

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : (2023)

Thèse pour le diplôme d'État  
De Docteur en Médecine

**Facteurs limitants et favorisants de la participation des médecins à une  
consultation avancée de médecine générale.**

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 2023 à 18h

Au Pôle Formation

**par Amory EL MASRI**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur** *Jean Baptiste BEUSCART*

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur** *Antoine DELFORGE*

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur** *Maurice PONCHANT*

## **AVERTISSEMENT**

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



## REMERCIEMENTS

## Table des matières

Introduction .....	6
Genèse du projet.....	6
Définitions des acteurs.....	6
La CPTS Liévin-pays d'Artois .....	6
Les autres acteurs .....	7
Démographie médicale locale.....	8
Objectif de recherche :.....	9
Matériel et méthode .....	10
Résultats.....	12
Tableaux de caractéristiques de la population étudiée .....	12
Etablissement d'une théorie explicative .....	13
Avoir des responsabilités .....	14
Être engagé .....	16
Transformer sa pratique .....	18
Facteurs spécifiques à la consultation avancée .....	20
.....	21
Extraction des facteurs limitants et favorisants .....	22
Récapitulatif des facteurs limitants et favorisants .....	24
Discussion.....	25
Un intérêt pour l'exercice coordonné .....	25
Moins pour des consultations avancées .....	25
Facteurs limitants .....	25
La charge d'activité.....	25
Les conditions d'exercice.....	26
La qualité des soins .....	27
La mode de vie .....	29
Un manque de perspectives .....	30
Facteurs favorisants .....	31
Les facteurs matériels .....	31
Les facteurs immatériels .....	32
Ouverture.....	34
Cohérence interne .....	35
Faiblesses .....	35
Forces .....	36
Conclusion.....	37
Bibliographie .....	38

## Introduction

En 2022, dans un contexte de démographie médicale en berne (1), la commune de Mazingarbe perdait trois des quatre derniers médecins généralistes pour cause de départ à la retraite

Les professionnels de santé du secteur, regroupés en CPTS, se mobilisent pour remédier à la situation, un des projets envisagés est la création d'une consultation avancée de médecine générale au sein de la commune, assurée par les médecins généralistes installés aux alentours.

## Genèse du projet

Lors de la crise sanitaire COVID la création de centre de vaccination dans différentes communes du secteur permet à la mairie de Mazingarbe, lors des discussions en vue de l'attribution d'un local pour la pratique des vaccinations, d'alerter les professionnels de la CPTS Liévin-pays d'Artois sur le départ prochain de plusieurs médecins. Le projet de consultation avancée fait suite à ces contacts.

La consultation devait initialement s'organiser avec la participation de médecins volontaires, indemnisés, dans des locaux adaptés mis à disposition par de la commune de Mazingarbe.

## Définitions des acteurs

### La CPT Liévin-pays d'Artois

Le projet de consultation avancée de médecine générale a été porté par le CPTS Liévin-pays d'Artois.

Une communauté professionnelle territoriale de santé est une organisation territoriale mise en place par les professionnels de santé d'un territoire et qui a pour but d'améliorer la prise en charge médicale de la population locale et d'améliorer la coordination des différents intervenants en santé du secteur.

Elles se composent des différents professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, de toutes les spécialités qu'ils soient de premier ou de second recours, exerçant en ville au sein à la fois des maisons et centres de santé et en cabinet individuel ou de groupe, ainsi que les hôpitaux, cliniques, établissements sanitaires et structures médicosociales.

Leur action peut se manifester sous la forme de projets tels que celui des consultations avancées de médecine générale.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) (1) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) soutiennent la cohérence des projets et garantissent leur financement via un accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)

Elles sont définies par l'article L1434-12 du code de la santé publique leurs missions sont définies dans les articles L1434-12-2 et L1434-13.

La CPTS Liévin-pays d'Artois a été créée en mars 2018 et regroupe 12 communes dont celle de Mazingarbe, théâtre du projet étudié. (*Annexe 1*)

Dans ce projet son rôle était de trouver des praticiens acceptant de réaliser les consultations médicales et assurer l'utilisation d'un logiciel médical garantissant le suivi médical des patients.

Les autres acteurs

La mairie

Elle met à disposition des locaux adaptés et assure le secrétariat médical. (2)

Le conseil de l'ordre

Il assure l'encadrement réglementaire pour des médecins devant exercer en dehors de leur cabinet ou pour des médecins « remplaçants » travaillant dans le cabinet éphémère.

L'ARS

Elle participe à la coordination des acteurs et des moyens.

### Démographie médicale locale

Concernant uniquement les communes du territoire de la CPTS, en 2022, on comptait 70 médecins généralistes.

La densité en termes de médecine générale s'élevait à 7.6 omnipraticiens pour 10 000 habitants, contre une moyenne de 8.4 médecins généralistes en France. (*Annexe 2*)

Depuis 2015, l'évolution à la baisse du nombre de généralistes a été plus forte sur le territoire de la CPTS comparativement à l'ensemble du territoire français (*Annexe 3*)

Cette situation doit être amenée à empirer si on considère la répartition par tranche d'âge des omnipraticiens du territoire.

En effet on constate que la part des médecins généralistes dont l'âge est supérieur à 59 ans est de 41.3 % contre 32.0% sur l'ensemble de la France, il en va de même pour la tranche 55 à 59 ans (20% contre 15.2%).

Ces chiffres du SNDS sont toutefois à nuancer, en effet ils prennent en compte les 3 médecins dont l'exercice se termine en 2022 et les 3 médecins nouvellement installés à la suite de la réflexion sur le projet de consultation avancées.



## Objectif de recherche :

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs favorisant et limitant de la participation des médecins généralistes à une consultation avancée de médecine générale afin de faciliter la création de futurs projets pouvant s'en inspirer.

## Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative reposant sur une analyse inductive utilisant l'approche par théorisation ancrée telle que décrite dans l'ouvrage : Initiation à la recherche qualitative en santé, LEBEAU Jean-Pierre, GMSanté, 2021)

La liste de contrôle COREQ (5), (6) dans sa traduction française a été réalisée à la mesure de l'avancement de l'étude (*Annexe 3*).

Les participants, médecins généralistes du secteur, ont été recrutés par téléphone ou par mail, de manière individuelle pour les médecins exerçant seuls ou via un référent choisi parmi les connaissances de l'investigateur pour les cabinets de groupe ou les MSP.

L'échantillonnage choisi a été théorique jusqu'à saturation (définie à priori comme l'absence de plus d'une occurrence d'une nouvelle propriété) raisonné homogène.

Le recueil des données a été réalisé après consentement oral des participants, sous forme d'entretiens collectifs

Les entretiens ont été réalisés au sein de la MSP Jules Ferry, enregistrés au moyen d'un enregistreur téléphonique.

Les participants étaient réunis autour de l'investigateur Mr EL MASRI Amory, novice dans la recherche qualitative et la discussion était coordonnée par un animateur en la personne de Mr LECLECQ Arnaud, Assisant de Service Social, bénéficiant d'une expérience dans le domaine de la recherche qualitative en milieu social.

Un guide d'entretien a été réalisé, modifié après le premier entretien de groupe.

Le nombre d'entretiens n'a pas été défini à l'avance mais a été arrêté à la saturation des données au troisième entretien et en l'absence de participant à un quatrième entretien collectif.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés sur fichier Word.

Une analyse axiale ouverte et intégrative, itérative à l'issue de chaque entretien collectif, avec une triangulation par confrontation de l'animateur et de l'investigateur.

L'étiquetage initial a été réalisé à la main et via un fichier Word, l'analyse et la production du modèle explicatif ont été en partie réalisés à l'aide du logiciel Nvivo®.

