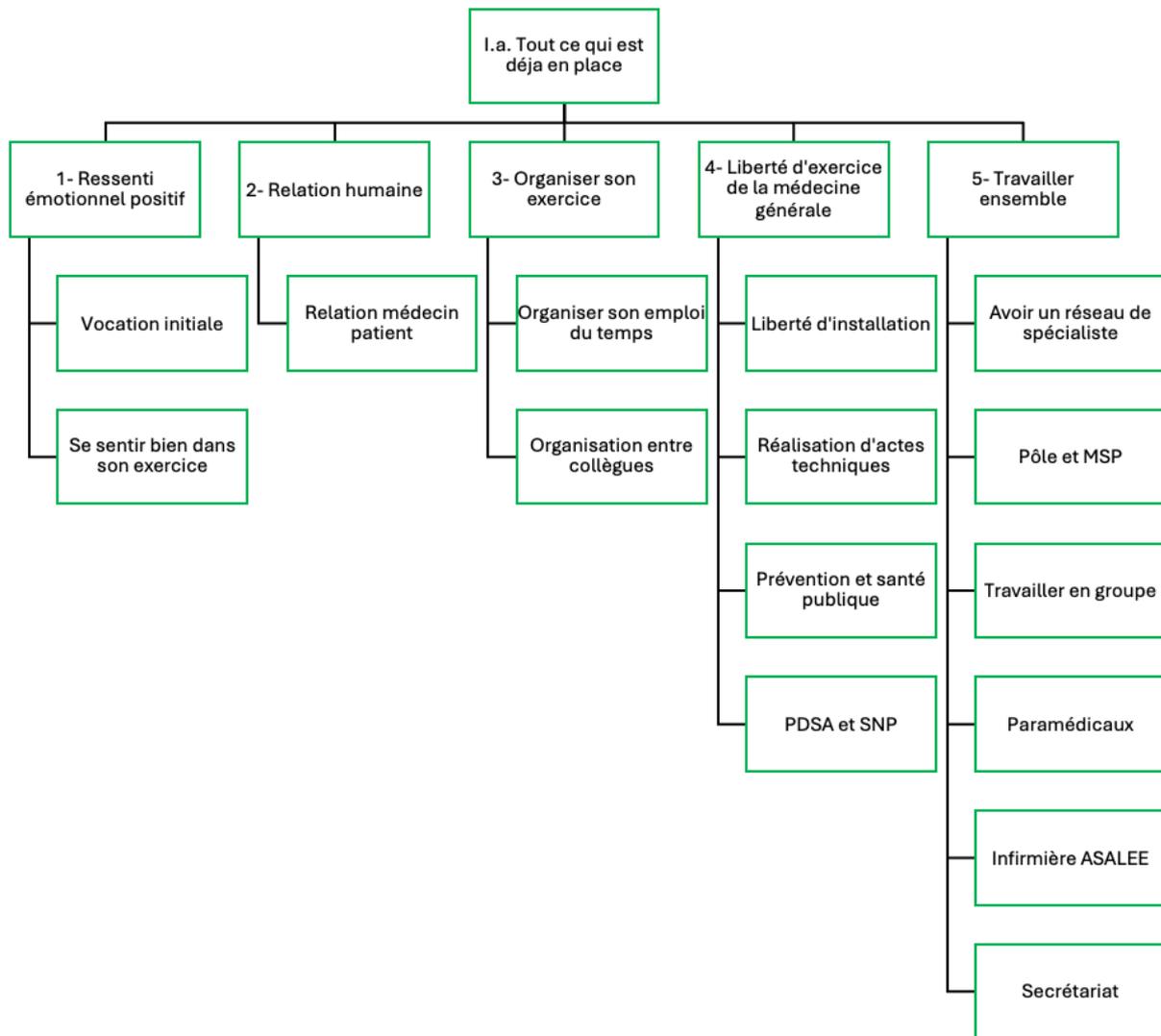


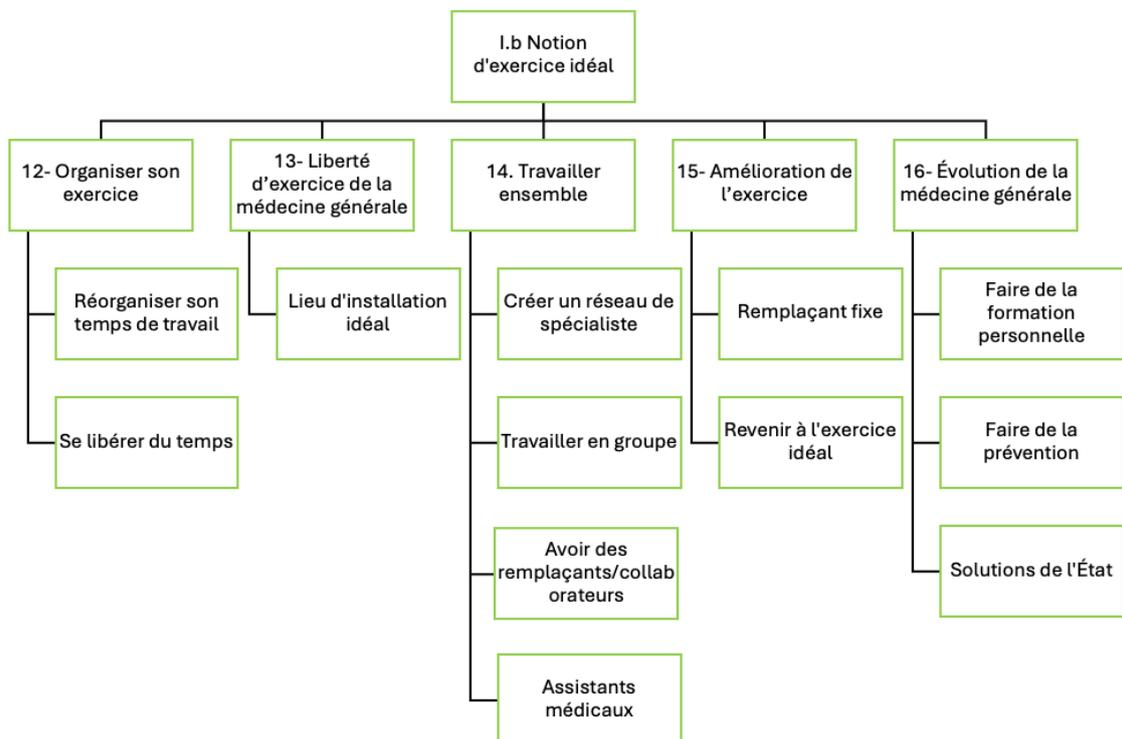
