

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les freins à l'installation en soins primaires : Etude menée chez les
médecins généralistes ayant choisi la voie hospitalière sur les cinq
dernières années à l'issue de leur formation à la faculté de
médecine de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 25/09/2024 à 14h00

au Pôle Formation

par Rémi Candelier

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseur :

Monsieur le Docteur Alexis DI IULIO

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Thibaut DECEUNINCK

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

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

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

MSU : Maître de Stage des Universités

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODCUTION	8
1.	Etat des lieux des installations en soins de premier recours	8
2.	Progression de la demande de soins de premier recours	8
3.	Evolution des pratiques	9
4.	Etudes réalisées sur les freins à l'installation en soins de premier recours	9
6.	Objectif de l'étude	10
II.	MATERIEL ET METHODE	11
1.	Type d'étude	11
2.	Population étudiée et recrutement	11
3.	Recueil et analyse des données	12
4.	Scientificité et critères de validité de l'étude	12
5.	Cadre éthique et réglementaire	13
III.	RESULTATS	14
1.	Population étudiée	14
2.	Peur de l'inconnu	15
2.1	Une gestion et une organisation anxioènes	15
2.2	La solitude en Médecine Ambulatoire	16
2.3	Crainte d'une pratique routinière de la Médecine	17
2.4	Politique de santé et contexte sanitaire	18
2.5	Les contraintes temporelles	18
3.	Sécuriser et maîtriser pour rassurer	19
3.1	Protection sociale et stabilité financière	19
3.2	Flexibilité de travail et vie familiale	20
3.3	Des habitudes qui rassurent	21
4.	Une coordination et une dynamique de groupe qui rassurent	22
4.1	Continuité et permanence des soins	22
4.2	Un travail d'équipe qui stimule	23
4.3	Une formation continue favorisée par la dynamique de groupe	24
5.	La décision d'exercice au cœur des expériences et des influences	25

5.1 La formation initiale	25
5.2 Les opportunités	25
5.3 La place des émotions	26
5.4 Influence socio familiale	26
5.5 L'approche territoriale	27
6. Des pratiques évolutives	28
6.1 Evolution de la Médecine Ambulatoire et du profil des patients	28
6.2 Un mode d'exercice adaptable dans le temps	29
7. L'alternative d'une coordination des soins en médecine Ambulatoire	30
7.1 Les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP)	30
7.2 Le salariat en Médecine Ambulatoire	31
7.3 Le parcours de formation de Médecine Générale au service d'une pratique diversifiée	31
8. Les contraintes potentielles d'un exercice exclusivement hospitalier	32
9. Analyse de la période de prise de décision du choix d'exercice	33
IV. DISCUSSION	34
1. Résultats principaux	35
2. Comparaison avec les données de la littérature	36
3. Forces et limites de l'étude	37
4. Perspectives pour la pratique et l'organisation des soins	38
5. Perspectives de recherche	39
V. CONCLUSION	40
VI. BIBLIOGRAPHIE	41
VII. ANNEXES	44
Annexe 1 : Guide d'entretien	44
Annexe 2 : Exemple d'entretien ouvert dans son intégralité	47
Annexe 3 : Analyse des verbatims, issue du journal de bord, mettant en évidence les différents concepts de l'étude	52
Annexe 4 : Document d'information et de consentement	60
Annexe 5 : Grille COREQ – Traduction Française	61

I. INTRODUCTION

1. Etat des lieux des installations en soins de premier recours

On assiste depuis quelques années à un recul du nombre d'installation en soins de premier recours. Une étude à l'initiative de la commission jeunes Médecins du Conseil National de l'Ordre, portant sur les déterminants à l'installation pour les internes et les jeunes médecins, a été réalisée en 2019. Elle retrouvait un décalage notable entre la volonté d'installation chez les internes et jeunes médecins interrogés et l'installation effective une fois inscrits au tableau de l'Ordre des médecins. On constatait que seuls 35% des primo-inscrits au Tableau de l'ordre des Médecins sur l'année 2018 avaient un exercice libéral effectif à 5 ans. (1)

La dimension territoriale à l'installation, les craintes économiques et l'exercice de groupe ou coordonné de la médecine semblaient être les trois points essentiels pouvant orienter une décision d'installation sur un territoire donné. (1)

Par ailleurs, on note que l'installation en soins de premier recours en milieu rural reste complexe en raison de facteurs socio familiaux et environnementaux au premier plan. (8)

2. Progression de la demande de soins de premier recours

Depuis quelques années se pose également la problématique de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. La dimension politico-économique de la Médecine Ambulatoire reste un sujet sensible et régulièrement débattu.

L'augmentation de la demande de soins de premier recours corrélée au vieillissement de la population et au développement grandissant de pathologies chroniques met en grandes difficultés les praticiens actuels. Une étude récente publiée par la DRESS en Mai 2023 soulignait la problématique du refus de prise en charge de nouveaux patients qui concernait 65% des médecins en 2022 contre 53% en 2019. (5)

Au regard de cette demande de soins croissante, la réponse adaptée pourrait être une augmentation du nombre de praticiens avec une installation ambulatoire effective, permettant de prendre en charge l'ensemble des patients se retrouvant actuellement sans médecin traitant. Le développement récent des soins non programmés, des maisons médicales de garde permet temporairement et partiellement de palier à ce recul des installations en soins de premier recours. (15)

3. Evolution des pratiques

La perte d'attractivité pour la spécialité de Médecine Générale a été souligné par une étude menée par l'ANEMF en 2022. (4) Le nombre de médecins généralistes a diminué de 5,6 % entre 2012 et 2021 alors que dans le même temps on observe une augmentation de 6,4% de médecins formés dans d'autres spécialités. (5)

On note également que l'encadrement et la formation des étudiants peut avoir un impact direct sur l'évolution et la régulation de la densité des médecins généralistes sur un territoire donné. (2)

La pratique et le mode d'exercice en Médecine Générale ont évolué avec un large plébiscite des internes en formation pour un exercice libéral en groupe ou en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). (1) En 2012 109 000 médecins généralistes avaient un exercice libéral exclusif contre 93 000 en 2021, ce qui représente une diminution de 15 %. (5)

Par ailleurs, l'exercice mixte et le salariat hospitalier se développent progressivement chez les médecins généralistes. Ainsi le nombre de praticiens ayant ce type d'exercice est passé de 17 400 à 26 200 entre 2012 et 2021, soit une augmentation de 50%. (5)

Pour répondre à cette évolution du mode d'exercice des mesures ont été annoncées dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » visant à réorganiser le système de santé actuel. (3)

La création des CPTS et le déploiement des assistants médicaux étaient des éléments essentiels de cette réforme visant à optimiser la coordination des soins et à aider les praticiens dans leurs démarches d'installation et dans leurs pratiques quotidiennes sur un territoire donné. La refonte du cursus des études médicales avec la suppression du numérus clausus, la suppression des ECN et la réforme du 2^{ème} cycles des études médicales étaient également au programme de cette stratégie politique. (3)

Par ailleurs, l'évolution des pratiques s'accompagne d'une volonté de formation complémentaire plus importante des nouveaux praticiens avec des spécialisations notamment en gynécologie, gériatrie ou pédiatrie. Ainsi 3 médecins sur 10 déclarent effectuer une formation complémentaire devant la baisse territoriale de l'offre de soins, notamment dans certaines spécialités. Il s'agit là d'une forme d'adaptation des pratiques à la demande de soins.(9) Le recours à la télémedecine est également plébiscité par les nouvelles générations de praticiens, en partenariat avec l'Assurance maladie, les ARS et les URPS. (9)

4. Etudes réalisées sur les freins à l'installation en soins de premier recours

La plupart des études réalisées jusqu'alors sur les freins à l'installation en soins primaires des médecins généralistes ont été menées sur des praticiens en activité libérale installés ou non ou chez des internes de médecine Générale.

Dans la même population d'intérêt, certaines études cherchaient à identifier les facteurs pouvant inciter ou influencer un projet d'installation sur un territoire donné.

Une thèse d'exercice soutenue en 2020 à l'Université de Bourgogne révélait que les trois principaux freins à l'installation pour les internes de Médecine Générale étaient l'environnement extra-professionnel non favorable, la surcharge professionnelle ainsi que la crainte de l'isolement lors de l'exercice. (10)

Plus récemment, en 2021, une thèse d'exercice soutenue à l'université de Lille s'intéressait aux freins à l'installation des médecins généralistes en milieu rural. Cette étude incluait tous les médecins ayant effectué leur stage au cours de leur formation à la MSP de Fruges de novembre 2012 à mai 2020. Les principaux freins à l'installation retrouvés étaient les raisons personnelles et familiales, les raisons environnementales et les raisons professionnelles liées principalement à la surcharge de travail. (7)

Une étude publiée dans la revue Santé Publique en 2022 rapportait que les principaux freins à l'installation en milieu rural étaient d'ordre socio familiaux, en lien avec la surcharge de travail et l'isolement territorial. Par ailleurs, elle rapportait un manque de connaissances des jeunes praticiens non installés ou en formation concernant les démarches d'installation, les mesures incitatives et les structures d'exercice existantes sur un territoire donné (8).

Un article de la revue EXERCER, publié en Avril 2024 s'intéressait aux facteurs influençant l'installation des médecins généralistes dans le département de la Sarthe. L'étude interrogeait des médecins installés durant les cinq dernières années. Les résultats montraient que leur installation était motivée par la recherche d'un exercice sécuritaire en structure répondant à leurs attentes et soulignaient l'importance du réseau de soins territorial. (6)

5. Objectif de l'étude

Après analyse des données de la littérature, il en ressort qu'aucune étude ne s'était intéressée pour le moment aux médecins Généralistes ayant choisi un exercice hospitalier exclusif, afin de déterminer rétrospectivement dans cette population quels étaient les éventuels freins pour une installation en soins primaires.

Cette démarche de recherche pourrait en effet permettre d'apporter des résultats complémentaires permettant de comprendre les motivations amenant à un choix d'exercice donné.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude était d'identifier précisément les freins à une installation en soins primaires chez les médecins exerçant une activité hospitalière exclusive. L'objectif secondaire était de comprendre les déterminants intervenant dans le processus décisionnel du choix du mode d'exercice.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

La réalisation d'une étude qualitative a été retenue pour traiter la question de recherche afin d'analyser et de comprendre au mieux l'expérience vécue par les participants de l'étude. Il s'agissait en effet de pouvoir analyser au mieux et le plus précisément possible, pour chaque participant, les déterminants pouvant amener à un choix d'exercice, à une prise de décision.

La méthode utilisée dans cette étude est inspirée de la phénoménologie interprétative. Il s'agit d'une approche développée en Grande Bretagne dans les années 1990 par Smith, initialement dans le domaine de la psychologie clinique puis par extension en psychologie de la santé.

Dans le cadre de notre étude cette méthode vise à s'intéresser à l'expérience et au vécu respectif de chaque personne interrogée, tout en abordant une dimension psychologique.

2. Population étudiée et recrutement

L'étude a été menée en 2024 auprès de médecins titulaires d'un DES de Médecine Générale, ayant actuellement une activité hospitalière exclusive.

Les critères nécessaires à l'inclusion dans l'étude étaient :

- Avoir validé son DES de Médecine Générale entre 2018 et 2023 à la Faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille
- Exercer au moment de l'entretien une activité hospitalière exclusive

Le recrutement des participants a été effectué initialement par l'intermédiaire des communautés de réseaux sociaux regroupant les étudiants de la faculté de Médecine de Lille puis en utilisant au fil des entretiens l'effet « boule de neige ».

Les médecins répondant aux critères de l'étude ont été contactés par téléphone ou par courrier électronique afin de leur présenter le projet de l'étude et de leur proposer d'y participer sur la base du volontariat.

Une lettre d'information présentant le projet de l'étude leur a été remise en main propre ou envoyée par courrier électronique en amont des entretiens. Un modèle de la lettre d'information et de consentement est disponible en Annexe 4.

Afin de renforcer l'expression de diversité dans l'étude un échantillonnage raisonné homogène a été effectué, permettant de recruter des participants ayant vécu une expérience commune sans avoir nécessairement les mêmes caractéristiques (âge, genre).

Le tableau de concordance présentant les caractéristiques des participants est disponible dans la partie résultats de l'étude.

3. Recueil et analyse des données

Le recueil des données a été réalisé en utilisant des entretiens individuels ouverts, réalisés en présentiel ou par visioconférence via le logiciel ZOOM ®, selon la préférence des participants.

Une question ouverte très générale a été proposée en début d'entretien puis quelques interventions brèves ou relances ont parfois été nécessaires pour recentrer l'entretien sur l'objectif de l'étude. Le guide d'entretien qui a été utilisé pour mener l'étude est disponible dans sa version initiale et définitive en Annexe 1.

Les données ont été enregistrées sur un dictaphone, après accord des participants et signature d'un formulaire de consentement.

La retranscription des entretiens a été réalisée par l'intermédiaire du Logiciel de traitement de texte MICROSOFT WORD®. Un exemple d'entretien retranscrit dans son intégralité après anonymisation est disponible en Annexe 2.

Les enregistrements ont été retranscrits en garantissant l'anonymat des échanges. Ainsi chaque verbatim a été anonymisé en utilisant la lettre P (Participant) associée à une numérotation croissante des entretiens, dans l'ordre où ils ont été réalisés, afin de pouvoir les identifier.

Après leur réalisation puis leur retranscription les entretiens ont été analysés les uns après les autres afin de faire évoluer le guide d'entretien. L'analyse des entretiens a été effectuée à l'aide du logiciel MICROSOFT EXCEL®.

L'analyse complète des verbatims, issue du journal de bord, mettant en évidence l'étiquetage et les différents concepts de l'étude est disponible en Annexe 3.

4. Scientificité et critères de validité de l'étude

Une triangulation des données a été réalisée avec l'aide du directeur de thèse. Les cinq premiers entretiens ont ainsi été analysés par ses soins en parallèle de l'analyse propre de l'investigateur de l'étude. Puis une concertation a eu lieu afin de mettre en commun les résultats et de trouver un consensus sur les grands concepts émergents.

Dans le cadre de cette étude qualitative, les critères de la grille COREQ ont été validés dans un objectif de fiabilité et de reproductibilité. Un exemplaire de cette grille répondant à l'ensemble des items est présenté en annexe 5.

