



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Praticiens Territoriaux de Médecine Générale : quelles mesures incitatives complémentaires pouvant faciliter la promotion de ce statut ?**

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2015 à 18h00  
au Pôle Recherche

**Par François GERNIGON**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Emmanuel DELAPORTE**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Madame le Docteur Myriam HECQUET-DEVIIENNE**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Sébastien MABON**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

PTMG : Praticiens Territoriaux de Médecine Générale

DESC : Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé.

ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
I. Contexte de la démographie médicale .....	2
A. Nombre de médecins formés .....	4
B. Choix de la médecine générale pour l'internat .....	5
C. Vieillesse de la médecine générale .....	5
D. Modification du statut de médecin généraliste .....	6
E. Qualité de vie .....	6
F. Installation tardive .....	7
II. Mesures de régulation de la répartition.....	7
A. Aides financées par l'Etat :.....	8
B. Aides financées par les collectivités territoriales (selon zones d'installation et collectivités) : .....	8
C. Aides financées par l'assurance maladie : .....	9
III. Contrat de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale. ....	10
A. Définition .....	10
B. Résultats .....	11
IV. Objectif de l'étude .....	11
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>12</b>
I. Type d'étude .....	12
II. Recherche bibliographique .....	12
III. Réalisation canevas d'entretien .....	12
IV. Recrutement et Echantillonnage.....	12
V. Recueil et analyse des données .....	13
<b>Résultats .....</b>	<b>14</b>
I. Caractéristiques des <i>focus group</i> .....	14
II. Caractéristiques des participants.....	14
III. Analyse des entretiens .....	15
A. Exercice professionnel futur .....	15
1. Type d'exercice futur .....	15
2. Souhait installation en groupe .....	15
3. Lieu d'installation.....	16
4. Durée de remplacement.....	16
B. Contrat de PTMG .....	17
1. Méconnaissance du contrat .....	17
2. Mesures peu incitatives.....	17
a) Mesures financières .....	18
b) Mesures sociales.....	18
3. Refus de signature du contrat de PTMG .....	18
C. Lutter contre l'isolement professionnel .....	19
1. Proximité professionnelle .....	19
a) Structure hospitalière.....	19
b) Proximité avec des médecins spécialistes .....	19
c) Proximité avec des paramédicaux et des pharmacies .....	20

2.	Proximité des transports.....	20
3.	Souhait d'une continuité des soins.....	20
a)	Besoin d'un système de garde adapté.....	20
b)	Souhait d'une assurance de remplacement.....	21
4.	Travail en groupe.....	21
D.	Intérêt d'une politique de revitalisation rurale.....	22
1.	Proximité d'un tissu économique.....	22
a)	Proximité administrative.....	22
b)	Proximité scolaire.....	22
c)	Travail pour le (la) conjoint(e).....	22
2.	Cadre de vie.....	23
a)	Proximité de commerces.....	23
b)	Milieu dynamique.....	23
c)	Proximité d'une ville.....	24
E.	Modification du statut du médecin.....	24
1.	Intérêt d'une meilleure protection sociale.....	24
2.	Aides liés à l'aménagement du cabinet.....	25
a)	Souhait d'un secrétariat.....	25
b)	Souhait d'une informatisation du cabinet.....	25
c)	Souhait d'un logement de fonction.....	25
3.	Travail salarié ou à mi-temps.....	26
4.	Aides financières.....	26
F.	Lien faculté-milieu rural.....	27
G.	Mesures coercitives.....	28
	<b>Discussion.....</b>	<b>30</b>
I.	Discussion sur la méthode.....	30
A.	Choix du type d'étude.....	30
B.	Limites liées à l'élaboration du canevas d'entretien.....	30
C.	Limites sur la méthode.....	30
D.	Limites sur l'échantillon choisi.....	31
II.	Discussion des résultats.....	32
A.	Contrat de PTMG.....	32
B.	Mesures incitatives actuelles.....	32
C.	Recherche autres mesures incitatives.....	33
1.	Politique d'aménagement du territoire.....	34
2.	Travail du (de la) conjoint(e).....	34
3.	Aménagement de la permanence des soins.....	35
D.	Développement des stages ambulatoires en zones déficitaires.....	35
1.	Favoriser le regroupement professionnel.....	35
2.	Aides administratives.....	36
3.	Mesures coercitives.....	36
	<b>Conclusion.....</b>	<b>38</b>
	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>39</b>
	<b>Annexes.....</b>	<b>42</b>
	Annexe 1 : Questionnaire anonymisé des Focus Group.....	42
	Annexe 2 : Canevas d'entretien.....	43
	Annexe 3 : Feuille d'information du PTMG remise aux participants.....	44
	Annexe 4 : <i>focus group</i> .....	47

## RESUME

**Contexte :** La lutte contre les déserts médicaux est un problème d'actualité croissant. Depuis plusieurs années, de nombreuses mesures incitatives à destination des médecins généralistes ont été créées pour enrayer ce problème. Une des mesures récentes mise en place est la création d'un statut de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale. Notre objectif était de rechercher des mesures incitatives complémentaires pouvant favoriser la promotion de ce statut.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative par la technique des *focus group* auprès d'internes, de remplaçants et de médecins généralistes installés depuis moins d'un an des régions Nord Pas-de-Calais et Pays de la Loire. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement jusqu'à saturation des données. Les *verbatim* ont été codés et analysés de façon thématique via le logiciel NVivo10®.

**Résultats :** Cinq *focus group* ont été réalisés incluant 20 participants. Les principales mesures incitatives complémentaires étaient l'instauration d'une politique de réaménagement du territoire permettant une proximité scolaire, administrative et culturelle. La lutte contre l'isolement professionnel, notamment via la création de maisons de santé, et une proximité hospitalière étaient souhaitées. Les participants notaient l'importance d'un aménagement de la permanence des soins ainsi que le développement des stages ambulatoires en milieu rural durant l'internat. Enfin, les mesures coercitives étaient pour certains le seul moyen efficace mais non acceptable.

**Conclusion :** Le statut de praticien territorial de médecine générale ne semble pas à lui seul suffisant pour lutter contre les déserts médicaux. Différentes mesures complémentaires comme le réaménagement du territoire rural ont été mises en avant. Pour certains, la question de remettre en cause la liberté d'installation via des mesures coercitives semble être la seule option possible pour régler le problème des déserts médicaux.

## INTRODUCTION

### I. Contexte de la démographie médicale

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la France recense 215 539 médecins actifs, dont 89 788 médecins généralistes en activité régulière<sup>(1)</sup>. Entre 1979 et 2015, le nombre de médecins est passé de 112 066 à 215 539<sup>(1)</sup>. Ce nombre n'a jamais été aussi élevé<sup>(1)</sup>. (Figure 1).

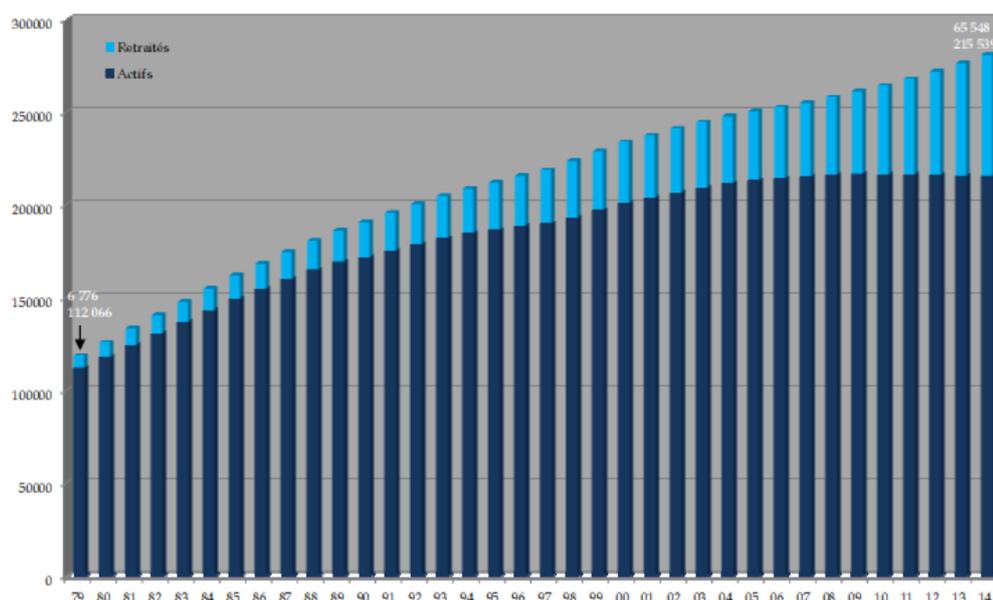


Figure 1 : Effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2014 (sources CNOM).

Cependant, cette situation montre une opposition entre ce nombre important de médecin sur le territoire et un difficile accès aux soins pour les habitants de certaines commune relaté par de nombreux médias. Ces médias utilisent souvent le terme de « déserts médicaux » pour décrire ces communes. Cette opposition est expliquée par l'inégale répartition des médecins sur l'ensemble du territoire. En effet, on remarque des inégalités de répartition inter-régionales mais surtout intra-régionales comme nous le montre l'indice de Theil (Figure 2).

	Indice de Theil au niveau régional (a)	Indice de Theil au niveau départemental (b)	Part des inégalités interrégionales dans les inégalités interdépartementales (a/b)
Ensemble des médecins, 1990	2,04	9,01	23 %
Ensemble des médecins, 2012	1,03	4,92	21 %
<i>Dont libéraux et mixtes</i>	1,28	3,95	32 %
<i>Dont généralistes</i>	0,73	1,55	47 %
<i>Dont autres spécialistes</i>	3,49	9,5	37 %
<i>Dont salariés</i>	1,74	8,18	21 %
<i>Dont généralistes</i>	1,01	4,02	25 %
<i>Dont autres spécialistes</i>	2,36	12	20 %

Figure 2 : Evolution des inégalités régionales et départementales de répartition des médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2012

(source RPPS, INSEE). <sup>(2)</sup>

Cette inégalité de répartition peut expliquer l'apparition des « déserts médicaux », c'est-à-dire des zones géographiques où la densité en professionnels et en établissements de santé, rapportée à sa population et ses besoins, est plus faible que sur le reste du territoire.

On recense en France métropolitaine 63 375 971 habitants<sup>(3)</sup>. La densité médicale moyenne actuellement est de 88,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants, elle était de 100,1 / 100 000 en 2007<sup>(1)</sup>.

Toutes les régions enregistrent une baisse plus ou moins importante de la densité médicale. À titre d'exemple, la région Nord Pas-de-Calais compte 90,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants<sup>(1)</sup>.

De plus, cette situation risque de s'aggraver. On constate depuis 7 ans une diminution progressive des effectifs en médecine générale avec une baisse de 10,3 % des effectifs. Cette diminution doit se poursuivre avec une baisse de 6 à 8 % pour les années 2015 à 2020 selon l'atlas de l'Ordre des médecins<sup>(1)</sup>(Figure 3).

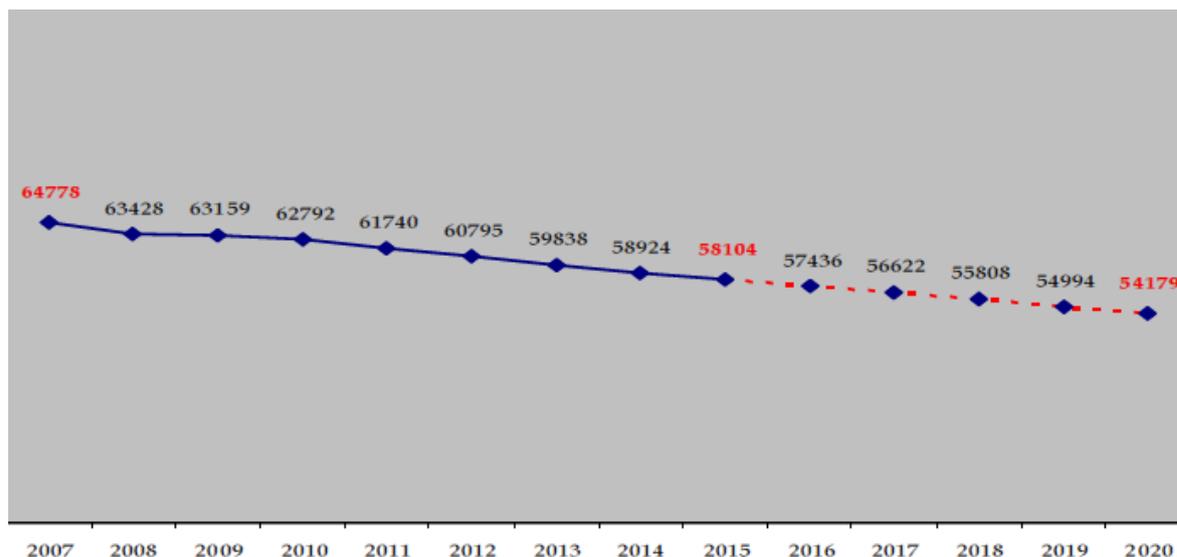


Figure 3 : Effectifs des médecins généralistes libéraux/mixtes - de l'observé à l'attendu (sources CNOM).

Ces inégalités sont le résultat de différents facteurs notamment concernant la formation des médecins généralistes ainsi qu'une modification de l'exercice médical.

### A. Nombre de médecins formés

Il a été instauré à la fin des années 1970, un *numerus clausus* pour les études médicales permettant de réguler son accès. La création du *numerus clausus* avait pour but de réguler les dépenses médicales<sup>(4)</sup>. Initialement fixé à 8 000 puis progressivement diminué à 3 000 à la fin des années 1990, il a été décidé afin d'anticiper le déficit programmé d'augmenter le *numerus clausus* à partir des années 2000<sup>(4)</sup>.

L'augmentation du *numerus clausus* ne sera pas effective à court terme. En effet, l'augmentation à venir du nombre de médecins ne compensera pas tout de suite le nombre de départs en retraite<sup>(5)</sup>.

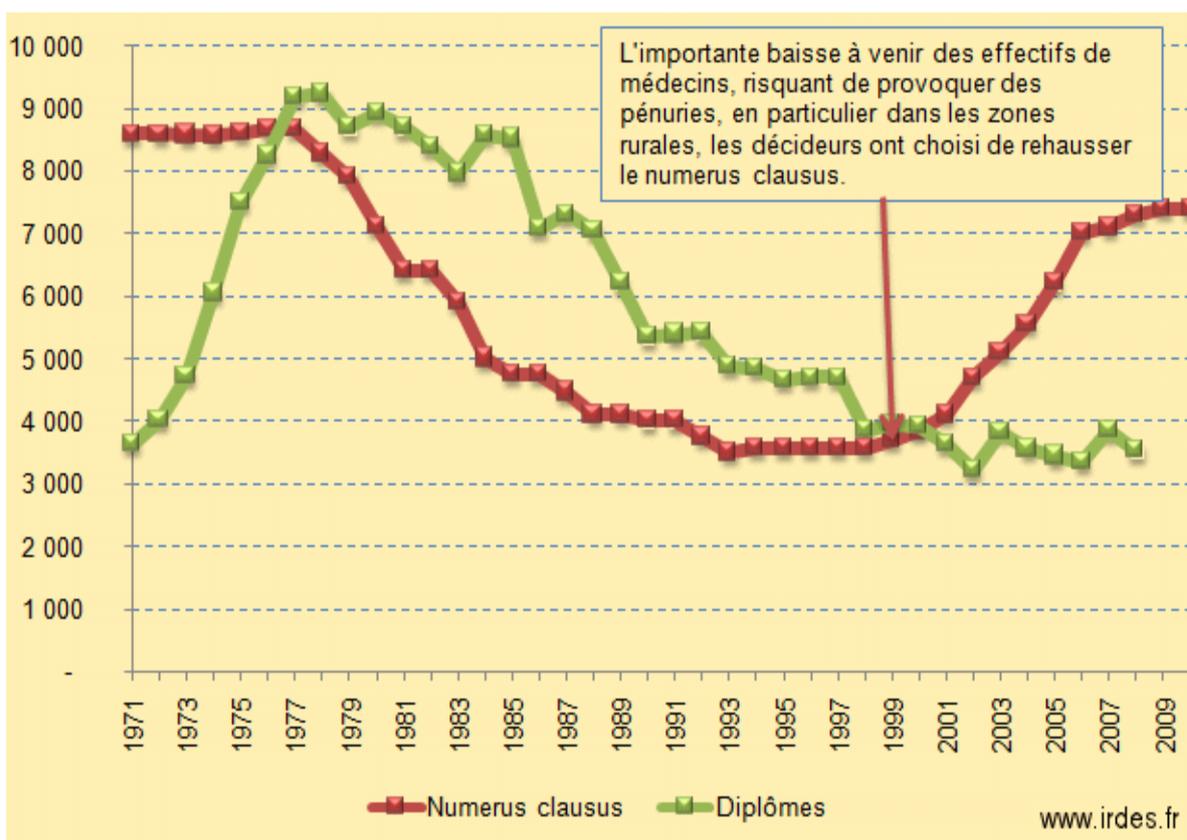


Figure 4 : Evolution du numéris clausus et du nombre de diplômé en médecine (source IRDES).

## B. Choix de la médecine générale pour l'internat

En plus de ce phénomène, on remarque lors de l'affectation des postes à la fin de la 6<sup>ème</sup> année de médecine une certaine déconsidération de la médecine générale. On note l'existence de nombreuses places vacantes pour la spécialité médecine générale. En effet, 5 % des places n'ont pas trouvées preneur en 2013, phénomène entraînant également une diminution du nombre de médecins généralistes<sup>(6)</sup>

## C. Vieillesse de la médecine générale

Plus âgée, la population médicale présente un profil démographique en constante évolution depuis une vingtaine d'années. L'âge médian est passé de 40 à 53 ans entre 1990 et 2015. Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, les médecins généralistes âgés de 60 ans et plus représentent 26,7 % des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 14,8 % des effectifs<sup>(1)</sup>.

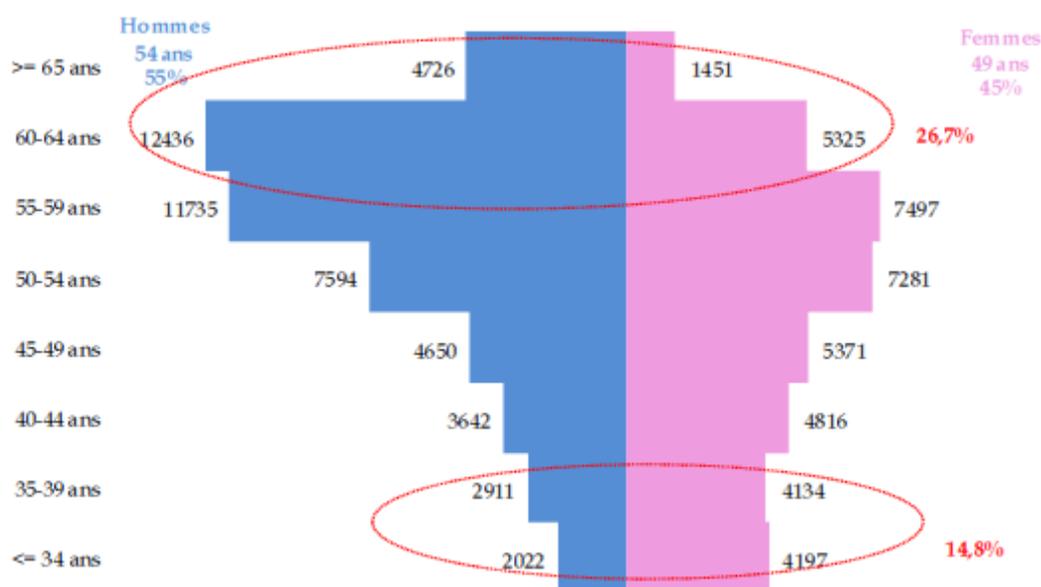


Figure 5 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulières (sources CNOM).

## D. Modification du statut de médecin généraliste

On constate depuis plusieurs années, une modification de l'exercice des médecins généralistes avec une augmentation du nombre de médecins salariés au profit de la médecine libérale. On retrouve en 2015, 57,6 % des médecins généralistes ayant une activité libérale exclusive contre 35,2 % ayant une activité salariale exclusive et 7,2 % une activité mixte.<sup>(1)</sup> En 2014, 34,1 % déclaraient exercer une activité salariée exclusive. Ils étaient 27 % en 1995<sup>(7)</sup>.

## E. Qualité de vie

Le profil des médecins généralistes a changé et ils refusent notamment de délaisser leur vie personnelle au profit de leur vie professionnelle<sup>(8)</sup>. La féminisation de la médecine générale (45 % des effectifs des médecins généralistes alors qu'elles n'étaient que 38 % en 2007)<sup>(1)</sup> a notamment contribué à ce phénomène puisque ces dernières déclarent travailler en moyenne 10 % de moins que les hommes, notamment en raison de leurs contraintes familiales<sup>(9)</sup>. Cependant, ce phénomène s'est généralisé. Selon une étude de la DREES, 35 % à 48 % des médecins généralistes femmes et 53 % des hommes aimeraient diminuer leur temps de travail

par rapport à leurs aînés<sup>(10)</sup>. Cette féminisation a favorisé une prise de conscience vis-à-vis des confrères masculins qui rejettent l'idée d'une disponibilité permanente<sup>(11)</sup>.

## **F. Installation tardive**

Depuis plusieurs années, l'installation des médecins généralistes est de plus en plus tardive. Entre 1997 et 2013, l'âge moyen d'installation est passé de 34,8 à 39 ans<sup>(9)</sup>. Ceci s'explique par l'existence de parcours non linéaires avec des installations faisant suite à un travail salarié initial et également une peur chez de nombreux étudiants lié à l'installation et à son effet jugé comme définitif.

Pour permettre une meilleure répartition des professionnels de santé, différentes mesures tant incitatives que financières, à l'attention des étudiants en médecine générale, des remplaçants et des médecins installés ont vu le jour.

## **II. Mesures de régulation de la répartition.**

Depuis de nombreuses années, différentes mesures d'aides à l'installation et au maintien de l'exercice en milieu rural ont été instaurées pour inciter les médecins généralistes à venir s'installer dans les déserts médicaux ou à y poursuivre leur activités.