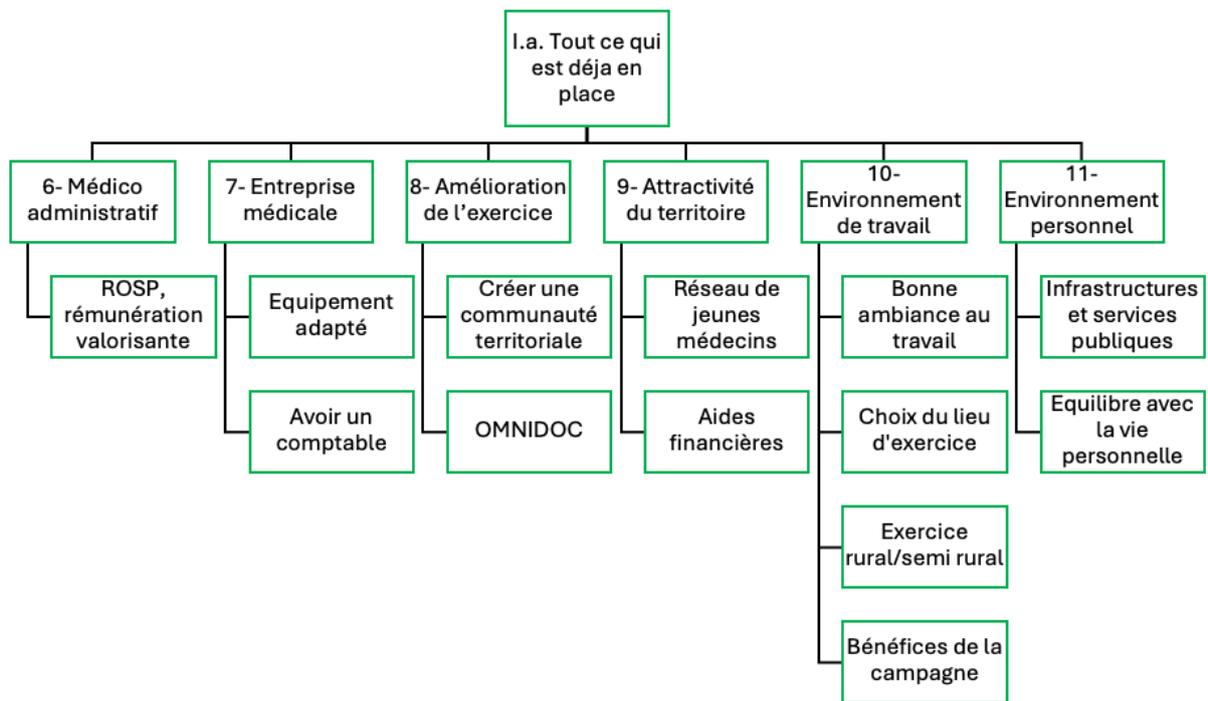