Par ailleurs, la dernière version du guide d'initiation à la recherche qualitative en santé publié par le GroumF en coédition avec le Collège National des Enseignants Généralistes a été utilisée. (31) Ceci a permis de suivre respectueusement les recommandations en termes de méthodologie de recherche qualitative permettant de renforcer la validité de l'étude.

5. Cadre éthique et réglementaire

Dans le cadre de la protection des données personnelles et dans le respect de la loi informatique et libertés, la réalisation de cette étude a fait l'objet d'une demande d'autorisation au référent facultaire délégué à la protection des données. La déclaration de l'étude au registre DPO de l'Université de Lille porte le numéro 2024-122.

Les données recueillies et analysées seront détruites dans leur intégralité après la soutenance de la thèse.

Un consentement éclairé pour la participation à l'étude et l'enregistrement des données a été signé par l'ensemble des participants.

III. RESULTATS

1. Population étudiée

L'étude a été menée de Janvier à Juin 2024. Les participants ont été recrutés en majorité par effet « boule de neige » au fil des entretiens. Au total 14 Médecins Généralistes exerçant actuellement une activité hospitalière exclusive ont été sollicités pour participer à l'étude. Parmi les 14 médecins ayant accepté de participer à l'étude, 2 d'entre eux ont refusé par manque de temps pour réaliser les entretiens et 3 d'entre eux n'ont pas donné suite malgré deux relances par courrier électronique après l'envoi de la lettre d'information.

Les neuf entretiens de l'étude ont été réalisés majoritairement en présentiel (7 entretiens en présentiel sur le lieu d'exercice du participant et 2 entretiens via le logiciel ZOOM ® pour des raisons pratiques et d'éloignement géographique). La durée moyenne des entretiens était de 25,3 minutes.

TABLEAU Caractéristiques des participants

	Genre	Age	Année d'obtention du DES de Médecine Générale	Début d'exercice exclusif en milieu hospitalier	Service hospitalier d'exercice actuel
P1	FEMME	30	2018	2020	Médecine Polyvalente
P2	HOMME	31	2020	2020	Médecine Polyvalente
P3	HOMME	34	2020	2020	Urgences
P4	HOMME	31	2021	2023	SSR Gériatrique
P5	FEMME	32	2020	2020	Médecine Polyvalente
P6	FEMME	36	2019	2022	Urgences
P7	HOMME	35	2018	2018	Urgences
P8	HOMME	34	2019	2019	Pédiatrie
P9	HOMME	33	2020	2020	Médecine Polyvalente

Ce tableau, reprenant les caractéristiques des participants, rend compte du principe d'échantillonnage raisonné homogène avec un recrutement des participants ne tenant compte que de l'expérience commune vécue.

La suffisance des données a été considérée comme atteinte au terme de 9 entretiens. Les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence différents concepts communs permettant de répondre à l'objectif de l'étude afin d'identifier les freins à l'installation en soins de premier recours ainsi que les déterminants de la balance décisionnelle permettant d'orienter le choix du type d'exercice.

2. Peur de l'inconnu

Cette notion, que l'on a pu mettre en évidence après l'analyse de l'ensemble des verbatims, traduit plus généralement l'inconfort d'une situation non maîtrisée, impossible à anticiper par avance.

2.1 Une gestion et une organisation anxieuses

Les contraintes organisationnelles en Soins de Premier Recours sur le plan économique et administratif semblaient être importantes puisqu'elles ressortaient nettement dans l'ensemble des entretiens analysés.

P1 : « En ville la charge administrative est énorme. [...] C'est une source d'angoisse comparativement à l'hôpital où les tâches administratives personnelles sont quasi inexistantes »

P2 : « A l'hôpital il n'y a pas de comptabilité à faire, pas forcément de résultats de biologie à regarder toute la journée ou de patient à rappeler, c'est beaucoup plus simple à gérer »

P3 : « Je ne suis pas bon pour tout ce qui est administratif [...] donc c'était assez rédhibitoire pour moi »

La gestion administrative et comptable du cabinet en soins Ambulatoires comportait une part significative de crainte et d'anxiété. Il s'agit en effet de tâches pouvant être difficiles à anticiper, dépendantes de l'activité et du rythme de travail des praticiens. Par ailleurs la notion de surcharge de travail permanente dans ce domaine reste très appréhendée par les participants.

La comparaison avec le milieu hospitalier est de coutume dans les entretiens, pouvant traduire une charge mentale moins importante en ce qui concerne la gestion et l'organisation administrative à l'hôpital.

Le manque d'information dans les techniques de gestion administratives et comptables est également rapporté, pouvant être à l'origine de craintes et d'un manque d'assurance.

La crainte de la gestion de problèmes techniques à devoir gérer seul au cabinet ressortait également.

P6 : « Si tu as un problème de lecteur de carte vitale ou avec ton logiciel médical, tu passes un temps fou à devoir gérer ça tout seul, moi ça ne m'intéresse pas ! »

2.2 La solitude en Médecine Ambulatoire

La seconde préoccupation mise en évidence au cours des entretiens menés dans cette étude portait sur les conditions d'exercice en Médecine Ambulatoire.

En effet l'ensemble des praticiens interrogés étaient unanimes pour exprimer leur souhait de ne pas exercer seul la Médecine. Pour certains leur installation, si elle avait lieu un jour, serait conditionnée à un exercice de groupe.

P4 : « être toujours seul, manger seul, ne pas pouvoir échanger avec les collègues ce n'est pas envisageable pour moi »

P5 : « Travailler seule je ne peux pas. [...] J'ai travaillée en MSP mais j'avais quand même l'impression d'être seule, tu es seule face à ton patient et tes décisions sont les tiennes »

P8 : « Mes habitudes sont hospitalières donc se retrouver seul du jour au lendemain pour exercer ce n'est pas confortable, ça me fait peur. [...] En médecine de ville tu es seul face à tes choix »

On retrouve dans ces extraits de verbatims cette notion de peur de se retrouver seul face à son patient, à ses responsabilités et à d'éventuels doutes ou interrogations. La question de la responsabilité médicale en Médecine ambulatoire reste centrale, elle est dans la plupart des cas non partagée et incombe au praticien lui-même en l'absence d'autres partenaires de soins.

Par ailleurs l'impact social est également souligné avec la crainte d'interactions limitées, en dehors du temps médical, avec les collègues ou le personnel para médical et administratif.

L'évolution des pratiques tend à s'orienter vers une Médecine Ambulatoire plébiscitant un exercice de groupe, pluri professionnel ou non. Il semble que des moments de partage et de communication soient essentiels pour les nouvelles générations de soignants autant pour optimiser au mieux la qualité de coordination des soins dispensés au patient que pour instaurer un cadre et une ambiance de travail confortable et stimulante.

Le travail d'équipe est possible et se développe de plus en plus en Médecine Ambulatoire, comme on le verra dans une autre partie des résultats. Toutefois en pratique certains praticiens restent très attachés au travail d'équipe hospitalier avec lequel ils ont été familiarisés à plusieurs reprises pendant leur cursus de formation.

2.3 Crainte d'une pratique routinière de la Médecine

L'exercice hospitalier peut confronter les praticiens à une diversité de situations, allant de l'urgence vitale ou relative à la prise en charge de pathologies chroniques.

Toutefois la Médecine Ambulatoire de premier recours peut elle aussi confronter les praticiens à des situations d'urgence. Le médecin généraliste a une place centrale dans le repérage de signes de gravité, lui permettant d'organiser et d'orienter la prise en charge de son patient.

Les entretiens réalisés dans cette étude relatent une certaine crainte des médecins interrogés concernant une pratique routinière, non diversifiée de la Médecine ambulatoire avec une prise en charge psychosociale et administrative (dossiers administratifs à remplir par exemple) prépondérante par rapport aux situations aiguës où la clinique doit être au premier plan. Le suivi de pathologies chroniques peut paraître redondant et moins stimulant en médecine de premier recours selon certains participants.

L'exercice difficile de la Médecine générale ambulatoire a aussi été soulevé chez les patients consultant très régulièrement pour des motifs banals, chez qui il serait plus difficile de diagnostiquer des problèmes sérieux.

P2 : « J'ai l'impression de faire un métier complètement différent à l'hôpital où je gère beaucoup plus d'aigu, des pathologies que l'on voit aussi au cabinet mais souvent pas au même stade. [...] ça m'a un peu refroidi sur la Médecine Générale, faire toujours la même chose, prescrire toujours les mêmes traitements »

P4 : « Revoir toujours les mêmes patients avec des problèmes que tu as du mal à résoudre (les dépressifs par exemple), c'est un exercice qui me paraissait trop routinier et qui ne me convenait pas »

P5 : « Quand ça m'intéressait c'est qu'il se passait quelque chose, une situation aiguë, que j'envoyais quelqu'un aux urgences. J'avais envie de le suivre pour la suite de la prise en charge »

P8 : « Un des côtés que j'aime bien ici c'est le côté vraies urgences, parfois graves, où l'on doit se creuser la tête pour améliorer la situation avec des recherches diagnostiques qui peuvent être plus poussées qu'en ville »

La diversité de pathologies rencontrées, de situations cliniques plus extrêmes, de thérapeutiques différentes et la balance exercice clinique plus important versus exercice psycho social secondaire, sont autant de facteurs rapportés qui ont sans doute motivé les participants à se diriger vers un exercice hospitalier.

2.4 Politique de santé et contexte sanitaire

Certains participants à l'étude ont souligné les difficultés de l'exercice ambulatoire actuel en raison des décisions politiques et du manque de considération de la spécialité de médecine générale.

P4 : « Quand tu vois aussi les politiques, lors des dernières négociations tarifaires, qui essaient de rejeter la faute de la désertification sur les médecins généralistes actuels tu n'as pas trop envie d'y aller non plus »

P6 : « Il y a une pression constante pour tout ce qui est gestion de l'administratif avec l'ARS qui te met la pression pour mettre en place tel ou tel convention, la CPAM qui te fait savoir combien tu leur coûtes et comment il faut que tu prescribes. [...] La hausse de 25 à 26,5 de la consultation c'est du n'importe quoi, il n'y a aucun respect du travail fourni »

La notion de contrôle de l'exercice et de pression imposée de la part des autorités semblaient également constituer un frein à la pratique ambulatoire de la médecine générale.

Par ailleurs le contexte sanitaire peut lui aussi influencer l'orientation du mode d'exercice.

La situation sanitaire exceptionnelle liée au Covid 19 a bouleversé les organisations et les pratiques ce qui a pu occasionner des craintes chez les étudiants effectuant leur stage en médecine ambulatoire pendant cette période. L'environnement d'exercice peut constituer un frein à part entière pour mener un projet d'installation à son terme.

P2 : « *Le SASPAS ensuite je suis tombé pendant le Covid et ça m'a un peu refroidi et dégoûté de la Médecine libérale* »

2.5 Les contraintes temporelles

Des contraintes en termes de gestion du temps de travail en médecine ambulatoire ont été soulevées.

Le ressenti de cette difficulté de maîtrise du temps de travail en soins de premier recours semblait constituer une crainte et un frein à l'installation pour les participants à l'étude. Une nouvelle fois l'organisation administrative et comptable chronophage du cabinet semblait y participer de manière significative.

P2 : « Si tu veux bien faire ton travail en Médecin Générale tu dois être consciencieux et très organisé et ça te prend énormément de temps et ça peut empiéter sur ta vie personnelle, familiale et sur ta qualité de vie »

P3 : « Je me rappelle quand j'étais en stage SASPAS, on passait une demi-heure avec mon MSU à refaire les calculs en fin de journée car j'avais oublié de passer une carte bancaire. Les journées n'en finissent plus au cabinet »

On a pu noter également la difficulté à définir clairement la frontière Vie professionnelle – Vie personnelle en lien avec les contraintes temporelles inhérentes à l'exercice ambulatoire.

3. Sécuriser et maîtriser pour rassurer

3.1 Protection sociale et stabilité financière

La stabilité des revenus constitue une préoccupation importante de la part des participants à l'étude. Les projets de vie personnels et les contraintes familiales peuvent en être l'une des explications principales.

P1 : « A l'hôpital le salaire est fixe, sans démarches à effectuer pour le percevoir. [...] Je n'arrive pas à me projeter dans un salaire non fixe »

P9 : « L'avantage à l'hôpital c'est que le salaire est fixe et ce que j'ai à la fin du mois c'est pour moi vivre, il n'y a pas à réfléchir quelles cotisations je dois encore payer »

Les participants ont soulevé la problématique d'une pression financière indirecte dans l'exercice ambulatoire.

P2 : « A l'hôpital [...] le côté gestion de petite entreprise n'existe pas »

P6 : « Le truc qui me gênait dans ma pratique, c'est que j'étais assez obnubilée par le nombre de patients que je voyais dans la journée. Il fallait que ce soit rentable. [...] Je me suis aperçue au bout d'un moment que je considérais les patients comme une rentrée d'argent et c'est pas du tout en accord avec ma pratique »

Par ailleurs, les femmes ayant participé à l'étude ont souligné unanimement le confort de la protection sociale hospitalière dans le cadre d'une situation de grossesse.

Les craintes d'un exercice ambulatoire parmi les praticiens de sexe féminin sont ainsi beaucoup plus importantes dans ce contexte, avec des pertes de revenus parfois importantes et une protection sociale non optimale.

La féminisation croissante de la profession médicale nécessite probablement un besoin de réassurance et d'information des praticiens ou des étudiants en formation avant d'envisager une installation en soins de premier recours.

P1 : « Ce qui me fait peur aussi dans une installation [...] c'est la grossesse, en tant que femme dans le libéral c'est très mal fait. [...] C'est quand même plus simple à l'hôpital »

P5 : « En terme de congés pendant la grossesse c'est bien mieux à l'hôpital forcément pour une femme »

P6 : « Le fait de tomber enceinte et d'être en hospitalier à ce moment-là ça m'a bien aidé, pas de pression financière de ce côté-là, j'ai pu profiter de mon congés maternité »

Par extension, la protection sociale concerne également les congés maladie, les systèmes de prévoyance ou de retraite.

La stabilité financière et la protection sociale vont de pair pour garantir une sécurité de l'exercice qui rassure les praticiens.