Trois acteurs permettent actuellement le financement des différentes mesures : l'état, les collectivités territoriales et l'assurance maladie.

### **A. Aides financées par l'Etat :**

- Aides fiscales : Loi de 2005 (article 109) permettant une exonération de l'impôt sur le revenu aux médecins libéraux exerçant dans des zones déficitaires dans la limite de soixante jours par an<sup>(12)</sup>.
- Aides fiscales : Loi de 2005 (article 7) permettant une exonération de l'impôt sur le revenu pendant cinq ans puis dégressif pendant neuf ans aux médecins libéraux créant un cabinet dans une zone dite de revitalisation rurale (ZRR)<sup>(12)</sup>.
- Exonération de charges sociales : Selon l'article L131-4-2 du code de sécurité sociale, un salarié embauché dans un cabinet en ZRR permet une exonération partielle des cotisations patronales de sécurité sociale pendant une année
- Exonération de la taxe professionnelle : Loi de 2005 (article 114) s'adressant aux médecins libéraux créant un cabinet dans une communes de moins de 2000 habitants ou classée dans une ZRR. Ces derniers peuvent bénéficier d'une exonération de deux à cinq ans de la taxe professionnelle<sup>(12)</sup>.

### **B. Aides financées par les collectivités territoriales (selon zones d'installation et collectivités) :**

D'après l'INSEE, les collectivités territoriales sont « des structures administratives françaises, distinctes de l'administration de l'Etat et qui doivent prendre en charge les intérêts de la population d'un territoire précis ». Ces différentes aides sont très dépendantes d'une collectivité territoriale à une autre et on ne pourrait être exhaustif tant les aides peuvent être variable. Néanmoins, les principales aides financées par les collectivités territoriales sont définis ci-dessous :

- Indemnités de logement et de déplacement : Loi de 2005 permettant pour les internes de médecine générale de bénéficier d'une indemnité sur le logement et sur les déplacements en échange d'une installation dans une zone déficitaire pour une période d'au moins cinq ans<sup>(13)</sup>. Ces indemnités sont dépendantes des collectivités territoriales.

- Indemnités d'étude et de projet professionnel : Loi de 2005 permettant pour les titulaires du concours de médecine un montant annuel équivalent à celui de la troisième année d'internat en échange d'un exercice d'au moins cinq années dans une zone déficitaire<sup>(13)</sup>. Ces indemnités sont dépendantes des collectivités territoriales et de l'assurance maladie.
- La loi n°2005-157 du 23 février 2005 offre la possibilité, selon les collectivités territoriales, aux professionnels de santé la mise à disposition de locaux, d'un logement, d'exonérations de loyers, ou de primes à l'installation ou d'exercice forfaitaire en échange d'un exercice dans une zone déficitaire pour une durée au moins égale à trois ans<sup>(13)</sup>.

### **C. Aides financées par l'assurance maladie :**

- Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), créé en 2011, qui propose aux étudiants une allocation mensuelle de 1200€, versée par le centre national de gestion (80% assurance maladie, 20% état) en échange d'une installation dans une zone où la continuité des soins est menacée pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel il aura perçu l'allocation<sup>(14)</sup>.
- L'option conventionnelle : Arrêté de 2007 s'adressant aux médecins exerçants en groupe et en zones déficientes qui s'engagent à ne pas cesser leurs activités et à assurer la continuité des soins pour un minimum de trois ans en échange d'une aide forfaitaire annuelle de 20% de leurs activités<sup>(15)</sup>.
- L'aide au remplacement : Convention de 2005 s'adressant aux médecins exerçants à plus de vingt minutes d'un service d'urgence et sur un territoire où la densité de médecins généralistes est inférieure à 3 pour 5000. En contrepartie ces derniers bénéficient de 300 euros par journée de remplacement dans la limite de dix jours par an<sup>(16)</sup>.
- La dérogation au parcours de soin : Article L 162-5-4 du code de Sécurité Sociale permettant à un médecin qui s'installe pour la première fois ou bien dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone déficiente de bénéficier pendant cinq ans d'une exonération des pénalités financières qui s'appliquent aux patients en dehors du parcours de soins.

En plus de ces précédentes mesures, Le pacte Territoire Santé lancé fin 2012 a pour but de faire reculer les déserts médicaux. Parmi les douze engagements de ce pacte, nous retrouvons les contrats de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale. (PTMG)

### **III. Contrat de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale.**

#### **A. Définition**

Le pacte territoire santé comporte, parmi les dispositifs de lutte contre la désertification médicale, la création d'un statut de praticien territorial de médecine générale.

Ce contrat s'adresse à tous les médecins généralistes non installés ou installés depuis moins d'une année. Il offre les 2 avantages suivants

Le médecin signant ce contrat se doit de s'engager, pour une période minimale de 2 ans, à exercer tout ou partie de son activité dans un territoire où l'accès ou la continuité des soins est insuffisante. Ces zones sont identifiées par les agences régionales de santé.

Le médecin s'engage également à pratiquer les tarifs du secteur 1 de la convention et se doit de justifier d'une activité minimale fixée à 165 consultations par mois.

En contrepartie de ces engagements, le contrat de PTMG garantit un complément de rémunération calculée par la différence entre un revenu mensuel brut de 6 900 €/mois et le montant des honoraires perçus par le médecin lors de son activité. (Le montant maximal versé par mois est de 3105 € brut).

En plus du complément de rémunération, le signataire bénéficie d'un dispositif avantageux en matière de protection sociale (maladie, maternité). En effet, sous réserve d'être PTMG depuis au moins 3 mois et d'avoir réalisé au moins 495 consultations (165\*3) durant le précédent trimestre, le médecin sera indemnisé

en cas de maladie pour tout arrêt supérieur à 7 jours et en cas de maternité durant toute la durée du congé<sup>(17)</sup>.

## **B. Résultats**

Le 26 Novembre 2015, une intervention de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a été faite sur les contrats de PTMG. Sur les 200 contrats prévus pour l'année 2013, il a été recensé 180 signataires. Pour l'année 2014, 165 personnes ont signés ce contrat sur les 200 prévus. Actuellement nous sommes à 500 signataires de ce contrat depuis le lancement du pacte Territoire Santé. L'ambition étant de trouver 1 000 signataires d'ici 2017 notamment en apportant des améliorations au contrat : la création d'un congé paternité ainsi que la possibilité pour les autres médecins spécialistes d'avoir accès au contrat.

Parmi les signataires, 66 % ont moins de 35 ans, plus de 75 % exercent en zone rurale et on retrouve 70 % de femmes<sup>(18)</sup>.

## **IV. Objectif de l'étude**

L'objectif de notre étude était en partant du contrat de praticien territorial de médecine général, de rechercher des mesures incitatives complémentaires pouvant favoriser la promotion de ce statut.

## MATERIELS ET METHODES

### I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens collectifs ou *focus group* qui a été menée auprès d'une population d'internes de médecine générale et de jeunes médecins généralistes installés.

### II. Recherche bibliographique

L'existence de thèses similaires a été recherchée dans le catalogue SUDOC. La recherche bibliographique a été réalisée sur plusieurs moteurs de recherches sur Internet : Catalogue SUDOC, Service commun de documentation de Lille 2, *Google scholar*, Google. La gestion de ces références retenues a été réalisée via le logiciel Zotero.

### III. Réalisation canevas d'entretien

Le canevas d'entretien semi-structuré, comportait cinq questions neutres et ouvertes. Il a été réalisé à partir d'une revue de la littérature sur le thème abordé.

Il a été modifié après le premier *focus group*.

### IV. Recrutement et Echantillonnage

Les critères d'inclusions ont été choisis pour représenter les populations cibles du contrat de PTMG. Etaient donc inclus dans l'étude, les internes de médecine générale ayant effectué un stage de 6 mois chez le praticien, les remplaçants en médecine générale et les médecins généralistes installés depuis moins d'un an. Etaient exclus, les internes de médecine générale inscrits en DESC d'urgence ou de gériatrie. Concernant les critères d'exclusions, il a été décidé d'exclure les internes

inscrits en DESC d'Urgence ou de gériatrie car peu concernés en raison de leurs choix par ce contrat de PTMG. Aucun signataire du contrat de PTMG n'a pu être inclus dans l'étude en raison de la non divulgation des listes de signataires.

Tous les participants ont été recrutés par le bouche à oreille. L'échantillonnage des participants était raisonné à variation maximale selon les variables caractéristiques suivantes : sexe, années d'exercice, d'installation ou d'internat.

Le recrutement des participants a été réalisé tout au long de l'étude et ce jusqu'à saturation des données. Cette saturation des données a été confirmée par un entretien supplémentaire.

## V. Recueil et analyse des données

Au début de chaque *focus group*, une explication orale était donnée sur l'anonymisation et l'audio-enregistrement. Les participants ne connaissaient pas le thème à l'avance afin de ne pas être influencés dans leurs réponses. Une feuille explicative sur les contrats de PTMG était remise lors du *focus group* à tous les participants (annexe 3). Les *focus group* étaient enregistrés par 2 dictaphones après accord des participants puis retranscrits avant l'entretien suivant en verbatim à l'aide du logiciel de traitement de texte Word par le thésard. A la fin du *focus group*, les données sociodémographiques des participants étaient recueillies sur un document pré-établi.

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique. Le codage ouvert et le codage axial des verbatim ont été réalisés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QSR Nvivo 10. Les codes ont ensuite été regroupés par catégories.

## RESULTATS

### I. Caractéristiques des *focus group*

Cinq *focus group* ont été réalisés. La saturation des données ayant été obtenue après quatre *focus group*, un entretien collectif supplémentaire a été réalisé permettant de confirmer la saturation des données. Les caractéristiques des *focus group* sont regroupées dans le tableau 1.

Les *focus group* ont été réalisés entre le 08 octobre 2014 et le 09 février 2015. Le plus court *focus group* a duré 39 minutes et le plus long 52 minutes.

Focus Group	Date	Nombre Participants	Durée
1	08/10/2014	4	48 min
2	10/11/2014	6	52 min
3	05/12/2014	3	39 min
4	19/01/2015	4	46 min
5	09/02/2015	3	42 min

Tableau 1 : Caractéristiques des *focus group*.

### II. Caractéristiques des participants

Sur les vingt participants, onze étaient des hommes et cinq étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 28 ans et 9 mois. Les participants étaient âgés entre 27 et 36 ans. Quinze personnes avaient eu une enfance urbaine et cinq une enfance rurale.

Sur les vingt participants, on retrouvait 6 internes, 12 médecins généralistes remplaçants et 2 médecins généralistes installés depuis moins d'une année.

Les caractéristiques des participants sont regroupées dans le tableau 2.

### III. Analyse des entretiens

#### A. Exercice professionnel futur

##### 1. Type d'exercice futur

Les avis des intervenants étaient assez partagés sur ce sujet. La majorité souhaitait s'installer en libéral après quelques années de remplacement.

*« Je voudrais travailler en libéral et commencer par faire des remplacements »  
(FG1)*

On retrouvait également la volonté pour certains d'exercer leur activité en tant que salarié. Ils voyaient les avantages du salariat, notamment concernant les congés payés, le congé maternité et un salaire fixe.

*« Donc peut être en salarié... je trouve le principe du salariat génial » (FG1)*

Certains intervenants souhaitaient avoir une activité future mixte.

*« J'aimerais bien dans l'idéal m'installer mais trouver une activité avec 1 ou 2 jours par semaine ou bosser en PMI en tant que salarié ce serait vraiment idéal »  
(FG1)*

##### 2. Souhait installation en groupe

Beaucoup de participants avaient déjà une vision assez précise de leur avenir professionnel. La grande majorité souhaitait s'installer en libéral après quelques années de remplacement. A l'exception d'un intervenant, tout le monde souhaitait s'installer avec d'autres médecins, que ce soit dans des cabinets de groupe ou au sein de centres pluri-professionnels.

*« Je pense qu'à l'heure actuelle, il n'y a plus personne qui a envie de s'installer tout seul dans son cabinet Je pense que notre génération va privilégier les associations pour ne pas se retrouver tout seul » (FG2)*

*« Je ne veux pas m'installer seul, que ce soit avec des généralistes ou d'autres médecins » (FG4)*

### 3. Lieu d'installation

Tout comme l'installation en groupe, un grand nombre de participants avaient une idée assez précise de leurs lieux d'installations futurs. Beaucoup de personnes souhaitaient une installation semi-urbaine. La grande majorité des intervenants refusait une installation en plein centre-ville ou dans des zones trop éloignées de grandes villes.

*« Je ne veux ni être sur la grande place ni dans des zones trop reculées » (FG5)*

Cependant beaucoup d'intervenants s'accordaient à dire que malgré leurs souhaits futurs, l'installation dépendait aussi de l'évolution de leurs vies et des opportunités.

*« Je ne sais pas du tout où m'installer, comme disait intervenant 3 tout dépend de ce qu'on peut me proposer » (FG5)*

*« Après ça dépendra des propositions et des opportunités » (FG3)*

### 4. Durée de remplacement

Les intervenants voulaient tous remplacer avant d'envisager une installation. Les durées souhaitées de remplacement étaient assez variable. Un grand nombre de participants n'avaient pas d'idée fixe sur la durée totale des remplacements.

*« Je n'ai pas de délai particulier, je pourrais m'installer d'ici 2 ans ou d'ici 10 ans » (FG4)*

Beaucoup de participants et notamment les remplaçants n'étaient pas pressés à s'installer et trouvaient beaucoup d'avantages au statut de remplaçant.

*« Initialement je comptais m'installer assez rapidement mais la vie de remplaçant est agréable » (FG4)*

A l'inverse, certains intervenants étaient pressés de s'installer car avaient une lassitude des remplacements.

*« Ca me lasse déjà, je trouve ça dur de remplacer et de t'habituer à chaque fois à des nouveaux cabinets » (FG3)*

## **B. Contrat de PTMG**

### **1. Méconnaissance du contrat**

La majorité des intervenants n'avaient jamais entendu parler du contrat de PTMG.

*« Ça ne me dit rien du tout » (FG2)*

*« Jamais entendu parler » (FG4)*

Seules 2 personnes connaissaient ce contrat et ont pu le définir dans son ensemble.

*« C'est une incitation à s'installer dans les zones rouges ou la démographie médicale est mal répartie en proposant aux jeunes médecins installées des contrats attractifs » (FG1)*

*« Il y avait un complément de rémunération » (FG1)*

### **2. Mesures peu incitatives**

Après avoir lu en détail le contrat de PTMG, la grande majorité des participants ne trouvait pas que les mesures fixées sur le contrat étaient assez incitatives.

*« Décevant, je comprends pourquoi je n'en avais jamais entendu parler, ça ne motive pas du tout à le signer » (FG4)*

*« Je ne pense pas que ce soit une bonne mesure pour attirer les médecins » (FG3)*

### a) Mesures financières

Beaucoup de participants ne comprenaient pas la compensation financière notamment par rapport au risque de travailler beaucoup en zones sous-dotées et donc de ne pas profiter du complément de revenu.

*« Le complément de revenu n'est pas intéressant vu qu'on risque de faire trop plutôt que pas assez de consultations » (FG1)*

*« Les avantages ne sont pas intéressants et notamment l'avantage financier, car en zone rurale on gagnera beaucoup plus, car il y aura trop de travail » (FG3)*

### b) Mesures sociales

Plusieurs intervenants notaient une avancée concernant les mesures sociales prononcées dans ce contrat et notamment vis-à-vis de la maternité

*« Je pense que ça peut être uniquement intéressant en cas de maternité et encore » (FG2)*

*« Concernant les avantages sociaux, effectivement c'est une avancée » (FG1)*

### 3. Refus de signature du contrat de PTMG

Tous les participants étaient du même avis concernant le contrat de PTMG et sur le refus de signature de ce dernier. Ils trouvaient le contrat trop contraignant par rapport aux avantages incitatifs proposés.

*« Non jamais je ne signerais ce type de contrat » (FG1)*

*« Je trouve ça presque honteux de proposer ce genre de contrat à des médecins » (FG2)*

## C. Lutter contre l'isolement professionnel

### 1. Proximité professionnelle

#### a) Structure hospitalière

Les intervenants soulignaient l'importance de la proximité d'une structure hospitalière proche de leur lieu d'exercice.

*« Il faut forcément qu'il y ait à proximité un hôpital » (FG3)*

Et notamment la présence d'un service d'urgences au sein de l'établissement hospitalier.

*« Il faudrait aussi s'assurer de la proximité d'un hôpital avec un service d'urgence » (FG5)*

Certains participants ne se sentaient pas capables d'exercer trop loin d'une structure hospitalière.

*« Je me vois mal dire à une femme en train de contracter de prendre sa voiture et d'aller à la maternité qui est à 1 heures de voiture » (FG5)*

#### b) Proximité avec des médecins spécialistes

On retrouvait chez beaucoup de participants le besoin d'être proche et en contact de médecins spécialistes.

*« Je pense que c'est la base de pouvoir compter sur des confrères rapidement » (FG4)*

Certains des intervenants redoutaient le fait de devoir gérer eux même certaines consultations faute de spécialiste à proximité.

*« Il faut avoir un carnet d'adresses de spécialistes à proximité sinon ce n'est pas gérable tout seul » (FG2)*

*« Je ne me vois pas aller chercher son thrombus avec un cintre dans mon cabinet » (FG2)*

### c) Proximité avec des paramédicaux et des pharmacies

Les participants souhaitaient pour la plupart exercer à proximité de paramédicaux.

*« Avoir des paramédicaux disponibles » (FG1)*

Et notait la difficulté en cas d'absence de proximité avec du personnel paramédical.

*« On parle toujours des médecins et jamais des pharmaciens, des infirmiers. Car c'est bien d'aller t'installer en campagne, mais si tu n'as personne autour de toi pour travailler c'est compliqué » (FG2)*

## 2. Proximité des transports

Un grand nombre de personnes souhaitaient pouvoir travailler à proximité soit d'un nœud autoroutier ou proche d'un endroit avec des facilités d'accès type arrêt de train. Ceci dans un but de pouvoir être rapidement sur son lieu de travail et de ne pas perdre son temps dans les transports

*« La campagne est rarement desservie par des autoroutes ou des gares permettant de diminuer le temps de transport » (FG5)*

## 3. Souhait d'une continuité des soins

### a) Besoin d'un système de garde adapté

Certains intervenants soulignaient l'importance de pouvoir compter sur une permanence des soins adaptée

*« Ce qu'il faudrait, c'est qu'il y ait une permanence des soins et que tu puisses fermer par exemple à 18 heures et savoir que quelqu'un peut prendre la relève » (FG2)*

Et s'inquiétaient aussi de l'absence de médecins à proximité pour le système de garde.

*« Il faudrait aussi un système de garde, car c'est toujours le même problème, mais si tu es seul tu te dois d'assurer un système de garde » (FG5)*

#### **b) Souhait d'une assurance de remplacement**

Beaucoup de participants notaient l'importance d'avoir l'assurance d'un remplacement possible en cas de vacances

*« La possibilité aussi d'avoir l'assurance de remplaçants quand on veut partir en vacances » (FG4)*

#### **4. Travail en groupe**

La grande majorité des intervenants ne concevait pas s'installer seul dans un cabinet et plébiscitaient l'installation en groupe et notamment dans des maisons de santé pluridisciplinaires avec d'autres médecins et des paramédicaux

*« Je préférerais exercer en maison médicale, pas isolée, mais plutôt avec d'autres confrères et d'autres paramédicaux » (FG1)*

Ce mode d'installation faisait notamment écho au souhait de continuité des soins pour certains qui y trouvaient des avantages

*« Quand on est plusieurs professionnels, on peut se répartir les samedis, on peut se répartir les débuts et fins de journées, on peut assurer la permanence des soins auprès des patients beaucoup plus facilement » (FG1)*

On retrouvait également une peur liée à l'installation seule chez beaucoup d'intervenants

*« J'aurais trop peur d'être seul » (FG4)*

## D. Intérêt d'une politique de revitalisation rurale

### 1. Proximité d'un tissu économique

L'idée principale qui ressortait de tous ces focus groups était la nécessité d'une proximité administrative, scolaire, et un travail possible pour le (la) conjoint(e).

#### a) Proximité administrative

Une des idées qui ressortait de tous ces focus groups était la nécessité d'une proximité administrative. L'ensemble des participants y voyait là un frein indiscutable à l'installation en milieu rural et souhaitait une présence de services administratifs proches (poste, gendarmerie).

*« Ce n'est pas pensable de faire 15 minutes de voitures pour aller chercher le pain ou un paquet de cigarettes » (FG2)*

*« C'est plus général, il faut réinvestir de façon générale dans les campagnes » (FG2)*

#### b) Proximité scolaire

Un grand nombre d'intervenants souhaitaient être à proximité d'établissements scolaires pour les enfants, notamment l'importance de crèches proches.

*« Ce serait bien que là où l'on s'installe il y ait à proximité une école primaire, un collègue » (FG1)*

D'une manière générale, les participants ne concevaient pas de faire trop de route et donc de perdre trop de temps aux transports scolaires

*« Mais même quand tu es à 10 minutes d'une ville, tu te rends compte le temps que ça représente de les déposer et de les ramener de l'école » (FG2)*

#### c) Travail pour le (la) conjoint(e)

Beaucoup de participants s'inquiétaient de l'absence de travail potentiel pour le (la) conjoint(e) en cas de travail en milieu rural.

*« Des possibilités de travail pour le conjoint à proximité, même en zone sous dotée, il faudrait des possibilités de trouver du travail » (FG1)*

Et donc la contrainte probable du chômage

*« Si ton mec n'est pas en médecine, alors il devient chômeur pour te suivre » (FG2)*

## **2. Cadre de vie**

La majorité des résultats de l'étude était lié au cadre de vie en général. Tous les intervenants étaient d'accord concernant l'importance d'un bon cadre de vie. Cela se traduisait par toutes les propositions ci-dessous.

### **a) Proximité de commerces**

La proximité de commerce proche du lieu d'installation était soulignée par beaucoup de personnes. On retrouvait notamment l'importance de centres commerciaux proches, de boulangeries, de bureaux de tabac, banque....