## Résultats

### Tableaux de caractéristiques de la population étudiée

Entretien 1 Durée d'enregistrement : 48 :13				
Médecin	Sexe	Âge	Mode d'installation actuel	Date d'installation sur le secteur
1	F	57	Cabinet de groupe	1998
2	H	53	MSP	2001
3	F	55	MSP	2004
4	H	58	MSP	1996

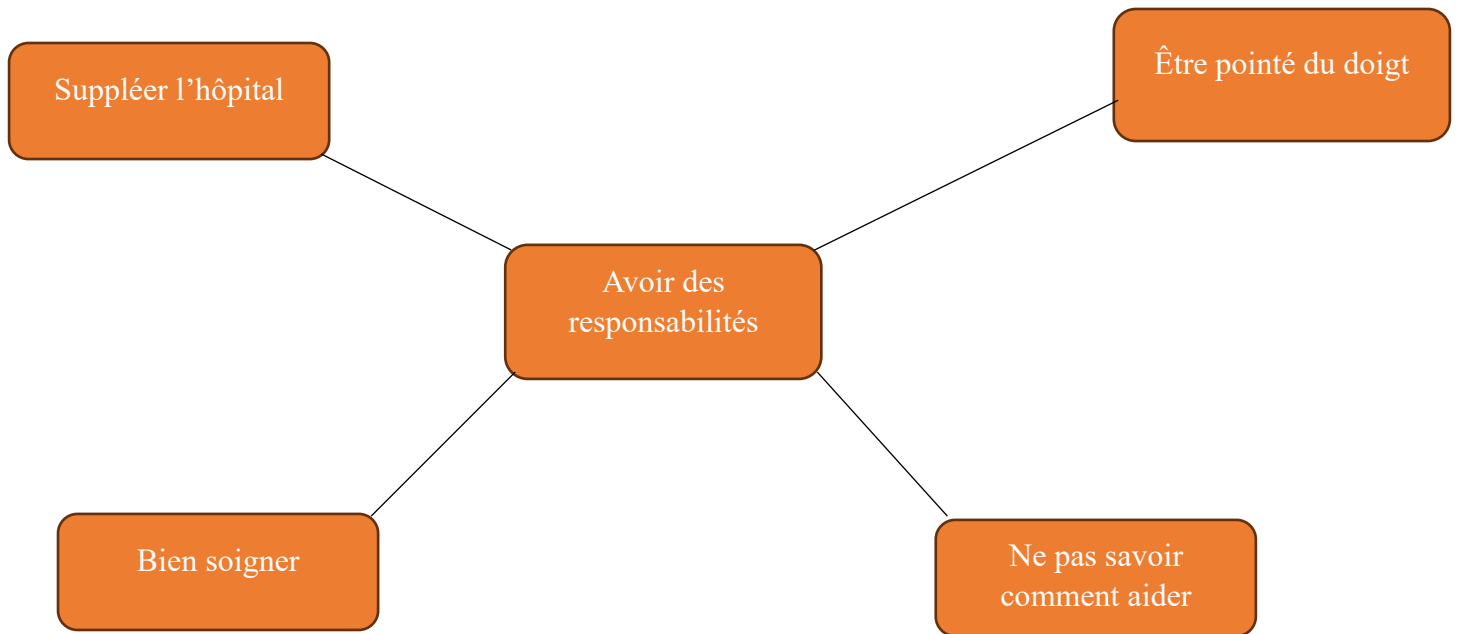
Entretien 2 Durée d'enregistrement : 1 :06 :17				
Médecin	Sexe	Âge	Mode d'installation actuel	Date d'installation sur le secteur
1	F	58	Cabinet libéral	2016
2	F	55	Cabinet libéral	1997
3	H	33	MSP	2020
4	H	37	MSP	2015
5	H	32	MSP	2020

Entretien 3 Durée d'enregistrement : 1 :08 :23				
Médecin	Sexe	Âge	Mode d'installation actuel	Date d'installation sur le secteur
1	H	60	Cabinet libéral	1993
2	F	34	Cabinet de groupe	2018
3	F	61	Cabinet libéral	1999

### Etablissement d'une théorie explicative

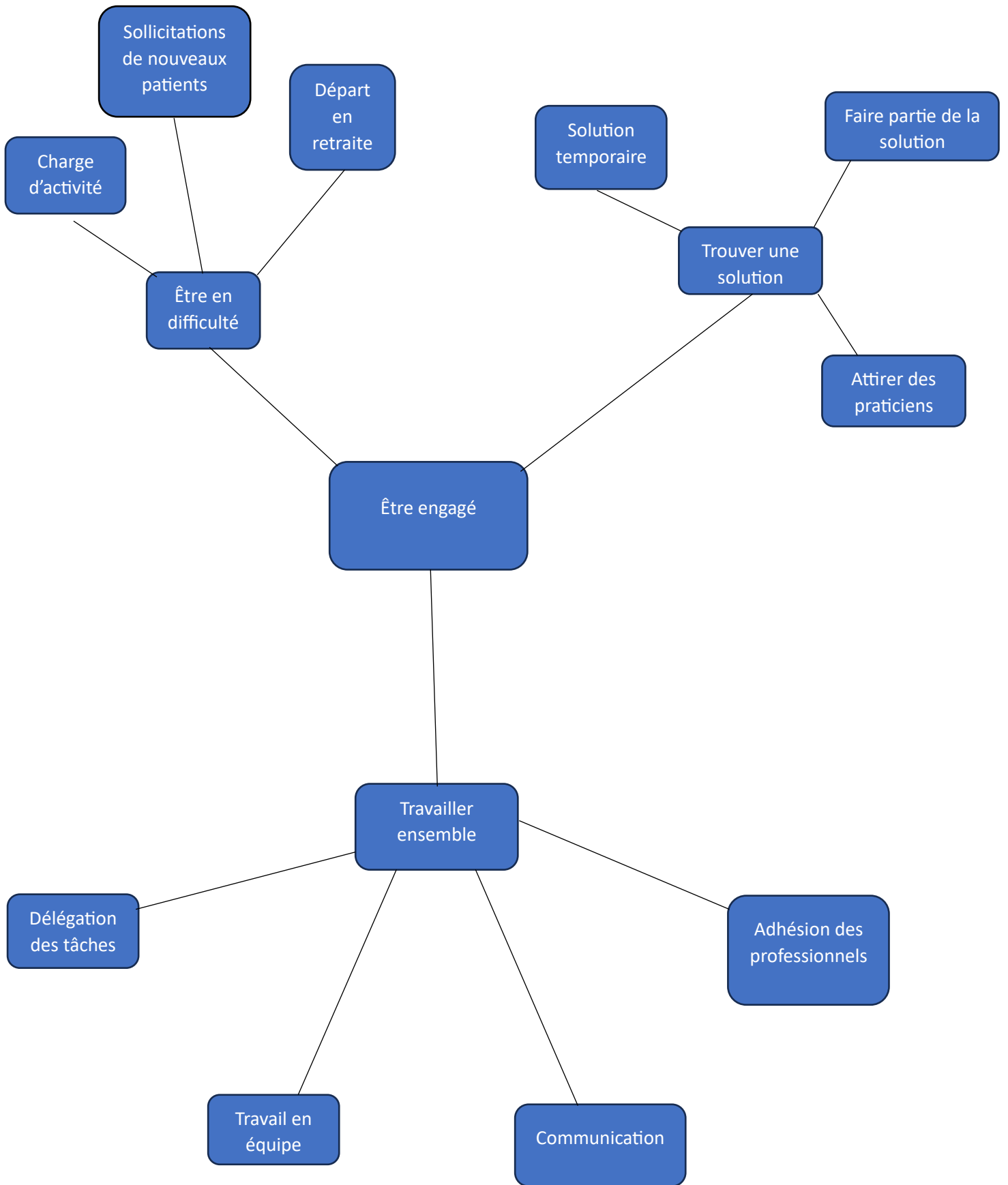
Le travail d'analyse s'est concentré sur la proposition d'une théorie explicative de l'implication des médecins généralistes du secteur dans la participation à une consultation avancée de médecine générale.