3.2 Flexibilité de travail et vie familiale

Cette étude a permis d'identifier la notion de « flexibilité de travail », notamment en termes d'horaires, de quantité de travail en adéquation avec une vie familiale et plus largement extra professionnelle.

Les participants ont ainsi insisté sur la gestion plus confortable, maîtrisée et adaptable du temps de travail en milieu hospitalier comparativement à la médecine ambulatoire. La principale raison tiendrait à la continuité des soins assurée en permanence par le personnel hospitalier mais également aux contraintes administratives et comptables moindres en milieu hospitalier.

P5 : « A côté de l'hôpital il y a la crèche et je me rend compte que c'est génial maintenant que j'ai une petite fille. [...] J'ai pu m'absenter quand c'était nécessaire, pour l'allaitement c'était super »

P6 : « L'organisation des Urgences avec des gardes de 24H me permet d'avoir beaucoup plus de temps libre et d'avoir une stabilité familiale que je ne peux pas avoir en médecine de ville. [...] J'ai un emploi du temps modulable, adaptable »

P9 : « La quantité de travail est franchement raisonnable, on finit presque toujours à l'heure le soir, c'est plutôt confortable je trouve »

La prise en compte de l'impact personnel et familial de l'exercice reste essentielle chez les jeunes praticiens.

3.3 Des habitudes qui rassurent

La notion de « peur de l'inconnu », évoquée précédemment, semble moins présente en pratique hospitalière car les réflexes et les habitudes de travail sont bien intégrés grâce à l'ensemble des stages hospitaliers effectués au cours du cursus de formation. Ceci étant évidemment facilité par une ambiance de travail propice à une bonne intégration ou encore dans certains cas par des opportunités d'emploi en service de Médecine hospitalière à l'issue de périodes de stages ou à l'issue de l'internat.

La connaissance du personnel d'un service, de collègues praticiens exerçant en milieu hospitalier peut également rassurer.

P3 : « Je connaissais un peu la chef de service, [...] donc je partais sur un terrain où je connaissais quelques personnes de l'équipe, c'est plutôt sécurisant. J'ai été bien accueilli, bien encadré donc j'ai poursuivi là-bas. »

P8 : « Nos habitudes sont hospitalières puisque nous avons été majoritairement formé à l'hôpital pendant tout l'externat et une grande partie de l'internat alors c'est toujours plus facile et confortable d'y rester ensuite pour y travailler »

La réassurance par la connaissance et par les habitudes permettrait de rendre l'exercice de la médecine confortable et maîtrisé.

4. Une coordination et une dynamique de groupe qui rassurent

4.1 Continuité et permanence des soins

Par définition, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) permet de garantir par le biais d'une régulation téléphonique, la possibilité d'avoir recours à une consultation médicale ambulatoire pendant les horaires de fermeture du médecin traitant habituel. Il peut s'agir de consultations au cabinet du praticien de garde, de visites à domicile ou de consultations en maison médicale de garde. Depuis 2002 les gardes ambulatoires se répartissent par territoire sur la base du volontariat.

En milieu hospitalier, la permanence des soins est assurée par le biais d'une organisation temporelle propre à chaque service avec un roulement du personnel.

Les participants à l'étude rapportaient quasi unanimement l'importance d'une permanence des soins, soulignant la difficulté pratique et la crainte de sa mise en place en soins ambulatoires comparativement au milieu hospitalier.

P2 : « A l'hôpital tu as le côté continuité des soins où quand tu rentres chez toi tu es tranquille alors qu'en ville tu vas recevoir un résultat à 19h30 tu vas devoir appeler le patient ou le revoir en consultation »

P8 : « En milieu Hospitalier quand je rentre chez moi à la fin de la journée je sais que quelqu'un prend la relève alors qu'en Médecine de ville tu es tout seul [...] Je cogite un peu moins et je pense que la qualité de vie est meilleure du coup »

La problématique de la continuité des soins pour la prise de congés par exemple semblait plus complexe et plus anxiogène en Médecine ambulatoire.

P1 : « A l'hôpital il n'y a pas de problèmes concernant la recherche de remplaçants contrairement aux médecins de ville, ça peut vite devenir contraignant de revenir de vacances et de faire des heures pas possible pour compenser »

L'aspect discontinu des soins ambulatoires imposé par l'organisation du temps de travail de chaque praticien peut avoir une dimension anxiogène. La coordination et le travail d'équipe étaient selon les participants la seule façon de favoriser et d'optimiser la continuité et la permanence des soins en médecine de premier recours.

4.2 Un travail d'équipe qui stimule

Cette notion de travail de groupe vient en réponse à la crainte d'un exercice solitaire de la médecine ambulatoire, visant à rassurer les praticiens sur la possibilité d'un tel exercice en dehors du milieu hospitalier.

L'organisation des soins en milieu hospitalier est propre à chaque service et à chaque établissement. Les participants à l'étude relataient une coordination des soins facilitée à l'hôpital par la présence d'une équipe pluri disciplinaire sur place avec par exemple la mise en place de protocoles de service intégrant l'ensemble des professionnels médicaux et para médicaux. Par ailleurs, les échanges inter spécialités semblent plus faciles en milieu hospitalier.

A bien noter toutefois que les moyens à disposition en milieu hospitalier sont différents de ceux présents en médecine ambulatoire. Certains participants à l'étude soulignaient l'importance et le confort d'avoir à disposition un plateau technique, un accès rapide à la biologie, à l'imagerie et à des avis de spécialistes directement sur le lieu d'exercice.

P1 : « Le fait de travailler en équipe, d'être avec des internes, des externes, des infirmiers, des aides-soignants ça stimule beaucoup, ça te fait te poser certaines questions que tu ne te poses pas forcément quand tu es seul au cabinet. [...] J'aime discuter, partager, raconter des petits trucs, c'est quelque chose que j'aime beaucoup et qui apporte un peu de légèreté à notre métier »

P6 : « En travaillant en milieu hospitalier j'ai l'impression d'être plus efficace dans mes prises en charge, si je demande une bio je peux l'avoir 1 heure après, tu as besoin d'un scanner tu l'as. [...] On peut discuter de toutes les prises en charge en équipe. Tu avances et tu peux poser un diagnostic plus rapidement »

P7 : « J'aime bien pouvoir échanger avec des collègues, demander des avis facilement car en ville tu te retrouves un peu seul surtout dans certains secteurs et ce n'est pas confortable du tout. [...] En plus on a de la chance ici on a un plateau technique qui est relativement important, qu'on a pas forcément en ville »

En Médecine ambulatoire l'organisation des soins reste propre à chaque praticien.

L'importance du réseau de soins et de spécialistes, l'avènement de plateformes d'échanges permettant de bénéficier d'avis médicaux rapides (exemple Omnidoc) permettent d'optimiser de plus en plus cette coordination des soins au service du patient en milieu ambulatoire.

La notion de travail d'équipe renvoie à l'importance du lien social et du bénéfice des interactions et de la communication qui peut en découler. La stimulation du travail de groupe permettrait de faciliter l'émergence d'un questionnement sur une pratique, sur des habitudes d'exercice ou de prescriptions au service du patient. Son développement semble plébiscité en médecine ambulatoire et tend à rassurer les praticiens souhaitant envisager un projet d'installation.

4.3 Une formation continue favorisée par la dynamique de groupe

Par définition stricte, la Formation Médicale Continue (FMC) permet à chaque praticien de continuer à se former en parallèle de son exercice afin de renforcer et d'approfondir ses connaissances théoriques et pratiques au service des patients. Elle est obligatoire selon le code de Déontologie Médicale.

Cette thématique de formation continue a été évoqué par les participants de cette étude. En effet d'après les participants, il semble plus aisé de se former à l'hôpital qu'en médecine ambulatoire pour des raisons de contraintes temporelles. Ils rapportent également que l'environnement hospitalier serait plus propice à la stimulation, à la formation, au dépassement de ses connaissances, favorisé par les échanges inter spécialités.

P2 : « A l'hôpital j'ai l'impression de continuer à progresser et à apprendre car je vois des pathologies que je ne connais pas, j'ai l'impression de continuer à me former en travaillant. [...] En Médecine de ville il faudrait s'inscrire à des formations en plus du temps de travail »

P8 : « Je trouve que l'hôpital pousse plus à se former alors qu'en ville on peut vite s'enfermer dans des habitudes, dans une routine. [...] A l'hôpital il y a toujours quelqu'un qui peut discuter ou compléter tes prescription, ta prise en charge, on apprend tous les jours en fait »

5. La décision d'exercice au cœur des expériences et des influences

5.1 La formation initiale

Après avoir analysé l'ensemble des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude, il en ressort que le déterminant ayant le plus d'impact dans le choix du mode d'exercice est le vécu des stages durant le cursus de formation.

Dans la maquette de l'internat de formation du DES de Médecine Générale on retrouve deux stages ambulatoires obligatoires (N1 et SAPAS), les quatre autres stages sont principalement hospitaliers.

Pendant le socle commun de formation (externat) il est obligatoire de réaliser deux stages hospitaliers (Chirurgie et Médecine d'Urgence) et un stage Ambulatoire de Médecine Générale.

Les expériences vécues par chaque étudiant au cours de son cursus, les ambiances de travail, les praticiens hospitaliers ou MSU qu'il va rencontrer au cours de ses stages vont avoir un impact déterminant sur ses choix d'exercice et sur sa pratique professionnelle au sens large.

P1 : « J'ai fait mon N1 et SAPAS pendant l'internat, cela m'a plu, mais beaucoup moins que l'exercice hospitalier, c'est pour cela que je ne m'installe pas. [...] L'internat et mes stages ont conditionné un peu mon exercice actuel, ça m'a conforté dans mon idée d'exercice hospitalier, surtout mes 2 stages de Médecine Polyvalente et mon stage d'Urgence »

P4 : « Le semestre d'après je l'ai fait aux Bateliers, c'est pas du tout mon délire à la base mais en fait j'ai adoré [...] C'était mon meilleur semestre de l'internat[...] Ca a remis complètement en cause mon projet professionnel »

P5 : « Au fur et à mesure de mes stages d'externe je me suis rendu compte que j'aimais bien travailler en équipe à l'hôpital »

P8 : « A la base je pensais même m'installer à la fin de mon internat et puis j'ai fait mon stage N1 et ça ne m'a pas conforté dans cette idée »

5.2 Les opportunités

Certains participants à l'étude ont rapporté des opportunités d'exercice offertes au cours ou à l'issue de leur stage d'internat dans différents services hospitaliers. Parfois certains projets professionnels d'exercice ou d'installation libérale ont été remis en question par ces opportunités d'exercice offertes.

On en revient à l'idée de confort, de réassurance et d'habitudes de travail pouvant donner réponse à la notion de « peur de l'inconnu » évoquée précédemment.

P3 : « L'exercice hospitalier c'est finalement plutôt des opportunités qui se sont offertes à moi [...] il y avait besoin de bras dans le service où j'ai fait mon dernier stage [...] un médecin s'est souvenu de moi et m'a contacté »

P9 : « En réalité c'est un peu un coup du sort car après mon dernier stage d'internat il se trouve qu'un jour on m'a dit qu'un médecin partait et on m'a demandé si j'étais d'accord pour le remplacer [...] Je me suis bien plu dans le service et donc j'y suis resté »

5.3 La place des émotions

Les émotions constituent une transcription du ressenti d'un contexte ou d'une situation vécue.

Elles peuvent ainsi selon leur intensité et leur portée s'ancrer dans la mémoire des personnes qui les vivent puis influencer les choix et les pensées.

P1 : « Honnêtement ce qui me fait peur [...] »

P4 : « Je me suis étonné moi-même »

P9 : « Là aujourd'hui je suis heureux dans mon activité »

Chaque émotion est à replacer dans son environnement qui lui est propre.

La peur est une émotion qui a été évoquée de nombreuses fois par les participants. Elle pouvait traduire une méconnaissance, des doutes ou des interrogations. Elle peut également connoter un sentiment d'insécurité et d'absence de maîtrise d'une pratique ou d'une situation.

D'autres émotions comme la joie ont été relatées dans les entretiens, traduisant un sentiment de satisfaction personnelle. Ou bien encore la surprise relatant un vécu expérientiel inattendu.

5.4 Influence socio familiale

La proximité du lieu de résidence, la situation professionnelle du conjoint, la composition familiale avec ses obligations relatives en termes de garde d'enfants, de vacances scolaires ou bien encore les avis de proches familiaux exerçant dans le domaine médical sont autant de facteurs qui peuvent éventuellement participer à la prise de décision du type d'exercice choisi.

Au cours de cette étude les participants ont largement mis en avant ces facteurs socio familiaux, pouvant ainsi modifier la balance décisionnelle du choix d'exercice.

Par ailleurs, les impératifs et les avis familiaux sont empreints d'une dimension affective qui a une portée considérable dans le processus décisionnel.

P1 : « Exercer à Seclin permettrait aussi de me rapprocher du lieu où l'on souhaiterait habiter ensuite »

P2 : « Après mon père est médecin généraliste et j'ai vu aussi un petit peu au niveau familial ce que ça peut donner, de l'impact du travail [...] où tu peux être facilement sollicité et que ça va forcément déborder sur ton temps personnel »

P4 : « J'ai une grande sœur qui est médecin hospitalier donc je pense que je connaissais son versant à elle de l'expérience professionnelle »

La profession du conjoint peut parfois influencer le choix et le lieu d'exercice

P3 : « Mon épouse devait terminer son internat d'oncologie, c'est pour ça que je me suis dirigé vers de l'hospitalier avec des vacances dans un premier temps, pour pouvoir gérer mon emploi du temps et mon temps de travail »

La situation géographique du lieu de travail avec l'absence de déplacements pluri quotidiens peut également rentrer en compte dans la prise de décision.

P3 : « Travailler en milieu hospitalier et m'y rendre à pied ou en vélo c'est quand même un grand confort et ça correspond bien à mon mode de vie »

P9 : « Le fait de travailler dans cet hôpital c'est rentré en compte car ce n'est pas loin de mon domicile, les trajets se font facilement »

5.5 L'approche territoriale

Selon les participants à l'étude, le confort de travail en médecine Ambulatoire pourrait être conditionné à un exercice urbain ou semi-urbain plutôt qu'à un exercice en milieu rural. La dimension territoriale et l'offre de soins qui s'y associe pourraient intervenir dans le choix du lieu et du type d'exercice. Ainsi, la présence de spécialistes, d'un laboratoire ou d'un cabinet d'imagerie à proximité du lieu d'exercice pourrait orienter la balance décisionnelle.