*« C'est important d'avoir une ville dynamique dans laquelle on a tous les petits commerces à proximité comme une ville classique » (FG1)*

*« Gendarmerie, poste, banque sont primordiales » (FG4)*

### **b) Milieu dynamique**

Un grand nombre de participants souhaitaient un milieu dynamique entourant leur lieu de travail. Cette proximité était voulue tout d'abord pour les activités privées de la vie quotidienne (bar, restaurant, cinéma, structures sportives).

*« La proximité de structures sportives, de cinéma, de bar, de restaurants » (FG4)*

*« Je pense que ce qui est important est qu'il ne s'agisse pas d'une ville dortoir ou les gens dorment et travaillent à côté » (FG1)*

Pour certains, un environnement dynamique proche permettait de bénéficier d'une patientèle jeune.

*« J'essaierai de trouver un endroit dynamique et notamment où il y a beaucoup de jeunes parents qui viennent s'installer. » (FG3)*

Un participant résumait même cette problématique par rapport à la réponse au problème de démographie médicale.

*« À partir du moment où des régions se remettent à vivre et à bouger, il n'y aura plus besoin de mesures incitatives, les médecins viendront par eux-mêmes. » (FG4)*

### **c) Proximité d'une ville**

Certains intervenants trouvaient intéressante la proximité d'une ville proche du lieu de travail. Cette proximité était voulue dans un but d'habitation

*« La seule chose qui me motiverait c'est que le désert médical ne soit pas très loin du lieu où j'ai envie d'habiter » (FG3)*

Ou dans un but d'être proche des commodités classiques

*« Je ne suis pas contre m'excentrer tout en restant quand même proche de la civilisation » (FG5)*

## **E. Modification du statut du médecin**

### **1. Intérêt d'une meilleure protection sociale**

La quasi-totalité des intervenants jugeait que la protection sociale dans le statut de PTMG était un plus comparé à la protection actuelle en tant que libéral. Une couverture sociale meilleure avec notamment l'existence de congés payés était perçue positivement par nombre de participants.

« Elles devraient exister pour tous les médecins et pas simplement pendant 2 ans pour les signataires. Il y a un vrai problème de protection sociale pour les gens qui sont en libéral... il faut forcément prendre des assurances complémentaires, le statut est précaire en cas de maladie grave ou longue ». (FG1)

## 2. Aides liés à l'aménagement du cabinet

### a) Souhait d'un secrétariat

La présence d'une secrétaire ou d'un secrétariat téléphonique dans le cabinet médical était souhaitée par certains intervenants afin de ne pas être au téléphone toute la journée et de ne pas être dérangée pendant les consultations.

« Je veux avoir une secrétaire pour ne pas tout le temps être à répondre au téléphone. Tout du moins un secrétariat téléphonique » (FG5).

Ils mettaient aussi en avant l'intérêt d'avoir une aide financière pour aider à l'emploi d'une secrétaire ou d'un secrétariat téléphonique.

« Il faudrait qu'on soit aidé pour avoir une secrétaire » (FG1)

### b) Souhait d'une informatisation du cabinet

De même que ci-dessus, les participants étaient pour bénéficier d'un cabinet informatisé dans leur travail quotidien

« Informatisé également avec un logiciel certifié » (FG2)

### c) Souhait d'un logement de fonction

Enfin, certains participants ne souhaitant pas vivre en milieu rural n'étaient pas contre bénéficier en semaine d'un logement de fonction proche du cabinet afin de diminuer les temps de transports.

« Que tu es un logement de fonction » (FG2)

### 3. Travail salarié ou à mi-temps

Devant la peur de la surcharge de travail en milieu rural évoqué par plusieurs participants et la peur de ne pas pouvoir gérer seul cette situation en libéral quelques intervenants souhaitaient avoir des horaires adaptés.

*« Surtout si tu t'installes dans une zone déficitaire ou tu vas avoir une demande de soins énormes » (FG2)*

*« On sait bien qu'en milieu rural il va y avoir beaucoup de travail » (FG3)*

L'idée d'un salariat avec un nombre d'heures fixes ou d'un statut mi-temps ont été évoqués même si les intervenants reconnaissent la difficulté d'application d'horaires fixes en fonction de certaines urgences.

*« Le salariat pourrait être une idée intéressante » (FG4)*

*« Ce qui pourrait être pas mal c'est de faire des contrats pour 2 personnes pour s'installer à mi-temps » (FG4)*

De plus l'idée d'un salariat intéressait certains participants vis-à-vis de la facilité administrative rencontrée et la diminution du stress engendrée par la quantité quasi fixe de travail.

*« C'est ça en moins à gérer après au cabinet » (FG1)*

*« On ne s'inquiète pas du nombre de patients que l'on voit et je trouve ça bien » (FG1)*

### 4. Aides financières

En dehors de certaines aides financières évoquées ci-dessus (secrétariat, informatisation, logement de fonction), beaucoup de participants ne trouvaient pas l'incitation financière du PTMG suffisamment forte pour être attractif

*« L'avantage financier il est ridicule. Le nombre de consultations minimales on le dépasse en 1 semaine dans des zones sous dotées donc on a zéro avantage financier » (FG4)*

Beaucoup de participants souhaitaient une incitation financière plus forte même si les intervenants étaient d'accord sur le fait qu'une incitation financière seule ne suffirait pas à aller s'installer en zone sous dotée.

*« En tout cas moi un gros salaire ça ne me fera pas aller là-bas » (FG4)*

Certains mettaient en avant un avantage à une diminution voire une suppression des cotisations sociales

*« Une diminution de la durée de cotisation pour atteindre la retraite » (FG1)*

## **F. Lien faculté-milieu rural**

Pour certains intervenants, beaucoup de personnes ont peur de s'installer en milieu rural notamment dû au fait qu'ils ont toujours grandi et travaillé en milieu urbain. Ils proposaient donc de créer un lien plus fort lors de nos études médicales entre la faculté et le milieu rural notamment par des terrains de stages adaptés chez des médecins généralistes exerçant en milieu rural.

*« Oui, mais c'est évident qu'il faudrait créer des stages ambulatoires dans ces zones avec le logement pour les internes pour nous motiver » (FG5)*

Une intervenante admettait avoir été surprise de la découverte du milieu rural lors d'un stage SASPAS, car très différent de l'image qu'elle en avait auparavant, notamment concernant la proximité de son terrain de stage avec d'autres spécialistes de santé.

*« J'ai fait mon stage SASPAS, je ne sais pas si c'est considéré comme rural ou une zone sensible mais ils sont en maison médicale à 5 médecins, beaucoup de médecins, d'infirmières. Il y a plein de monde et ils ont des Urgences à 20 minutes » (FG1)*

## G. Mesures coercitives

Certains participants ne voyaient pas de mesures incitatives suffisantes pour repeupler certaines zones sous dotés. Ils considéraient que le problème démographique actuel doit être cependant pris en charge et que des solutions doivent être trouvées.

Ces derniers ne voyaient pas d'autres alternatives à l'utilisation de mesures d'obligations au moins pour quelques années pour permettre de repeupler médicalement certaines zones sous dotés.

*« Je pense que la seule mesure qui nous inciterait à aller nous installer dans un désert médical serait l'obligation, je ne vois pas d'autres mesures qui m'inciteraient à m'y installer » (FG3)*

*« On ne trouvera pas de solutions, je pense, hormis l'obligation » (FG4)*

Ils signalaient cependant être contre ce choix d'obligation d'installation et souhaitaient garder le choix de liberté d'installation mais ne voyaient pas comment le problème des déserts médicaux pouvait être résolu sans mesures coercitives.

	Age	Sexe	Fac Origine	Nbre semestres internat	Nb années rempla	Installé	Lieu	Enfance
lvnt 2	28	F	Paris	5	1	Non		Urbaine
lvnt 1	28	M	Lille	6	2	Oui	Arneke	Rurale
lvnt 4	27	F	Paris	6	2	Non		Urbaine
lvnt 3	27	F	Lille	6	1	Non		Urbaine
lvnt 5	29	M	Lille	6	3	Non		Urbaine
lvnt 7	28	M	Lille	6	2	Non		Rurale
lvnt 6	29	M	Lille	6	3	Non		Rurale
lvnt 8	29	M	Lille	6	3	Non		Urbaine
lvnt 10	29	F	Lille	6	2	Non		Urbaine
lvnt 9	28	F	Lille	6	3	Non		Urbaine
lvnt 13	30	M	Nantes	6	3	Non		Urbaine
lvnt 12	27	M	Nantes	6	2	Non		Urbaine
lvnt 11	27	F	Rennes	6	2	Non		Rurale
lvnt16	27	F	Nantes	4	0	Non		Urbaine
lvnt 14	29	M	Nantes	5	0	Non		Rurale
lvnt 15	28	M	Nantes	5	0	Non		Urbaine
lvnt 17	34	M	Nantes	6	5	Oui	Annecy	Urbaine
lvnt 19	28	F	Lille	5	0	Non		Urbaine
lvnt 18	27	M	Lille	5	0	Non		Urbaine
lvnt 20	36	F	Lille	6	7	Non		Urbaine

Tableau 2 : Caractéristiques des intervenants.

## DISCUSSION

### I. Discussion sur la méthode

#### A. Choix du type d'étude

Le sujet d'étude de ce travail abordait une réalité d'actualité mais complexe, une étude qualitative apparaissait donc pertinente pour tenter de répondre à cette question. Compte tenu de la question de recherche, la technique du *focus group* est privilégiée car permet une exploration de toutes les idées en y insufflant une dynamique de groupe. Les échanges entre les participants favorisent l'émergence des opinions<sup>(19)</sup>.

#### B. Limites liées à l'élaboration du canevas d'entretien

Une recherche bibliographique a été réalisée pour la constitution du canevas d'entretien initial. Ce canevas a été modifié une fois à la fin du codage du premier *focus group*. En effet devant les résultats du codage, il a semblé intéressant de préciser le lieu d'enfance des participants afin de préciser pour chacun la connaissance ou non du milieu rural.

Il n'est pas apparu durant la réalisation des *focus group*, l'émergence d'une thématique non abordée dans le canevas d'entretien. De plus un *focus group* supplémentaire a été réalisé pour confirmer la saturation des données.

#### C. Limites sur la méthode

Le schéma de réalisation de l'étude comprenait l'enregistrement des *focus group*, la transcription et le codage ouvert de l'entretien avant la réalisation d'un entretien supplémentaire. Ce schéma a pu être respecté tout au long de l'étude. En revanche, la triangulation des données n'a pu être effectuée car aucun co-chercheur n'a pu être trouvé.

De plus, la qualité d'un *focus group* est liée à la manière qu'a le chercheur de conduire l'entretien. S'agissant ici du 1<sup>er</sup> *focus group* réalisé et compte tenu de l'absence de formation initiale à la réalisation d'un *focus group*, ceci a pu induire un biais dans l'étude. En effet, certaines questions moins pertinentes ont pu par exemple entraîner chez les participants des réponses moins adaptées entraînant une potentielle perte de données responsable d'un biais d'investigation.

Pour le déroulement optimal d'un *focus group*, le chercheur doit être parfaitement neutre. La moindre idée préconçue sur le sujet de la part de l'enquêteur peut de manière inconsciente orienter une question pouvant induire des réponses différentes. Cependant ce biais d'investigation est inhérent à la technique du *focus group* et peut difficilement être évité.

Les différents entretiens ainsi que la transcription et le codage des données ont été réalisés par la même personne. Cette analyse est dépendante du chercheur et peut entraîner un biais d'interprétation.

Dès le début de chaque *focus group*, il a été précisé à tous les participants que les entretiens étaient anonymisés, enregistrés et retranscrits intégralement. La présence du dictaphone, la timidité et l'existence de mécanismes de défense propres à chaque participant ont pu induire une gêne ou une retenue pouvant entraîner un biais d'investigation.

De plus, même si cette possibilité avait été expliquée avant chaque *focus group*, certaines opinions ont été données soit avant ou soit après l'enregistrement et n'ont donc pu être intégrées aux *focus group*.

## **D. Limites sur l'échantillon choisi**

L'étude étant qualitative, l'échantillon se devait de représenter au mieux la diversité des participants. Pour obtenir un échantillon diversifié et raisonné de la population étudiée, le choix sur les participants s'est porté sur les personnes ciblées par le contrat de PTMG. Il s'agissait d'individus exerçant soit en tant que médecin généraliste installé depuis moins d'un an, soit remplaçant en médecine générale, soit

internes de médecine générale n'ayant pas d'orientation vers un DESC d'urgence ou de gériatrie (4, 5 ou 6<sup>ème</sup> semestre). Concernant les internes, il avait été décidé de les inclure à partir du 4<sup>ème</sup> semestre car nous souhaitons que ces derniers aient une meilleure vision de la médecine générale via leur stage ambulatoire réalisé au 2<sup>ème</sup> ou au 3<sup>ème</sup> semestre.

Afin de faciliter l'organisation des *focus group*, les participants ont été sélectionnés par le bouche-à-oreille. Cet échantillonnage peut entraîner un biais de sélection.

## II. Discussion des résultats

### A. Contrat de PTMG

On peut noter un rejet de tous les participants à ce contrat et à sa signature. Les raisons avancées étaient l'absence de mesures incitatives suffisamment fortes une contrepartie trop importante et certaines zones de floues dans le contrat.

### B. Mesures incitatives actuelles

La grande majorité des intervenants reconnaissait un problème démographique évident et le besoin d'y remédier pour permettre un accès aux soins à l'ensemble de la population.

Les différentes mesures appliquées jusque-là et notamment le contrat de PTMG sont une avancée évidente mais pas assez incitative selon les participants.

Dans ce contrat, les mesures de protection sociales étaient appréciées par les intervenants notamment concernant les jeunes médecins femmes vis-à-vis du congé maternité. Ces derniers reconnaissent cette avancée notamment en comparaison à la protection sociale actuelle dont bénéficient les médecins généralistes libéraux et à l'obligation d'avoir une prévoyance complémentaire pour compenser le statut précaire en termes de protection sociale. En plus d'apprécier cette idée, ils

souhaiteraient qu'une protection sociale plus intéressante soit proposée à tous les médecins libéraux et pas uniquement pour les signataires du contrat.

La compensation financière en revanche ne retrouvait pas un grand succès pour les intervenants. Ceci pour plusieurs raisons : Tout d'abord, ces derniers reconnaissaient que le salaire de remplaçant ou de médecins généralistes installés était confortable et que de ce fait une compensation financière était moins intéressante. De plus, ils ne comprenaient pas l'intérêt d'une rémunération minimale étant donné la probable surcharge de travail en milieu rural en raison de la faible densité de médecins généralistes. De ce fait, cette rémunération minimale était pour beaucoup non intéressante car rapidement obsolète. Les participants considéraient que l'avantage financier n'en était pas vraiment un hormis pour les signataires effectuant un travail à mi-temps.

En reprenant les différents chiffres annoncés par la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en date du 26 novembre 2015, on retrouvait 70 % de femmes signataires du contrat<sup>(18)</sup>. Ce chiffre est en accord avec notre étude notamment concernant la protection sociale, via le congé maternité, qui était reconnue comme avantageuse comparé au statut libéral.

De plus, 75 % des signataires exerçaient en zone rurale avant la signature du contrat<sup>(18)</sup>. Ce constat montre que 3 signataires sur 4 avaient une connaissance du milieu rural et exerçait déjà dans une zone similaire. On peut se poser la question d'un éventuel effet d'aubaine dans la signature de ce contrat.

### **C. Recherche autres mesures incitatives**

L'objectif principal de l'étude était de rechercher d'autres mesures incitatives au contrat de PTMG pouvant permettre la promotion de ce statut. Les résultats de l'étude sont en accord avec les différents travaux réalisés sur ce sujet<sup>(7)</sup>.

Beaucoup de mesures incitatives ont été mises en évidence lors de la réalisation de l'étude. Beaucoup d'intervenants étaient d'accord pour dire qu'il existe

actuellement un problème de démographie médicale et que ce problème risque de s'aggraver dans les années qui viennent.

Plusieurs participants considéraient que les mesures incitatives actuelles dans le contrat de PTMG étaient un bon début mais ne pouvaient pas à elles seules permettre d'enrayer le problème démographique actuel.

### **1. Politique d'aménagement du territoire**

Les mesures d'aménagement du territoire apparaissaient indispensables pour beaucoup et constituaient un frein à l'installation rurale. Le souhait de corriger les inégalités de répartition des médecins généralistes doit s'inscrire dans un projet politique plus général de revitalisation rurale. Comme mentionné dans un rapport de la commission de démographie médicale <sup>(20)</sup>, le sujet du maillage médical du territoire est intimement lié et dépendant de celui de l'aménagement du territoire national.

En effet la présence d'un tissu économique proche (services publics, commerces, banques, écoles...) favorise l'image et donc l'installation potentielle en milieu rural. Une étude de l'ISNAR-IMG de 2010<sup>(21)</sup> qui portait sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale allait dans ce sens. On retrouvait dans les services de proximité souhaités la présence d'une école (72 %), de petits commerces (63 %), d'une poste (61 %), d'une station-service (54 %), d'une caserne de pompiers (47,1 %).

### **2. Travail du (de la) conjoint(e)**

Beaucoup de participants évoquaient comme un frein très important à l'installation en milieu rural la difficulté de concilier ce changement de lieu avec la poursuite du travail du (de la) conjoint(e). Pour certains, cette situation, dans le contexte actuel de l'emploi, rendait impossible cette décision, car responsable d'un sacrifice pour le(a) conjoint(e). On retrouve dans certaines études les mêmes conclusions<sup>(22) (23)</sup>.

### **3. Aménagement de la permanence des soins**

L'importance d'un aménagement de la permanence de soins est souhaitée par beaucoup d'intervenants. Par ce souhait, beaucoup veulent éviter une surcharge de travail en enchainant des journées chargées et des gardes de nuit et de week-end fréquentes. La nécessité d'un système de garde n'est pas remise en cause mais doit être organisée pour éviter la surcharge de travail. Une fréquence de gardes ou astreintes peut freiner le recrutement de nouveaux médecins.

## **D. Développement des stages ambulatoires en zones déficitaires**

La modification des études et notamment de l'internat sont également plébiscitées pour permettre une meilleure préparation et une meilleure connaissance de l'exercice médical rural. De nombreuses inconnues existent en effet sur la pratique rurale et constituent un frein à l'installation. L'importance de stages en milieu rural est recommandée par de nombreux rapports dont celui de l'académie nationale de médecine du 27 mars 2007<sup>(24)</sup>. Ces stages en milieux ruraux permettent de mieux appréhender la pratique médicale rurale et d'écarter certaines peurs ou craintes parfois non fondées. Pour ce faire, il apparait important de recruter de nombreux maîtres de stages en milieu rural afin de permettre une formation plus importante des jeunes internes en médecine générale.

### **1. Favoriser le regroupement professionnel.**

Pour lutter contre l'isolement professionnel, le travail en groupe était souhaité par nombre de participants, que ce soit en cabinets de groupe ou au sein de maison de santé pluridisciplinaire. Cette mesure de regroupement professionnel avait déjà été pointée du doigt comme mesures incitatives pour favoriser l'attractivité des zones sous dotées<sup>(9)</sup> et constitue une des mesures du plan « Hôpital, patients, santé, territoires »<sup>(25)</sup>. Ceci rassurait les participants et diminuait le sentiment d'isolement.

## 2. Aides administratives

Beaucoup de mesures administratives ont également été évoquées pour faciliter une installation et diminuer les charges administratives inhérentes à l'installation et au fonctionnement des cabinets médicaux. La charge administrative constitue un frein à l'installation pour certains médecins. Parallèlement à ceci, on remarque une tendance des médecins à réduire leur temps de travail hebdomadaire afin de concilier vie professionnelle et vie privée. Devant cette « optimisation » du temps de travail, il paraît nécessaire que le temps médical gagne du terrain sur le temps administratif comme le signale l'académie nationale de Médecine dans un rapport de 2007<sup>(24)</sup>. D'après une enquête de l'ISNAR-IMG en 2011<sup>(21)</sup>, 90,8% des internes souhaitent que la part administrative de la structure de soins (comptabilité et rémunération) soit déléguée à une tierce personne, ceci dans le but de gagner en temps médical.

Certains intervenants notaient la corrélation probable entre une enfance rurale et un exercice ambulatoire en milieu rural. Un groupe de recherche de Montréal avait établi qu'une enfance en milieu rural était un facteur d'attraction d'un exercice ambulatoire rural futur<sup>(26)</sup>.

## 3. Mesures coercitives

Pour certaines personnes, la résolution du problème des déserts médicaux doit passer par l'utilisation de mesures coercitives même si ces derniers n'y sont pas favorables. La majorité s'opposait fortement à l'utilisation de mesures coercitives et préférait modifier les mesures incitatives actuelles. Cependant ils reconnaissaient avec pessimisme n'avoir pas de solution miracle pour améliorer la situation actuelle. Cette question a déjà été envisagée mais n'a jamais été appliquée. Plusieurs textes ont déjà proposé l'utilisation de mesures plus fortes contre la liberté d'installation des médecins afin de remédier au problème de désertification médicale. L'académie nationale de médecine recommandait en 2007, en l'absence d'amélioration des disparités démographiques sous 3 ans « l'application, comme ultime recours, de mesures contraignantes, avec l'obligation d'exercer dans des zones sous dotées pour les médecins qui y seraient affectés, pour une période allant de trois à cinq ans »<sup>(27)</sup>.

Le Haut Conseil proposait dans un avis de 2007 à « procéder rapidement à une évaluation des résultats de la politique actuelle » et si cette dernière était décevante de « reprendre le dossier et d'étudier des mécanismes plus directifs d'installation notamment via la mise en place des mécanismes de désincitation à l'installation en zone surdorée ». Il a également proposé la mise en place de « mesures de régulation plus directives ».

La Cour des comptes en 2011 évoque l'hypothèse d'un conventionnement sélectif. Elle rappelle que les mesures coercitives ne doivent être utilisées qu'en derniers recours et que les mesures incitatives restent à privilégier d'autant que leur efficacité est loin d'être optimale. De ce fait l'amélioration des moyens déjà mis en œuvre pour corriger les inégalités démographiques est une première étape à franchir avant d'envisager des mesures coercitives.