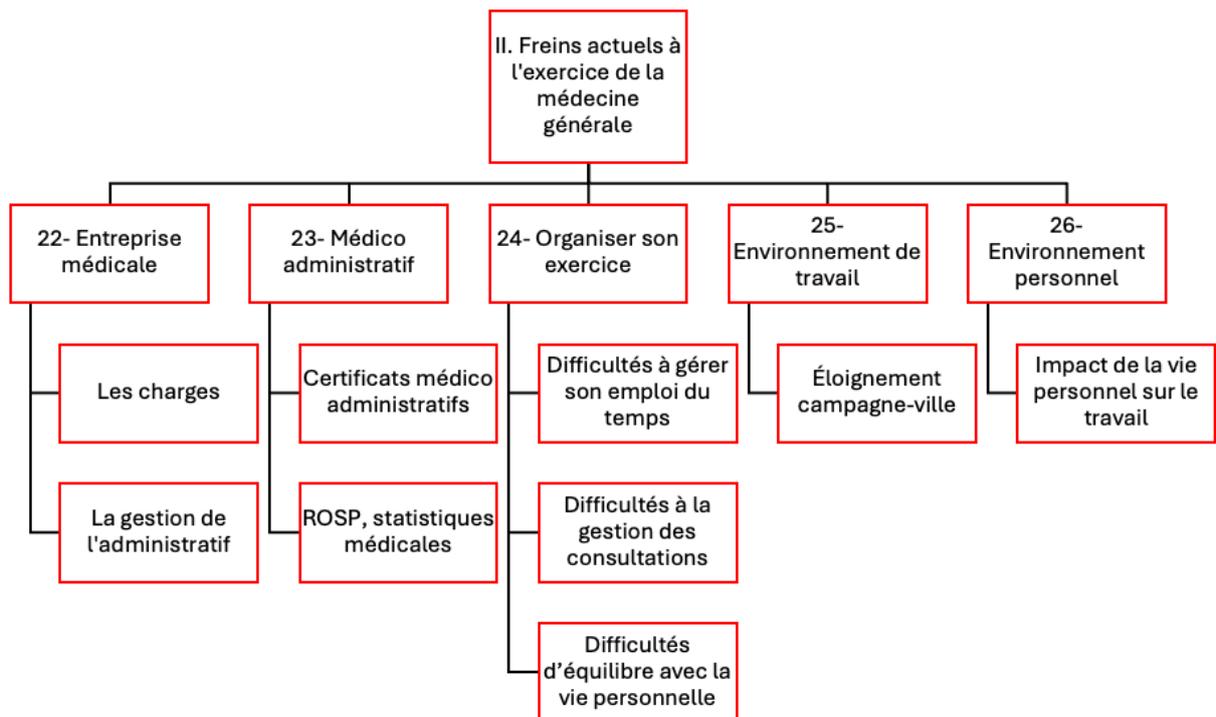
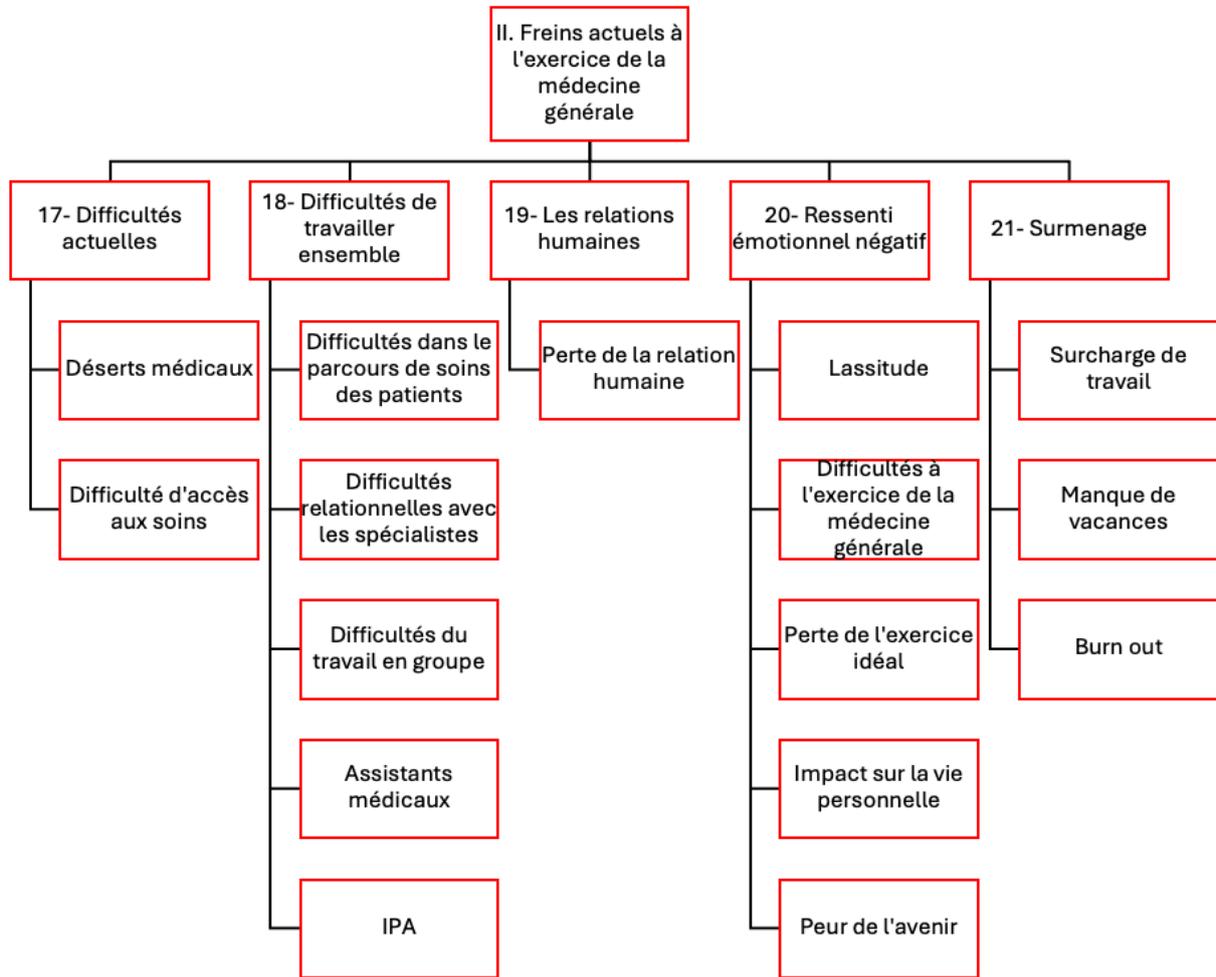