P6 : « Travailler en milieu rural c'est chouette au début peut-être et puis un moment tu te rends bien compte que tu es seul. Le mieux c'est d'être dans des grosses structures en ville ou de travailler proche d'un hôpital pour tout avoir à proximité »

P9 : « J'ai travaillé en cabinet tout seul à la campagne, isolé de tout le monde. Ce n'est juste pas possible, en ville à la limite »

6. Des pratiques évolutives

6.1 Evolution de la Médecine Ambulatoire et du profil des patients

Au fil des années la Médecine Générale a évolué, la pratique s'est modernisée avec l'essor de l'informatique et des techniques de communication.

Par ailleurs, le profil des patients a lui aussi évolué avec le temps. La posture du Médecin et celle du patient se sont modifiées. L'approche paternaliste du médecin tend parfois à laisser la place à une dualité de savoirs, d'un côté le savoir médical propre au praticien et de l'autre les savoirs appartenant au patient.

P2 : « Je trouve qu'en ville les patients sont moins respectueux, ils arrivent avec leur savoir, leur diagnostic vu sur internet et te demandent ce qu'ils veulent. Si tu dis non là ça se passe mal assez souvent »

P4 : « Le relationnel avec les patients je trouve qu'il a beaucoup changé depuis quelques années, les patients sont devenus très exigeants, ils savent tout et le covid 19 n'a pas aidé »

P5 : « Maintenant on devient des prestataires de service, les gens arrivent avec leur liste »

Les relations de confiance Médecin- Patient peuvent se voir fragilisées avec des conflits voire des procédures judiciairisées. L'exercice ambulatoire semble plus exposé à cette crainte car la responsabilité engagée est toujours celle du praticien lui-même et non d'une équipe ou d'un service comme on pourrait le voir en milieu hospitalier.

P8 : « Mes derniers remplacements se sont mal passés, [...] c'est la première fois qu'on m'a menacé de porter plainte avant que j'examine des patients »

Le ressenti de ce type d'évènement traumatique, la dimension émotionnelle et affective qui s'y associent peuvent à part entière orienter une prise de décision concernant le choix du type d'exercice.

6.2 Un mode d'exercice adaptable dans le temps

L'analyse des entretiens a révélé des éléments qui permettraient d'orienter les participants dans un autre choix d'exercice dans les années à venir. L'exercice libéral de la médecine générale reste envisageable à long terme pour la majorité des participants. L'environnement et les conditions de travail étant des éléments qui interviendraient de façon prépondérante dans la prise de décision.

P1 : « L'installation pourrait être envisageable [...] si un jour l'exercice hospitalier n'est plus en accord avec mes valeurs ou ma façon de soigner »

P4 : « Après est ce que dans 10 ans le système hospitalier se sera cassé la figure et j'en aurais marre et là je me reposerai la question de l'installation... »

P7 : « Vu la tournure que prend l'exercice hospitalier, j'envisage de plus en plus un exercice libéral quand même pour la suite »

P9 : « Je n'ai jamais concrétisé une installation, après je me dis que peut être je le ferais un jour, je ne suis pas fermé à cette idée »

Ou encore l'alternative de s'installer en Médecine de ville en suivant une pratique hospitalière habituelle.

P8 : « Même si j'avais le projet de m'installer un jour je ferais que de la pédiatrie étant donné la direction que j'ai pris maintenant »

Seul un participant sur neuf à l'étude exclut totalement une installation en médecine ambulatoire un jour.

P5 : « Je n'envisage même pas à l'avenir une installation, je pense que si je devais changer de voie je ne sais pas j'irai au don du sang, en soins palliatifs »

Toutefois les praticiens souhaitant retourner en milieu ambulatoire après un exercice hospitalier exclusif durable doivent se soumettre à une formation de remise à niveau. Ceci peut constituer un frein notable à un changement de pratique avec une éventuelle installation en soins de premier recours.

P2 : « Depuis 3 ans je n'ai pas fait de Pédiatrie, [...] revoir des enfants, même faire du suivi d'enfants, il faudrait clairement que je me remette à niveau »

P3 : « Le problème si je fais quelques années à l'hôpital c'est qu'il faudrait que je refasse une formation pour à nouveau exercer en ville »

7. L'alternative d'une coordination des soins en médecine Ambulatoire

7.1 Les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP)

Depuis quelques années les projets de Maisons de Santé Pluri professionnelles se multiplient dans un objectif premier de coordination des soins ambulatoires au service du patient avec des protocoles de prise en charge inter professionnel, des missions de prévention ou de santé publique.

La possibilité d'un travail d'équipe avec un environnement confortable et agréable semble être une prérogative à ces structures qui se développent.

Les participants à l'étude ont été sensibilisés à cette approche par l'intermédiaire de questions de relance. Certains ont évoqué une possibilité d'installation à long terme dans des structures de ce type, d'autres plus fermés à un exercice libéral ont souligné les inconvénients de la médecine ambulatoire qui restent présents même au sein d'une MSP.

P1 : « Pendant mon internat, lors de mes stages ambulatoires parfois je mangeais seule même en MSP car le problème c'est que chaque praticien ne finissait pas forcément ses consultations à la même heure »

P3 : « Je sais qu'il y a des MSP qui se sont créées mais c'est pas encore la même chose, la même ambiance qu'à l'hôpital »

P4 : « Même en MSP je trouve que c'est difficile car coordonner ta pause avec les collègues c'est bien quand tu y arrives sauf qu'en pratique parfois tu es en retard, tu as une consultation longue, une visite. Si tu loupes la pause des collègues tu prends ta pause seul »

P7 : « L'idée des MSP pourquoi pas je ne sais pas, je n'y ai jamais travaillé, c'est sûr que c'est mieux que d'être tout seul, pourquoi pas, peut-être un jour »

L'exercice en MSP, afin qu'il soit optimisé au maximum pour son travail et ses échanges de groupe, semble devoir tendre vers une uniformisation des pratiques et des organisations de travail entre intervenants.

La réticence au travail en MSP de certains participants à l'étude tient surtout au fait d'être seul face à ses choix devant le patient sans pouvoir forcément échanger avec l'équipe paramédicale encadrant le patient. Pour autant le concept de MSP tend justement vers une coordination des soins entre professionnels médicaux ou paramédicaux prenant en charge un même patient avec des échanges permettant d'optimiser la qualité des soins prodigués.

Par ailleurs on note tout de même que 5 participants sur 9 à l'étude n'ont pas eu l'occasion de pouvoir travailler en MSP lors des stages ambulatoires ou lors de remplacements. La méconnaissance du fonctionnement de ces structures de soins peut donc biaiser les avis des participants.

7.2 Le salariat en Médecine Ambulatoire

Certaines régions, communes ou collectivités ont développé des centres médicaux proposant une offre salariée à des médecins généralistes ainsi qu'à d'autres praticiens médicaux ou paramédicaux. Cette alternative peut permettre à certains praticiens de garantir un revenu stable avec des horaires fixes et une charge comptable et administrative nettement réduite. Cette idée a été relatée par un intervenant dans notre étude, qui envisageait cette option le jour où l'exercice hospitalier ne serait plus en accord avec ses attentes.

P6 : « J'ai déjà réfléchi à une installation mais non, à la limite ce serait plus du salariat si je devais quitter l'hôpital, comme ils font déjà sur certaines zones désertiques comme en centre Val De Loire. C'est pas toi qui gère l'administratif, les rendez-vous. [...] Tu sais que ton salaire est fixe »

7.3 Le parcours de formation de Médecine Générale au service d'une pratique diversifiée

Par l'intermédiaire d'une question ouverte, les participants à l'étude ont été interrogés sur leur parcours de formation, visant à comprendre leur intérêt ou leur regret à la réalisation du DES de médecine générale dans le contexte de leur activité hospitalière exclusive actuelle.

Il est légitime à posteriori de se poser la question, en tant que praticien hospitalier dans une spécialité définie, de la pertinence ou non de ses choix d'orientation lors de l'ECN.

L'analyse des entretiens a permis de montrer que le choix du DES de Médecine Générale est assumé et conforté par l'ouverture inter spécialité qu'il peut offrir, fuyant la sur spécialisation et permettant une transversalité et une prise en charge globale des patients.

P1 : « J'ai aussi fait médecine générale pour ne pas me fermer de portes si un jour l'exercice hospitalier ne me plaît plus »

P2 : « J'ai choisi l'internat de médecine générale pour garder quelque chose d'assez général et de varié et surtout pour ne pas me fermer de porte »

P3 : « Le DES de médecine générale m'a appris beaucoup de choses, surtout dans l'accompagnement et l'écoute du patient »

La dimension humaine, psychologique, empathique, l'accompagnement et la proximité du patient sont également mis en avant dans le cursus de formation de médecine générale ainsi que la prise en compte de l'environnement global des patients dont les conditions de vie au domicile.

En terme de diversité de pratique, certains participants ont souligné la possibilité à l'avenir d'avoir recours à une activité mixte.

P7 : « peut être un temps partiel hospitalier/libéral dans un premier temps, une activité mixte pour varier ma pratique et ne pas m'ennuyer »

8. Les contraintes potentielles d'un exercice exclusivement hospitalier

Certains participants à l'étude ont fait part de contraintes notables inhérentes à un exercice hospitalier exclusif même si la balance décisionnelle a été en faveur de ce type d'exercice.

P5 : « Là où je travaille actuellement c'était affreux à un moment car il y a avait un chef qui faisait fuir tout le monde [...] Le travail d'équipe c'est super mais parfois il en suffit d'un pour tout rendre invivable »

P7 : « Même si travailler à l'hôpital n'est pas toujours facile, parfois il y a des conflits, beaucoup de monde, de pression. [...] Le travail en hôpital public, en particulier aux urgences devient de plus en plus difficile car la demande augmente mais l'offre reste la même voire diminue »

Ces contraintes pourraient potentiellement pousser un jour certains praticiens à se diriger vers un mode d'exercice libéral.

9. Analyse de la période de prise de décision du choix d'exercice

L'orientation du type d'exercice est variable en fonction des participants et la prise de décision est temporellement dépendante des opportunités, du vécu expérientiel de chacun. Une question ouverte avait été proposée à ce sujet lors de l'étude. Le tableau ci-dessous reprend pour chaque participant la période ou le contexte de prise de décision d'un exercice hospitalier exclusif selon des extraits de verbatims.

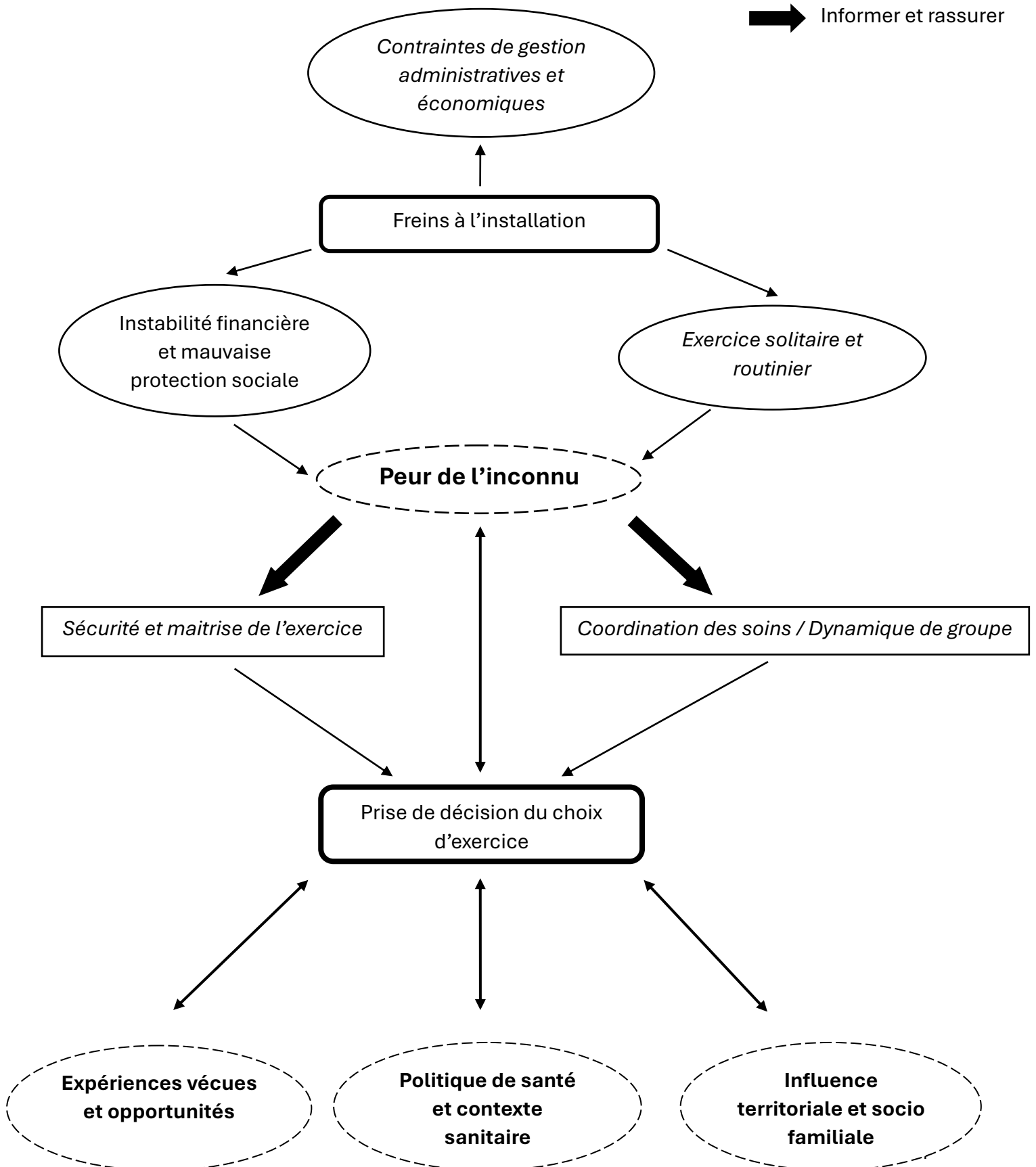
	Extraits de Verbatims
P1	« Mon choix d'exercice hospitalier s'est fait en D4 »
P2	« Ma décision d'un exercice hospitalier a été prise après le 1 ^{er} stage de Médecine Polyvalente au CHRU et surtout après le SASPAS »
P3	« L'exercice hospitalier c'était plutôt en fin d'internat [...] et c'est les opportunités le moment venu qui ont fait que »
P4	« Mon stage de gériatrie aux Bateliers m'a conforté dans l'idée que l'hospitalier c'est fait pour moi [...] le second stage en diabéto à Arras m'a confirmé mon choix »
P5	« Mon stage de médecine générale en D2, pendant mon externat [...] qui m'a fait écarter l'option installation en médecine générale et qui m'a donné envie de faire de l'hospitalier »
P6	« Ma prise de décision s'est faite après un an de remplacement après l'internat »
P7	« J'ai pris médecine générale mais juste pour faire urgentiste et travailler en hospitalier »
P8	« Ma décision de faire de l'hospitalier s'est prise assez rapidement, après 1 an d'internat à peu près, après mon N1 je pense »
P9	« Mon choix s'est fait assez naturellement, c'était un concours de circonstance à la fin de mon internat »

L'analyse des données reprises dans ce tableau confirme majoritairement la prise de décision d'un exercice hospitalier exclusif pendant l'internat en fonction du vécu des différents stages réalisés. On voit toutefois que les opportunités offertes en milieu hospitalier lors du cursus de formation ont orienté deux praticiens.