Dans ce sens, le rapport Hubert en 2010 proposait que « la mission n'ait pas fait le choix de mesures coercitives estimant qu'à ce jour les incitations ont été trop éparses et peu connues pour qu'il en soit déduit un échec »<sup>(28)</sup>

Chez nos voisins allemands, la liberté d'installation est restreinte. En effet il n'est pas possible de s'installer dans un territoire donné si le nombre de médecins de la spécialité concernée ne dépasse 110% dans ce territoire<sup>(29)</sup>. Cependant malgré cette mesure le problème de la démographie médicale n'est pas résolu en Allemagne. Cette situation prouve la complexité et la difficulté de trouver des solutions adéquates<sup>(30)</sup>.

## CONCLUSION

Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Général constitue une des mesures mises en place pour permettre de lutter contre le phénomène de désertification médicale.

Le but de ce travail était de rechercher des mesures incitatives plus fortes pouvant permettre la généralisation de ce type de contrat pour permettre une meilleure démographie médicale et améliorer l'accès aux soins de la population française.

Bien que les résultats de notre enquête ne puissent se généraliser à l'ensemble de la population, nous pouvons cependant dégager certains axes de travail qui pourraient aller dans ce sens.

Le contrat de PTMG est majoritairement rejeté par les participants qui ne voient pas dans ce dernier un outil suffisant pour permettre la correction des zones sous dotées.

Des mesures d'aménagement du territoire semblent essentielles pour rendre certaines zones attractives notamment via la conservation de services publics, la possibilité de trouver du travail pour les conjoint(e)s.

Favoriser la création de maisons de santé pluri professionnelles pour lutter contre l'isolement professionnel tout en intégrant une proximité hospitalière, médicale et paramédicale.

Améliorer les incitations financières et surtout administratives pour l'installation de jeunes médecins.

Développer et améliorer la mise en place de stages pour les internes de médecine générale en milieu rural afin que ce milieu leur soit plus familier.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Atlas national de la démographie médicale 2015. Disponible sur: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_de\\_la\\_demographie\\_medical\\_e\\_2015.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medical_e_2015.pdf)
2. DREES - Les médecins au 1er janvier 2012. Disponible sur: [http://www.orientation-paysdelaloire.fr/mediatheque/doc\\_num.php?explnum\\_id=20440](http://www.orientation-paysdelaloire.fr/mediatheque/doc_num.php?explnum_id=20440)
3. JO de la République française - N° 299 du 27 décembre 2014. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2014/pdf/joe\\_20141227\\_0299\\_0029.pdf](http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2014/pdf/joe_20141227_0299_0029.pdf)
4. JO de la république française - 13 Juillet 1971. Disponible sur: <http://www.alliot.fr/esr/loi-71-557.pdf>
5. IRDES - Démographie et activité des professions de santé. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoProfSante.htm>
6. DREES - Affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN 2013. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er894.pdf>
7. ONDPS - Rapport sur la médecine générale. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ONDPS\\_-\\_2006\\_2007\\_-\\_tome1.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf)
8. BVA - Rôle et place du médecin généraliste en France. Disponible sur: [http://www.bva.fr/data/sondage/sondage\\_fiche/675/fichier\\_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule\\_839ec.pdf](http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf)
9. Rapport 335 Senat - Présence médicale territoire. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>
10. DREES - Exercice de la médecine générale. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er610.pdf>
11. CNOM - La féminisation, une chance à saisir. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>
12. Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 - Développement des territoires ruraux.
13. Article L.1511 - Code des collectivités territoriales. Code général des collectivités territoriales.

14. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - Le contrat d'engagement de service public (CESP). Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp.html>
15. Arrêté du 23 mars 2007 - la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
16. Arrêté du 3 février 2005 - La convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
17. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - Engagement 3 : 200 « praticiens territoriaux de médecine générale » dès 2013. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/engagement-3-200-praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-des-2013.html>
18. Loi santé - Dossier de presse du 26/11/15. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014\\_-\\_Dossier\\_de\\_Presse\\_-\\_Loi\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf)
19. Revue praticien médecine générale - S'approprier la méthode des focus groups - Mars 2004. Disponible sur: [http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/2\\_-\\_S\\_approprier\\_la\\_methode\\_des\\_focus\\_groups.pdf](http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/2_-_S_approprier_la_methode_des_focus_groups.pdf)
20. Commission démographie médicale- Pr Berland. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_berland.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf)
21. ISNAR-IMG : Enquête nationale souhaits exercice des IMG. Disponible sur: [http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20\\_ISNAR-IMG\\_Enquete\\_nationale\\_souhaits\\_d\\_exercice\\_des\\_IMG\\_RESULTATS\\_COMPLETS.pdf](http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf)
22. IRDES - Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>
23. Ministère de la santé - Etats généraux de l'organisation de la santé. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_egos.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf)
24. Académie nationale de médecine - Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036335/>
25. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
26. GRIS - Mesures d'attraction et de rétention des médecins en régions éloignée. Disponible sur: <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R04-08.pdf>
27. Rapport Senat - Offre de soins: comment réduire la fracture territoriale ? Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.html>
28. Mission de concertation sur la médecine de proximité - Dr Hubert. Disponible sur: [http://www.fregif.org/docs/institutions/rapport\\_hubert\\_medecine-de-proximite-170-298.pdf](http://www.fregif.org/docs/institutions/rapport_hubert_medecine-de-proximite-170-298.pdf)

29. Etude de législation- mai 2008- La démographie médicale. Disponible sur:  
<http://www.senat.fr/lc/lc185/lc1850.html>
30. ONDPS - Conditions installation en France et dans 5 pays européens.  
Disponible sur:  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Monographies\\_\\_Les\\_conditions\\_d\\_installation\\_des\\_medecins\\_en\\_ville\\_dans\\_5\\_pays\\_europeens.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Monographies__Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_dans_5_pays_europeens.pdf)



## Annexe 2 : Canevas d'entretien

- 1) Comment voyez-vous votre futur professionnel dans les années à venir ?
  - Lieu d'exercice futur (rural vs urbain)
  - Type d'installation future (maison pluridisciplinaire, seul)
  - Nombre d'années approximatives de remplacement avant l'installation
  
- 2) Avez-vous déjà entendu parler des contrats de Praticien territoriaux de médecine générale ?
  - Oui/ Non,
  - Définir
  
- 3) Que pensez-vous de ce contrat ?
  - Avantages
  - Inconvénients
  
- 4) Seriez-vous prêt à signer ce type de contrat dans les années à venir ?
  - Si oui, pourquoi ?
  - Si non, pourquoi ?
  
- 5) Dans un monde utopique, quelles seraient selon vous les mesures qui vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire?

## Annexe 3 : Feuille d'information du PTMG remise aux participants

### Le dispositif "Praticien territorial de médecine générale" (PTMG)

16 mai 2014

Le pacte territoire santé comporte parmi ses dispositifs de lutte contre les déserts médicaux, la création d'un statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG) : celui-ci s'adresse à vous, jeunes médecins non encore installés depuis moins d'une année.

Objectif du dispositif ? Il est double :

- sécuriser les premiers mois - souvent difficiles - de votre installation, dans une période d'incertitude forte (création de patientèle, difficultés de trésorerie, problèmes matériels liés à l'installation dans une région souvent inconnue), en vous apportant une garantie financière pouvant aller jusqu'à 2 ans ;
- favoriser votre installation dans des territoires fragiles, caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.



#### Qui peut bénéficier du dispositif ?

Vous, jeunes médecins généralistes non encore installés ou installés depuis moins d'un an ! La date d'installation s'entend comme la date de la 1<sup>ère</sup> inscription sur le tableau d'un conseil départemental de l'ordre des médecins, au titre de votre résidence professionnelle habituelle.

En tant que PTMG, vous pourrez par exemple prendre la succession d'un médecin prêt à partir en retraite, rejoindre l'équipe d'une maison ou d'un centre de santé... Sachant que votre contrat sera d'une durée d'un an renouvelable une fois.



#### Quels sont les avantages du statut de PTMG ?

Sous réserve que vous réalisiez 165 consultations par mois, vous vous verrez garantir un complément de rémunération. Celui-ci sera calculé par la différence entre un revenu mensuel brut garanti de 6 900 € brut/mois et le montant des honoraires que vous aurez perçus (actes et majorations associées) compte tenu de votre activité réelle.

	Nombre d'actes réalisés/mois	Chiffre d'affaires mensuel brut	Complément mensuel brut garanti
Exemple 1 : vous assurez 165 consultations par mois (seuil minimal)			
Niveau de rémunération brut garanti : 6 900 €	165	165 x 23 € = 3 795 €	3 105 €
Exemple 2 : vous assurez plus de 165 consultations par mois (ex. 190)			
Niveau de rémunération brut garanti : 6 900 €	190	190 x 23 € = 4 370 €	2 530 €

Le montant maximum versé est de 3 105 € brut/mois.

Pour le calcul du complément de rémunération, ne sont inclus ni les revenus perçus au titre des aides conventionnelles – notamment l'option démographie et la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) – ni les revenus issus de la permanence des soins organisée (honoraires et rémunérations forfaitaires au titre des astreintes et de la régulation).



## Quels sont les avantages complémentaires ?

En plus de ce complément de rémunération, **vous bénéficierez d'un dispositif avantageux en matière de protection sociale (maladie, maternité).**

Sous réserve d'être PTMG depuis au moins 3 mois et d'avoir réalisé au moins 495 consultations (165 x 3) durant le trimestre précédent, vous serez indemnisé en cas de maladie – pour tout arrêt de travail supérieur à 7 jours – et en cas de maternité durant toute la durée du congé.

Concrètement :

- **en cas de maladie**, l'indemnisation correspond à la moitié du complément de rémunération maximal, soit 3 105 € : 2 = 1 552 € brut par mois. Elle est versée pendant 3 mois maximum par arrêt maladie.
- **en cas de maternité**, l'indemnisation correspond au complément de rémunération maximal, soit 3 105 € brut par mois. Elle se cumule avec les allocations forfaitaires des femmes médecins PAMC et affiliées au RSI.

Par ailleurs et afin de faciliter votre installation, votre agence régionale de santé (ARS) peut mettre à votre disposition – mais sans caractère obligatoire – un local et des moyens techniques.



## Quels sont les engagements pour le médecin ?

En lien avec votre ARS, vous vous engagerez à exercer tout ou partie de votre activité dans un territoire où l'offre, l'accès ou la continuité des soins est insuffisante. Région par région, ces zones sont identifiées par les ARS.

De plus, vous devrez pratiquer les tarifs du secteur 1 de la sécurité sociale et justifier d'une activité minimale fixée à 165 consultations par mois.

En outre, certaines dispositions du contrat pourront porter notamment sur :

- la permanence des soins ambulatoires,
- des actions destinées à améliorer la prescription,
- des actions de dépistage, de prévention et d'éducation de la santé...



## Combien de postes de PTMG seront créés ?

200 postes en 2014 s'ajoutent aux 200 postes identifiés pour la mise en œuvre de cette mesure font l'objet d'une répartition entre les régions, ajustable en cours d'année selon les besoins.



Sources : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes

## **Annexe 4 : focus group**

**Date du focus group : 08/10/2014**

**Nombre de participant : 4**

**Durée du focus group : 48 minutes**

**Moi : Bonjour, la première question concerne votre futur professionnel, comment voyez-vous votre futur professionnel dans les années à venir?**

Intervenant 1 : Comment je me vois plus tard, je ne sais pas trop, j'ai du mal à me projeter, je ne sais pas trop ce que je ferais dans quelques temps, j'aime bien ce que je fais actuellement donc cela me plaît. Je ne regrette pas du tout de m'être installé parce que je m'attendais vraiment à ça, au contraire je suis même surpris en bien par la médecine libérale et je trouve que c'est vraiment un plus. Par contre j'avoue quand je vois mes amis qui postent des photos à l'autre bout du monde en disant qu'ils sont aux soleils sur les DOM-TOM, ça me fait un peu rêver quand même, et ça me dégoûte un petit peu mais sinon je ne sais pas trop comment je serais dans quelques années. Je sais en tout cas que je serais toujours médecin généraliste car c'est sûr, que je ne vais pas complètement craquer. Surement en libéral aussi, peut être au même endroit mais après cela dépend un petit peu des opportunités. Mais en tout cas l'année prochaine si on me demande ce que je fais, je serais toujours à la même place et je ne changerais pas mais si on me demande dans dix ans ou je serais exactement, je trouve ça cool de pouvoir me dire que je peux travailler demain en Guyane et après demain à Boulogne.

Intervenant 2 : Moi, plus tard, ce qui sera important c'est d'avoir du temps pour moi, je ne sais pas si je veux être salarié ou pas, même si je trouve le principe du salariat génial. Cela nous permet d'avoir plein de vacances, parce que l'on gagne toujours la même chose et parce que l'on peut faire des gamins et avoir le congé maternité. On a une sorte de sécurité de l'emploi plus forte qu'en libéral. En tout cas on ne s'inquiète pas du nombre de patients que l'on voit et je trouve ça bien. L'argent ne rentre pas non plus dans la relation ce que je trouve bien. Donc peut être en tant que salarié avec une activité avec pas mal de gynécologie et aussi avec une part d'enseignement, de recherche, d'accueil des internes, externes. Donc une activité variée, pour le lieu je n'en sais rien, cela dépendra aussi de mon conjoint parce que ça compte. Voilà

Intervenant 3 : Bah du coup moi je ne m'attendais pas à avoir un poste en tant qu'assistant médecin généraliste donc je suis la bas pour 2 ans si tout se passe bien. Après ce que j'aimerais bien faire c'est passer le DU de PMI, j'aimerais bien dans l'idéal par la suite remplacer puis dans l'idéal m'installer mais trouver une activité avec 1 ou 2 jours par semaine ou bosser en PMI en tant que salarié ce serait vraiment idéal et ce que je recherche pour pouvoir justement diversifier mon activité avec le côté salarié qui permet en effet d'avoir la même somme d'argent à la fin du mois qui mine de rien est un plus comme le disait l

Intervenant 2. Et également les congés payés, c'est assez confortable et c'est ça en moins à gérer après au cabinet. Après je me dis que sauf si tu as un expert comptable qui peut t'aider et voir comment t'organiser pour pouvoir gérer ça à ta place.

Intervenant 4 : Alors du coup, moi je voudrais travailler en libéral et commencer par faire des remplacements. Je ne sais pas pour combien de temps mais au moins 3 ou 4 ans. Je ne souhaite pas m'installer tout de suite et j'aimerais bien plus tard pouvoir faire une part de salariat aussi soit en faisant des soins palliatifs, soit en faisant des soins de supports d'une manière ou d'une autre. Dans le mode d'installation, je préférerais exercer en maison médicale, pas isolée, mais plutôt avec d'autres confrères et d'autres paramédicaux.

Intervenant 2 : Je ne l'ai pas dit mais Intervenant 4 à tout à fait raison, je ne compte pas travailler seule non plus.

Intervenant 3 : Egalement

Intervenant 2 : Et en pluridisciplinaire avec plein d'autres professionnels de santé et pas que des médecins.

Intervenant 1 : Et moi absolument pas car cela me dérange pas du tout de travailler seul parce que j'aime bien mon indépendance, pouvoir faire ce que je veux quand je veux et où je veux. Et surtout ne pas avoir de compte à rendre à personne.

Intervenant 3 : Je ne suis pas forcément d'accord, après dans un cabinet de groupe justement tu t'arranges, on a souvent le même logiciel et donc quand on part en vacances, tes patients vont voir les médecins du même cabinet et donc aux accès aux dossiers. C'est quand même vraiment pas mal et ça te permet d'être indépendant et de faire ton truc comme tu veux, au pire tu trouveras un remplaçant.

Intervenant 1 : Oui mais je n'ai pas envie d'arranger mes vacances en fonction des autres, j'ai envie de pouvoir prendre mes vacances comme je veux, j'ai envie de pouvoir choisir si je veux ne secrétaire, j'ai envie de pouvoir choisir si je veux une femme de ménage, voilà. Et je n'ai pas envie de me prendre la tête avec des professionnels hystériques ou autres.

Intervenant 3 : Après si vous êtes tous d'accord pour le même fonctionnement de cabinet, ça peut le faire aussi ?

Intervenant 1 : Oui mais c'est très difficile de s'entendre lorsque l'on est très nombreux (5-6), moi tous les médecins généralistes que j'ai remplacé et qui étaient installés avec des gens ils m'ont dit de faire attention parce que une association ce n'est pas si facile que ça mais après pourquoi pas ? En tout cas c'est une crainte que j'ai.

Intervenant 2 : L'avantage c'est que tu serais par exemple pas obligé de travailler tous les samedis comme tu le fais actuellement. Quand on est plusieurs professionnels, on peut se répartir les samedis, on peut se répartir les débuts et fins de journées, on peut assurer la permanence de soins auprès des patients beaucoup plus facilement à partir du moment où on travaille tous ensemble et que les patients ont bien compris qu'on était en collaboration et qu'ils pouvaient aller voir évidemment leur médecin traitant mais aussi l'un ou l'autre en cas de problème. Donc ça permet au niveau de ta vie personnelle de te dégager beaucoup plus de temps que là où tu es obligé de répondre aux patients.

Intervenant 1 : Oui mais je considère que ma vie personnelle est complètement épanouie (rires). Plus sérieusement, oui peut-être, je n'ai jamais travaillé dans des maisons médicales et je ne sais pas comment ça fonctionne.

Intervenant 3 : Ça peut être imaginons une après midi où tu as un problème et tu peux partir du cabinet et te dire d'être remplacé par les autres, ce que tu ne peux pas faire si tu es tout seul. Un problème de santé, ou si tu as un problème de voiture ou d'électricité peu importe.

Intervenant 1 : Oui c'est vrai que ça a beaucoup d'avantages mais moi le fait de travailler en groupe ce n'est pas quelque chose qui m'enchante car c'est plus une question de devoir rendre des comptes aux gens. Et puis les coûts de fonctionnements car une maison médicale coûte plus cher à assumer qu'un travail libéral simple. Et ça c'est les études qui le montrent.

Intervenant 4 : Moi je trouve ça bien de partager une secrétaire ou une femme de ménage qu'on ne pourrait pas se payer forcément si on travaille seul.

Intervenant 1 : Si c'est fait dans la bonne entente et dans la bonne humeur pourquoi pas mais il faut voir avec qui on s'installe, c'est toujours pareil. Généralement il faut la bonne personne et on peut très bien choisir un ami ou un professionnel de santé mais au final le fait de s'installer reste compliqué. Et les exemples que j'ai eu autour de moi me laissent un peu méfiant.

**Moi : Je me permets de reprendre la parole, il y avait juste un point que je voulais**

**aborder avant de passer à la suite, avez-vous une idée sur votre lieu d'exercice futur et notamment sur le fait de travailler en milieu plutôt rural ou urbain ?**

Intervenant 3 : Une ville mais pas une grosse métropole ou en plein centre ville. J'avais par exemple bien aimé Dunkerque et ça ne me dérangerait pas du tout d'y retourner pour travailler et je serais même contente. Après j'essaierais aussi en fonction des remplacements de voir ce qui me plaît le plus, mais pas en plein cœur de Lille en tout cas.

Intervenant 2 : Moi je suis un peu comme toi (Intervenant 3), mais après le semi rural ou même à Steenvoorde ou j'ai fait mon stage SASPAS, je ne sais pas si c'est considéré comme du rural ou une zone sensible mais ils sont en maison médicale à 5 médecins, beaucoup de kinés et d'infirmières, il y a plein de monde et ils ont des Urgences à 20 minutes, le SAMU à 20 minutes et des spécialistes à proximité. Et ils ne sont pas loin de Lille. Donc Dunkerque comme toi (Intervenant 3) ou même plus petit. En tout cas je ne veux pas travailler dans une grande ville car je pense que tu as moins de relation forte avec le patient car ils ont plus facilement tendance à aller voir n'importe quels médecins et puis forcément l'accès aux spécialistes et aux Urgences doit être beaucoup plus systématique qu'à la campagne ou en semi rural.

Intervenant 3 : Oui

Intervenant 4 : Moi, plutôt en semi rural aussi, ou dans une ville pas trop grande. Pour avoir eu une expérience à Paris, j'ai trouvé que ce n'est pas très intéressant car les patients sont assez consommateurs et il n'y a pas cet esprit de médecine de famille. On voit des patients qui ne sont pas forcément les nôtres. Puis il y a une densité de médecins qui est assez forte et les spécialistes qui sont très disponibles à proximité et donc le métier de médecine générale est moins diversifié.

Intervenant 1 : Je suis d'accord. En tout cas pour moi je me vois plus exercer en campagne complètement perdue parce que déjà j'y ai toujours grandi et ensuite car je trouve que les gens sont beaucoup plus attachant et que la notion de médecin de famille prend toute sa dimension. Et je trouve ça très enrichissant car on est amené à faire des choses beaucoup plus variées et justement les patients comme disait Intervenant 4 sont moins consommateurs de soins et ont tendance à accorder un plus grand crédit à la parole du généraliste même si les horaires sont un peu plus large et que les temps de trajets sont plus importants. En tout cas je trouve que les patients le rendent bien et que ça vaut le coup de s'installer dans la campagne. Après la campagne certes mais avec un axe autoroutier pas très loin pour ne pas être à 2 heures du premier cinéma par exemple.

**Moi : Avez-vous déjà entendu parler des contrats de Praticiens territoriaux de médecine générale ?**

Intervenant 2 : oui

Intervenant 1 : oui

Intervenant 3 : non

Intervenant 4 : vaguement

**Moi : Pouvez-vous les définir ?**

Intervenant 4 : C'est il me semble, une incitation à s'installer dans les zones rouges ou oranges, ou la démographie médicale est mal répartie en proposant aux jeunes médecins installés des contrats attractifs.

Intervenant 2 : Moi ce que j'ai compris c'est que il y avait un complément de rémunération, bah plutôt une rémunération minimale. Ce qui m'intéresse à moitié car à mon avis ce n'est pas le problème quand on s'installe en zone sous dotée car on a plutôt trop que pas assez de patients. J'ai lu un article sur un blog d'une fille qui avait fait ça et qui explique que ça l'avait intéressée un mois car on avait complété son revenu, mais je sais plus quel est le revenu minimal. Et l'autre chose c'est qu'il y avait une protection sociale qui était bien meilleure que les médecins libéraux avec je crois une diminution du délai de carence et encore une fois c'était une femme donc elle expliquait que c'était aussi mieux par rapport à son congé maternité. A ce que je compris ce n'est pas un contrat miraculeux mais il y a quand même des petites avancées. Le problème aussi c'est que c'est limité dans le temps et du coup mieux vaut faire ses gamins vite si on veut profiter des avantages sociaux.