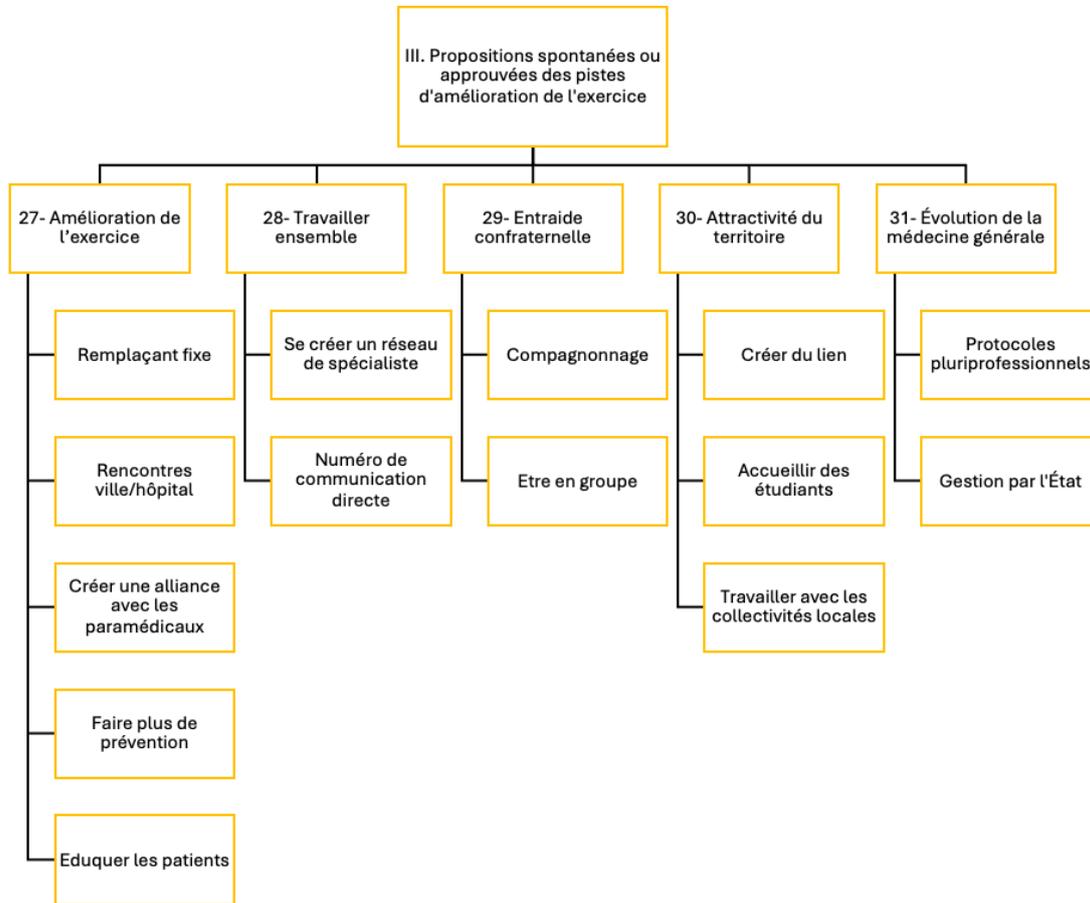
ANNEXE 9 : ARBRE A CODES (CONCERNANT LES MÉDECINS INSTALLÉS ET SALARIÉS)