On note également que deux participants se sont dirigés vers l'internat de Médecine Générale avec l'idée claire et définitive d'exercer en milieu hospitalier.

IV. DISCUSSION

Modèle explicatif du processus décisionnel du choix d'exercice en corrélation avec les freins à l'installation



1. Résultats principaux

L'étude a permis d'identifier les Freins à l'installation en soins de premier recours chez des praticiens exerçant une activité hospitalière exclusive. Le ressenti et le vécu expérientiel des participants ont été déterminants dans l'identification de ces freins à l'installation.

Les principaux freins rapportés étaient d'ordre professionnels et regroupaient les contraintes de gestion administrative et comptable du cabinet, la crainte d'une instabilité financière et d'une mauvaise protection sociale ou encore d'un exercice seul, routinier et non coordonné de la médecine. Les freins extra professionnels apparaissaient au second plan et étaient représentés par d'éventuelles obligations territoriales ou socio familiales.

La notion de « peur de l'inconnu », que nous avons pu soulever au travers des données de l'étude, incite parfois certains praticiens à s'orienter vers un mode d'exercice plus confortable, maîtrisé et plus sécuritaire en s'affranchissant d'une partie de ces contraintes.

Par ailleurs, comme en témoigne la schématisation du modèle explicatif, l'étude a permis de comprendre et de définir les déterminants du processus décisionnel amenant au choix du type d'exercice.

En identifiant les principales motivations à un exercice hospitalier chez les participants de l'étude, nous parvenons à proposer des alternatives incitatives et rassurantes pour les praticiens dans le cadre d'un exercice ambulatoire de la Médecine. Tout ceci vise à rendre la démarche d'installation et plus largement l'exercice de la médecine libérale moins anxiogènes et moins contraignants. La réponse à cette forme de « peur de l'inconnu » peut donc parfois se trouver dans un exercice de groupe assurant une coordination, une permanence et une continuité des soins. Elle peut parfois se décliner en activité salariée ambulatoire ou en exercice mixte assurant une stabilité financière ainsi qu'une protection sociale optimale et une flexibilité de travail. Toutes ces formes d'exercices adaptables au fil du temps permettent une réassurance des jeunes praticiens et la levée de certaines craintes pouvant déboucher parfois sur des installations effectives quelques années plus tard.

On note également à travers le ressenti et le vécu des participants, l'importance du lien social, de la communication et du partage pouvant permettre d'offrir un cadre de travail agréable ainsi qu'une dynamique de groupe pouvant rassurer, mettre en confiance et faire évoluer les pratiques.

Les expériences vécues par les praticiens lors de leur cursus de formation ont un impact prépondérant sur le choix de leur mode d'exercice, comme en témoigne la période de prise de décision qui se dessine majoritairement au cours de l'internat. Ceci souligne l'importance du choix des terrains de stages lors de la formation initiale. Le partage, l'environnement, l'ambiance et le rythme de travail sont autant d'éléments qui ont également une portée considérable dans le vécu des praticiens et qui peut orienter à part entière leur mode d'exercice.

On remarque que le vécu émotionnel ainsi que la dimension familiale et affective influencent de manière significative la balance décisionnelle alors même que les freins à l'installation rapportés par les participants à l'étude étaient homogènes au fil des entretiens. L'évolution sociétale, la féminisation de la profession médicale et la place centrale de la parentalité et des besoins familiaux sont autant d'éléments qui viennent modifier les pratiques et influencer les orientations d'exercice.

On note enfin que les freins à l'installation et plus largement le processus décisionnel du choix d'exercice sont étroitement dépendants du contexte dans lesquels ils sont analysés. En effet, les politiques de santé ou les politiques sanitaires sont susceptibles de modifier fortement les pratiques en Médecine Générale et ainsi orienter différemment les choix des praticiens.

2. Comparaison avec les données de la littérature

En comparant cette étude avec d'autres travaux réalisés sur les freins à l'installation en médecine ambulatoire, nous constatons certaines similitudes dans les résultats.

La majorité des études réalisées par le passé étaient menées chez des praticiens exerçant une activité ambulatoire, visant à comprendre rétrospectivement quels étaient les éventuels freins à une installation.

Cette étude, grâce à sa population d'intérêt, a permis de révéler certains freins à l'installation qui n'ont pas été soulevés par les précédentes études réalisées à ce sujet. En effet, ces freins ont été identifiés de manière indirecte par le recueil des motivations à un exercice hospitalier exclusif. Ainsi à titre d'exemple les craintes d'une instabilité financière ou d'une mauvaise protection sociale étaient rapportées par des praticiens exerçant en milieu hospitalier qui se trouvaient dans une situation contraire d'exercice sécurisant et rassurant pour eux.

En ce qui concerne l'analyse de la balance décisionnelle menant au choix du type d'exercice, on peut retrouver des éléments concordants avec notre étude dans un article de recherche récent de la revue EXERCER publié en Avril 2024.(6) Ainsi lorsque l'on s'intéresse aux facteurs influençant l'installation des médecins généralistes, l'analyse territoriale du réseau et de l'offre de soins ainsi que la recherche d'un cadre d'exercice sécuritaire et maîtrisé semblent être des prérogatives essentielles.

La formation et l'encadrement des étudiants au cours de leurs cursus a un impact direct sur les choix d'installation sur un territoire donné comme le suggérait une étude de cohorte réalisée entre 2018 et 2021.(2) Les résultats de notre étude évoquent en parallèle l'existence d'un lien étroit entre le vécu des stages au cours de la formation initiale et l'orientation de l'exercice tant sur le plan territorial que sur la diversité des pratiques.

Certaines études dont celle publiée dans la revue Santé Publique en 2022 (8) rapportaient un manque d'information et une méconnaissance des jeunes praticiens ou des étudiants en formation concernant les démarches d'installation, les mesures incitatives et les structures d'exercice existantes sur un territoire donné. Dans le même ordre d'idée les résultats de notre étude ont également souligné ce manque d'information des praticiens, pouvant ainsi nourrir cette notion de « peur de l'inconnu ».

3. Forces et limites de l'étude

3.1 Forces

Aucune étude n'a été trouvée dans les recherches bibliographiques, s'intéressant aux freins à l'installation en médecine de premier recours en ayant pour population d'intérêt les praticiens exerçant une activité hospitalière exclusive. La réalisation de cette étude était donc innovante dans le domaine de la recherche médicale.

La représentativité et la fiabilité des résultats de l'étude étaient assurées par la validation de l'ensemble des items de la grille COREQ.

Une triangulation a été réalisée permettant de recouper les données analysées et de définir un consensus sur les grands concepts révélés par les différents entretiens.

La suffisance des données a été considérée comme atteinte au terme de 9 entretiens permettant ainsi de renforcer la validité interne de l'étude et de la rendre extrapolable aux autres praticiens exerçant en milieu hospitalier.

L'étude réalisée était monocentrique, car uniquement menée chez des praticiens ayant été formé à la Faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille. Ceci a été compensé par le fait que les participants exerçaient dans divers hôpitaux de la Région Haut de France. Ainsi il y avait aussi bien des praticiens du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille que des praticiens exerçant dans des hôpitaux périphériques répartis sur l'ensemble de la Région.

3.2 Limites

La première limite identifiable de l'étude tient au fait que l'investigateur était novice en matière de méthodologie de recherche qualitative. Par conséquent on peut retrouver un éventuel biais d'interprétation. De la même façon l'expérience personnelle de l'investigateur, en tant que praticien remplaçant en médecine ambulatoire, a pu orienter subjectivement la conduite des entretiens.

Afin de compenser ce manque d'expérience en recherche qualitative, un travail et des recherches méthodologiques préalables ont été effectués par l'investigateur avant la réalisation de l'étude.

La dernière version du guide d'initiation à la recherche qualitative en santé publié par le GroumF en coédition avec le Collège National des Enseignants Généralistes a été utilisé. (31)

D'autre part des biais de mesure pouvaient être identifiés, liés aux conditions de réalisation des entretiens avec un manque de temps de certains participants interrogés sur leur lieu d'exercice. Ainsi les entretiens réalisés étaient hétérogènes en termes de durée et d'informations recueillies.

Toutefois ces biais ont été compensés pour partie par l'utilisation d'un guide d'entretien évolutif avec des techniques de relance ouvertes permettant d'enrichir les informations collectées. La version initiale et définitive du guide d'entretien est disponible en annexe 1.

Les entretiens réalisés ont duré en moyenne 25,3 minutes, ce qui peut paraître insuffisant pour une méthodologie s'inspirant de l'analyse interprétative phénoménologique. Ceci semble également être attribué au manque d'expérience de l'investigateur pour ce type de recherche.

4. Perspectives pour la pratique et l'organisation des soins

Le développement de structures coordonnées de soins ambulatoires semble être une bonne alternative pour répondre aux craintes d'une éventuelle installation et pour limiter l'orientation de praticiens initialement formés en médecine générale à se diriger vers un exercice hospitalier exclusif. Toutefois le manque d'information des praticiens concernant l'existence et les opportunités de ce type de dispositif semble freiner leur développement à plus grande échelle. D'autre part le développement des assistants médicaux depuis 2022, venant en soutien aux praticiens, reste difficilement évaluable pour le moment et nécessitera des études complémentaires afin de déterminer si cette initiative peut constituer une mesure d'incitation à l'installation.

Dans le même ordre d'idée, à l'échelle territoriale, des coordinateurs de soins pourraient être désignés afin de faciliter les échanges inter professionnels, de promouvoir des projets communs de santé publique. Des mesures d'accompagnement et de formation sur le plan administratif et économique des jeunes praticiens pourraient également être proposées dans une démarche d'incitation à l'installation une fois le cursus de formation achevé. L'ensemble de ces missions pourraient être attribuées aux CPTS, qui se développent depuis quelques années et qui entreprennent déjà certaines missions de coordination à l'échelle d'un territoire.

Le développement de cette coordination doit également concerner les zones rurales, touchées par le manque de praticiens, visant à garantir une offre de soins répartie de façon homogène sur l'ensemble du territoire.

A l'ère technologique de la télé expertise et de l'utilisation des réseaux informatiques en matière de communication, il serait intéressant de poursuivre et d'étendre le développement d'outils et de plateformes d'échanges inter professionnelles. La dématérialisation de la coordination des soins pourrait apporter une solution incitative et rassurante pour d'éventuelles installations en zones déficitaires en offre de soins.

Des pistes d'amélioration pourraient être proposées dans le cadre de la maquette de formation de médecine générale. Une inclusion systématique, le temps d'un stage ambulatoire, en MSP ou en structures coordonnées de soins non étiquetées MSP, pourrait être envisagée afin de proposer une image dynamique, organisée et adaptable de la médecine ambulatoire aux futurs praticiens.

Par ailleurs, la mise en place de groupes de parole et d'échanges d'expériences pourraient être également proposés durant le cursus de formation, dans la même idée que les groupes d'échanges et de pratique déjà existants. Cette démarche permettrait d'aborder la dimension psychologique et affective ainsi que le ressenti émotionnel vécus au travers des expériences de chaque participants. Ceci pourrait permettre une prise de recul afin de rendre plus objectives des expériences qui pourraient avoir un impact significatif sur les choix et les orientations de pratique des étudiants en formation.

5. Perspectives de recherche

Il pourrait être envisageable d'étudier la problématique de cette étude en utilisant une méthode mixte reprenant les grands concepts révélés par les résultats de notre étude qualitative en les confrontant à un échantillon plus large de participants par le biais d'une étude quantitative. Cette dernière permettrait de renforcer la fiabilité et l'extrapolabilité des données.

Par ailleurs, il serait pertinent en complément de cette étude de s'intéresser aux mesures incitatives mises en place à différents niveaux d'un territoire afin de faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes. L'idée serait de cibler, comme l'a fait cette étude, les médecins exerçant une activité hospitalière exclusive, afin de savoir si des mesures incitatives viendraient modifier la balance décisionnelle régissant le type d'exercice choisi. La finalité de ce travail pourrait donner des indications sur les actions à mener par les collectivités ou plus largement sur les orientations des politiques de santé dans un objectif de redynamisation et d'attractivité à l'installation dans la spécialité de médecine générale.

V. CONCLUSION

Le recul des installations en soins de premier recours à l'issue du cursus de formation, associé à la demande de soins grandissante, met en difficulté l'accès aux soins pour tous sur l'ensemble du territoire. Les différentes études réalisées par le passé, en cohérence avec cette étude, rapportent une certaine homogénéité des contraintes inhérentes à l'installation en soins de premier recours. Elles sont en majorité d'ordre professionnelles en lien avec les conditions d'exercice mais aussi secondairement extra professionnelles en lien avec l'environnement socio familial.