## Avoir des responsabilités



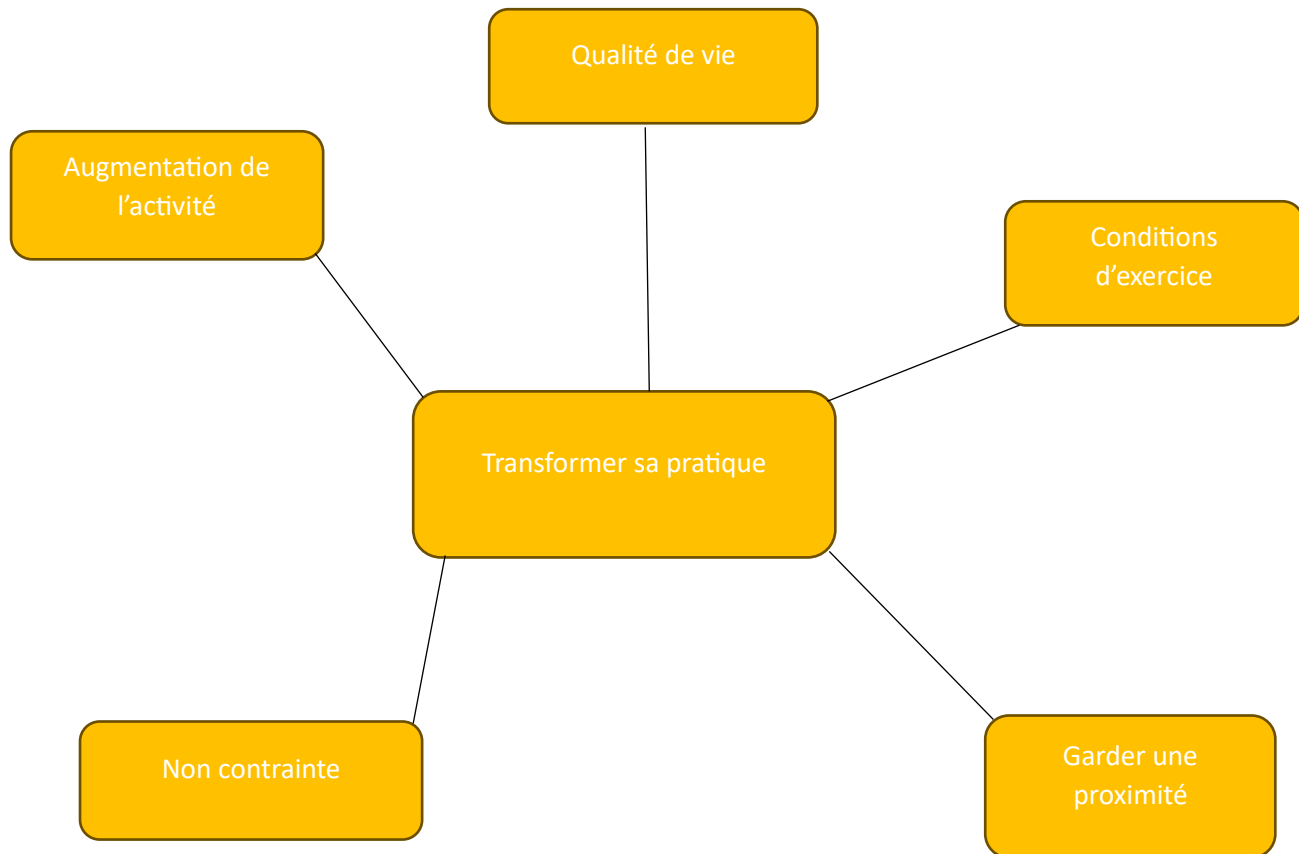
Avoir des responsabilités	Suppléer l'hôpital	<i>Parfois une ordonnance est faite parfois un arrêt de travail limité et après allez voir votre médecin traitant</i>
	Être pointé du doigt	<i>Et c'est toujours les mêmes qui subissent, on essaye de mettre sur le dos de ce pauvre médecin généraliste, on vous culpabilise, en disant « regardez il y'a des gens qui ne vont pas être soignés et ça c'est très mauvais moralement quand même</i>
	Ne pas savoir comment aider	<i>Est-ce que la solution doit venir du territoire ? ou d'une aide par des internes ou médecin fraîchement diplômés ?</i>
	Bien soigner	<i>Le problème c'est en effet si on rentre dans un truc comme on voit à l'hôpital et les gens s'en plaignent, ils changent de cardiologue tout le temps, à chaque fois qu'ils vont chez le cardiologue, c'est pas le même cardiologue. Et ça peut devenir un problème si à chaque fois ce n'est pas le même généraliste</i>

# Être engagé





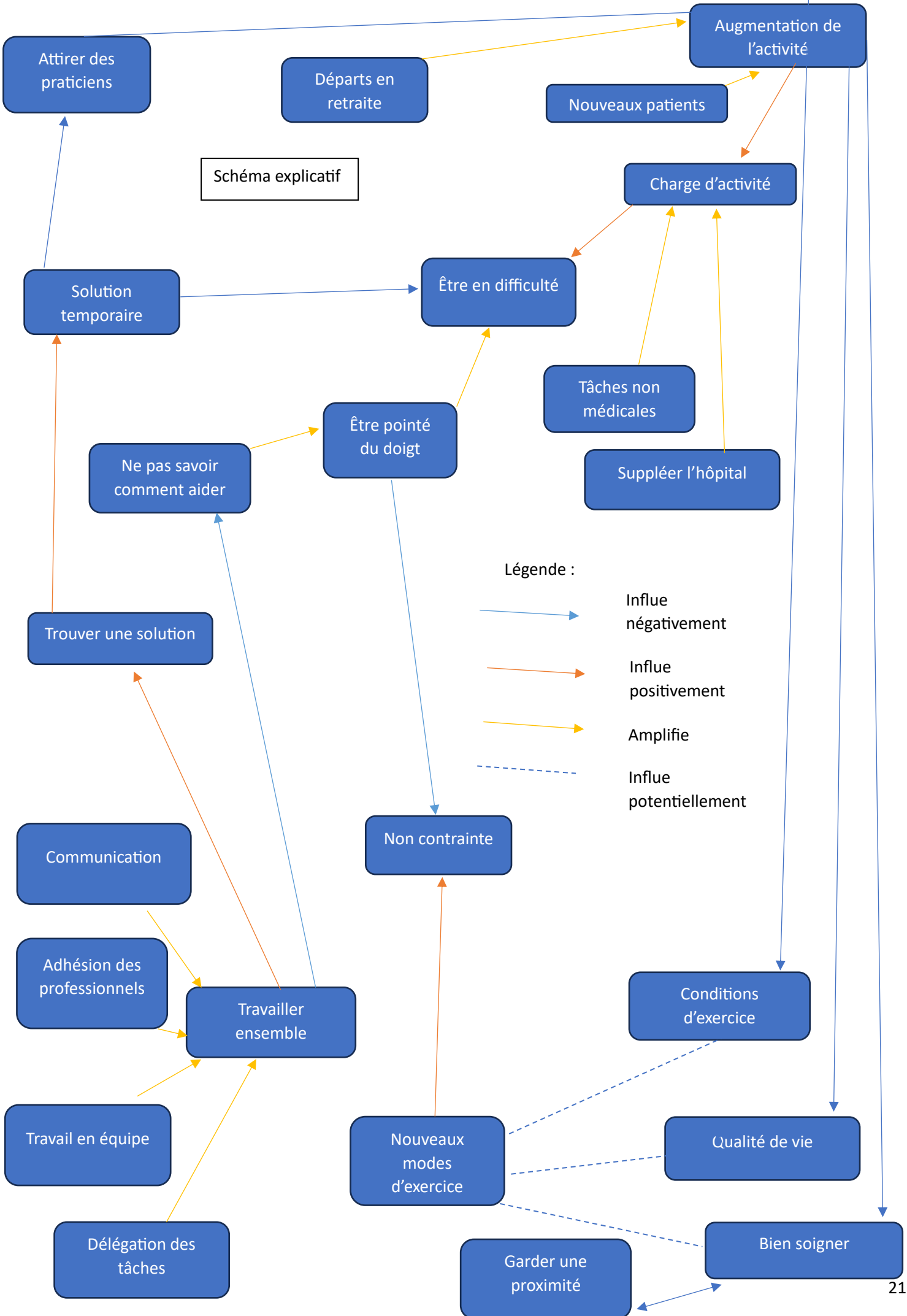
Être engagé	Être en difficulté	Charge d'activité	<i>Je suis déjà un petit peu débordé, je ne vois pas trop comment je peux me détacher pour aider ailleurs</i>
		Sollicitations de nouveaux patients	<i>Quasiment tous les jours plusieurs appels des gens qui cherchent, pas forcément un médecin traitant ponctuellement un besoin parce qu'ils sont malades et qu'ils ont besoin d'un médecin</i>
		Départ en retraite	<i>Même là aujourd'hui depuis un an on a tout de même plusieurs confrères qui sont partis et donc tous ici on a pris des nouveaux patients, on a été obligé même en disant qu'on avait assez de patientèle...</i>
Trouver une solution	Solution temporaire	<i>C'est une solution de dépannage pour éviter les ruptures de soin, en dehors de ça, ça n'a aucun sens, on ne va pas déplacer le problème, faire fermer leur cabinet et travailler dans un autre si l'objectif est juste d'assurer une présence, par contre si l'idée est d'éviter une rupture de soin sur une période, ça peut avoir du sens</i>	
	Faire partie de la solution	<i>C'est obligatoirement pas la responsabilité des médecins du territoire de trouver la solution, mais ce sont eux qui ont la clef. Quelle que soit la décision que les autorités prendront, ils vont passer par les médecins pour le faire.</i>	
Travailler ensemble	Délégation de tâches	<i>On va évoluer vers une délégation des tâches aussi bien pour les médecins installés que les cabinets éphémères, une infirmière avancée va gérer les rendez-vous, les suivis</i>	
	Travail en équipe	<i>Et il faudrait qu'il y ait des infirmières de pratique avancée qui fassent le tri, qui aient des protocoles pour les consultations, des assistants médicaux, il faut qu'il y ait toute une équipe.</i>	
	Communication	<i>Parfois les spécialistes voient un patient, font une ordonnance mais pas l'autre pas celle de kinésithérapie ou de soins infirmiers et disent : allez voir le médecin généraliste, donc c'est du temps perdu aussi bien pour le patient que le médecin, il faudrait travailler ensemble aussi bien l'hôpital la médecine de ville les spécialistes.</i>	
	Adhésion des professionnels	<i>Il faut encore que tous les médecins du territoire y participent, en sachant qu'on a eu le même souci pour les gardes il y'a un quelques années et on a dû trouver d'autre solutions et ça a sauté.</i>	