Intervenant 1 : Clairement au niveau du congé maternité c'est beaucoup mieux puisque ça permet d'en bénéficier si j'ai bien compris Mais par contre je trouve que mettre en place ce genre de mesures c'est complètement inutile et au contraire je trouve que c'est méconnaître le problème actuel puisque le problème n'est pas qu'il manque de travail dans les zones ou il manque de médecins mais au contraire il y a beaucoup trop de travail, les médecins sont débordés ? Et donc assurer un complément de revenu car soit disant on ne verra pas assez de patients dans ces zones là je trouve ça assez étonnant. Donc je trouve qu'on prend le problème à l'envers, je dirais même plus que les médecins qui s'installent dans ces zones là auront plutôt peur d'être débordés ce qui freine l'installation.

Intervenant 3 : En vous écoutant, j'en avais effectivement vaguement entendu parler mais je ne me souvenais plus des avantages de ce contrat. Mais je pense comme Intervenant 1 que le problème n'est pas le revenu minimal dans les zones sous dotée car il y a trop de travail dans ces zones là. Et le fait d'être isolée et d'avoir tous ces patients pour un seul médecin c'est ce qui fait peur à s'installer la bas.

**Moi : Je vous ai imprimé ce qu'est plus en détail le contrat de Praticien territorial de médecine générale, je vous laisse le lire et je vous poserais ensuite de nouvelles questions.**

**Moi : Que pensez vous du contrat que vous venez de lire ?**

Intervenant 4 : C'est à peu près ce qu'on avait compris sans les précisions de salaires, de rémunérations et les avantages de protection sociale. Ca restait quand même l'idée qu'on en avait.

Intervenant 2 : Oui je suis d'accord, il y a le complément de rémunération dont on se fiche car je pense que ce n'est pas le problème. Et il a le côté protection sociale qui à l'air très bien même si c'est pour 2 ans de ta vie et que tu vas t'installer 40 ans mais bon. Ca reste une petite avancée.

Intervenant 1 : Moi je trouve que c'est beaucoup de contrainte pour pas grand-chose, le seul avantage je trouve concerne la femme enceinte qui trouverait un vrai avantage à signer ce contrat. Par contre pour les autres, je trouve que s'installer n'est pas anodin et que le lieu importe beaucoup et donc que signer ce genre de contrat pour éventuellement en cas de maladie en profiter je trouve que ce n'est pas grand-chose. D'autant que je trouve qu'il ne définit pas assez bien les choses car pour m'être déjà renseigné auprès de l'ARS, on se sait pas ce qu'ils veulent dire par acte de prévention. Et de même concernant la permanence de soins et les soins ambulatoires, on ne sait pas ce que cela signifie vraiment. Donc je trouve que ce contrat manque de clarté et est illogique car travailler en zone déficitaire et faire uniquement 165 consultations me paraît surréaliste dans de telles zones.

Intervenant 3 : Je suis d'accord avec toi concernant des défauts de précisions sur certains

points notamment la prévention, l'éducation et la prescription également. Je pense aussi que le complément de rémunération ne sera pas intéressant car il y aura plus une surcharge qu'un défaut de travail dans des zones sous dotée. Je trouve aussi que hormis le congé maternité, il n'y a pas vraiment de réels avantages et me concernant ce type de contrat ne me donne pas envie d'être signé. Je préfère choisir le lieu et la façon de m'installer sans les rares avantages de ce contrat. D'autant qu'on ne sait pas vraiment si l'on peut résilier ce contrat.

Intervenant 4 : Je pense que l'ARS pourrait mettre en place et aider pour un local pour aider l'installation. Et il n'y a effectivement pas de d'explication sur la possibilité de rupture de contrat.

Intervenant 3 : Tu veux dire s'il est submergé par le travail et qu'il ne s'en sort pas ?

Intervenant 4 : Oui

Intervenant 1 : Je pense que ça arrange l'ARS de ne pas être très clair. Car lorsque l'ARS me la proposé ils n'ont pas su répondre à cette question. Et lorsque j'ai signé le CESP (contrat d'engagement de service public), on m'a sorti tous les ans une nouvelle appréciation du contrat. Et on m'a également dit qu'on allait m'aider pour trouver un local et j'attends toujours.

Intervenant 2 : C'est vrai qu'on se méfie de ce genre de contrat car on a l'impression de signer un contrat à un moment et puis finalement il y a plein d'avenants qui modifient le contrat et on n'est pas forcément au courant de ces avenants d'autant qu'on ne les a jamais signés. Je ne sais pas comment l'Etat considère qu'on les a acceptés. Donc finalement on signe pour quelque chose un peu naïvement sans en connaître tous les tenants et aboutissants. Bref, je me méfie beaucoup de ce contrat.

Intervenant 4 : Je valide

Intervenant 3 : Je valide

Intervenant 2 Je valide

Intervenant 1 : Mais c'est sûr que pour avoir signé le contrat CESP, il est bien marqué dans mon contrat exercer dans les zones déficitaires. Pour moi exercer c'est remplacer ou s'installer et il semblerait que cette définition varie d'une ARS à l'autre, comme quoi les textes de lois peuvent être interprétés d'une façon comme d'une autre. Je trouve que c'est beaucoup de contraintes pour un gain limité.

Intervenant 2 : Cependant je trouve que la protection sociale est un avantage indéniable et qu'elle devrait exister pour tous les médecins et pas simplement pendant 2 ans pour les signataires. Il y a un vrai problème de protection sociale pour les gens qui sont en libéral. Tous les médecins chez qui ont est allé en stage le disent, il faut forcément prendre des assurances complémentaires, le statut est précaire en cas de maladie grave ou longue. L'inconvénient est tout le reste. En tout cas je ne vois aucun avantage à la rémunération et le contrat est flou.

Intervenant 3 : Concernant les avantages sociaux, effectivement c'est une avancée mais comme le dit Intervenant 2, il y a des flous et on n'est jamais à l'abri d'avoir des surprises par la suite une fois le contrat signé.

### **Moi : Seriez-vous prêt à signer ce contrat dans les années à venir ?**

Intervenant 3 : Non, comme c'est assez récent, ce serait peut être bien d'avoir les expériences de certaines personnes. Et puis les avantages ne me suffisent pas.

Intervenant 4 : Non plus, les avantages ne sont pas assez attrayants et j'ai un conjoint qui n'est pas dans le domaine médical et qui exerce pas en zone sous dotée, et c'est une grosse contrainte.

Intervenant 2 : Non, jamais delà vie, mon conjoint a signé un contrat similaire et il s'est fait

avoir donc jamais pour ma part. Et comme j'aime bien être libre et que je ne sais pas ce que la vie me réserve, je préfère avoir mes délais de carence et prendre une assurance privée pour ma grossesse.

Intervenant 1 : Non, jamais je ne signerais ce type de contrat. Parce que j'ai déjà signé le CESP et je le regrette. Je trouve que les avantages sont ridicules parce que le complément de revenu n'est pas intéressant vu qu'on risque de faire trop que pas assez de consultations. A la rigueur, pourquoi pas y réfléchir pour une femme vis-à-vis de la grossesse mais pour moi il est hors de question. Les inconvénients sont trop nombreux par rapport aux avantages. Et là, ça engage beaucoup de choses pour peu d'avantages. De plus je répète mais je trouve que le contrat n'est pas trop clair et les ARS n'ont pas toutes les réponses.

**Moi : Dans un monde utopique, quelles seraient selon vous les mesures qui vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire ?**

Intervenant 2 : On pourrait me fournir les locaux gratuitement, il faudrait qu'on soit nombreux dans une maison de santé avec des médecins mais aussi des infirmières, orthophonistes et autres paramédicaux. Et aussi des spécialistes, car souvent dans les maisons médicales, il n'y a que des médecins généralistes et c'est dommage. Il faudrait qu'on soit aidé pour avoir une secrétaire, une femme de ménage, ce serait vraiment bien. Il faudrait aussi qu'on ait une protection sociale parfaite, qu'on soit assuré d'avoir des remplaçants lorsque l'on souhaite partir en vacances. Evidemment des possibilités de travail pour le conjoint à proximité, même en zone sous dotée, il faudrait des possibilités de trouver du travail. Il faudrait à proximité des écoles, une gare pour ne pas être coupé du monde.

...

**Moi : Je reprécise la question, quelles autres mesures que celles présentées vous inciteraient à venir vous installer en zone sous dotée ?**

Intervenant 2: La possibilité de résilier ce contrat si on le souhaite sans pénalité.

Intervenant 1 : Le fait que ce soit très clair sur le contrat dès le début quand on le signe, le fait d'avoir une incitation financière meilleure, le fait d'avoir une réduction d'impôts, le fait d'avoir des locaux adaptés c'est à dire relativement récent. Avoir un secrétariat et une femme de ménage, une voiture de fonction. Une couverture sociale adaptée avec nombre de semaines de vacances minimal garanti et la possibilité de trouver des remplaçants.

Intervenant 3 : Si c'est vraiment utopique, tout ce qui a été dit est vraiment intéressant, et la possibilité d'avoir des congés payés ainsi que la nécessité d'avoir des remplaçants lors des vacances. Et bien sur, ne pas arriver seul dans un cabinet et avoir des médecins et paramédicaux autour pour ne pas se retrouver avec une cinquantaine de consultation à gérer seul par jour.

Intervenant 1 : Avoir des horaires adaptés, c'est à dire qu'on n'a pas fait médecine générale pour finir à 17h30 mais être plus ou moins sur de l'horaire de fin de journée à 30 minutes près

avec quelqu'un qui est défini pour prendre la suite.

Intervenant 2 : Un système de garde assuré, c'est à dire comme tu le dis à partir de 18h30 par exemple, un système de garde qui prend le relais et ou on aurait pas le cas de conscience avec le patient qui nous appelle à 21h ou dans coté on a envie d'avoir une vie et de ne pas le voir et de l'autre la difficulté de refuser.

Intervenant 1 : Et un système de crèche aux environs pour les médecins ayant des enfants.

Intervenant 4 : Oui en effet, un système de crèche. Pourquoi pas non plus un salariat qui pourrait permettre d'avoir un salaire fixe notamment en période plus creuse. S'assurer aussi de la présence de plusieurs médecins pour ne pas être isolé.

Intervenant 1 : Je ne suis pas forcément pour le salariat mais en tout cas la présence d'une gare ou d'une autoroute à proximité me paraît nécessaire.

Intervenant 2 : Je trouve que le salariat à ses avantages. En tout cas dans le contrat idéal, j'aimerais passer 30 minutes avec chaque patient, même si c'est possible, ca reste souvent compliqué en libéral. Donc pourquoi pas le salariat. Si le contrat me permettait cela et de ne pas courir après le temps, je ferais probablement du meilleur travail. Mais dans ce cas il faudrait revoir à la hausse la mesure financière incitative. Et faire le moins de visite à domicile possible même si je sais que c'est compliqué.

Intervenant 1 : Avoir des paramédicaux disponibles et une diminution de la durée de cotisation pour atteindre la retraite.

Intervenant 4 : Avoir des spécialistes disponibles et pas trop éloignés pour ne pas se sentir isolé.

Intervenant 1 : Je suis complètement d'accord, ainsi qu'un hôpital pas trop loin et dynamique. (Environ 20min)

Intervenant 4 : Moi comme disait Intervenant 2, c'est vraiment la question du temps avec les patients et ne pas courir après un chiffre d'affaire, donc le salariat me semble une bonne idée.

Intervenant 3 : Et aussi au niveau des horaires de travail, a priori on imagine que si on est salarié, on pourrait avoir des horaires assez fixes et qui ne débordent pas jusqu'à très tard le soir

Intervenant 2 : On a conscience qu'an tant que salarié, on risque de gagner moins qu'en libéral mais moi ca me dérange pas de gagner un peu moins pour avoir un meilleur confort de travail.

Intervenant 1 : Moi si j'ai fait médecine générale ce n'est pas pour être salarié mais pour faire de la médecine libérale. Ca ne me dérange pas du tout d'avoir le rapport avec l'argent et le patient et c'est difficile de donner une rémunération par rapport à ses contrats. Si c'est une zone à 45min de Lille il faut que ce soit moins cher en tarif qu'une zone située au fin fond de la Creuse. Donc ca dépend vraiment des zones qui sont définies en fonction de la somme d'argent. Mais j'estime que les sommes avancées par le PTMG ne sont pas assez incitatives.

Intervenant 2 : Tu veux dire que la somme doit être défini en fonction de la zone sous dotée ou très sous dotée ?

Intervenant 1 : Exactement, c'est à dire que si on me demande à partir de combien je suis prêt à m'installer dans cette zone, cela dépend ou elle est située. Si elle est située à 30min de Lille je serais moins exigeant que si elle est située à 3h de Lille en pleine campagne sans autoroute, sans écoles à proximité.

Intervenant 3 : Je suis d'accord concernant les différences de salaires en fonction de l'éloignement des grandes villes et pour ce qui est du salariat, ca ne me dérangerait pas du tout. Ca a un coté confortable et moins stressant et permet de passer plus de temps et de partager plus avec les patients car c'est aussi pour ca que j'ai fait médecine. C'est vrai que le rapport avec l'argent ou comment gérer le cabinet on nous l'apprend pas pendant nos études et que le salariat permet plus de confort et de sécurité. C'est donc moins de stress et forcément plus tentant.

Intervenant 2 : Je suis tout à fait d'accord, le salariat ca permet de prendre plus de temps avec les patients et surtout savoir à quelle heure on va terminer car en libéral j'ai l'impression que dès qu'on prévoit un semblant de vie sociale systématiquement on va voir le patient urgent 5 minutes avant la fin et donc on ne peut rien prévoir. Et ce serait agréable de dire ce soir je finis à 18h et vraiment finir à 18h.

Intervenant 4 : D'où l'intérêt de la continuité des soins et d'n système de garde assuré.

Intervenant 2 : Tout à fait.

Intervenant 3 : Tout en restant accessible pour les patients et qui ne nécessite pas de faire une heure de voiture pour voir le fameux médecin de garde.

Intervenant 2 : Sinon il faut promouvoir l'installation à plusieurs et donc comme ca 1 jour par semaine on est de garde, on sait que ca va être dur mais au moins on est tranquille le reste de la semaine. Je préfère faire une garde de temps en temps et être tranquille les autres soirs.

Intervenant 4 : Oui, quand on dit continuité des soins on s'engage aussi à l'assurer, mais pas être seul à l'assurer.

### **Moi : Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**

Intervenant 2 : Je viens de penser à du matériel également, je trouverais ca pas mal qu'on nous fournisse une table d'examen par exemple, c'est très cher une table d'examen.

Intervenant 4 : c'est vrai ca, je suis d'accord

Intervenant 2 : Et même du consommable. Et il faudrait que la maison médicale dans laquelle on est envie de s'installer est si possible une salle de suture ou une salle d'urgence, un cabinet de radiologie pas loin.

Intervenant 3 : Aussi une trousse d'urgence adaptée avec tout ce qu'il faut à l'intérieur.

Intervenant 2 : Ce serait bien aussi que dans ce lieu « magique » il y ait de quoi loger les internes et les externes parce que c'est comme ça qu'on pourra ensuite les faire venir donc il pourrait être prévu un petit appartement au dessus du cabinet ou l'on pourrait accueillir et éventuellement loger des internes ou des externes. J'ai même vu que sur Lyon, un médecin a carrément acheté une maison et loge les internes et les externes, l'ambiance y est à priori très bonne. C'est dans le fin fond de la campagne Lyonnaise et du coup ils n'avaient jamais d'internes et depuis ce jour, certains internes viennent travailler dans le cabinet pour leurs stages.

Intervenant 1 : Il faudrait aussi un bon système d'alarme pour la maison médicale.

Intervenant 2 : Dans le contrat idéal, je pense qu'il devrait prévoir un mode de rémunération pour promouvoir l'éducation thérapeutique afin qu'on puisse s'organiser des séances d'éducation pour le sevrage tabagique, les BPCO, les diabétiques, etc. Et on ferait par exemples des cessions sur 12 semaines avec une consultation par semaine par patient. Je trouve ça très bien de faire ça, mais comme ce n'est pas rémunéré, trop peu de médecins le font. Et puis je me dis que ce serait bien que là où on s'installe il y ait à proximité une école primaire, un collège, un centre commercial, une poste...

Intervenant 4 : Une pharmacie.

Intervenant 2 : Effectivement, une pharmacie également, mais surtout que l'on ne soit pas trop isolé pour pouvoir recevoir ou aller voir certains patients. Une boulangerie aussi, un supermarché...

Intervenant 1 : C'est vrai que c'est important d'avoir une ville dynamique dans laquelle on a tous les commerces à proximité comme une ville classique. Et également du travail pour les conjoints qui ne sont pas forcément en médecine et qui ont besoin de travailler à côté. Et enfin des axes autoroutiers ou une gare proche assez développée pour éviter d'être enclavé dans une zone perdue.

Intervenant 4 : En fait je me rends compte qu'on est en train de résumer une zone non sous dotée, on est en train de vouloir que les zones sous dotée soit en fait des agglomérations.

Intervenant 2 : Je ne suis pas tout à fait d'accord puisque à Steenvoorde par exemple, il y a très peu d'habitants et pas de gare mais il y a une autoroute et tous les petits commerces à proximité. On voit bien que ce n'est pas une ville dortoir. Je pense que ce qui est important est qu'il ne s'agisse pas d'une ville dortoir où les gens dorment et travaillent à côté. Là, il y a une vraie vie, une école primaire, un collège, une piscine, une bibliothèque, il y a même des entreprises alors qu'on est à 30min d'une grande ville et c'est joli. Bref, ça donne presque envie d'y habiter alors que pourtant je viens de Paris ! Donc je pense que ça existe et que Steenvoorde qui n'est certes pas la campagne profonde doit être considérée comme une zone rurale mais je pense que oui.

Intervenant 1 : Je crois que c'est une zone considérée par l'ARS comme sous médicalisée et fait partie des 9 zones sous dotée du Nord Pas de Calais.

Intervenant 4 : Pour revenir sur les patients BPCO, il existe des maisons de santé où l'ARS fait une cartographie des besoins de la population à tel endroit et organise une éducation

thérapeutique adaptée.

Intervenant 2 : Par exemple à Steenvoorde, ils font ça, ils sont pilotes de l'ARS pour les nouveaux modes de rémunérations et ils touchent des rémunérations pour les séances pour les diabétiques par exemple avec une infirmière, une diététicienne. Et chaque médecin a 1 ou 2 patients à suivre en groupe.

**Date du Focus Group : Lundi 10/11/2014**

**Nombre de Participants : 6**

**Durée du Focus Group : 52 minutes**

**Moi : Bonjour, la première question concerne votre futur professionnel, comment voyez-vous votre futur professionnel dans les années à venir?**

Intervenant 1 : Dans les années futures, je n'ai pas envie de travailler en milieu rural, mais plutôt en milieu urbain. Je souhaite ensuite m'installer mais je ne sais pas trop dans combien de temps.

Intervenant 2 : Moi je me vois plus travailler en milieu semi-urbain mais surtout en groupe, en maison de santé pluridisciplinaire. Et bien sur avec un secrétariat qui dirige les appels, informatisé également avec un logiciel certifié. Et je pense encore remplacer 2-3 ans avant de m'installer.

Intervenant 3 : Moi je compte remplacer quelques années histoire de mettre des sous de cotés. Et idéalement je pense que je vais m'orienter vers du semi rural, j'aimerais bien retourner dans les villages dans lesquels j'ai grandi (Libercourt). Sachant que j'ai une tante qui est en fin d'activité sur Libercourt et qui a un cabinet qui peut accueillir plusieurs médecins et idéalement je vois ma pratique la bas si possible avec des aménagements du cabinet vu qu'elle n'est toujours pas informatisé et donc ce serait avec un groupement de médecins et pourquoi pas une maison de santé avec d'autres prestataires de santé. Idéalement ce serait ça.

Intervenant 1 : Je pense qu'à l'heure actuelle, il n'y a plus personne qui a envie de s'installer tout seul dans son cabinet, aussi bien en ville qu'à la campagne. Je pense que notre génération va privilégier les associations pour ne pas se retrouver tout seul.

Intervenant 2 : C'est sur !

Intervenant 1 : Informatisé et si possible avec un secrétariat et pour ma part du 100% rendez vous.

Intervenant 4 : Ah oui.

Intervenant 3 : Idem

Intervenant 2 : Oui mais il faut quand même faire quelque visites.

Intervenant 1 : Ah oui mais tu es obligé mais pas de consultations sans rendez vous.

Intervenant 5 : Moi j'ai déjà remplacé sur Lille, ils sont 5 médecins, il y en a toujours un qui est en permanence de soins et qui s'occupe des consultations libres et ils tournent. Donc ça reste envisageable pour moi mais il faut beaucoup de médecins. Du tout ça permet de voir les Urgences et tout le reste est géré par chaque médecins en rendez vous. C'est plus confortable pour le médecin et pour la patientèle.

Intervenant 3 : Le problème avec ce fonctionnement c'est qu'il faut trouver pas mal de médecins qui veulent s'installer avec toi. En ville ça va mais en semi rural ça devient plus dur.

Intervenant 5 : Oui c'est vrai. Mais regarde à Laventie, c'est la campagne et pourtant ils ont réussi à faire quelque chose d'assez similaire avec pas mal de médecins.

Intervenant 1 : Après si tu fais que des rendez vous, tu peux toujours garder des créneaux d'Urgences et les voir aussi.

Intervenant 4 : Mais c'est quoi les déserts médicaux dans le Nord ?

Intervenant 3 : Bah dès que tu t'éloignes des villes tu te retrouves vite dans des no mans land.

Intervenant 2 : Dans les déserts médicaux le problème c'est que tu n'a pas de spécialistes proches et donc que les gens doivent faire beaucoup de route pour bénéficier d'une consultation donc tu dois te débrouiller beaucoup plus par toi-même.

Intervenant 4 : Et quand tu as une Urgence tu es content !