L'exercice plébiscité par les praticiens se veut idéalement sécuritaire, maîtrisé, coordonné et en harmonie avec les contraintes ou les projets extra professionnels. Le processus décisionnel amenant au choix du type d'exercice tend à suivre une évolution sociétale, nécessitant une information et une réassurance permanente des médecins quant aux conditions d'exercice. Les déterminants de cette balance décisionnelle sont multiples et variables en fonction du contexte historique, environnemental et affectif de chaque praticien.

Les résultats de cette étude ouvrent des perspectives de recherche en termes de pratique médicale avec le développement encouragé de structures de soins dynamiques offrant une activité coordonnée ainsi que des mesures incitatives et de réassurance adaptées aux étudiants en formation.

Le vécu expérientiel, empreint d'émotions et d'affect, constitue un levier prépondérant dans l'orientation du choix d'exercice. La discussion objective et le partage collectif du vécu et des ressentis de chaque praticien peut éventuellement faire évoluer les choix et les pensées. L'environnement et l'ambiance de travail propices à un exercice serein et encadré ainsi que les facilités d'échange et de communication inter professionnelles semblent essentiels pour lever certaines craintes associées à un exercice ambulatoire de la médecine.

Les contextes politiques et sanitaires jouent également un rôle fondamental dans le processus décisionnel, en restant toutefois non maîtrisables et non modifiables.

L'incitation à l'installation et les projets visant à dynamiser et à rendre attractif la spécialité de médecine générale pourraient s'orienter vers des démarches d'information des étudiants en formation ainsi qu'à une sensibilisation à la dématérialisation de la coordination des soins. Cette dernière permettrait potentiellement de favoriser des installations en zones rurales de manière plus sécuritaires et ainsi répondre plus équitablement aux besoins de santé sur l'ensemble du territoire.

Des études complémentaires à celle-ci permettraient de quantifier l'impact de mesures incitatives visant à promouvoir des installations en soins de premier recours, tenant compte des résultats et du modèle explicatif proposés dans nos travaux.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Commission jeunes médecins du Conseil national de l'ordre des Médecins. Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires. [En Ligne].2019 Avr. 27p. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>.
2. Taha A, Dawidowicz S, Orcel V, Puszkarek T, Bayen M, Bayen S. Relationship between training supervision and evolution of the density of GPs: a 3-year cohort study on French cities between 2018 and 2021. *Hum Resour Health*. 2022 May 12;20(1):39.
3. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Article 1-81.
Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260>.
4. ANEMF. Etat des lieux : Attractivité de la médecine générale, de l'exercice en France et impact sur le bien-être étudiant;2022.22p.
5. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. DRESS. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques;2021.74p.
6. Masurier N, Clisson R, Guelff J. Facteurs influençant l'installation des médecins généralistes. *exercer* 2024;(202):166-71p.
7. Chudy C. Recherche des freins à l'installation des médecins généralistes en milieu rural et plus précisément à Fruges [Thèse d'exercice]. Lille, France : Faculté de Médecine Henri Warembourg Université de Lille; 2021.
8. Jedat V, Desnouhes A. État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine. *Santé Publique*. 2022;(34):231-24.
9. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès J, Fressard L, Verger P, Bournot MC, JF Buyck, Jolivet A, Zémour F, Hérault T. Études et Résultats DREES. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale ; 2020.1140.
10. Boiron P. Type d'exercice des futurs médecins généralistes Bourguignons et analyses des freins et des leviers à leur installation en Bourgogne [Thèse d'exercice]. Dijon, France : Université de Bourgogne; 2020.
11. Munck S, Massin S. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. *Santé Publique*. 2015;(27):58-49p.
12. Maucci J. Déterminants à l'installation des médecins généralistes exerçant en salariat au sein de centres de santé pluri-professionnels Filiaris en zone rurale ou semi rurale dans le bassin Alésien. Médecine humaine et pathologie [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Université de Montpellier;2018.

13. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. *Sante Publique*. 2014 Jan 01;26(1):74-65.
14. André R, Angoulvant C, Huez J, Perrotin S, Peltier A, Fleuret S, Bégue C. Les souhaits d'exercice des internes de médecine générale sont-ils compatibles avec un exercice en milieu rural ? *exercer* 2017;138:450-6.
15. Polton D, Chaput H, Portela M, Laffeter Q, Millien C. DRESS. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale; 2021(89).78p.
16. Brizard N, Durand M. Déterminants à l'installation en cabinet de médecine de montagne chez les jeunes installés et les internes en médecine générale du secteur alpin. *Médecine humaine et pathologie* [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université de Grenoble Alpes; 2016.
17. Boukhors G. Exercice libéral ou salarié qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? étude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux;2014.
18. Desbois D. La télémédecine, un instrument susceptible de corriger les inégalités de santé. *Terminal*. 2018;122p.
19. RIST S, ROGEZ R. Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. *Les Tribunes de la santé*. 2020;(63):55-51.
20. CLISSON R, ANGOULVANT C, RAMOND-ROQUIN A *et al.* Du projet professionnel d'internes de médecine générale angevins à leur exercice réel : 2012 à 2019. *Santé Publique*. 2020;(32):518-507.
21. Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en lorraine ? : une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine;2016.
22. ISNAR-IMG. Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS; 2020.37p. Disponible : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-l'installation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf>
23. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale;2011.30p. Disponible : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
24. Davin-Casalena B, Scronias D, Fressard L, Verger P, Bergeat M, Vergier N, et al. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. *DREES*. 2023;(1267):7p.
25. POIROT J, GERARDIN H. L'attractivité des territoires : un concept multidimensionnel. *Mondes en développement*. 2010;(149):41-27.
26. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 1-135.

27. ARS. Stratégie de transformation du système de santé, rapport final, repenser l'organisation territoriale des soins.2018.22p.
28. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann B, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5.
29. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Paris : Global Média SANTE, 2021.192p.
30. Chandez C, Chiron F, Baude N. Déterminants de l'installation en médecine générale libérale. *Médecine*. 2014 Fév 1;(2):92-89.
31. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittiée J, Luttsmann M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *exercer* 2009;87:74-98.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Version initiale du Guide d'entretien

1. Caractéristiques du participant :

- Sexe :
- Année de naissance :
- Faculté de Formation :
- Année Obtention du DES de Médecine Générale :
- Date de début d'activité en milieu hospitalier :

2. Parcours du participant :

Racontez-moi votre parcours amenant à votre exercice actuel, les différents stages et expériences réalisés

3. Objectif principal : Question ouverte

Pouvez-vous me parler de l'idée de vous installer en tant que Médecin généraliste

4. Objectif secondaire : Question ouverte

Pouvez-vous m'expliquer comment s'est prise la décision de votre exercice actuel et à quel moment du cursus de formation ce choix a-t-il été fait

Version finale du Guide d'entretien

1. Caractéristiques du participant :

- Sexe :
- Année de naissance :
- Faculté de Formation :
- Année Obtention du DES de Médecine Générale :
- Année du début d'activité en milieu hospitalier :

2. Parcours du participant :

Racontez-moi votre parcours amenant à votre exercice actuel, les différents stages et expériences réalisés

Questions de relance utilisées :

- Que pensez-vous de votre parcours de formation, de votre choix de DES en lien avec votre activité actuelle ?
- Quel est votre ressenti actuel sur votre choix d'activité ?

3. Objectif principal : Question ouverte

Pouvez-vous me parler de l'idée de vous installer en tant que Médecin généraliste

Questions de relance utilisées :

- Pourquoi ne pas s'être installé à l'issue de votre formation ?
- Que pensez-vous d'un projet d'installation en MSP ?

4. Objectif secondaire : Question ouverte

Pouvez-vous m'expliquer comment s'est prise la décision de votre exercice actuel et à quel moment du cursus de formation ce choix a-t-il été fait

Questions de relance utilisées :

- Expliquez-moi la balance décisionnelle amenant à votre choix d'exercice actuel, sur quels critères la balance a-t-elle penché ?
- Quels sont, si il y en a, les éléments environnementaux, éventuellement extérieurs à l'activité professionnelle, qui ont pu orienter votre choix d'activité ?

Annexe 2 : Exemple d'entretien ouvert dans son intégralité

I : Investigateur

P : Participant

I : Bonjour, tout d'abord merci pour votre participation à cet entretien ce jour. Nous nous voyons dans le cadre de ma thèse d'exercice, portant sur les freins à l'installation en médecine générale,

L'objectif de mon étude est d'une part de déterminer les freins à l'installation chez les médecins exerçant une activité hospitalière exclusive et d'autre part d'identifier les déterminants intervenant dans le processus décisionnel du choix du mode d'exercice.

Je vous sollicite pour commencer en vous demandant si vous l'acceptez quelques informations permettant de confirmer les critères d'inclusion à l'étude

P : Oui pas de problème

I : Quelle est votre année de naissance ?

P : Je suis née en 1988

I : Quelle a été votre faculté de formation initiale ?

P : Lille, Henri Warembourg

I : En quelle année avez-vous obtenu votre DES de Médecine Générale ?

P : 2019

I : Et enfin, en quelle année avez-vous débuté votre activité en milieu hospitalier ?

P : Début 2022

I : Merci beaucoup pour ces informations, nous allons maintenant passer à l'entretien. Ma première question sera assez générale et ouverte :

Racontez-moi votre parcours amenant à votre exercice actuel, les différents stages et expériences réalisés

P : Alors j'ai fait toute ma formation sur Lille, mon externat puis j'ai passé l'ECN, j'ai choisi Médecine Générale. Ensuite j'ai commencé mon internat. Alors mes stages pendant l'internat je ne sais pas si ça t'intéresse mais j'ai fait Pneumo-Neuro à Lens, mon N1 je l'ai fait à Dunkerque, après j'ai enchainé avec Gastro à Douai, puis Urgences à Saint Vincent de Paul, ma Gynéco-Ped je l'ai faite à Boulogne, et après j'ai fait de nouveau un stage d'Urgences mais à Boulogne cette fois.

Ensuite après l'internat j'ai fait du remplacement pendant 1 an à Boulogne, Le Portel, Ambleteuse puis ensuite j'ai été faire des vacances aux urgences de Boulogne car manque de personnel pendant 6 mois puis congés maternité de 6 mois avant de travailler totalement en milieu hospitalier aux urgences de Boulogne là où je suis actuellement.

J'avais aussi le projet d'aller faire de la Médecine humanitaire dans des dispensaires en Guyane, c'est donc pour ça que j'ai décidé de doubler mon stage d'urgences pour avoir plus d'expérience et de réflexes. J'avais fait une dérogation pour cela qui a été accepté car j'avais un projet professionnel derrière sauf que je suis tombée enceinte entre temps donc ça remet le projet complètement en question. Au final je ne suis pas partie, j'ai été sollicité par les Urgences de Boulogne qui avaient besoin de bras et qui me proposaient des vacances très bien payées. Je me suis dit pourquoi pas, je travaillais 10 jours par mois, ensuite j'ai pris un congés maternité de 6 mois et ensuite j'ai repris aux urgences car l'organisation m'allait bien.

I : Que pensez-vous de votre parcours de formation, de votre choix de DES en lien avec votre activité actuelle ?

P : J'ai pas de regret d'avoir choisi le DES de médecine générale car ça me donne une cartouche en plus, je peux bosser où je veux, je peux avoir l'exercice que je veux, je peux faire de l'hospitalier, du libéral. En fait j'ai une liberté que je n'aurais pas si j'avais fait le DES d'urgentiste. Alors après il me manque des choses pour faire des urgences, tout ce qui est gestes techniques. Après on bosse vraiment en binôme avec les urgentistes donc on se forme tous les jours sur le terrain et ça se passe très bien finalement.

I : Quel est votre ressenti actuel sur votre choix d'activité ?

P : Mon exercice actuel me satisfait, les collègues sont compréhensifs, j'ai un emploi du temps, modulable, adaptable, ce que je n'aurais jamais pu avoir en Médecine Générale. Si j'ai besoin de poser 3 jours, je pose 3 jours et ce n'est pas considéré comme des vacances.

I : La deuxième partie de l'entretien va s'attacher véritablement à l'objet de l'étude, avec de nouveau une question assez générale et ouverte :

Pouvez-vous me parler de l'idée de vous installer en tant que Médecin généraliste

P : Alors il y a beaucoup de choses à dire là-dessus,

D'abord j'ai pensé à m'installer en libéral mais quand je vois le bordel que c'est j'ai dit non.

Il y a une pression constante pour tout ce qui est gestion de l'administratif avec l'ARS qui te met la pression pour mettre en place tel ou tel convention, la CPAM qui te fait savoir combien tu leur coutes et comment il faut que tu prescribes. Ce n'est pas simple du tout en fait.

Ensuite il y a la solitude, tu es tout le temps seul, tu as beau être dans une maison médicale mais tu restes seul face à tes problèmes. Si tu as un problème de lecteur de Carte Vitale ou avec ton logiciel médical, tu passes un temps fou à devoir le gérer tout seul, moi ça ne m'intéresse pas.

Après c'est pareil travailler en milieu rural c'est chouette au début peut-être et puis un moment tu te rends bien compte que tu es seul. Le mieux c'est d'être dans des grosses structures ou de travailler proche d'un hôpital pour tout avoir à proximité.

Ensuite il y a le fait que tu sais à quelle heure tu commences et tu ne sais pas à quelle heure tu termines, une fois les consultations terminées tu as les lectures de bios et tu as parfois des catastrophes à rattraper.

Et aussi le truc qui me gênait dans ma pratique, c'est que j'étais assez obnubilée par le nombre de patients que je voyais dans la journée. Il fallait que ce soit rentable donc minimum il fallait que je fasse 25 patients. Je me suis aperçu au bout d'un moment que je considérais les patients comme une rentrée d'argent et c'est pas du tout en accord avec ma pratique tu vois. Je ne veux pas avoir cette pression financière car j'ai des charges, il faut payer ceci ou cela et puis me faire un salaire stable derrière.

Autre chose qui m'a repoussée, mais que je retrouve aux urgences, c'est que parfois ça m'énervait la bobologie, que les gens ne consultent pour rien, il y a des patients que je n'avais pas forcément envie de revoir. Tu ne choisis pas toujours bien tes patients, j'ai un peu de mal avec certains.