Transformer sa pratique	Augmentation de l'activité	<i>Depuis un an on a tout de même plusieurs confrères qui sont partis et donc tous ici on a pris des nouveaux patients, on a été obligé même en disant qu'on avait assez de patientèle...</i>
	Qualité de vie	<i>Soit au détriment du cabinet soit de ton temps personnel, il faut avoir l'équilibre des deux, sinon, ce n'est pas possible</i>
	Conditions d'exercice	<i>En plus dans quelles conditions ? travailler avec des gens qu'on ne connaît pas, pour qui on n'a pas accès au dossier médical ...</i>
	Non contrainte	<i>Trouver une solution pour éviter d'être réquisitionnés</i>
	Garder une proximité	<i>Par ce que si c'est pour aller ponctuellement comme un mercenaire faire une ordonnance et partir, je ne vois pas l'intérêt</i>
		<i>J'ai fait médecine générale pour voir mes patients, pour avoir un suivi au long cours des gens qu'on connaisse</i>
	Nouveaux modes d'exercice	<i>Le côté médecin de famille il va disparaître, c'est évident</i>
<i>Il n'y a plus de création de nouveaux cabinets libéraux, ça ne sera que des maisons de santé, ou on va salarier un médecin</i>		

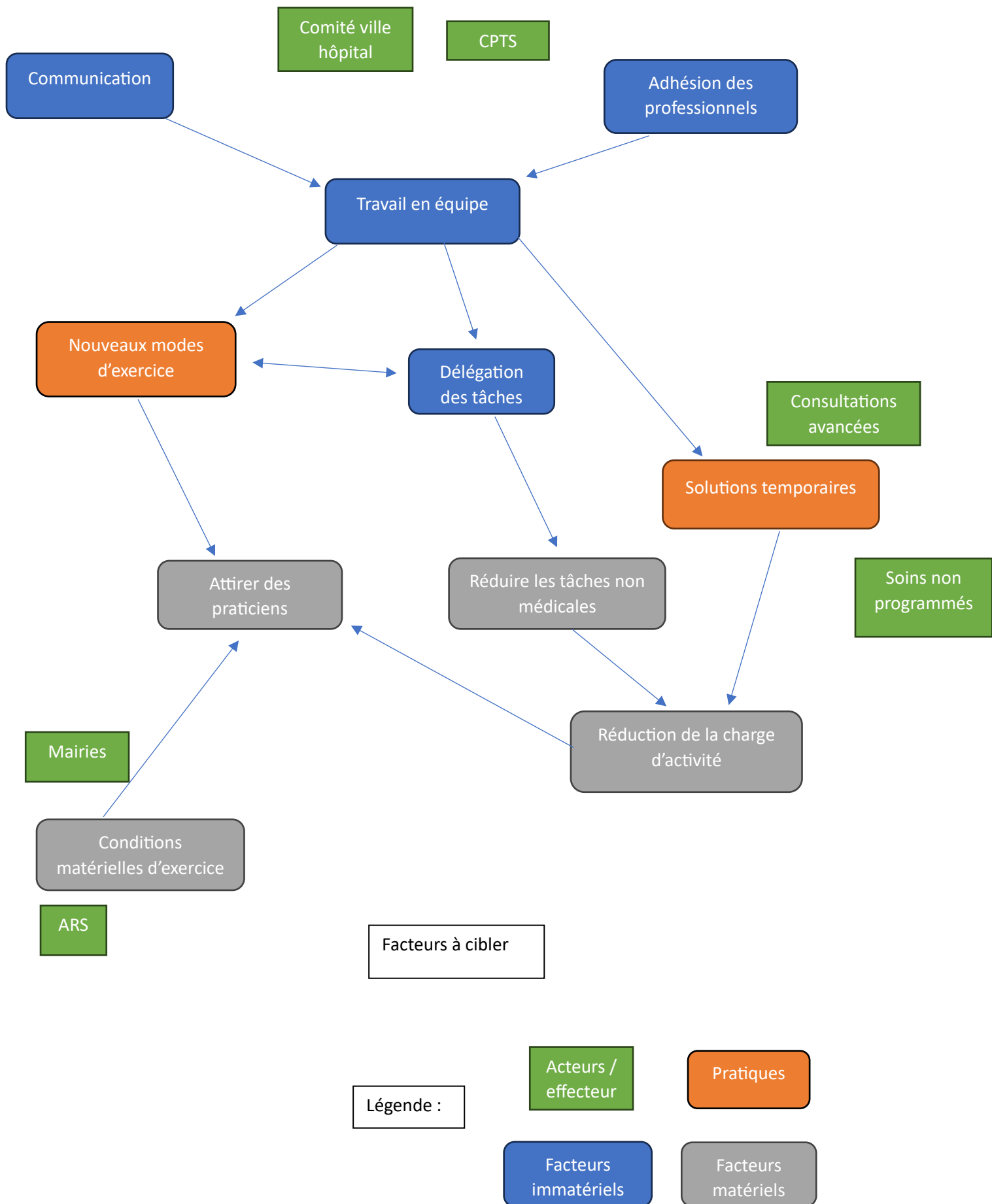
Facteurs spécifiques à la consultation avancée

Facteurs	Verbatims
<b>Report des consultations</b>	<i>Je me vois mal dire à mes patients débrouillez-vous ou en tout cas à mes associés débrouillez-vous alors qu'ils sont déjà submergés de travail ou alors récolter les urgences le lendemain ...</i>
<b>Condition matérielles</b>	<i>Tout dépend de la facilité d'utilisation, tout dépend si c'est dans le cadre d'un suivi de patients, là on aura besoin d'un logiciel, mais on a encore du papier et un crayon pour écrire</i>
<b>Nécessité d'adaptation</b>	<i>S'il est différent ou un peu plus complexe ça n'est pas un frein, c'est une histoire d'adaptation</i>
<b>Distance</b>	<i>À l'échelle d'un territoire ça n'est pas gênant</i>
<b>Consultations complexes</b>	<i>Un nouveau patient que vous découvrez, c'est pas un quart d'heure hein une première consultation</i>
<b>Suivi compliqué</b>	<i>Et il faut surtout que les dossiers soient alimentés, pas forcément sur le temps du médecin qui va consulter, c'est-à-dire qu'il y ait une préparation à l'avance</i>
<b>Altération de la relation malade médecin</b>	<i>Au-delà de l'aspect soigner des gens, un rhume un machin, nous on est content de passer du temps à demander machin, les vacances comment ça va ... Là je vais voir des gens que je ne connais pas, que je n'ai jamais vu avant.</i>
<b>Solution clé en mains</b>	<i>Il faut une vraie facilité administrative et matérielle, que ce soit un jeune médecin, un installé in retraité. Il faut qu'il arrive et qu'il ait tout clé en mains, ne pas se dire « l'ordinateur ne marche, pas je n'ai pas la clé de ce local, je n'ai pas le matériel et après si je veux être payé faut que j'envoie mon RIB à tel personne avec des justificatifs de domicile »</i>
<b>Rémunération adaptée</b>	<i>L'idée c'est de dire quitte à faire le même boulot je préfère être chez moi donc il faut une incitation financière que ce soit sous forme de rémunération supplémentaire, déduction d'impôt, ou autre</i>



## Extraction des facteurs limitants et favorisants

On peut extraire les principaux facteurs limitants et favorisants qui découlent du modèle explicatif, ceux-ci sont présentés au sein d'un schéma et d'un tableau récapitulatif pour être discutés plus avant.