VIII. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

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^{er} 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. 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. Delamarre G (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 Z. Le burnout des médecins en France : Méta-analyse (2000-2017). 2017.
13. Sling R. 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. Thèse de médecine. 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. Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2020.
15. Pauly C. Étude des facteurs décisionnels déterminants ayant conduit à des installations en Médecine Générale Ambulatoire en Charente depuis 2015 : enquête et perspectives. Thèse de médecine. 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 C. Difficultés de recrutement d'un associé en médecine générale par les médecins. Thèse de médecine. 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. Thèse de médecine. Université de Grenoble. 2011.
20. Desnouhes A. État des lieux des actions favorisant l'installation des jeunes médecins généralistes en France métropolitaine. Thèse de médecine. 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. RESUME

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 personnelle.

Comment les médecins remplaçants et collaborateurs exerçant en Charente 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 remplaçants et collaborateurs leurs propositions 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 médecine générale de la Faculté de médecine de Poitiers, ainsi qu'à celui des médecins installés en Charente et salariés

Méthodes : Etude qualitative réalisée par des entretiens semi-dirigés (précédés de questionnaires préliminaires) auprès des médecins remplaçants et collaborateurs exerçant en Charente.

Résultats : L'arbre à codes obtenu est organisé en 3 axes : les facteurs favorisant, les freins de l'exercice ambulatoire et les propositions d'amélioration (gagner du temps médical, mieux travailler ensemble, créer une transition entre l'internat et l'installation, éduquer les patients, repenser l'organisation de l'exercice au quotidien, favoriser le travail coopératif).

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 évidence 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 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 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 !



RESUME :

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 personnelle.

Comment les médecins remplaçants et collaborateurs exerçant en Charente 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 remplaçants et collaborateurs leurs propositions 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 médecine générale de la Faculté de médecine de Poitiers, ainsi qu'à celui des médecins installés en Charente et salariés

Méthodes : Etude qualitative réalisée par des entretiens semi-dirigés (précédés de questionnaires préliminaires) auprès des médecins remplaçants et collaborateurs exerçant en Charente.

Résultats : L'arbre à codes obtenu est organisé en 3 axes : les facteurs favorisant, les freins de l'exercice ambulatoire et les propositions d'amélioration (gagner du temps médical, mieux travailler ensemble, créer une transition entre l'internat et l'installation, éduquer les patients, repenser l'organisation de l'exercice au quotidien, favoriser le travail coopératif).

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 évidence 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 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 4ème année d'internat en médecine générale (phase de consolidation) pourrait contribuer à la mise en œuvre de ces changements.