En somme je trouve qu'il y a énormément de contraintes, après j'ai encore beaucoup de contacts avec des médecins généralistes, je fais encore la formation continue car ça me permet encore d'avoir un pied dans la médecine générale et d'entendre ce qui se passe. La hausse de 25 à 26,50 la consultation c'est du n'importe quoi, il n'y a aucun respect du travail fourni, du nombre d'heures faites et donc ça m'incite vraiment pas beaucoup.

I : Que pensez-vous d'un projet d'installation en MSP ?

P : Je n'ai jamais travaillé en MSP, mais en fait en réalité face à ton patient tu es toujours seul.

J'ai déjà réfléchi à une installation mais non, à la limite ce serait plus du salariat si je devais quitter l'hôpital, comme ils font déjà surtout dans certaines zones désertiques comme en Centre Val de Loire. C'est pas toi qui gère l'administratif, les rendez-vous. Je sais que dans ce type de fonctionnement ça pourrait peut-être aller car ça va m'ôter cette peur de pas gagner assez à la fin de mon mois. Tu sais que ton salaire est fixe. Je ne suis pas complètement fermée pour la médecine générale, c'est une possibilité à laquelle j'ai déjà réfléchi.

I : La dernière partie de l'entretien va concerner la balance décisionnelle avec une question assez générale et ouverte :

Pouvez-vous m'expliquer comment s'est prise la décision de votre exercice actuel et à quel moment du cursus de formation ce choix a-t-il été fait

P : Initialement je n'aimais pas du tout les Urgences, malgré tout mon stage s'était bien passé à Saint Vincent. Je refusais de faire le stage de SASPAS car je trouvais que c'était de l'exploitation d'internes, je trouvais que la rémunération n'était pas à la hauteur du temps passé. On n'avait pas toujours la chance de tomber sur un bon encadrant et qu'il y en a beaucoup qui profitaient de la situation.

La prise de décision s'est faite après 1 an de remplacement après l'internat et ensuite vu que j'ai été sollicitée par les Urgences en gagnant bien et en travaillant peu tu te diriges vers ça et ensuite tu te laisses prendre, c'est une opportunité et ensuite le fait de tomber enceinte et d'être parent avec toutes les galères que ça implique, c'était le mode de pratique le plus adapté. Et aussi, le fait de tomber enceinte et d'être en hospitalier à ce moment-là ça m'a bien aidé, pas de pression financière de ce côté-là, j'ai pu profiter de mon congés maternité.

I : Expliquez-moi la balance décisionnelle amenant à votre choix d'exercice actuel, sur quels critères la balance a-t-elle penché ?

P : Alors en fait moi j'adore bosser en équipe, c'est un des premiers critères qui me motive à travailler en hospitalier. Pouvoir être avec des collègues, des paramédicaux, c'est là où je suis épanouie.

En travaillant en milieu hospitalier j'ai l'impression d'être plus efficace dans mes prises en charges, si je demande une bio je peux l'avoir 1h après, tu as besoin d'un scanner tu l'as, c'est beaucoup plus facile. On peut discuter de toutes les prises en charge en équipe. Tu avances et tu peux poser un diagnostic plus rapidement. Je trouve que c'est un exercice plus simple. Je diminue ma charge mentale en bossant aux urgences. L'environnement dans lequel je travaille est plus adapté à mon fonctionnement je pense.

Je me suis engagée à passer le concours de PH, je le passe l'année prochaine, je sais que ça m'engage pour 3 ans derrière pour valider le statut mais après j'en fais ce que je veux. Actuellement je suis à 80%, c'est un volume horaire qui me parle.

L'organisation des urgences en gardes de 24h me permet d'avoir beaucoup plus de temps libre et d'avoir une stabilité familiale que je ne peux pas avoir en médecine générale. Le mode de pratique me correspond, l'encadrement et l'ambiance de travail aussi.

I : Quels sont, s'il y en a, les éléments environnementaux, éventuellement extérieurs à l'activité professionnelle, qui ont pu orienter votre choix d'activité ?

Je ne me vois plus être au cabinet car j'ai un enfant en bas âge, en plus je ne vis plus avec le papa. Donc je suis en mode famille monoparentale dans la gestion de la vie de tous les jours et les aléas de la médecine générale où je finis à pas d'heure ce n'est pas possible, je ne peux pas me permettre sinon je ne vois pas mon enfant.

P : Merci beaucoup pour votre franchise et votre participation à cet entretien.

Annexe 3 : Analyse des verbatims, issue du journal de bord, mettant en évidence les différents concepts de l'étude

Concepts supérieurs	Thèmes super ordonnés	Thèmes	Extraits de verbatim
Peur de l'inconnu	Appréhension d'un exercice solitaire	<p>Communication difficile Impact social</p> <p>Responsabilité médicale non partagée</p> <p>Activité anxiogène Travail inconfortable</p>	<p><i>P4 : « être toujours seul, manger seul, ne pas pouvoir échanger avec les collègues ce n'est pas envisageable pour moi »</i></p> <p><i>P5 : « Travailler seule je ne peux pas. [...] J'ai travaillée en MSP mais j'avais quand même l'impression d'être seule, tu es seul face à ton patient et tes choix sont les tiens »</i></p> <p><i>P8 : « Mes habitudes sont hospitalières donc se retrouver seul du jour au lendemain pour exercer ce n'est pas confortable, ça me fait peur. [...] En médecine de ville tu es seul face à tes choix »</i></p>
	Appréhension d'un Exercice routinier	<p>Activité non variée Activité chronique prédominante</p> <p>Consultations répétées</p> <p>Situations d'urgences rares, pourtant stimulantes</p> <p>Une pratique enfermée dans les habitudes</p>	<p><i>P2 : « J'ai l'impression de faire un métier complètement différent à l'hôpital où je gère beaucoup plus d'aigu, des pathologies que l'on voit aussi au cabinet mais souvent pas au même stade. [...] ça m'a un peu refroidi sur la Médecine Générale, faire toujours la même chose, prescrire toujours les mêmes traitements »</i></p> <p><i>P4 : « Revoir toujours les mêmes patients avec des problèmes que tu as du mal à résoudre (les dépressifs par exemple), c'est un exercice qui me paraissait trop routinier et qui ne me convenait pas »</i></p> <p><i>P5 : « Quand ça m'intéressait c'est qu'il se passait quelque chose, une situation aigue, que j'envoyais quelqu'un aux urgences »</i></p> <p><i>P8 : « Un des côtés que j'aime bien ici c'est le côté vraies urgences, parfois graves, où l'on doit se creuser la tête pour améliorer la situation avec des recherches diagnostiques qui peuvent être plus poussées qu'en ville »</i></p>

	<p>Difficultés de gestion administratives et économiques</p>	<p>Surcharge de travail administratif</p> <p>Gestion permanente Crainte de la gestion économique</p> <p>Manque d'information</p>	<p>P1 : « En ville la charge administrative est énorme. [...] C'est une source d'angoisse comparativement à l'hôpital où les tâches administratives personnelles sont quasi inexistantes »</p> <p>P2 : « <i>A l'hôpital il n'y a pas de comptabilité à faire, pas forcément de résultats de biologie à regarder toute la journée ou de patient à rappeler, c'est beaucoup plus simple à gérer</i> »</p> <p>P3 : « <i>Je ne suis pas bon pour tout ce qui est administratif [...] donc c'était assez rédhibitoire pour moi</i> »</p>
	<p>Politique de santé et contexte sanitaire</p>	<p>Situation sanitaire exceptionnelle et inconfortable</p> <p>Exercice sous pression et contrôlé</p> <p>Travail non récompensé</p>	<p>P2 : « <i>Le SASPAS ensuite je suis tombé pendant le Covid et ça m'a un peu refroidi et dégoûté de la Médecine libérale</i> »</p> <p>P6 : « Il y a une pression constante pour tout ce qui est gestion de l'administratif avec l'ARS qui te met la pression pour mettre en place tel ou tel convention, la CPAM qui te fait savoir combien tu leur coûtes et comment il faut que tu prescribes. [...] La hausse de 25 à 26,5 de la consultation c'est du n'importe quoi, il n'y a aucun respect du travail fourni »</p>
	<p>Contraintes temporelles</p>	<p>Gestion du temps difficile</p> <p>Temps de travail non maîtrisé</p> <p>Déplacement de la frontière Vie professionnelle – Vie personnelle</p> <p>Gestion du cabinet chronophage</p>	<p>P2 : « <i>Si tu veux bien faire ton travail en Médecine Générale tu dois être consciencieux et très organisé et ça te prend énormément de temps et ça peut empiéter sur ta vie personnelle, familiale et sur ta qualité de vie</i> »</p> <p>P3 : « <i>Je me rappelle quand j'étais en stage SASPAS, on passait une demi-heure avec mon MSU à refaire les calculs en fin de journée car j'avais oublié de passer une carte bancaire. Les journées n'en finissent plus au cabinet</i> »</p>

Maitriser et sécuriser pour rassurer	Recherche d'une Stabilité financière	<p>Assurance d'un revenu fixe</p> <p>Projets de vie difficiles si instabilité financière</p> <p>Pression financière anxiogène</p> <p>Perte d'humanité</p>	<p><i>P1 : « A l'hôpital le salaire est fixe, sans démarches à effectuer pour le percevoir. [...] Je n'arrive pas à me projeter dans un salaire non fixe »</i></p> <p><i>P9 : « L'avantage à l'hôpital c'est que le salaire est fixe et ce que j'ai à la fin du mois c'est pour moi vivre, il n'y a pas à réfléchir quelles cotisations je dois encore payer »</i></p> <p><i>P6 : « Le truc qui me gênait dans ma pratique, c'est que j'étais assez obnubilée par le nombre de patients que je voyais dans la journée. Il fallait que ce soit rentable. [...] Je me suis aperçue au bout d'un moment que je considérais les patients comme une rentrée d'argent et c'est pas du tout en accord avec ma pratique »</i></p>
	Recherche d'une Protection sociale optimale	<p>Projet de grossesse et craintes multiples</p> <p>Sécurité financière encadrant la parentalité</p> <p>Congé parental au cœur des inquiétudes</p>	<p><i>P1 : « Ce qui me fait peur aussi dans une installation [...] c'est la grossesse, en tant que femme dans le libéral c'est très mal fait. [...] C'est quand même plus simple à l'hôpital »</i></p> <p><i>P5 : « En terme de congés pendant la grossesse c'est bien mieux à l'hôpital forcément pour une femme »</i></p> <p><i>P6 : « Le fait de tomber enceinte et d'être en hospitalier à ce moment-là ça m'a bien aidé, pas de pression financière de ce côté-là, j'ai pu profiter de mon congés maternité »</i></p>
	Flexibilité de travail	<p>Vie professionnelle adaptable à la vie familiale</p> <p>Maitrise de l'organisation du travail</p> <p>Maitrise de la quantité de travail</p>	<p><i>P5 : « A côté de l'hôpital il y a la crèche et je me rends compte que c'est génial maintenant que j'ai une petite fille. [...] J'ai pu m'absenter quand c'était nécessaire, pour l'allaitement c'était super »</i></p> <p><i>P6 : « L'organisation des Urgences avec des gardes de 24H me permet d'avoir beaucoup plus de temps libre et d'avoir une stabilité familiale que je ne peux pas avoir en médecine de ville. [...] J'ai un emploi du temps modulable, adaptable »</i></p> <p><i>P9 : « La quantité de travail est franchement raisonnable, on finit presque toujours à l'heure le soir, c'est plutôt confortable je trouve »</i></p>

	<p>Les habitudes qui rassurent</p>	<p>Connaitre c'est se rassurer</p> <p>Les habitudes au service du confort de travail</p>	<p>P3 : « Je connaissais un peu la chef de service, [...] donc je partais sur un terrain où je connaissais quelques personnes de l'équipe, c'est plutôt sécurisant. J'ai été bien accueilli, bien encadré donc j'ai poursuivi là-bas. »</p> <p>P8 : « Nos habitudes sont hospitalières puisque nous avons été majoritairement formé à l'hôpital pendant tout l'externat et une grande partie de l'internat alors c'est toujours plus facile et confortable d'y rester ensuite pour y travailler »</p>
<p>Une coordination et une dynamique de groupe qui rassurent</p>	<p>Continuité et permanence des soins</p>	<p>Maitrise du temps de travail et de la responsabilité médicale</p> <p>Une prise en charge ambulatoire discontinuée anxiogène avec des impacts psychosociaux</p>	<p>P2 : « A l'hôpital tu as le côté continuité des soins où quand tu rentres chez toi tu es tranquille alors qu'en ville tu vas recevoir un résultat à 19h30 tu vas devoir appeler le patient ou le revoir en consultation »</p> <p>P8 : « En milieu Hospitalier quand je rentre chez moi à la fin de la journée je sais que quelqu'un prend la relève alors qu'en Médecine de ville tu es tout seul [...] Je cogite un peu moins et je pense que la qualité de vie est meilleure du coup »</p>
	<p>Le travail d'équipe</p>	<p>Remise en question par l'échange et la communication</p> <p>L'importance du lien social</p> <p>Travail de groupe stimulant</p> <p>Moyens à dispositions confortables</p> <p>Echange de pratiques au service du patient</p>	<p>P1 : « Le fait de travailler en équipe [...] ça stimule beaucoup, ça te fait te poser certaines questions que tu ne te poses pas forcément quand tu es seul au cabinet. [...] J'aime discuter, partager, raconter des petits trucs »</p> <p>P6 : « En travaillant en milieu hospitalier j'ai l'impression d'être plus efficace dans mes prises en charge, si je demande une bio je peux l'avoir 1 heure après, tu as besoin d'un scanner tu l'as. [...] On peut discuter de toutes les prises en charge en équipe. Tu avances et tu peux poser un diagnostic plus rapidement »</p> <p>P7 : « J'aime bien pouvoir échanger avec des collègues, demander des avis facilement car en ville tu te retrouves un peu seul surtout dans certains secteurs »</p>