Récapitulatif des facteurs limitants et favorisants

Facteurs limitants		Facteurs favorisants			
Charge d'activité	Augmentation de l'activité	Facteurs matériels	Solution clé en mains		
	Ajout de tâches administratives				
Conditions d'exercice	Report des consultations				
	Conditions matérielles				
	Nécessité d'adaptation				
	Distance				
Qualité des soins	Consultations complexes			Facteurs immatériels	Rémunération adaptée
	Suivi compliqué				
	Altération de la relation malade médecin				
Mode de vie	Conception du médecin de famille				Favoriser la communication
	Altération de la qualité de vie	Adhésion des professionnels			
Manque de perspectives	Sentiment d'impuissance	Attirer de nouveaux médecins			
	Manque de considération	Inciter le travail en équipe			
	Absence de solution pérenne	Eviter des mesures coercitives			
		Rester acteur central de la santé			



## Discussion

### Un intérêt pour l'exercice coordonné

Les praticiens participant à l'étude ont, dans une grande majorité, montré un grand intérêt pour la pratique de l'exercice coordonné qui leur semble un outil indispensable pour faire face aux défis d'une médecine générale libérale confrontée au défi du fléchissement démographique.

En ce sens l'idée d'une participation à une consultation avancée entrant dans le cadre de cet exercice coordonné pourrait apparaître comme bénéfique en renforçant le travail en équipe, la communication, l'implication des professionnels locaux.

Une part importante des facteurs favorisants discutés plus loin et évoqués en premiers lieu par les professionnels interrogés relèvent en effet au sens large de l'apport de l'exercice coordonné dans leurs conditions de travail et dans la situation actuelle.

### Moins pour des consultations avancées

Cependant beaucoup des médecins interrogés expriment leurs réticences à une participation des médecins déjà installés du secteur à un tel cabinet éphémère, estimant l'idée mal adaptée à la réalité du terrain compte tenu de leur charge de travail, de la complexité de la mise en place technique et de l'acceptabilité en lien avec le cumul de leur travail au cabinet et de leur vie personnelle.

### Facteurs limitants

#### La charge d'activité

Une augmentation de l'activité

On peut constater que l'augmentation de la charge d'activité, dans un contexte de démographie médicale en berne, qui engendre de nombreux départs en retraite (1), est la principale raison invoquée par les médecins interrogés dans cette étude.

Ils voient donc tout naturellement la participation à une consultation éphémère de médecine générale comme une source d'une nouvelle augmentation de leur charge de travail.

L'investigateur a choisi d'écarter d'emblée la problématique du manque de temps, également évoquée par la quasi-totalité des participants. Elle découle directement de la charge d'activité et peut du reste être citée en tant que facteur limitant universel (2).

#### Plus de tâches administratives

Les omnipraticiens interrogés pointent également du doigt des pratiques des services hospitaliers ou de leurs confrères médecins de deuxième recours, occasionnant potentiellement des doublons de consultations ou des consultations jugées non utiles à la sortie d'hospitalisation telle que pour la prescription d'un arrêt de travail, la prescription initiale des traitements de sortie d'hospitalisation, des soins infirmiers. Ils craignent d'être confrontés à une explosion de ces tâches lors de leur participation à cette consultation avancée

#### Les conditions d'exercice

#### Le report des consultations

Cette augmentation de la charge d'activité entraîne également une altération des conditions d'exercice des praticiens, la perspective d'un report des consultations non programmées ou urgentes à la fin de la journée de travail, sur le planning des associés du cabinet ou le lendemain en cas de participation à un projet de consultation avancées.

## Des conditions matérielles dégradées ?

Ils craignent également des conditions matérielles dégradées par rapport à leur fonctionnement habituel avec un questionnement sur l'adaptation et l'équipement des locaux en premier lieu concernant l'informatisation.

Ceux qui bénéficient d'un secrétariat physique ou téléphonique craignent de ne pas disposer de cet élément.

## Une nécessité d'adaptation

De manière générale les praticiens pointent du doigt l'obligation de modifier leurs habitudes dans l'organisation du travail et encore une fois ici l'exemple principal concerne le logiciel métier, dont disposaient tous les médecins interrogés.

Il semble ainsi évident qu'un seul logiciel doit être utilisé et que ceux qui disposent d'un outil différent vont devoir passer par une nécessaire période d'adaptation.

L'adaptation à du petit matériel ne semblait pas ici un facteur limitant notable.

## La distance

Certains participants ont pointé que la nécessité de se rendre dans un territoire éloigné de leur cabinet ou de leur domicile pouvait poser un problème, cependant ce n'est pas considéré par la majorité des médecins comme un sujet d'inquiétude majeure, le territoire étant relativement peu étendu et les vacations pas trop nombreuses.

## La qualité des soins

### Des consultations plus complexes

Les participants indiquent de plus être attachés à la qualité des soins qu'ils prodiguent, en premier lieu, ils sont inquiets de devoir repartir d'un niveau de connaissance au minimum concernant chaque consultation, s'agissant de patients n'ayant plus de

médecins et avec qui il faut repartir de zéro, avec la nécessité de disposer des éléments importants du dossier médical, d'autant plus que la consultation avancée n'a pas uniquement vocation à être un dispensaire de soins urgents mais bien de proposer un suivi médical pour des patients chroniques.

Les omnipraticiens ayant participé à l'étude pointent une complexité de ces premières consultations en lien avec le besoin de comprendre l'histoire médicale du patient et de « trier » le dossier, si tant est qu'ils puissent en disposer. On peut noter ici le rôle potentiel du DMP qui devrait faciliter cette étape à l'avenir, pour tous les professionnels de santé du pays.

Des consultations plus complexes leur font craindre une qualité de la prise en charge dégradée pour ces patients.

#### Un suivi difficile ?

La question du suivi a été particulièrement évoquée devant le principe même de la vacation de professionnels différents qui ont, par définition, leur manière propre de travailler, leurs habitudes de prescriptions entre autres. Les médecins interrogés craignent qu'en l'absence de médecin référent, il soit difficile d'assurer un suivi cohérent de consultation en consultation. Certains ont pu évoquer des retours de leurs patients dont les spécialistes hospitaliers changent régulièrement, posant des difficultés dans le suivi.

Ces considérations sont tout de même nuancées par les praticiens dont l'expérience en cabinet de groupe ou en MSP les a rendus familiers avec cette problématique. (7)

#### Une altération de la relation médecin malade ?

Il est important pour les généralistes de l'étude de garder une proximité avec les patients qu'ils suivent ils sont inquiets d'une dégradation de la relation médecin malade (8), ils donnent l'exemple de la téléconsultation. On peut toutefois noter que cette relation ne semble pas être fortement impactée, tant que la téléconsultation reste une

pratique complémentaire et que le médecin reste au centre du parcours de soin. (9) et (10).

D'autre part ils disent devoir déjà s'occuper des patients qu'ils suivent, pour certains depuis des années et qui sont en demande de soins avant de pouvoir s'occuper d'une population certes également en nécessité, mais qu'ils estiment du fait de leurs obligations envers leur propre patients moins prioritaire.

## La mode de vie

### La conception de médecin de famille en question

Beaucoup des participants ont pointé une évolution de la société vers une mode de consommation de soins (une participante l'a même qualifié d'« uberisation de la médecine »), d'autres ont dénigrés certaines pratiques qualifiées de « mercenariat » dans certaines structures hospitalières où une consultation avancé de médecine générale a été mise en place afin de désengorger les urgences.

Ils trouvent que ce mode d'exercice convient mieux à de jeunes médecins désireux de faire leurs armes avant de s'installer définitivement.

Ils craignent que des initiatives comme une consultation avancée de médecine générale puisse participer à remettre en cause ce statut de médecin de famille qui les définit dans leur construction personnelle et dans leur rôle sociétal.

### Une altération de leur qualité de vie

Beaucoup de médecins dont l'activité est importante comme nous l'avons vu précédemment ne souhaitent pas y apporter encore plus de complexité en surajoutant un échelon supplémentaire.

Ils considèrent que dans la situation actuelle cela viendrait forcément empiéter sur leur temps personnel.

Certains ont évoqué une situation confinante au Burn Out et ne s'imaginent pas pouvoir faire plus.

Un manque de perspectives

Un sentiment d'impuissance

Un autre facteur est le sentiment d'impuissance vis-à-vis d'une situation qu'ils ne maîtrisent pas, dont ils ne s'estiment pas responsables mais victimes, ayant augmenté leur activité et pris en charge de nouveaux patients suites aux départs en retraite et souvent à court de solution à proposer aux patients. Il peut s'en dégager une certaine résignation.

Un manque de considération

Les médecins se sentent abandonnés par des institutions qu'ils estiment en partie responsables d'une situation connue de longue date et facilement anticipable, notamment du fait du système du numerus clausus (11), (12).

Ils peuvent se sentir ciblés et traités en bouc émissaire et ce sentiment ne les incite pas à participer plus avant à des projets qui peuvent leur apparaître comme un fardeau supplémentaire.