Intervenant 5 : Moi en tout cas je ne compte pas m'installer dans les déserts médicaux. Et pour en revenir à la question de tout à l'heure, je compte m'installer dans un cabinet de groupe d'ici quelques années. Et je n'aimerais pas m'installer en hyper centre car je trouve que la patientèle est plus exigeante et on a moins l'impression d'être prestataire de service. Donc plutôt du péri urbain.

Intervenant 3 : Effectivement je trouve que en hyper urbain, on a moins l'impression d'être le médecin de famille qui suit toute la famille car les patients vont très vite voir quelqu'un d'autre si quelque chose ne leur convient pas. Et je trouve qu'en semi rural, les gens sont beaucoup plus attentifs à nos discours et nos conseils.

Intervenant 2 : Après ça dépend aussi du médecin que tu remplaces et de comment il a éduqué sa patientèle. Et aussi de son âge car souvent les patientèles des médecins plus âgées sont plus vieilles.

Intervenant 6 : Bon moi je veux de l'urbain, je veux ma vie de famille avant tout et je veux pouvoir aller chercher mes gosses plusieurs fois par semaines ce qui n'est pas possible en rural.

Intervenant 4 : Surtout qu'en ville tu peux beaucoup plus facilement fermer tôt ton cabinet car tes patients pourront toujours voir quelqu'un à proximité ce qui n'est pas le cas quand tu t'éloignes des centres villes. Tu as moins le devoir d'assurer les soins en ville plutôt qu'en campagne.

Intervenant 6 : Tout a fait et ça colle avec mon souhait d'exercer en ville. Et je ne sais pas trop combien de temps je vais remplacer avant de m'installer mais en tout cas pas tout de suite.

Intervenant 4 : Moi je pense m'installer dans quelques années dans un cabinet de groupe. Et je ne souhaite ni de l'hyper centre ni du trop rural.

**Moi : Avez-vous déjà entendu parler des contrats de Praticiens territoriaux de médecine générale ? Et si oui, pouvez-vous les définir ?**

Intervenant 3 : Ce n'est pas le contrat ou il te paye ta scolarité ?

**Moi : Non**

Intervenant 3 : Bon bah non

Intervenant 5 : Ce n'est pas un contrat avec un revenu garanti ?

Intervenant 6 : Ah oui ou après ils te disent ou tu dois t'installer.

Intervenant 1 : Jamais entendu parler

Intervenant 5 : Moi j'avais entendu que c'est un contrat ou on te donne un revenu minimal pour aller t'installer en zone sous médicalisée. Ce qui est une vaste blague car dans ces zones tu vas avoir beaucoup de boulot et donc tu n'a pas besoin d'avoir un complément minimal de salaire.

Intervenant 4 : Ca ne me dit rien du tout.

Intervenant 2 : Moi non plus

Intervenant 6 : Bah en fait moi non plus.

**Moi : Je vous ai imprimé ce qu'est plus en détail le contrat de Praticien territorial de médecine générale, je vous laisse le lire et je vous poserais ensuite de nouvelles questions.**

**Moi : Que pensez vous du contrat que vous venez de lire ?**

Intervenant 4 : Bah déjà je ne comprends pas trop le principe de la rémunération minimale car les 165 consultations tu les fais facilement.

Intervenant 2 : Bah surtout si tu t'installes dans une zone déficitaire ou tu vas avoir une demande de soins énorme.

Intervenant 5 : Déjà qu'en remplacement urbain tu te fais en moyenne 2000€ avec rétrocessions donc ce n'est pas du tout intéressant.

Intervenant 4 : Tu te fais les 165 consultations en une semaine presque.

Intervenant 2 : Apres ils te vendent ça pour sécuriser les premiers mois mais dans une zone déficitaire tu n'as pas vraiment besoin.

Intervenant 1 : Les gens viendront forcément te voir puisque tu es le seul.

Intervenant 4 : Bref moi je n'aime pas du tout le contrat.

Intervenant 6 : Moi non plus.

Intervenant 1 : Je ne vois pas qui pourrait tomber dans le panneau de ce contrat et de ces mesures incitatives. Il faut vraiment ne jamais avoir remplacé ou être au courant de rien pour trouver cela intéressant.

Intervenant 2 : Moi je pense que ça peut être uniquement intéressant en cas de maternité et encore.

Intervenant 1 : En gros on trouve tous ça nul et on est tous d'accord pour dire que le seul point positif c'est si tu es enceinte

Intervenant 4 : Oui et encore.

Intervenant 3 : Oui et comme je ne suis pas un homme je trouve ça nul.

Intervenant 5 : De même.

Intervenant 4 : C'est sur qu'en plus un jeune médecin normalement en bonne santé ne va pas du tout être motivé par cela. A la limite des vieux médecins seraient peut être plus intéressés par la protection sociale.

**Moi : Seriez-vous prêt à signer ce contrat dans les années à venir ?**

Intervenant 4 : Non

Intervenant 3 : Non

Intervenant 1 : Non

Intervenant 6 : Non

Intervenant 2 : Non

Intervenant 5 : Non plus

Intervenant 1 : Les seules mesures pour nous hommes c'est surtout financier et ce n'est pas du tout intéressant.

Intervenant 2 : Je trouve presque ça honteux de proposer ce genre de contrat à des médecins. Ils essayent d'arnaquer des jeunes médecins qui ne connaissent pas le remplacement.

Intervenant 1 : Des que tu remplaces une semaine tu sais qu'ils se foutent de ta gueule.

Intervenant 5 : C'est au détriment de ta vie personnelle

Intervenant 6 : A 30 ans tu as mis déjà beaucoup de ta vie personnelle de coté et tu as envie d'en profiter un peu.

Intervenant 1 : Je viens de faire une semaine de remplacement à Boulogne plutôt cool et j'ai vu 100 actes.

Intervenant 3 : Oui c'est évident que tu dépasseras les 165 actes par mois.

Intervenant 2 : Ou alors tu bosses 2 jours par semaine.

Intervenant 4 : Ou alors tu rentres dans leur jeu et tu t'arrêtes à 165 consultations par mois pour toucher le revenu minimal.

Intervenant 3 : C'est sur que pour rendre ce contrat avantageux il faut ne rien foutre je trouve.

Intervenant 1 : Globalement ca n'a aucun intérêt que ce soit financier ou de protection.

Intervenant 2 : Moi ce que je trouve le plus dingue c'est que des gens aient signé ce contrat. Ca doit être des médecins étrangers.

Intervenant 6 : D'autant que le contrat est comme ca ce jour mais t'es pas à l'abri qu'ils le modifient selon leur bon vouloir.

Intervenant 4 : Le problème c'est que ce contrat n'a pas d'avantages pour moi mais que des inconvénients.

Intervenant 1 : Bah moi François je reviens à la question de tout à l'heure si je connaissais ce contrat, et bah je comprends mieux pourquoi je ne le connais pas.

Intervenant 5 : C'est sur que personne n'en parle dans le milieu médical tellement ce contrat n'est pas intéressant.

**Moi : Dans un monde utopique, quelles seraient selon vous les mesures qui vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire ?**

Intervenant 5 : Ce qu'il faudrait, c'est qu'il y ait une permanence des soins et que tu puisses fermer par exemple à 18h et savoir que quelqu'un prends la relève. Et donc que ce ne sois plus toi qui soit appelé.

Intervenant 3 : Une qualité de vie quoi.

Intervenant 4 : Oui mais ca c'est impossible à la campagne car il y a trop peu de médecins.

Intervenant 5 : Utopique ! Car ce faire appeler ou qu'on frappe à ta porte à 21h ca me plait pas.

Intervenant 6 : Qu'on t'offre un logement de fonction

Intervenant 4 : Une voiture de fonction.

Intervenant 2 Bah limite que tu sois salarié. Que tu touches un salaire plus important que celui proposé mais qui te permet d'avoir un fixe et de ne plus avoir toute la lourdeur administrative.

Intervenant 1 : Ca commence à exister ca.

Intervenant 4 : Oui mais le salariat niveau permanence des soins s'est encourager à rien foutre.

Intervenant 2 : Bah non car si tu es dans une zone sous médicalisée tu vas en avoir du taf mais ca te permet de fixer des horaires.

Intervenant 4 : Non mais le but du jeu en zone sous médicalisée c'est que tu bosses énormément pour répondre à la demande. Si tu es salarié ce n'est pas possible

Intervenant 1 : Mais qu'est ce qui fait peur à tous les jeunes dans le milieu rural c'est la charge de travail.

Intervenant 2 : Oui

Intervenant 4 : Bah c'est l'isolement aussi.

Intervenant 5 : Oui mais tu as la certitude d'avoir un gros salaire car tu travailles énormément.

Intervenant 3 : Bah toute façon pour travailler la bas il faut déjà qu'on te propose beaucoup plus en salaire.

Intervenant 4 : Que tu es un logement de fonction, une voiture de fonction, que tu ne payes pas d'URSAFF.

Intervenant 5 : Oui et dans un monde utopique il faudrait inciter aussi le boulanger, le

politique, le policier, les professeurs

Intervenant 1 : Les crèches.

Intervenant 5 : Tout le service public

Intervenant 2 : Les petits commerces

Intervenant 5 : Que tu puisses faire des choses dans ta vie personnelle

Intervenant 3 : Toute façon je ne compte pas flinguer ma vie pour rattraper 40 ans de mauvais choix politiques pour la désertification de la campagne, que ce soit médical, administratif ou au niveau de l'emploi.

Intervenant 2 : Après tu peux être dans un désert qui n'est pas trop désert. Tu peux être à 10 minutes d'une ville et être dans un désert médical.

Intervenant 6 : Mais même quand tu es à 10 minutes d'une ville, tu te rends compte le temps que ça représente de les déposer et de les ramener de l'école ou de la crèche, d'aller faire ses courses. Si en plus tu finis à 21h c'est impossible. Et si ton conjoint n'est pas en médecine tu le contrains au chômage.

Intervenant 5 : Pour moi faut pas jouer sur un salaire minimum car le salaire tu l'auras mais c'est plus sur le confort de vie.

Intervenant 2 : Sur tous les à cotés.

Intervenant 5 : De ne pas finir trop tard, d'avoir toutes les choses du quotidien à proximité.

Parce que imaginons tu à un problème de plomberie, sur Lille tu as un plombier de suite alors que en pleine campagne tu es mal.

Intervenant 1 : Et puis ce n'est pas pensable de faire 15 min d voitures pour aller chercher le pain ou un paquet de cigarettes.

Intervenant 2 : Oui mais ça c'est la vie de campagne, et comme on y a jamais grandi on n'est pas habitué.

Intervenant 1 : Il faut une organisation autour qui n'existe plus.

Intervenant 6 : Et pourquoi on parle toujours des médecins et jamais des pharmaciens, des infirmiers. Car c'est bien d'aller t'installer en campagne mais si tu n'as personne autour de toi pour travailler c'est compliqué.

Intervenant 4 : C'est sur qu'il faut encourager aussi tous les paramédicaux.

Intervenant 3 : En fait c'est dur de trouver des mesures incitatives mais globalement c'est surtout avoir une bonne qualité de vie et donc avoir un tissu de vie à proximité.

Intervenant 5 : On veut aussi tous travailler en groupe et la ce sont des mesures individuelles pour travailler seul et si on veut prendre des congés, et bah bon courage pour trouver des remplaçants car il n'y aura pas de mesures incitatives pour les remplaçants donc personne ne viendra te remplacer

Intervenant 3 : Exact, je suis d'accord.

Intervenant 2 : Apres tous les à côtés sont importants pour la vie du médecin, pharmacie, crèche, école, boulangerie, centre commercial.

Intervenant 6 : Et tous les paramédicaux.

Intervenant 2 : Et quand tu vas vouloir un examen assez rapide pour éliminer une phlébite par exemple.

Intervenant 3 : Oui car je me vois pas aller chercher son thrombus avec un cintre dans mon cabinet

Intervenant 5 : C'est sur qu'il faut aussi des spécialistes à proximité.

Intervenant 3 : De toute façon c'est plus général, il faut réinvestir de façon générale dans les campagnes et c'est pas nous qui allons les repeupler si ce n'est pas un projet d'ensemble.

Intervenant 5 : Apres on continue à fermer des petits hôpitaux et des petites maternités et en même temps on demande aux médecins de s'installer en campagne.

Intervenant 2 : Ce qu'il faut c'est ouvrir des grosses maisons de santé pluridisciplinaire entre la ville et la campagne et les gens se déplaceront.

Intervenant 1 : Bah oui mais comment vont faire les gens qui ne peuvent pas se déplacer.

Parce que la médecine de campagne je pense en plus que c'est pleins de visites à domicile.  
Intervenant 6 : C'est sur qu'il faut avoir un carnet d'adresses de spécialistes à proximité sinon ce n'est pas gérable tout seul.

Intervenant 1 : Moi je pense qu'il n'y a pas de solutions et qu'ils n'y arriveront pas. Imagine ta conjointe qui n'est pas en médecine, va trouver un boulot à 50km d'une ville.

Intervenant 2 : Moi je pense qu'il faut réorganiser tout le système de soins primaires.

Intervenant 5 : Moi je reviens aux hôpitaux mais la politique médicale c'est la centralisation, on ferme des petits hôpitaux. Pourquoi nous qui sommes le premier recours avec les Urgences, on devrait offrir une offre plus étalée sur le territoire alors que les autres structures d'accueils elles ferment car non rentable sur le plan financier. Soit on choisit la proximité, soit on choisit la rentabilité.

### **Moi : Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**

Intervenant 6 : Il faut aussi des entreprises à proximité.

Intervenant 1 : Mais personne ira installer son entreprise dans un désert médical.

Intervenant 6 : Si ton mec n'est pas en médecine, alors il devient chômeur pour te suivre.

Donc s'il y a des entreprises avec des emplois, certaines personnes pourraient aller s'installer là bas.

Intervenant 1 : Mais à l'heure actuelle on assiste à une fuite des personnes de la campagne vers la ville, donc il y a aucune raison que le chemin inverse se fasse prochainement. Et donc je ne vois pas pourquoi les médecins feraient le chemin inverse.

Intervenant 6 : Et bas dans ce cas la pourquoi on veut que les médecins aillent dans les déserts médicaux et qu'on ne fait pas de mesures pour les paramédicaux.

Intervenant 4 : De toute façon il faut des mesures globales pour nous inciter à aller travailler dans des déserts médicaux.

Intervenant 6 : Bah oui toutes les petites écoles elles ferment.

Intervenant 4 : Il ne faut pas se focaliser sur les médecins, il faut quelque chose de global.

Intervenant 1 : Ce qu'il faudrait c'est obliger les médecins urbains à aller une demi journée par semaine en campagne faire des consultations.

Intervenant 4 : Il faut rendre les campagnes attractives.

Intervenant 6 : C'est sur que si tous les médecins de Lille faisaient une permanence d'un jour par mois par exemple ca réglerait le problème.

Intervenant 5 : Bah oui mais tu n'as aucun suivi. Imagine il faut faire une demande MDPH pour un patient que tu ne connais pas, tout le monde le laissera pour le suivant.

Intervenant 1 : On revient à mon idée, il n'y a pas de solutions.

Intervenant 2 : Bah franchement si tu es à la campagne à 20km d'une ville avec un logement et une voiture de fonction, des revenus avantageux, je suis par forcément contre.

Intervenant 1 : Non mais tu auras toujours des endroits en campagne pas trop loin de la ville et donc pas trop gênant mais le problème c'est pour les zones éloignées de tout.

Intervenant 2 : C'est sur que les déserts médicaux retranchés et éloignés de tout, je ne vois pas de solutions.

Intervenant 3 : Toute façon la majorité des réponses du Focus Group, ca a été la qualité de vie, personne n'a envie de sacrifier sa vie privée pour aller dans un désert médical.

Intervenant 6 : Et un médecin tout seul au milieu de nulle part, il sera moins compétent et pourra moins bien faire sa médecine. Imaginons que tu veuille des soins infirmiers, bah il n'y en a pas, des soins de kiné, bah il n'y en a pas.

Intervenant 1 : Je pense qu'il faut grandir la bas pour accepter d'aller y travailler.

Intervenant 3 : C'est sur que moi quand je vois Libercourt, je n'accepterais pas d'y retourner travailler si je n'avais pas grandi la bas.

Intervenant 5 : Il faudrait plus des projets de maisons de santé pluridisciplinaires avec des spécialistes plutôt que des contrats comme ça pour nous inciter.

Intervenant 6 : En fait tu es en train de vouloir des mini-hôpitaux dans des zones où ils les ont fermés ces 10 dernières années.

Intervenant 5 : Non mais tu as par exemple un gastro-entérologue, un cardiologue, un endocrinologue qui viennent une après midi par semaine voir tes patients, sans être sur place 7 jours sur 7. Car faire un contrat pour un médecin tout seul ça ne ressemble à rien.

Intervenant 1 : Moi je me souviens d'un reportage où ils offraient les frais d'installation, le cabinet, et bah personne n'y était allé, et en fait ils trouvent des médecins étrangers mais le problème c'est qu'il y a souvent un barrage de la langue.

Intervenant 5 : Le problème c'est que les gens en déserts médicaux, ils ne sont pas initiés et ne comprennent pas car ils pensent qu'on nous donne de l'argent et que l'on ne vient pas nous soigner. Ils ont l'image du médecin mercenaire, égoïste alors qu'eux ne savent pas que ces propositions nous sont défavorables. Ce qui a pour conséquence de décrédibiliser la médecine, ça nous fait passer pour des mercenaires et donc ça fera justifier les mesures répressives qui nous tomberont dessus un jour ou l'autre.

Intervenant 2 Bah d'autant que on garde l'image de médecins sacrifiés pour ces patients de nos aïeux alors que ce n'est plus le cas des nouvelles générations.

Intervenant 1 : Alors que nous c'est l'inverse, on préfère travailler moins et donc gagner moins et privilégier notre vie privée que l'inverse.

Intervenant 4 : Exactement.

Intervenant 3 : On veut juste voir nos gosses grandir.

Intervenant 4 : D'autant que quand tu parles avec des vieux médecins, ils regrettent souvent et nous disent de profiter de notre vie privée.

**Date du Focus Group : Vendredi 05/12/2014**

**Nombre de Participants : 3**

**Durée du Focus Group : 39 minutes**

**Moi : Bonjour, la première question concerne votre futur professionnel, comment voyez-vous votre futur professionnel dans les années à venir?**

Intervenant 1 : Moi je pense remplacer pendant 2 ans, puis on va partir 6 mois à Mayotte et je pense qu'on s'installera à notre retour ou dans l'année suivante.

Intervenant 2 : Idem

Intervenant 1 : Par contre on ne s'installera pas ensemble, et je pense aussi que je m'installerais à mi-temps.

Intervenant 3 : Moi mon futur professionnel dépendra de la date de ma thèse, je pense remplacer encore 2-3 ans, puis je pense m'installer dans maximum 3-4 ans. Je ne sais pas par contre ou je m'installerais, ça dépendra d'où je suis à cette époque et aussi avec qui je m'installe. Je voudrais m'installer dans une zone maximale de 30 minutes de mon domicile.

Intervenant 1 : Et tu penses t'installer ou.

Intervenant 3 : Je ne sais pas, je suis prêt à faire 30 minutes de route si besoin si une opportunité est sympa.

Intervenant 2 : Moi je compte également m'installer dans 3 ans environ et faire d'ici là des remplacements. Je compte par contre bosser à temps plein.

**Pour en revenir à la question initiale, comment pensez vous exercer plus tard, dans quelle zone géographique (rural, urbain, semi-urbain) et pensez vous travailler seul ou à plusieurs ?**

Intervenant 3 : Moi je pense que ce sera 3 ou 4 ans maximum, je n'ai pas envie de remplacer 10 ans

Intervenant 1 : Moi non plus.

Intervenant 3 : Je pense que ça va vite me lasser de remplacer.

Intervenant 1 : Moi ça me lasse déjà, je trouve ça dur de remplacer et de t'habituer à chaque fois à des nouveaux cabinets.

Intervenant 3 : Oui mais tu verras tu vas vite remplacer dans les mêmes endroits.

Intervenant 2 : Moi aussi ça me lasse déjà de remplacer. Je préfère m'installer assez vite et ne pas remplacer trop longtemps. Je pense chercher d'ici 2 ans un remplacement.

Intervenant 1 : Moi je me dis qu'avec mes 6 mois « sabbatique » je compte remplacer plutôt 2 ans.

Intervenant 2 : Moi je pense dans 2 ans commencer à chercher un lieu d'installation. Après ça peut être long de prospecter pour trouver le bon endroit ou s'installer.

Intervenant 3 : C'est sûr, je pense qu'il peut vite se passer 6 à 12 mois entre le moment où tu cherches une installation et le moment où tu t'installes. Je vois mon frère qui voulait s'installer en Septembre dernier, il va finalement s'installer en Janvier. Après au niveau de la localisation ce ne sera pas en urbain

Intervenant 1 : Mais tu ne crois pas que tu t'installes dans les zones où tu as remplacé ?

Intervenant 3 : Je ne pense pas, ça dépendra de mes opportunités, ce qui me dérange c'est que parmi les gens que je remplace, il y a des remplacements que j'aime bien mais aucun où je suis fan.

Intervenant 1 : Par contre moi je veux m'installer à plusieurs. Les maisons de santé pourquoi

pas mais en tout cas à plusieurs.

Intervenant 3 : Moi aussi mais pas à trop non plus car après ça fait usine je trouve. Je vois à Pornic, ils sont 7 médecins, il y a des patients partout, ça fait hôpital.

Intervenant 2 : Moi cela ne me dérange pas d'être nombreux, en tout cas je ne veux certainement pas m'installer seul.

Intervenant 1 : Je trouve que si on est trop on ne peut pas vraiment discuter avec les autres donc ça perd de son intérêt.

Intervenant 3 : Moi je pense qu'un groupe de 3 médecins c'est très bien, mais en tout cas pas seul ça c'est une certitude. J'aurais trop peur d'être seul.

Intervenant 1 : Moi aussi.

Intervenant 3 : Après ça dépendra des propositions et des opportunités.

Intervenant 2 : C'est sur que moi je ne pourrais pas m'installer seul, c'est hors de question. Je trouve ça vital d'être avec d'autres médecins pour discuter médecine ou autre d'ailleurs. Et pour le lieu, moi j'aimerais m'installer en proche périphérie Nantaise.

Intervenant 1 : Moi aussi, en semi rural en fait.