	<p align="center">Une formation continue stimulante</p>	<p>La formation de terrain appréciée Formation continue chronophage</p> <p>Une pratique diversifiée qui pousse à la formation</p> <p>La formation par le travail d'équipe</p>	<p><i>P2 : « A l'hôpital j'ai l'impression de continuer à progresser et à apprendre car je vois des pathologies que je ne connais pas, j'ai l'impression de continuer à me former en travaillant. [...] En Médecine de ville il faudrait s'inscrire à des formations en plus du temps de travail »</i></p> <p><i>P8 : « Je trouve que l'hôpital pousse plus à se former alors qu'en ville on peut vite s'enfermer dans des habitudes, dans une routine. [...] A l'hôpital il y a toujours quelqu'un qui peut discuter ou compléter tes prescriptions, ta prise en charge, on apprend tous les jours en fait »</i></p>
<p align="center">La décision d'exercice au cœur des expériences et des influences</p>	<p align="center">Impact de la formation initiale</p>	<p>Stages qui orientent les choix d'exercice</p> <p>Immersion de terrain qui révèle des vocations</p> <p>La mise en pratique qui change le projet professionnel</p>	<p><i>P1 : « L'internat et mes stages ont conditionné un peu mon exercice actuel, ça m'a conforté dans mon idée d'exercice hospitalier, surtout mes 2 stages de Médecine Polyvalente et mon stage d'Urgence »</i></p> <p><i>P4 : « Le semestre d'après je l'ai fait aux Bateliers, c'est pas du tout mon délire à la base mais en fait j'ai adoré [...] C'était mon meilleur semestre de l'internat [...] Ca a remis complètement en cause mon projet professionnel »</i></p> <p><i>P8 : « A la base je pensais même m'installer à la fin de mon internat et puis j'ai fait mon stage NI et ça ne m'a pas conforté dans cette idée »</i></p>
	<p align="center">Les opportunités</p>	<p>Un exercice dirigé par l'expérience et la connaissance du terrain</p> <p>Offre d'exercice orientée par l'expérience et la pratique</p>	<p><i>P3 : « L'exercice hospitalier c'est finalement plutôt des opportunités qui se sont offertes à moi [...] il y avait besoin de bras dans le service où j'ai fait mon dernier stage [...] un médecin s'est souvenu de moi et m'a contacté »</i></p> <p><i>P9 : « En réalité c'est un peu un coup du sort car après mon dernier stage d'internat il se trouve qu'un jour on m'a dit qu'un médecin partait et on m'a demandé si j'étais d'accord pour le remplacer [...] Je me suis bien plu dans le service et donc j'y suis resté »</i></p>

	La place des émotions	<p>La Peur</p> <p>La Surprise</p> <p>La Satisfaction</p>	<p><i>P1 : « Honnêtement ce qui me fait peur [...] »</i></p> <p><i>P4 : « Je me suis étonné moi-même »</i></p> <p><i>P9 : « Là aujourd'hui je suis heureux dans mon activité »</i></p>
	Influences socio familiales	<p>Influences personnelles et géographiques</p> <p>Impact affectif de l'expérience professionnelle des proches</p>	<p><i>P1 : « Exercer à Seclin permettrait aussi de me rapprocher du lieu où l'on souhaiterait habiter ensuite »</i></p> <p><i>P2 : « Après mon père est médecin généraliste et j'ai vu aussi un petit peu au niveau familial ce que ça peut donner, de l'impact du travail [...] où tu peux être facilement sollicité et que ça va forcément déborder sur ton temps personnel »</i></p> <p><i>P4 : « J'ai une grande sœur qui est médecin hospitalier donc je pense que je connaissais son versant à elle de l'expérience professionnelle »</i></p>
	L'influence territoriale	<p>Analyse du territoire d'exercice et de l'offre de soins avant prise de décision</p> <p>Vécu expérientiel influence le choix du lieu d'exercice sur un territoire</p>	<p><i>P6 : « Travailler en milieu rural c'est chouette au début peut-être et puis un moment tu te rends bien compte que tu es seul. Le mieux c'est d'être dans des grosses structures en ville ou de travailler proche d'un hôpital pour tout avoir à proximité »</i></p> <p><i>P9 : « J'ai travaillé en cabinet tout seul à la campagne, isolé de tout le monde. Ce n'est juste pas possible, en ville à la limite »</i></p>
Des pratiques évolutives	Evolution de la Médecine et du profil des patients	<p>Dualité de savoir Médecin-patient</p> <p>Abandon de la médecine paternaliste</p> <p>Impact relationnel du contexte sanitaire</p> <p>Changement de statut</p>	<p><i>P2 : « Je trouve qu'en ville les patients sont moins respectueux, ils arrivent avec leur savoir, leur diagnostic vu sur internet et te demande ce qu'ils veulent. Si tu dis non là ça se passe mal assez souvent »</i></p> <p><i>P4 : « Le relationnel avec les patients je trouve qu'il a beaucoup changé depuis quelques années, les patients sont devenus très exigeants, ils savent tout et le covid 19 n'a pas aidé »</i></p> <p><i>P5 : « Maintenant on devient des prestataires de service, les gens arrivent avec leur liste »</i></p>

	<p style="text-align: center;">Adaptation de l'exercice dans le temps</p>	<p>Evolution des pratiques peut orienter mon avenir</p> <p>Incertitudes de la profession et adaptation des pratiques</p> <p>Ma pratique est évolutive, non figée</p> <p>Des pratiques hypothétiques</p>	<p><i>P1 : « L'installation pourrait être envisageable [...] si un jour l'exercice hospitalier n'est plus en accord avec mes valeurs ou ma façon de soigner »</i></p> <p><i>P4 : « Après est ce que dans 10 ans le système hospitalier se sera cassé la figure et j'en aurais marre et là je me reposerai la question de l'installation... »</i></p> <p><i>P7 : « Vu la tournure que prend l'exercice hospitalier, j'envisage de plus en plus un exercice libéral quand même pour la suite »</i></p> <p><i>P9 : « Je n'ai jamais concrétisé une installation, après je me dis que peut être je le ferais un jour, je ne suis pas fermé à cette idée »</i></p>
<p style="text-align: center;">L'alternative d'une coordination en Médecine Ambulatoire</p>	<p style="text-align: center;">Les MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles)</p>	<p>Pratiques et organisations parfois hétérogènes en MSP</p> <p>Uniformisation des pratiques nécessaire pour une bonne coordination</p> <p>Un exercice de groupe plébiscité</p> <p>Une méconnaissance des MSP</p>	<p><i>P1 : « Pendant mon internat, lors de mes stages ambulatoires parfois je mangeais seule même en MSP car le problème c'est que chaque praticien ne finissait pas forcément ses consultations à la même heure »</i></p> <p><i>P4 : « Même en MSP je trouve que c'est difficile car coordonner ta pause avec les collègues c'est bien quand tu y arrives sauf qu'en pratique parfois tu es en retard, tu as une consultation longue, une visite. Si tu loupes la pause des collègues tu prends ta pause seul »</i></p> <p><i>P7 : « L'idée des MSP pourquoi pas je ne sais pas, je n'y ai jamais travaillé, c'est sûr que c'est mieux que d'être tout seul, pourquoi pas, peut-être un jour »</i></p>
	<p style="text-align: center;">Le salariat en Médecine Ambulatoire</p>	<p>Sécuriser et maîtriser son exercice en médecine ambulatoire</p>	<p><i>P6 : « J'ai déjà réfléchi à une installation mais non, à la limite ce serait plus du salariat si je devais quitter l'hôpital, comme ils font déjà sur certaines zones désertiques comme en centre Val De Loire. C'est pas toi qui gère l'administratif, les rendez-vous. [...] Tu sais que ton salaire est fixe »</i></p>

	<p>Une pratique diversifiée</p>	<p>Formation qui ouvre des perspectives d'exercices variées</p> <p>Approche globale et écoute du patient</p> <p>Activité mixte pour diversifier la pratique</p> <p>Modulation des avantages et inconvénients des deux pratiques</p>	<p><i>P1 : « J'ai aussi fait médecine générale pour ne pas me fermer de portes si un jour l'exercice hospitalier ne me plait plus »</i></p> <p><i>P3 : « Le DES de médecine générale m'a appris beaucoup de choses, surtout dans l'accompagnement et l'écoute du patient »</i></p> <p><i>P7 : « peut être un temps partiel hospitalier/libéral dans un premier temps, une activité mixte pour varier ma pratique et ne pas m'ennuyer »</i></p>
--	--	---	--

Annexe 4 : Document d'information et de consentement

Lettre d'information et de consentement Projet de thèse

Chère Consœur, Cher Confrère,

Je suis Rémi CANDELIER, Médecin Généraliste remplaçant,

Je réalise actuellement une étude dans le cadre de ma thèse d'exercice, portant sur les Freins à l'installation en soins primaires des jeunes Médecins Généralistes. Mon étude sera menée chez les médecins ayant choisi la voie hospitalière sur les cinq dernières années à l'issue de leur formation à la Faculté de Médecine de Lille.

Le but de mon étude est d'essayer de comprendre et d'identifier quels sont les critères qui freinent les jeunes Médecins Généralistes à s'installer et quelles sont les motivations à un mode d'exercice exclusivement hospitalier.

Je vous propose au travers de cette étude de participer à un entretien ouvert portant sur cette thématique. Pour y répondre, vous devez être médecin et avoir validé votre DES de Médecine Générale entre 2018 et 2023 et exercer actuellement une activité exclusivement hospitalière.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, les données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2024-122 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation,

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : remi.candelier.etu@univ-lille.fr

Rémi CANDELIER

Annexe 5 : Grille COREQ – Traduction Française

Domaine n° 1 : Équipe de recherche et de réflexion

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

N°	Item	Description	Réponse
1	Enquêteur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	<i>CANDELIER Rémi</i>
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	<i>Interne en DES de Médecine Générale</i>
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	<i>Remplaçant</i>
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	<i>Homme</i>
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	<i>Initiation à la méthodologie de recherche qualitative</i>

RELATION AVEC LES PARTICIPANTS

N°	Item	Description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	<i>Oui pour un seul participant</i>
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	<i>Interne en DES de Médecine Générale réalisant une étude sur les freins à l'installation</i>
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	<i>Praticien exerçant des remplacements</i>

Domaine n°2 : Conception de l'étude

CADRE THEORIQUE

N°	Item	Description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	<i>Analyse Phénoménologique interprétative (IPA)</i>

SELECTION DES PARTICIPANTS

N°	Item	Description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	<i>Échantillonnage homogène</i>
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	<i>Réseaux sociaux / Courriel / Téléphone</i>
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	<i>9 participants</i>
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou abandonné ? Raisons ?	<i>2 refus (manque de temps) et 3 sans retour malgré 2 relances</i>

CONTEXTE

N°	Item	Description	Réponse
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont elle été recueillies ?	<i>Sur le lieu de travail des participants ou en entretien par visioconférence selon la convenance</i>

15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	<i>Non</i>
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	<i>Genre, âge, année obtention DES, année de début d'exercice hospitalier, service hospitalier d'exercice</i>

RECUEIL DES DONNEES

N°	Item	Description	Réponse
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 ?	<i>Oui. Guide d'entretien disponible en annexe et 1 entretien test réalisé au début de l'étude</i>
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	<i>Non</i>
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	<i>Enregistrement audio pour tous les entretiens</i>
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	<i>Oui</i>
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	<i>25 minutes en moyenne</i>
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	<i>Absence de seuil de saturation dans le cadre d'une IPA (analyse phénoménologique interprétative)</i>
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	<i>Non</i>

Domaine n°3 : Analyse et résultats

ANALYSE DES DONNEES

N°	Item	Description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	<i>Deux personnes : L'investigateur et le directeur de thèse</i>
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	<i>Oui un exemple de codage en annexe</i>
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés par les données ?	<i>Thèmes déterminés à partir des données</i>
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	<i>Utilisation du Logiciel Microsoft Excel</i>
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	<i>Non</i>

REDACTION

N°	Item	Description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	<i>Numérotation des participants de P1 à P9</i>
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	<i>Oui</i>
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	<i>Oui</i>
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	<i>Oui</i>

AUTEUR : Nom : CANDELIER

Prénom : REMI

Date de soutenance : 25/09/2024 à 14h00

Titre de la thèse : Les freins à l'installation en soins primaires : Etude menée chez les médecins généralistes ayant choisi la voie hospitalière sur les cinq dernières années à l'issue de leur formation à la faculté de médecine de Lille

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Freins à l'installation, soins primaires, médecine générale, exercice hospitalier

Résumé :

Introduction : On assiste depuis quelques années à un recul du nombre d'installation en soins primaires. Les études réalisées jusqu'alors sur les freins à l'installation des médecins généralistes ont été menées sur des praticiens en activité libérale installés ou non. L'objectif principal de cette étude était d'identifier précisément les freins à une installation en soins primaires chez les médecins exerçant une activité hospitalière exclusive. L'objectif secondaire était de comprendre les déterminants intervenant dans le processus décisionnel du choix du mode d'exercice.

Méthode : Une étude qualitative a été menée, inspirée de la phénoménologie interprétative. Des entretiens ouverts ont été réalisés chez des praticiens exerçant une activité hospitalière exclusive et ayant validé leur DES de Médecine Générale entre 2018 et 2023 à la Faculté de Médecine de Lille.

Résultats : Après analyse des neuf entretiens réalisés dans le cadre de cette étude, les freins à l'installation en soins de premier recours identifiés étaient majoritairement en lien avec les conditions d'exercice et faisaient émerger le concept de « peur de l'inconnu » sous tendu par un exercice ambulatoire non sécuritaire et difficilement maîtrisable. Les influences extra professionnelles en lien avec la dimension affective jouaient également un rôle important. Différents mécanismes d'information et de réassurance pouvaient être mobilisés pour influencer la balance décisionnelle menant au choix du type d'exercice et pour inciter une installation en soins de premier recours.

Discussion : Cette étude était innovante de par sa population d'intérêt. Elle a permis de retrouver une certaine cohérence en termes de résultats avec les études réalisées chez les médecins généralistes exerçant en milieu ambulatoire installés ou non, tout en révélant des craintes spécifiques indirectement rapportées par les motivations d'un exercice hospitalier. Le vécu expérimental des participants à l'étude a subjectivement orienté leur choix et leur pratique actuelle. Une conceptualisation par l'intermédiaire d'un modèle explicatif schématique a été proposé pour illustrer le processus décisionnel amenant au choix du type d'exercice, tenant compte des freins à l'installation identifiés. Les résultats ouvrent des perspectives en termes de pratique incitant à l'information et à la réassurance dans une démarche dynamique de développement coordonné et maîtrisé de l'exercice ambulatoire de la médecine.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseur : Monsieur le Docteur Alexis DI IULIO

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thibaut DECEUNINCK