On doit cependant noter que de nombreuses propositions ont été établies, à la fois au niveau français qu'international par les institutions chargées de la politique publique de lutte contre la désertification médicale. (13)

Enfin les participants se déclarent prêts à participer à une consultation avancée s'il existe une perspective à court terme d'une solution pérenne telle que l'installation d'un médecin titulaire, ce qui reste malgré tout hypothétique

## Facteurs favorisants

### Les facteurs matériels

#### Une solution complète

Les médecins interrogés ont indiqué que la fourniture de locaux adaptés, équipés, avec un logiciel métier installé, la présence de personnel administratif tel que prévu dans le projet était une condition sine qua none à leur participation en ce sens qu'elle leur permet de se concentrer uniquement sur leur activité de soins.

#### Une rémunération adaptée

La quasi-totalité des participants ont évoqué une rémunération accrue comme facteur favorisant à la participation dans une consultation avancée.

Il est d'autant plus facile de l'envisager car certains des médecins interrogés la perçoivent en participant également au dispositif SNP pour lequel ils bénéficient d'une compensation à hauteur de cent euros nets de l'heure, non conditionnée au remplissage des créneaux de consultation leur évitant ainsi une perte financière en cas d'absence de patient.

Ils estiment que du fait des contraintes évoquées plus haut pour la participation à un cabinet éphémère, cette rémunération doit être majorée.

Il convient de préciser que cette augmentation de la rémunération peut être considérée comme un facteur favorisant universel (2) et serait évoquée comme facteur favorisant devant la participation à toute initiative nouvelle.

## Les facteurs immatériels

### Participer à plus de communication

Les participants déclarent souhaiter une meilleure communication entre les généralistes mais également entre les différents acteurs de premier et de second recours, telle qu'elle peut être envisagée au sein d'une *MSP* (14), (15), (16). La pratique de la communication nécessite un temps dédié et des outils spécifiques (17), (18), la CPTS apparaît être un cadre adéquat afin d'envisager des solutions et de porter des projets à une échelle territoriale (19) et les médecins attendent qu'elle leur apporte des solutions permettant de faciliter cette pratique de la communication (20), (21), (22)

Cette communication peut passer par des outils numériques dédiés, cependant leur mise en place est complexe et pour le moins embryonnaire (17)

Les participants déclarent que la perspective de l'amélioration de leurs relations et de la communication avec leurs confrères peut les inciter à s'investir dans un projet de consultation avancée.

### L'adhésion et l'attractivité

Les médecins interrogés sont d'accord sur le fait que la participation et la communication autour d'une consultation avancée sont potentiellement un levier permettant de renforcer l'adhésion des praticiens à de futurs projets pour le territoire.

Il est ici intéressant de prendre en compte les résultats d'une précédente étude portant en partie sur le CPTS Liévin pays d'Artois et mettant en évidence une disparité d'engagement des membres de la CPTS, avec une partie pouvant être qualifiée de passive et des adhérents cadres sur lesquels repose la part la plus importante de la coordination. (23)



Ils mettent également en avant le fait qu'un tel projet de consultation avancée « clés en main » est un cadre très intéressant pour la promotion du territoire, cela peut être un espoir d'attirer des nouveaux médecins généralistes en montrant un dynamisme au niveau local.

#### Inciter le travail en équipe

Les omnipraticiens participant à cette étude ont pointé un manque de travail en équipe, dans une situation difficile pour tous les praticiens du secteur qui était ressenti principalement par les médecins exerçant seul au sein d'un cabinet.

Certains estiment que la participation à une consultation avancée de médecine générale peut entraîner une émulation du travail en équipe localement.

Le rôle du travail en équipe pour l'optimisation du temps médical a pu être discuté au sein des MSP (16) et plus spécifiquement de la délégation des tâches (24) a été également évoquée. La collaboration avec une IPA peut permettre un allègement de la charge d'activité et une amélioration de la qualité des soins, cependant il existe également des obstacles liés à une appréhension voire une opposition de certains médecins généralistes, voire spécialistes d'une part et des infirmières libérales d'autre part, dont les tenants et aboutissants ont été discutés dans une étude récente (25).

A noter ici un biais potentiel tenant au fait que l'ensemble des participants fait partie soit d'une MSP, d'un cabinet de groupe ou d'un CPTS et donc peut être considéré comme à minima ouvert à l'exercice coordonné et à une certaine pluridisciplinarité.

#### Une solution pour éviter des mesures coercitives ?

Les omnipraticiens interrogés sont pour la plupart soucieux de protéger leur liberté d'installation et le fonctionnement libéral qui leur est cher et qu'ils ont choisi. Ils espèrent éviter des mesures

coercitives de réquisitions, d'obligations de gardes ou d'encadrement du temps de travail ou de l'installation. (26)

Ils considèrent que des solutions doivent être proposées par les acteurs de premier recours, proches des considérations du terrain en espérant éviter une reprise en main du système par les institutions qui irait, à leurs yeux, à l'encontre de leur indépendance. (27)

Rester au cœur du système de santé

Ils sont néanmoins assez pessimistes vis-à-vis de la situation globale et on peut également rappeler ici la notion d'acteurs passifs évoquée par DACHICOURT (23). Cette dernière étude pointe également la perception d'une volonté institutionnelle de contrôle de la médecine de ville par le biais d'organisations telles que les CPTS. Cette volonté est actuellement combattue par un certain nombre d'organisations syndicales et représentatives de médecins en France, on peut rappeler que les professionnels de santé au premier rang desquels les médecins généralistes demeurent des acteurs primordiaux, au surplus, il convient de mesurer quelle a été la réalité et l'efficacité d'organisation non structurée de manière institutionnelle dans l'amélioration de l'accès au soin de premier recours.

## Ouverture

Il existe dans cette étude un questionnement des médecins généralistes concernant des nouveaux modes d'exercice telles que la création de cabinets éphémères comme ici ou le travail en pluridisciplinarité en MSP ou centre de santé. Certains participants craignent une perte du modèle de médecin de famille tandis que d'autres considèrent qu'ils permettent une meilleure répartition du travail entre les différents professionnels, en participant à l'amélioration de la qualité de vie des praticiens.

Ces dernières années, des projets de consultations avancées ont été mis en place avec succès sur le territoire national. Bien qu'ils ne concernent pas la médecine générale mais de spécialités de second recours en lien avec un établissement hospitalier telle que la cardiologie, la néphrologie, la psychiatrie ou la gynécologie (28) ou dédiées à la prise en charge des urgences (29). Ils ont montré un intérêt dans la lutte contre la désertification médicale et ont permis une amélioration de l'accès au soin des populations locales.

Il a existé d'autres projets pouvant être comparés à des consultations avancées de médecine générale mais sur un mode itinérant avec l'utilisation d'un bus médicalisé, cependant, même si les pouvoirs publics semblent favorables à de tels dispositifs, le conseil de l'ordre des médecins (30) et dans une moindre mesure certains praticiens des secteurs concernés n'ont pas permis à ces projets d'aboutir, malgré un intérêt certain (31).

La CPTS Liévin-Pays d'Artois est également engagée dans une activité de soins non programmés (32) et reposant sur une participation à tour de rôle, volontaire et indemnisé qui a montré son efficacité et son acceptabilité (33), (34).

On peut ici noter que si la création d'une consultation avancée de médecine générale reposant sur un système de vacations volontaires des médecins du secteur n'a pas pu être mise en place, la mobilisation des différents acteurs sus cités a effectivement permis l'installation de trois médecins généralistes pour une durée minimale de deux ans dans la commune de Mazingarbe.

## Cohérence interne

### Faiblesses

Au rang des limites de cette étude on peut pointer des entretiens relativement courts imposés par la temporalité et l'opportunité de rassembler plusieurs médecins en exercice et de s'adapter à l'emploi du temps de chacun résultant en une plage horaire contrainte entre

12h et 14h ou après 20h. Cette brièveté peut être contrebalancée par la participation de sujets forcément très engagés, car acteurs concernés en premier lieu par la question et experts.

Une deuxième faiblesse est le statut novice du chercheur et le biais de mémorisation contrebalancé par l'apport d'un animateur non novice dans les entretiens de groupe.

#### Forces

Il convient de souligner la participation de médecins en focus group, relativement rare dans la littérature qualitative centrée sur le volet médecin ainsi qu'une participation avoisinant les 20% des omnipraticiens du secteur d'étude.