Intervenant 2 : Oui moi aussi je ne veux ni être en pleine ville ni être trop éloigné d'une grande ville.

Intervenant 3 : Moi je peux être éloigné d'une grande ville mais il faut forcément qu'il y ait à proximité un hôpital et surtout une ville agréable où je peux habiter. En tout cas mes 2 critères, c'est de ne pas être installé seul et de ne pas être en pleine campagne, et ni en plein centre ville d'ailleurs.

Intervenant 1 : Tout à fait d'accord

Intervenant 2 : Egalement.

Intervenant 1 : Pour moi ce sera en semi-rural plutôt.

Intervenant 3 : Moi j'essaierai de trouver en endroit dynamique et notamment où il y a beaucoup de jeunes parents qui viennent s'installer.

Intervenant 2 : Oui moi la condition du semi rural c'est quand même d'être dans un endroit dynamique.

Intervenant 1 : C'est sur.

Intervenant 2 : Après moi j'éviterais toutes les villes vieillissantes.

**Moi : Avez-vous déjà entendu parler des contrats de Praticiens territoriaux de médecine générale ? Et si oui, pouvez-vous les définir ?**

Intervenant 2 : Non

Intervenant 1 : C'est différent du CESP ?

**Moi : Oui**

Intervenant 1 : Alors non

Intervenant 3 : Moi non plus

**Moi : Je vous ai imprimé ce qu'est plus en détail le contrat de Praticien territorial de médecine générale, je vous laisse le lire et je vous poserais ensuite de nouvelles questions.**

**Moi : Que pensez vous du contrat que vous venez de lire ?**

Intervenant 2 : Je ne pense pas que ce soit une bonne mesure pour attirer des médecins.

Intervenant 1 : Bah oui, les avantages ne sont pas intéressants et notamment l'avantage

financier car en zone rural on gagnera beaucoup plus car il y aura trop de travail.

Intervenant 3 : La on est sur qu'on gagnera plus.

Intervenant 2 : Le seul avantage c'est que ca nous sécurise pour l'installation

Intervenant 3 : Oui mais en 2 mois tu as déjà ta patientèle donc ca ne sert à rien d'être sécurisé au début.

Intervenant 1 : C'est sur, après ca peut être intéressant à mi temps car tu fais largement les 165 consultations à mi temps et ca t'assure un revenu minimal, mais c'est le seul avantage que je vois.

Intervenant 2 : C'est vrai que c'est bien si tu veux bosser à mi-temps, mais c'est dommage que les avantages de ce contrat soient finalement de t'inciter à bosser à mi temps.

Intervenant 3 : C'est sur que avec ces avantages tu n'as aucun intérêt à faire un temps plein car l'avantage financier tu n'en profite pas et si en plus tu es un homme, la protection sociale et notamment par rapport à la grossesse ne te concerne pas. Bref je n'y vois aucun intérêt à ce contrat.

Intervenant 1 : Malheureusement ca pourrait être intéressant à mi temps et encore mais pas à plein temps, et je ne pense pas que ce soit ce qu'il recherche avec ces contrats.

Intervenant 2 : La chose bien de ce contrat est la protection sociale mais comme disait intervenant 3 c'est surtout intéressant pour des jeunes femmes enceintes.

Intervenant 3 : En fait ce qui nous inquiète ce n'est pas de ne pas gagner assez mais c'est de travailler trop, car on sait bien qu'en milieu rural il va y avoir beaucoup de travail.

Intervenant 1 : Oui c'est sur.

Intervenant 3 : Tu ne peux pas être inquiet financièrement dans ces zones la. Ce genre de contrat au moins il ne va pas couter cher à l'ARS car la compensation financière est ridicule.

**Moi : Seriez-vous prêt à signer ce contrat dans les années à venir ?  
Si oui ou si non pourquoi ?**

Intervenant 2 : Certainement pas.

Intervenant 3 : Moi non plus, aucun intérêt.

Intervenant 1 : Moi à mi-temps, et si la zone n'est pas trop désertique pourquoi pas, mais si c'est vraiment dans une zone reculée, même à mi-temps je ne le signe pas.

Intervenant 3 : Moi je ne comprends même pas comment on peut oser nous pondre ce contrat qui n'est à mon sens en rien avantageux pour n'importe quel médecin. Moi je n'ai clairement pas envie d'aller travailler dans les déserts médicaux et je ne pense pas qu'une mesure financière quelle qu'elle soit pourrait m'y inciter.

Intervenant 2 : Moi non plus, même si on me propose un cabinet, un logement et une incitation financière, je ne pense pas y aller nos plus.

**Moi : Dans un monde utopique, quelles seraient selon vous les mesures qui vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire ?**

Intervenant 2 : Moi je pense que la seule mesure qui nous inciterait à aller s'installer dans un désert médicale serait l'obligation. En tout cas me concernant, je ne vois pas d'autres mesures qui m'inciteraient à m'y installer.

Intervenant 3 : Oui mais ce ne serait pas utopique. Une garantie que l'endroit où on va s'installer bouge un peu et qu'il y ait des activités à proximité. En tout cas, pour motiver les médecins, il faudrait que ces zones soient des déserts médicaux tout court et pas des déserts comme c'est le cas actuellement. Cela fait des années qu'on supprime tous les commerces, toutes les écoles, tous les petits hôpitaux dans ces zones là, donc c'est tout à fait normal qu'il n'y ait plus de médecins non plus.

Intervenant 2 : C'est sur, pourquoi demander aux médecins de repeupler ces territoires et pas aux boulangers, aux fonctionnaires, aux para médicaux.

Intervenant 3 : Pour moi, je pourrais me réinstaller dans ces zones là à condition qu'on est l'assurance que la région bouge. Ce n'est pas parce qu'on est un médecin qu'on va arriver dans ces zones et changer la région.

Intervenant 2 : En tout cas moi un gros salaire, ça ne me fera pas aller la bas

Intervenant 1 : Bah oui on gagne déjà bien notre vie donc un gros salaire ne sera pas assez incitatifs. Moi la seule chose qui me motiverait c'est que le désert médical ne soit pas très loin du lieu où j'ai envie d'habiter mais ça n'en prends pas le chemin.

Intervenant 2 : Des garanties de protection sociale plus solide, car en libéral c'est le néant à ce niveau là.

Intervenant 3 : Faudrait aussi avoir la certitude que ma conjointe est un travail. En prenant mon exemple, ma copine est instit, si je devais aller dans un désert médical, il faudrait qu'elle est aussi un travail dans cette zone là. Mais on revient à dire que globalement il faut que la zone définit par désert médical ne soit pas un désert tout court. Car il n'y a aucune raison si on à 2 boulots d'aller dans un désert médical et entrainer le chômage du conjoint par la même occasion

Intervenant 1 : Bah oui, c'est bête à dire mais si il n'y a pas de boutique par exemple... Et également des crèches, des écoles, des entreprises.

Intervenant 2 : Bah oui c'est ce que disait intervenant 3 tout à l'heure mais si tu n'as pas de poste, pas de gendarmerie, pas de commerce, pourquoi devrait il avoir un médecin. Et puis sur un niveau professionnel, il faudrait aussi d'autres médecins spécialistes, une pharmacie, un service d'urgence à proximité pour ne pas être complètement isolé.

Intervenant 1 : C'est sur qu'on ne pense qu'à nos loisirs depuis tout à l'heure mais effectivement, il faut aussi être proche de paramédicaux et d'autres médecins.

Intervenant 3 : Et un système qui nous assure d'être tranquille le soir et le week end car en campagne tu n'as pas SOS médecins ou de garde régulée et donc si il y a un souci bah les patients t'appellent ou viennent frapper chez toi !

Intervenant 2 : Quand j'entends ça je me dis que jamais j'irais m'installer dans de telles zones.

Intervenant 3 : Non mais je pense qu'il faudrait revoir le système général, à partir du moment où les facultés se trouvent dans les grandes villes et donc qu'on va tous passer au moins 6 ans en plein centre ville, ce n'est pas étonnant qu'on ait après envie d'y rester. Je pense que si tu n'as pas grandi en milieu rural, c'est très difficile d'aller y exercer après.

Intervenant 2 : Moi pour revenir sur l'avantage financier mais je pense que avec une incitation énorme je pourrais y aller mais à condition que ce soit sur une courte période.

Intervenant 3 : Le problème c'est que tu ne peux rien faire de ton argent dans une zone où tu n'as pas de loisirs.

Intervenant 1 : Moi je pense sincèrement qu'il n'y a pas de mesures incitatives assez fortes

pour nous motiver à aller exercer là bas.

**Moi : Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**

Intervenant 3 : Je trouve ça dommage que l'Etat ne se démène pas plus que ça à tenter de trouver des solutions car ils nous proposent des contrats depuis quelques années et notamment celui là qui ne sont pas incitatifs. Ce n'est pas normal de vouloir repeupler une population avec un médecin alors qu'on a détruit certaines régions en fermant tous les commerces, hôpitaux et compagnie pour raisons financières depuis 20 ans.

Intervenant 1 : Il faudrait effectivement faire des mesures plus globale. A partir du moment où des régions se remettent à vivre et à bouger, il n'y aura plus besoin de mesures incitatives, les médecins viendront par eux-mêmes.

Intervenant 3 : A commencer par les politiques, pourquoi ne montrent-ils pas l'exemple en venant s'installer en campagne.

Intervenant 2 : Ce qui fait peur ce n'est pas de s'installer dans une zone dépourvue de médecins, c'est de s'installer dans une zone dépourvue de tout. J'ai toujours vécu près d'une grande ville et je ne pense pas changer.

Intervenant 3 : Je suis sûr que personne n'a signé ce contrat ?

**Moi : Je vous répondrais tout à l'heure**

Intervenant 1 : Pour conclure je pense qu'on passe tous notre chemin sur ce contrat.

Intervenant 2 : Tout à fait, je dirais même plus que je me poserais même la question de continuer médecine si je devais aller m'installer dans de telles zones.

Intervenant 3 : Peut être pas mais en tout cas je n'irais pas non plus, et ce quelque soit l'incitation financière, je tiens plus à ma vie privé qu'à ma vie professionnelle et même si j'aimerais être heureux sur ces 2 plans, si je devais en privilégier un, ce serait ma vie privée, mes loisirs, ma famille.

Intervenant 1 : Tout à fait d'accord avec toi.

**Date du Focus Group : Lundi 19/01/2015**

**Nombre de Participants : 4**

**Durée du Focus Group : 46 minutes**

**Moi : Bonjour, la première question concerne votre futur professionnel, comment voyez-vous votre futur professionnel dans les années à venir?**

Intervenant 1 : Je commence, je compte d'abord finir mon internat de médecine générale. Ensuite je pense remplacer quelques années, environ 5 ans voire peut-être plus car je compte bien profiter de ce statut ou nous sommes assez libres. Puis j'aimerais d'ici 5 ans m'installer en libéral.

Intervenant 2 : Je pense te suivre. Une fois mon internat terminé, je vais remplacer quelques années dans le coin puis m'installer une fois que j'aurais une opportunité. Je n'ai pas de délai particulier, je pourrais m'installer d'ici 2 ans ou d'ici 10 ans.

Intervenant 3 : Moi je viens de commencer les remplacements, initialement je comptais m'installer assez rapidement mais la vie de remplaçant est agréable. Je ne compte pas remplacer toute ma vie pour autant mais je pense encore faire 3-4 ans avant de m'installer. Concernant l'installation, je m'installerais avec d'autres médecins, généralistes ou spécialistes.

Intervenant 4 : Alors, j'ai toujours voulu travailler aux Urgences, mon stage m'ayant déplu, j'ai beaucoup pensé à cette question depuis quelques temps. Je vais également terminer mon internat puis remplacer. Je ne compte pas forcément remplacer beaucoup car j'ai peur que la pratique du remplacement me lasse vite. J'aimerais aussi travailler dans une zone plutôt mixte à mi chemin entre la campagne et le centre ville, en tout cas je ne m'installerais pas ni en pleine ville et ni en pleine campagne.

Intervenant 2 : Je n'en ai pas parlé tout à l'heure mais je pense plutôt m'installer en milieu urbain. Concernant mon type d'installation, je ne conçois pas m'installer seul.

Intervenant 1 : Moi la pratique en milieu rural ne me déplaît pas même si je mets certaines limites au milieu rural et notamment de l'éloignement d'une grande ville. Et comme intervenant 2 je ne veux pas m'installer seul, que ce soit avec des généralistes ou d'autres médecins.

Intervenant 2 : Oui ou même des para médicaux.

Intervenant 3 : Milieu semi rural pour ma part car je n'aime ni la patientèle ultra urbaine ni l'éloignement urbain du milieu rural.

Intervenant 1 : Comment ça ?

Intervenant 3 : Bah je trouve la patientèle urbaine trop exigeante et trop consommatrice de santé. Certains patients ils viennent juste pour avoir un scanner par exemple et ils sont content de toi uniquement si tu fais l'ordonnance, ça donne l'impression que tu es prestataire de service. Alors que dans le milieu rural je trouve les patients à trop peu éduqués en matière de santé.

Intervenant 1 : Autant je suis d'accord sur la patientèle de ville autant pas du tout sur la patientèle de campagne. Au contraire je trouve la patientèle de campagne plus respectueuse et plus à l'écoute.

Intervenant 4 : D'accord avec toi Intervenant 1.

Intervenant 1 : J'aimerais bien former ou tout du moins rejoindre une maison de santé pluridisciplinaire, je trouve l'exercice de la médecine plus agréable. Et concernant la durée de remplacement, ça dépendra de mon évolution et surtout du moment où je me sentirais prêt à

m'installer

**Moi : Avez-vous déjà entendu parler des contrats de Praticien territoriaux de médecine générale ?**

Intervenant 3 : Non

Intervenant 2 : Oui mais sans détail. J'avais surtout entendu parler de la rémunération pour les internes en échange d'une installation future en zone déficitaire.

Intervenant 3 : Ah oui effectivement ca me dit très vaguement quelque chose mais je ne me souvenais plus du nom du contrat.

Intervenant 4 : Même en t'écoutant ca ne me dit rien du tout.

Intervenant 2 : Pareil, jamais entendu parler.

**Moi : Je vous ai imprimé ce qu'est plus en détail le contrat de Praticien territorial de médecine générale, je vous laisse le lire et je vous poserais ensuite de nouvelles questions.**

**Moi : Que pensez vous du contrat que vous venez de lire ?**

Intervenant 4 : Décevant... je comprends pourquoi je n'en avais jamais entendu parler. Ca ne motive pas du tout à le signer. Ca me fait penser au contrat que l'on pouvait signer en P2 ou contre une somme d'argent on s'engageait à exercer en milieu rural alors que l'on ne savait même pas quelle spécialité on allait choisir.

Intervenant 3 : Moi aussi je trouve ca décevant mais je me dis que pour les gens qui veulent s'installer à la campagne ca peut être intéressant.

Intervenant 4 : Oui mais le but de ce contrat c'est d'inciter les gens à s'installer à la campagne et pas de rendre plus facile financièrement l'installation de ceux qui souhaitaient déjà bosser dans les zones sous dotées !

Intervenant 3 : C'est vrai. En tout cas je ne pense pas que ce contrat va modifier la démographie médicale.

Intervenant 2 : Moi non plus, le problème n'est pas financier. Pour ma part je ne souhaite pas m'installer dans un désert médical pour la simple et bonne raison que je veux avoir des choses autour de moi et pas m'enterrer dans mon cabinet.

Intervenant 4 : Bah oui, ils ciblent pas du tout les bonnes mesures incitatives. On gagne bien notre vie donc l'argent n'est pas un moteur alors que effectivement la lutte contre l'isolement en est un. Il faut d'abord repeupler les zones sous médicalisées avant de nous inciter à aller la bas.

Intervenant 1 : Je suis d'accord, et pourtant j'ai plus à l'esprit de m'installer en milieu plutôt rural. Après avoir vu ce qu'on appelle zone sous médicalisée par l'ARS car je n'ai effectivement pas envie de m'installer dans le fin fond de la France.

Intervenant 4 : Je suis sûr que presque personne n'a signé ce contrat, je le trouve vraiment inintéressant. Je pense même que les gens motivés pour aller travailler dans ces zones ne sont même pas intéressés par ce contrat.

Intervenant 1 Je trouve quand même qu'il y a une avancée en termes de protection sociale car de ce point de vue on est à la rue en tant que médecin libéral.

Intervenant 2 : D'accord avec toi, autant l'intérêt financier n'est pas intéressant car on gagne bien notre vie et surtout en milieu rural on va bosser comme des fous et donc gagner beaucoup d'argent. Par contre l'avantage en terme de protection sociale est un plus indéniable, même si ca ne me motive pas pour autant à signer ce contrat.

Intervenant 4 : Une belle avancée, oui, mais on part aussi de rien. Mais je trouve que même si ce contrat est insuffisant la protection sociale est un plus.

**Moi : Seriez-vous prêt à signer ce contrat dans les années à venir ?**

Intervenant 4 : Comme je l'ai dit il y a 2 minutes certainement pas. Après je ne pense pas être la personne pour adhérer à ce contrat car je ne veux pas m'installer en milieu rural.

Intervenant 2 : Si justement, le contrat est fait pour motiver les jeunes médecins à s'installer en milieu rural grâce aux mesures incitatives. Au contraire, le but n'est pas d'aider un médecin qui veut déjà s'installer dans un désert médical.

Intervenant 4 : Et tu penses que ça va marcher. Personne ne veut signer ce genre de contrat, c'est de la poudre aux yeux.

Intervenant 1 : Moi comme je le disais tout à l'heure c'est vraiment zone dépendant. C'est-à-dire que pourquoi pas si on est dans une zone sous dotée mais il ne faut pas non plus aller dans le fin fond de la France. Il faudrait que je me renseigne des zones considérées comme sous dotées. Mais après je ne trouve pas ce contrat miraculeux. Certes il y a une avancée en termes de protection sociale mais je pense que c'est surtout intéressant pour les femmes avec la grossesse. Car l'avantage financier il est ridicule. Le nombre de consultations minimales on le dépasse en 1 semaine dans des zones sous dotées donc on a zero avantage financier.

Intervenant 3 : C'est sur. Quand je vois mes praticiens qui sont en ville, ils bossent tous beaucoup plus que ça donc si en plus tu es le seul médecin à 50 kilomètres à la ronde tu n'auras aucun avantage financier. Donc non pas intéressé pour le signer car comme le disait intervenant 1 l'avantage de protection sociale concerne beaucoup plus les femmes.

Intervenant 4 : Bah c'est simple, il y a 2 semaines j'ai remplacé un médecin, je faisais une trentaine de consultations par jour pendant 4 jours et demi. En fait pour profiter de l'avantage financier il faut bosser à mi temps et encore dans ces zones la même à mi temps tu dépasse les 165 consultations. En fait ce contrat si tu es un homme et que tu veux bosser à plein temps il n'est d'aucune utilité.

Intervenant 1 : C'est vrai qu'ils se foutent de nous sur le nombre de consultations, tu le dépasses forcément.

Intervenant 2 : Après je pense que si tu poursuis l'avancée en terme de protection sociale et que tu modifies le contrat avec notamment une incitation financière et d'autres mesures pour lutter contre l'isolement ça pourrait être plus attractif. Par exemple d'avoir des spécialistes à proximité, un hôpital car c'est ça aussi le problème.

**Moi : Je t'arrête car tu es en train de parler de la question suivante donc je la pose puis te laisse continuer ! Dans un monde utopique, quelles seraient selon vous les mesures qui vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire ?**

Intervenant 2 : Alors..... comme je le disais à l'instant le problème principal finalement c'est l'isolement car on est seul dans ces zones là. En fait je m'imagine avec une urgence à gérer et me dire qu'est ce que je fais sachant que l'hôpital le plus proche est à 1h de route voir des fois plus.

Intervenant 3 : Oui et puis même sans parler d'urgences. Un petit problème pour lequel tu aurais besoin d'un avis. Les patients ne voudront jamais faire 1h30 de route pour qu'un dermato confirme ton diagnostic donc c'est à toi de tout gérer. Sans parler des para-médicaux, j'ai peut être une vision trop rurale de la chose mais j'ai l'impression dans certaines zones qu'on est seul donc pas d'infirmières, pas de kiné ....

Intervenant 1 : Ca dépend ou tu t'installes, il y a quand même beaucoup de zones ou on n'est

pas perdu au milieu de nulle part mais on en revient à ce qu'on disait tout à l'heure sur la définition de l'ARS des zones sous médicalisées.

Intervenant 4 : Et puis en plus du travail ou je suis tout à fait d'accord avec vous mais il y a aussi l'isolement tout court. C'est-à-dire le problème de quoi faire de ses journées.

Intervenant 2 : C'est finalement difficile de trouver des mesures utopiques car on accepterait de s'installer en milieu rural à condition de vivre dans des conditions urbaines. En tout cas moi d'un point de vue professionnel il me faudrait des spécialistes et un hôpital avec des urgences à proximité.

Intervenant 3 : Et des para-médicaux.

Intervenant 2 : Oui aussi.

Intervenant 4 : Complètement d'accord avec ça.

Intervenant 3 : Moi aussi je pense que c'est la base de pouvoir compter sur des confrères rapidement. Après comme le disais intervenant 4 il faut aussi des structures à proximité car depuis plusieurs années on assiste à la fermeture de tous les services comme la gendarmerie, la poste, les écoles.

Intervenant 4 : Et on veut que les médecins généralistes se sacrifient. Pourquoi fermer toutes ces structures pour ensuite vouloir les ré-ouvrir.

Intervenant 2 : C'est sûr que c'est ambivalent, près de chez mes parents par exemple, ils viennent de fermer une petite maternité pour raisons financières, et bah mine de rien moi ça me freinerait à m'installer là-bas.

Intervenant 4 : Non et puis niveau loisirs c'est zéro, c'est-à-dire que si tu veux aller au cinéma tu peux pas, faire du sport tu peux pas,

Intervenant 1 : Faut pas exagérer non plus.

Intervenant 4 : Bah bien sûr, les zones sous-dotées ne correspondent pas à des villes moyennes, tu es perdu de chez perdu donc si tu as des enfants, il faut faire 30 minutes de route pour les emmener à la crèche ou à l'école et ça pour tout.

Intervenant 3 : C'est vrai que la proximité des principales structures comme effectivement crèche, école, gendarmerie, poste, banque est primordiale.