## Conclusion

Si les médecins généralistes libéraux sont tout à fait intéressés et impliqués dans l'exercice coordonné que la mise en place d'une consultation avancée de médecine générale présuppose, permettant une meilleure communication, une incitation au travail en équipe, permettant d'augmenter l'attractivité du territoire et renforçant l'implication des professionnels, ils considèrent que leur participation à un tel cabinet éphémère ne semble pas réaliste compte tenu des contraintes liées à leur charge de travail actuelle, des lourdeurs administratives, de l'adaptation à des nouvelles conditions de travail, des consultations plus complexes, de potentielles difficultés de suivi ainsi qu'une inadéquation avec leur vision du rôle de « médecin de famille » et qu'ils estiment plus adaptée à de jeunes praticiens non encore installés. Une incitation financière et un espace de travail totalement équipé pourrait être incitatif de leur participation qui n'est vue que comme une solution de derniers recours pour éviter une mesure coercitive.

## Bibliographie

- 1  
Bouet Patrick, GERARD-VARET Jean François, Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2021, Atlas de la démographie médicale en France, Ordre National des Médecins, 2021.
- 2  
Section 1 : Organisation des agences (Articles L1432-1 à L1432-4) - Légifrance [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891573/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891573/)
- 3  
Agence nationale de la cohésion des territoires [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Un « cabinet médical éphémère » à Mazingarbe. Disponible sur: <https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/un-cabinet-medical-ephemere-mazingarbe-1083>
- 4  
LEBEAU Jean-Pierre, Initiation à la recherche qualitative en santé, , GM santé, 2021.
- 5  
Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.
- 6  
de Jong Y, van der Willik EM, Milders J, Voorend CGN, Morton RL, Dekker FW, et al. A meta-review demonstrates improved reporting quality of qualitative reviews following the publication of COREQ- and ENTREQ-checklists, regardless of modest uptake. BMC Med Res Methodol. 12 sept 2021;21(1):184.
- 7  
Capois Gotchac H. Représentations concernant la relation avec le médecin traitant, ayant accompagné le passage des patients en maison de santé pluriprofessionnelle: étude préliminaire par méthode qualitative au sein des maisons de santé de Targon, Créon et Saint-Caprais [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2020 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02994579>
- 8  
Barralon L, Benouahlma L. Constat actuel de la relation médecin-malade en médecine générale: les nouveaux enjeux [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
- 9  
Fourré G. Acceptabilité de la téléconsultation de médecine générale: étude quantitative menée auprès de médecins généralistes français, depuis l'épidémie de COVID-19 [Internet] [Thèse

- d'exercice]. [1969-2022, France]: Université de Rennes 1; 2022 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/139ceb99-2839-4dd7-adc9-cc166a4e78a0>
10. Hamada A, Mirat W, Cognet M. L'impact de la téléconsultation sur la communication et la relation médecin malade: une revue générale de la littérature. France; 2022.
11. COLLET L. Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques [Internet]. Les tribunes de la santé; 2019 . Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2019-1-page47.html#:~:text=Depuis%20la%20loi%20du%2012,de%208%20000%20en%202018>
12. Wallach D, Kouchner GP. Numerus clausus: pourquoi la France va manquer de médecins. Paris, France; 2011. xi+289.
13. Safon Marie-Odile, Suhard Véronique, Les politiques de lutte contre la désertification médicale, les enseignements français et étrangers, IRDES, Juin 2022.
14. Ray M. L'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle permet t-il d'optimiser le temps médical?: étude sur la répartition du temps de travail de médecins généralistes exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle dans le Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [1896-2014, France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
15. Puig A, Ané S. La pratique du médecin généraliste dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle: enjeux de décloisonnement des modes d'exercices et de développement de la coopération interdisciplinaire [Internet]. Toulouse). Faculté des sciences médicales Ranguéil (...-2017, France; 2022 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3903/>
16. Gibrat B. Les enjeux du travail en pluriprofessionnalité dans une maison de santé pluriprofessionnelle et universitaire de Seine et Marne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de santé; 2019.
17. Zorgniotti M, Charles P, Andrès E. Place des outils numériques dans la coordination des soins: développement et déploiement d'une solution numérique de coordination des soins de proximité au sein de la CPTS Vignoble-Mossig (région Grand Est) et retour d'expérience des professionnels de santé [Internet]. France; 2023 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2023/2023\\_ZORNIOTTI\\_Michel.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_ZORNIOTTI_Michel.pdf)
18. Steinmann-Heintz S, Ostermann P, Andrès E. La communication interprofessionnelle au sein de la CPTS du Pays des Sources: Thèse présentée pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Diplôme d'État mention médecine générale [Internet]. France; 2023 [cité 23 oct 2023]. Disponible

sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2022/2022\\_STEINMANN\\_St%C3%A9phanie.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_STEINMANN_St%C3%A9phanie.pdf)

19.  
Delance S. Les CPTS, une organisation d'avenir ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [1896-..., France]: Université de Poitiers; 2021 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/eb8c29ec-3c4f-4e60-b128-c981404248ec>
20.  
KHADEMI KOHNEHSHAHRI H. Les attentes et les craintes des médecins généralistes vis-à-vis du projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de santé; 2021 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: [https://athena.u-pec.fr/primos-explore/search?query=any\\_exact,998026621904611&vid=upec](https://athena.u-pec.fr/primos-explore/search?query=any_exact,998026621904611&vid=upec)
21.  
Henry-Bonniot A. Quelles sont les attentes des professionnels de santé de la communauté de communes Charente-Arnoult Cœur de Saintonge dans le cadre d'un projet de maison de santé pluri-professionnelle ? : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de onze professionnels de santé [Thèse d'exercice]. [1896-..., France]: Université de Poitiers; 2017.
22.  
Gilbert M. Les freins et les leviers à l'adhésion des médecins généralistes aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé: étude de la CPTS du Comtat Venaissin (Vaucluse) [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-..., France]: Aix-Marseille Université; 2021 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03193714>
23.  
Dachicourt R. Expérience des CPTS par les médecins généralistes des CPTS Liévin Pays d'Artois, Grand Douai et Pévèle du Douaisis [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-..., France]: Université de Lille; 2022 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2022/2022ULILM492.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM492.pdf)
24.  
Pinsard M, Prin D. Protocoles pluriprofessionnels de soins et délégation de tâches: perception par les médecins généralistes et IDE d'une maison de santé pluriprofessionnelle à partir du « protocole AVK » [Internet]. Nantes, France; 2019 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=53445112-1348-42a1-9c4c-7e52e418f970>
25.  
Notteghem C. Vécu des médecins généralistes de la collaboration avec un infirmier de pratique avancée en maison de santé pluriprofessionnelle [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2022 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2022/2022ULILM099.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM099.pdf)
26.  
Audrey Laur. La liberté d'installation des médecins, responsable ou bouc-émissaire de la désertification médicale ? Médecine. 15 déc 2015;11(10):472-6.



27.  
Gaubé PJ. La liberté d'installation face à la régulation de la démographie médicale [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2013.
28.  
Lestage A. Un an de consultations avancées à la maison de santé d'Hagetmau dans les Landes: le bilan. 2018;95.
29.  
Bolzinger A, Bellou A. Etude de la population prise en charge en consultation médicale avancée au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy au moyen d'un questionnaire téléphonique de satisfaction. 1970-2011, France; 2005.
30.  
Article 74 - Interdiction de la médecine foraine du Code de Déontologie Médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84->
31.  
Hou P. Intérêt d'un bus médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale: étude qualitative auprès de médecins généralistes dans la partie sud-est des Cévennes. 2020;114.
32.  
Frain É. Description et analyse du parcours de soins des patients ayant recours à une consultation dédiée aux soins non programmés sur le territoire de la CPTS du 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Cité. Faculté de santé;
33.  
Dupont G. Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes du territoire Loire-Vendée-Océan concernant le dispositif « CPTS rendez-vous » favorisant l'accès aux soins non programmés sur l'été 2021 [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2022.
34.  
Ghiridlian-Salvarelli T. Soins non-programmés au sein d'une CPTS: vision des médecins libéraux de premier recours du territoire [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Côte d'Azur. Faculté de médecine; 2022 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03827726>



## Annexes

Annexe 1 : territoire CPTS Liévin-Pays d'Artois

### Territoire de la CPTS de Liévin Pays d'Artois





**c@rto**  
**Santé**

Où s'installer en libéral en 1 clic !