Intervenant 4 : Non et puis si tu veux sortir boire un verre ou aller au resto, il n'y en a que 1 ou 2 donc tu croises forcément tous tes patients donc c'est l'horreur.

Intervenant 2 : Pour en revenir au plan professionnel, il y a aussi le problème des gardes, si on est seul bah on doit gérer les urgences la nuit et le Week End, il faudrait un système de garde pour éviter les médecins à devoir travailler jour et nuit. Il faudrait pouvoir avoir une structure à proximité pour assurer gardes et astreintes.

Intervenant 3 : Ce qui pourrait être pas mal c'est de faire des contrats pour 2 personnes pour travailler à mi-temps comme ça même en bossant beaucoup on aurait du repos, ou bien être

salarié. En fait c'est aussi la peur de la surcharge du travail et le salariat pourrait être une idée intéressante.

Intervenant 1 : Oui c'est vrai. Mais se poserait le problème d'un patient avec une urgence, c'est toujours délicat de dire excusez moi mais il est 18h 02 et je ferme à 18h00. Mais je te rejoins sur le fait que la surcharge de travail fait peut et le fait par exemple d'y aller à 2 aiderait peut être.

Intervenant 3 : Oui mais ca permettrait quand même d'avoir des horaires à peu près fixes avec comme tu le dis la possibilité de déborder un peu. Et puis quitte à être dans un monde utopique une voiture de fonction.

Intervenant 4 : Une secrétaire, un cabinet informatisé aussi. Je te suis sur la voiture de fonction.

Intervenant 3 : Et je garderais voire optimiserais la protection sociale. Que ce soit pour les femmes enceintes mais aussi en cas de maladie, ca changerait des 90 jours de carences !

Intervenant 1 : La possibilité aussi d'avoir l'assurance de remplaceant quand on veut partir en vacances.

Intervenant 2 : Arrêtez on va bientôt vouloir tous s'y installer dans ce monde utopique. Plus sérieusement je pense que l'on souhaite tous le travailler à plusieurs, de pouvoir avoir un système de garde, des horaires pas trop chargés.

Intervenant 4 : Et puis je reviens au loisir car c'est tout aussi important pour moi, la proximité de structures sportives, de cinéma, de bar, de restaurant, bref une ville à la campagne.

Intervenant 1 : Des systèmes de transports en commun ou bien des écoles proches

Intervenant 3 : Et puis des artisans aussi type plombiers, electriciens car mine de rien même si ca arrive rarement on est bien content d'en avoir sous la main.

Intervenant 2 : En tout cas à défaut d'avoir une ville à la campagne, au moins comme disait Intervenant 1 la proximité de transports en communs ou bien une gare ou une autoroute car moi ca m'est égal d'être dans un endroit un peu perdu mais il faut au moins la proximité d'une ville.

Intervenant 3 : Et il y a le problème du conjoint aussi car si on est dans un endroit perdu, c'est dur de trouver du travail mais on revient à dire qu'il faut une vie active autour de notre cabinet.

Intervenant 1 : J'avais même pas pensé au travail pour la conjointe mais c'est vrai.

Intervenant 2 : On lui dira.

**Moi : Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**

Intervenant 4 : Je ne sais pas si on t'a beaucoup aidé car en fait on se rends compte qu'on est tous prêt à aller en campagne si on y trouve une ville.

Intervenant 3 : Je pense que le problème est plus profond, on assiste depuis plusieurs années à un exode de la campagne vers la ville massif, il ne manque pas que de médecins en campagne il manque de tout comme on vient d'en parler. Et donc oui il faut trouver une solution car ce n'est pas normal que des gens n'aient pas de médecins mais en même temps la faute à cette politique d'exode.

Intervenant 1 : Et ?

Intervenant 3 : Et je pense qu'il faut faire des mesures générales pour permettre de repeupler les campagnes ce qui attirera les médecins. Si on réouvre les écoles, les commerces, des entreprises, forcément les médecins vont revenir, il n'y aura même pas besoins de esures incitatives.

Intervenant 1 : L'argent, l'argent, l'argent, on a tous centralisé pour des raisons financières, ça m'étonnerait que l'Etat fasse marche arrière.

Intervenant 4 : On ferme des petits hopitaux, des postes, des gendarmeries car ce n'est pas rentable, c'est impossible qu'on les réouvre.

Intervenant 3 : Et bah dans ce cas la on ne trouvera pas de solution je pense hormis l'obligation.

Intervenant 1 : Possible

Intervenant 2 : Je pense aussi que c'est lié à nos modes de vies, on à tous, bah sauf peut être toi intervenant 4, grandis en milieu urbain.

Intervenant 4 : Moi aussi

Intervenant 2 : Et les facultés de médecine se trouvent au cœur des grandes villes. C'est dur quand tu as connus le milieu urbain pendant minimum tes 10 ans d'études d'aller à la campagne. Surtout si en plus tu n'y as pas grandi.

Intervenant 3 : Moi je n'ai certes pas grandi en campagne mais je pense plus avoir peur de la surcharge de travail et de l'isolement que de vivre en campagne, à condition de ne pas être effectivement au milieu de nulle part.

Intervenant 4 : Pour en revenir à ce contrat, je pense que quelque soit l'incitation financière ça ne régleras pas la question. Les mentalités ont changé, on veut éviter la surcharge de travail comme tu le disais contrairement aux générations plus anciennes qui étaient capables d'oublier leur vie privée

Intervenant 1 : et de le regretter...

Intervenant 4 : Et on veut que ce soit en endroit qui bouge un peu donc comme tu le disais Intervenant 3 mais je ne vois pas comment ça peut se réinverser.

**Date du Focus Group : Lundi 09/02/2015**

**Nombre de Participants : 3**

**Durée du Focus Group : 42 minutes**

**Moi : Bonjour, la première question concerne votre futur professionnel, comment voyez-vous votre futur professionnel dans les années à venir?**

Intervenant 1 : Bonjour. Je pense que mon avenir est assez tracé, je vais d'abord finir mon dernier semestre d'internat. Et après je pense remplacer et notamment aller dans les DOMTOM pendant quelques mois.

Intervenant 2 : Moi aussi, je vais d'abord finir mon internat et après commencer à faire des remplacements. Par contre même si ça semble tentant je ne pense pas forcément aller remplacer dans les DOM TOM !

Intervenant 1 : Pourtant le cadre de remplacement est plus agréable qu'ici je pense

Intervenant 2 : Probablement

Intervenant 3 Moi je remplace déjà depuis 1 an ½ maintenant. Je pense continuer encore quelques mois et après m'installer. Je ne sais pas trop dans combien de temps, ça va aussi dépendre des opportunités mais si il fallait fixer une date je dirais d'ici 1 à 2 ans.

Intervenant 1 : Moi aussi, je pense remplacer environ 2-3 années puis m'installer en libéral après.

**Moi : Et comment voyez vous votre future installation notamment ? Avec vous des idées d'où vous voulez vous installer, comment ?**

Intervenant 2 : Je ne sais pas du tout ou je vais m'installer, comme disait intervenant 3, tout dépend de ce qu'on peut me proposer sachant que je pense remplacer plus longtemps que 2-3 années. Plutôt 5-6 ans.

Intervenant 3 : Je ne sais pas non plus ou je m'installerais, je ne suis même pas sur de rester dans cette région mais j'ai plusieurs souhaits par contre. Je veux m'installer avec d'autres médecins ou bien des paramédicaux, je ne veux ni être sur la grande place ni dans des zones trop reculées, je veux être informatisé et je veux avoir une secrétaire pour ne pas tout le temps être à répondre au téléphone. Tout du moins un secrétariat téléphonique.

Intervenant 1 : Oulah je me suis pas posé autant de questions mais finalement tous tes points me plaisent pas mal. Concernant la localisation par contre je suis finalement pas contre être très proche du centre ville ni contre m'excentrer tout en restant quand même proche de la civilisation !

Intervenant 2 C'est joliment dit. Moi aussi, l'installation en groupe me paraît obligatoire. Et exercer en pleine ville ne me déplairait pas, par contre je ne veux pas trop partir trop vers la campagne pour exercer.

Intervenant 3 : Par rapport à l'emplacement je pensais surtout ça par rapport à ou j'allais habiter plus tard en fait. C'est-à-dire que je ne veux pas vivre dans un appart en centre ville et ni à 50km de la civilisation comme le disait Intervenant 1.

**Moi : Avez-vous déjà entendu parler des contrats de Praticien territoriaux de médecine générale ?**

Intervenant 2 : Oui

Intervenant 1 : Non

Intervenant 3 : Moi non plus.

**Moi : Pouvez-vous les définir ?**

Intervenant 2 : Bon bah à moi. C'est un contrat où tu acceptes de t'installer dans un désert médical en échange d'un revenu minimal. Je ne connais pas le revenu par contre mais je crois que tu as aussi d'autres avantages notamment la protection sociale mais je ne suis plus sûr. J'avais regardé un peu mais je n'étais pas trop tenté par le contrat.

Intervenant 3 : Je n'en avais pas entendu parler. Mais ça à l'air de ressembler un peu au contrat qu'on nous proposait quand on était externe ou on était payé je ne sais plus combien par mois et en échange on allait s'installer dans une zone déficitaire

Intervenant 2 : Le CESP

Intervenant 3 : Oui c'est ça.

Intervenant 1 : Autant j'avais entendu parler du CESP autant pas du tout de celui là. De ce que tu viens de me dire il ne me tente pas non plus ce contrat. A la limite le CESP tu étais payé pendant tes études donc ça pouvait être intéressant car ça permet d'améliorer nos salaires de 100€ alors que là c'est bizarre, tu sais si c'est un salaire minimal ou si c'est un complément de revenus ?

Intervenant 2 : Il me semble que c'était un salaire minimal les premiers mois le temps de te faire ta patientèle.

Intervenant 3 : Car si tu vas t'installer en campagne je pense que tu n'as pas besoin d'un salaire minimal étant donné que tu risques de beaucoup travailler.

Intervenant 1 : Au tout début ça peut être intéressant quand même, je pense pas que dans les zones reculées si tu t'installes tu es plein dès la première semaine.

Intervenant 3 : Détrompes toi, je suis sûr que les zones où ce contrat t'envoie n'ont pas vu de médecins depuis bien longtemps et tu risques de terminer très vite tard le soir et tôt le matin.

**Moi : Je vous ai imprimé ce qu'est plus en détail le contrat de Praticien territorial de médecine générale, je vous laisse le lire et je vous poserais ensuite de nouvelles questions.**

**Moi : Que pensez vous du contrat que vous venez de lire ?**

Intervenant 3 : C'est à peu près ce qu'avait dit l'intervenant 2 tout à l'heure, je trouve ce contrat surprenant. Déjà sur le salaire minimal, c'est utopique de penser qu'on ne va pas faire plus de 165 consultations. À part peut-être la première semaine mais très vite on dépasse le seuil financier et donc cet avantage n'en n'est plus un

Intervenant 2 : À condition d'être à mi-temps.

Intervenant 3 : Oui à la limite là l'avantage financier peut être intéressant même si à mi-temps tu fais quand même pas mal de consultations et tu arrives vite au plafond financier.

Intervenant 1 : D'accord avec ça, après moi ce qui me fait peur dans ce contrat c'est qu'il y a un flou sur la dernière page quand ils parlent des permanences des soins ambulatoires, des actions destinées à améliorer la prescription et des actions de dépistage, prévention, éducation et la santé.

Intervenant 3 : Oui j'ai lu ça aussi à la fin, c'est assez flou. Mais ce qui est flou aussi c'est les zones où l'ARS considère que l'offre de soins est limitée car il y a des zones proches de certaines grandes villes mais il y a aussi des zones complètement reculées.

Intervenant 2 : Je pense que le but du contrat est surtout de repeupler des zones reculées sous-dotées.

Intervenant 1 : C'est sûr même.

Intervenant 3 : Par contre la protection sociale c'est bien, car on est jamais à l'abri d'avoir des

pépins de santé et au moins avec le contrat on a une protection. C'est d'ailleurs le seul vrai avantage au contrat.

Intervenant 2 : C'est vrai que c'est bien car même si on part de zéro c'est une bonne chose notamment pour les congés maternités.

Intervenant 3 : Oui aussi, excuse moi de pas y avoir pensé mais je n'avais pas la grossesse en tête mais tu as raison c'est bien.

Intervenant 1 : Oui c'est un plus mais ça fait léger quand même quand on prends l'ensemble du contrat.

Intervenant 3 : Oui je ne compte pas m'engager juste pour la protection sociale mais il faut aussi dire les choses positives.

Intervenant 2 : J'aurais trouvé plus malin d'aider à l'installation plutôt que d'offrir un salaire minimal qui comme tu le disais Intervenant 3 on dépasse vite le salaire minimal et donc c'est un avantage dont on ne profite pas vraiment.

### **Moi : Seriez-vous prêt à signer ce contrat dans les années à venir ?**

Intervenant 1 : Non, aucun réel avantage à mon gout hormis de s'enterrer dans un lieu loin de tout. Sincèrement je vois pas qui peut signer ce type de contrat.

Intervenant 2 : Moi non plus mais je pense qu'il ne m'est pas destiné car je ne souhaite pas exercer en milieu rural. Et puis ce contrat ne me donne pas envie de changer d'avis, comme on le disait tout à l'heure l'avantage financier n'est pas très intéressant et la seule protection sociale ne me suffit pas.

Intervenant 3 : Moi non plus. Aucun intérêt pour moi. Et j'aimerais bien savoir combien de personnes ont souscrit ce contrat mais il ne doit pas y en avoir beaucoup. Entre un contrat peu clair, des zones non précisées, des avantages peu intéressants, je laisse mon tour.

Intervenant 1 : Oui je pense que pour motiver des personnes à aller exercer dans des zones sous médicalisées il faudrait mettre de plus gros avantages sur le contrat. La, surtout pour un homme, et donc l'absence de grossesse, même si on est jamais à l'abri d'une maladie mais on a quand même des avantages très limités.

Intervenant 2 : Même avec la grossesse si ça peut te rassurer.

### **Moi : Dans un monde utopique, quelles seraient selon vous les mesures qui vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire ?**

Intervenant 2 : Bah en reprenant les avantages de ce contrat je pense déjà qu'une aide financière pour l'installation pourrait aider. Quitte à offrir le cabinet comme certaines municipalités le font déjà. Après la protection sociale c'est une bonne chose.

Intervenant 3 : C'est difficilement réalisable mais il faudrait aussi créer des maisons de santé car moi ce qui me fait peur aussi c'est de travailler tout seul et de se sentir un peu perdu.

Intervenant 1 : Oui c'est sur. Il faudrait aussi s'assurer de la proximité d'un hôpital avec un service d'urgence

Intervenant 3 : Et même des spécialistes et des paramédicaux pas loin histoire de pas être seul à prendre des décisions.

Intervenant 2 : Et pour ta pratique aussi car c'est pas simple de gérer l'urgence ou des simples

avis si tu sais que tu n'as pas de médecins à 45 minutes de ton cabinet.

Intervenant 3 : Oui je me vois mal dire à une femme en train de contracter de prendre sa voiture et d'aller à la maternité qui est à 1h en voiture.

Intervenant 1 : Il faudrait aussi un système de garde car c'est toujours le même problème mais si tu es seul tu te dois d'assurer un système de garde donc on revient à ce que tu disais et à s'installer à plusieurs.

Intervenant 2 : Oui ou bien tu pourrais avoir des contrats qui se rapprochent du salariat avec un nombre d'heures.

Intervenant 3 : Bah c'est difficile le salariat surtout si tu es seul car tu peux difficilement dire il est 18h j'ai terminé.

Intervenant 2 : Oui mais à plusieurs personnes c'est envisageable je pense.

Intervenant 1 : En même temps dans ces zones tu es très vite débordé donc pourquoi pas si ça peut te permettre d'éviter de faire des journées à rallonges.

Intervenant 3 : Il faudrait aussi avoir un nombre fixé de vacances. C'est-à-dire avoir l'assurance d'avoir des remplacements car je vois les médecins actuellement qui exercent à la campagne, ils ne trouvent pas de remplaçant donc c'est dur de prendre des vacances.

Intervenant 1 : Il faudrait des contrats avec les fics ou des internes viennent t'aider et apprendre. Ça pourrait peut être même en motiver à s'installer après. Bah en même temps je dis ça mais j'ai fait mon stage d'interne en milieu rural et ça ne m'a pas du tout motivé à m'y installer.

Intervenant 2 : Oui mais c'est évident qu'il faudrait créer des stages ambulatoires dans ces zones avec le logement pour les internes pour nous motiver. Car actuellement faire 1h de voiture pour aller en stage c'est peu motivant.

Intervenant 3 : Le gros problème en plus de l'isolement et de la surcharge très probable de travail c'est aussi l'isolement de tout. Comment occuper ces Week-End, il faudrait aussi la proximité de centres commerciaux, de cinéma, d'écoles. Car si en plus tu dois faire 30 minutes de voitures pour aller chercher des enfants à l'écoles. Tiens d'ailleurs pourquoi pas une voiture de fonction non plus.

Intervenant 1 : Bah pour moi le principal problème c'est l'isolement pour ta vie privée. Dur de trouver des loisirs si tu n'as rien sur place. Et ne serait ce que pour aller au resto ou voir des amis, si tu dois toujours compter 30 minutes de voitures ça te pousse à t'enterrer et à t'isoler encore plus

Intervenant 3 : Complètement d'accord. Le problème c'est l'isolement. Car il ne faut pas oublier la vie privée et c'est dur de s'épanouir si on est loin de tout. Mais le problème est plus profond, ça fait des années qu'il y a une politique de migration vers la ville. On ne trouve plus de poste, plus de gendarmeries, plus d'écoles, plus de bibliothèque.

Intervenant 2 : Et puis on ferme à tour de bras des petits hopitaux qui certes ne sont pas rentables à priori mais sont au combien précieux pour les médecins.

Intervenant 1 : Ou des maternités. C'est sur que même si c'est important d'avoir un médecin il faut revoir une politique globale et réinvestir la campagne.

Intervenant 3 : J'imagine avec tes 3 enfants si tu dois les emmener chacun en activité, en comptant 1h de voiture pour chaque bah tu as gagné ta journée.

Intervenant 2 : Et faut que ton copain accepte de te suivre. Si il est médecin il trouvera facilement du travail mais sinon ca l'oblige aussi à devoir faire beaucoup de voitures. D'autant que la campagne est rarement desservi par des autoroutes ou des gares qui permettent de diminuer le temps de transport.

Intervenant 3 : Bah moi c'est simple elle se retrouverait au chômage.

Intervenant 1 : Moi elle pourrait bosser à la campagne mais elle ne le souhaite pas non plus.

**Moi : Merci, avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**

Intervenant 1 : Sans vouloir me victimiser mais certes il faut qu'il y ait des médecins répartis sur le territoire mais pourquoi toujours nous montrer du doigt. Il n'y a aucune mesures pour les paramédicaux, ou pour rouvrir des centres administratifs. En fait je ne veux pas me sacrifier tout seul et encore moins pour rattraper des décisions politiques complètement inverses depuis plusieurs années.

Intervenant 2 : C'est sur que malgré tout ce qu'on a dit je ne suis pas plus motivé pour bosser la bas. Il faudrait effectivement recréer des petites villes dans des grandes campagnes et centraliser un peu des maisons de santé pour espérer que des médecins s'y installent.

Intervenant 3 : Oui c'est sur, moi je ne suis pas allergique à travailler en milieu rural mais effectivement il ne faut pas que je sois isolé tant sur le plan professionnel que dans ma vie privé. Etre médecin c'est bien mais il faut aussi pouvoir profiter des loisirs et des à cotés.

Intervenant 1 : Yes.

Intervenant 2 : Mais le temps de réinvestir la campagne il faudra quand meme trouver des solutions autres. Je ne vois rien d'autre que l'obligation actuellement pour que des médecins aillent dans certaines campagnes.

Intervenant 3 : Moi aussi

Intervenant 1 : Pareil. Aucune mesures incitatives actuellement suffiraient je pense.

**AUTEUR : Nom : GERNIGON**

**Prénom : François**

**Date de Soutenance : lundi 14 décembre 2015**

**Titre de la Thèse : Praticiens Territoriaux de Médecine Générale : quelles mesures incitatives complémentaires pouvant favoriser la promotion de ce statut ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : Médecine Générale**

**Mots-clés : Praticiens Territoriaux de Médecine Générale, mesures incitatives**

**Résumé : Contexte :** La lutte contre les déserts médicaux est un problème d'actualité croissant. Depuis plusieurs années, de nombreuses mesures incitatives à destination des médecins généralistes ont été créées pour enrayer ce problème. Une des mesures récentes mise en place est la création d'un statut de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale. Notre objectif était de rechercher des mesures incitatives complémentaires pouvant favoriser la promotion de ce statut.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative par la technique des *focus group* auprès d'internes, de remplaçants et de médecins généralistes installés depuis moins d'un an des régions Nord Pas-de-Calais et Pays de la Loire. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement jusqu'à saturation des données. Les *verbatim* ont été codés et analysés de façon thématique via le logiciel NVivo10®.

**Résultats :** Cinq *focus group* ont été réalisés incluant 20 participants. Les principales mesures incitatives complémentaires étaient l'instauration d'une politique de réaménagement du territoire permettant une proximité scolaire, administrative et culturelle. La lutte contre l'isolement professionnel, notamment via la création de maisons de santé, et une proximité hospitalière étaient souhaitées. Les participants notaient l'importance d'un aménagement de la permanence des soins ainsi que le développement des stages ambulatoires en milieu rural durant l'internat. Enfin, les mesures coercitives étaient pour certains le seul moyen efficace mais non acceptable.

**Conclusion :** Le statut de praticien territorial de médecine générale ne semble pas à lui seul suffisant pour lutter contre les déserts médicaux. Différentes mesures complémentaires comme le réaménagement du territoire rural ont été mises en avant. Pour certains, la question de remettre en cause la liberté d'installation via des mesures coercitives semble être la seule option possible pour régler le problème des déserts médicaux.

**Président du jury : Monsieur le Professeur Emmanuel DELAPORTE**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Madame le Docteur Myriam HECQUET-DEVienne**

**Monsieur le Docteur Sébastien MABON**