Zone d'étude **12 communes et arrondissements**, comparée avec **France**

**PORTRAIT DE TERRITOIRE - MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

**Offre de soins des médecins généralistes**

Nombre total de généralistes et leur répartition par tranche d'âge au 31/12

	Nombre		%	
	12 communes et arrondissements	France	12 communes et arrondissements	France
Moins de 40 ans	17	14 215	22,7	25,2
40 à 49 ans	4	9 974	5,3	17,7
50 à 54 ans	8	5 493	10,7	9,7
55 à 59 ans	15	8 579	20,0	15,2
60 ans et plus	31	18 055	41,3	32,0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>56 390</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : FNPS - 2022

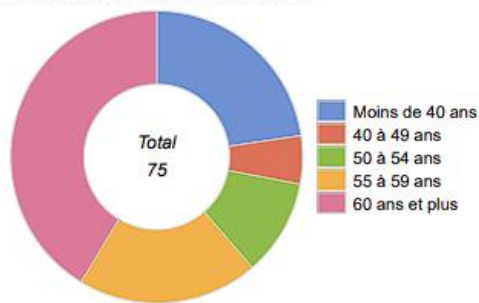
Part des femmes généralistes au 31/12

	Taux de féminisation (%)	
	12 communes et arrondissements	France
<b>Total</b>	<b>32,0</b>	<b>44,3</b>
Moins de 40 ans	35,3	62,9
40 à 49 ans	25,0	54,8
50 à 54 ans	62,5	48,9
55 à 59 ans	26,7	40,8
60 ans et plus	25,8	24,3

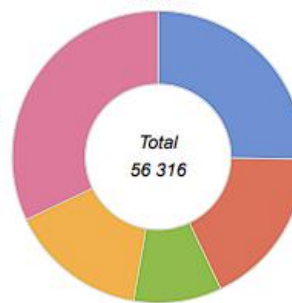
Source : FNPS - 2022

Répartition des généralistes par tranche d'âge au 31/12

12 communes et arrondissements



France



Source : FNPS - 2022



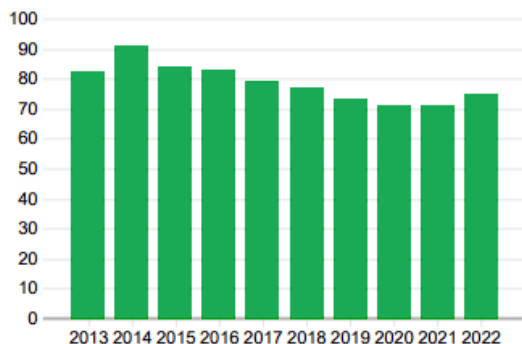
Où s'installer en libéral en 1 clic !



Zone d'étude 12 communes et arrondissements, comparée avec France

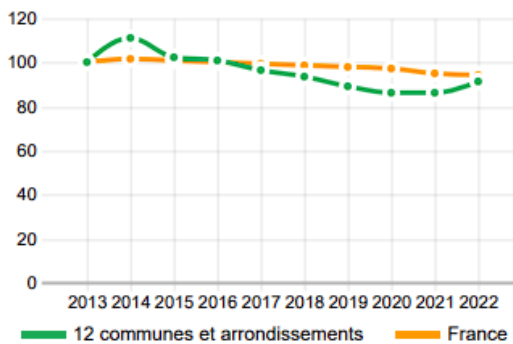
PORTRAIT DE TERRITOIRE - MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Évolution brute du nombre de généralistes au 31/12  
12 communes et arrondissements



Source : FNPS

Évolution comparée du nombre de généralistes au 31/12  
Total



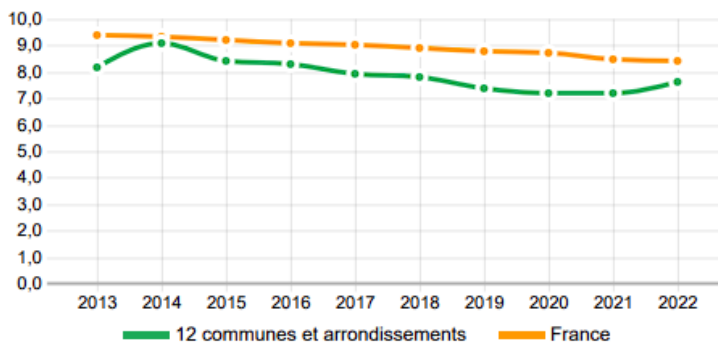
Source : FNPS

Densité de généralistes au 31/12  
pour 10 000 hab.

Indicateurs	12 communes et arrondissements	France
Densité de généralistes lib. (pour 10 000 hab.)	7,6 ▼	8,4

Source : FNPS - INSEE - 2022

Évolution de la densité de généralistes au 31/12 pour 10 000 hab.



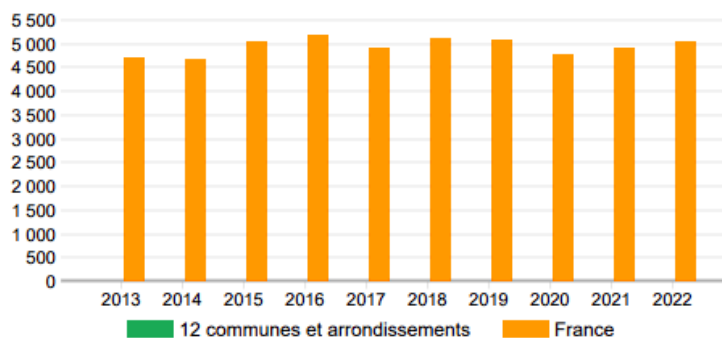
Source : FNPS - INSEE

Activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète

Indicateurs	12 communes et arrondissements	France
Activité moyenne par généraliste lib.	N/A Secret stat.	5 010

Source : SNDS - 2022

Évolution de l'activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète



Source : SNDS

Annexe 4 : Critères COREQ

N°	Item	Guide questions/descriptions
Domaine 1 : Equipe de recherche et réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Amory El Masri / Arnaud Leclercq
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? médecin remplaçant
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ? médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? un homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Novice, formation via la lecture d'ouvrage et conseils du directeur de thèse
Relation avec les participants		
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Parfois oui, parfois non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? au cours d'une thèse de médecine portant sur les consultations avancées
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques de ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? médecin généraliste remplaçant
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? analyse inductive par de la théorisation ancrée
Sélection des participants		
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? théorique jusqu'à saturation
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? par téléphone ou par mail
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 13 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? 6 personnes, par manque de disponibilité

Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Médecins généralistes installées sur el secteur de la CPTS Liévin-Pays d'Artois
Recueil des données		
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Il existait un guide d'entretien semi-dirigé avec des idées de relance. Pas de test en situation réelle préalablement
18	Entretiens répétés	Entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? enregistrement audio uniquement.
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Les notes ont été prises pendant et après le focus group
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? De 15 à 47 min
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Jusqu'à suffisance des donnée
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ? 2 personnes
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Nvivo
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Non
Rédaction		
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Oui des

		extraits de verbatim ont été utilisés, avec une identification anonyme des participants
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Oui



**AUTEUR : Nom : EL MASRI**

**Prénom : Amory**

**Date de soutenance : 5 décembre 2023**

**Titre de la thèse : Facteurs limitants et favorisants de la participation des médecins à une consultation avancée de médecine générale**

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + FST/option : Médecine Générale**

**Mots-clés : CPTS, démographie médicale, consultations avancées**

**Résumé :**

**Introduction :** En 2022, dans un contexte de démographie médicale en berne, la commune de Mazingarbe perdait trois des quatre derniers médecins généralistes à la suite de leur départ en retraite. Les professionnels de santé du secteur, regroupés en CPTS, se mobilisent pour remédier à la situation, un des projets envisagés est la création d'une consultation avancée de médecine générale au sein de la commune.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative reposant sur l'analyse inductive par théorisation ancrée menée auprès des médecins généralistes du secteur de la CPTS Liévin-Pays d'Artois à l'aide d'entretiens collectifs dont l'analyse des verbatims, axiale, intégrative et par triangulation permet d'obtenir un modèle explicatif de leur participation à une consultation avancée.

**Résultats :** Les facteurs favorisants en lien avec l'exercice coordonné sont une meilleure communication, une incitation au travail en équipe, une augmentation de l'attractivité du territoire et un renforcement de l'implication des professionnels. Les facteurs limitants spécifiques de la consultation avancée sont une augmentation des contraintes liées à leur charge de travail actuelle, des lourdeurs administratives, l'adaptation à des nouvelles conditions de travail, des consultations plus complexes, de potentielles difficultés de suivi, une inadéquation avec leur vision du rôle de « médecin de famille » et un mode d'exercice estimant plus adaptée à de jeunes praticiens non encore installés. Les facteurs favorisants spécifiques pourraient être une incitation financière et un espace de travail totalement équipé.

**Conclusion :** Si les médecins généralistes sont fortement intéressés par l'exercice coordonné que présuppose une consultation avancée, ils considèrent que leur participation n'est pas réaliste dans les conditions actuelles d'exercice.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Jean Baptiste Beuscart**

**Assesseur : Docteur Antoine Delforge**

**Directeur de thèse : Docteur Maurice Ponchant**

