



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THESE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'avenir de la médecine générale rurale vu par les médecins
généralistes de campagne**
Étude qualitative menée dans les campagnes du Nord Pas de Calais

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2024 à 18h
au Pôle formation Salle de thèse 2
par **Mathilde SCHOMMER**

JURY

Président :

Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesseur :

Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APL : Aide Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

ECG : ElectroCardioGramme

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées ou Dépendantes

GEP : Groupe d'Échanges de Pratiques

HAD : Hospitalisation à Domicile

IA : Intelligence Artificielle

IDE : Infirmière Diplômée d'État

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IRM : Imagerie en Résonance Magnétique

MAPA : Maisons d'Accueil pour Personnes Âgées

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

N1 : Premier stage ambulatoire de l'internat de médecine générale

ORL : Otorhinolaryngologie

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SNIR : Système National Inter-Régime

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZAR : Zone d'Accompagnement Régional

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	3
I. Les actions de l'ARS	3
A. Le zonage de l'ARS des Hauts de France	3
B. Les facteurs de décision d'installation des jeunes médecins	6
II. Les réformes mises en place	6
A. La loi de financement de la Sécurité Sociale (Loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023)	6
B. La loi RIST du 19 mai 2023	7
III. La pandémie de Covid 19	8
MATÉRIELS ET MÉTHODES	10
I. Type d'étude	10
II. Population étudiée	10
III. Recueil de données	11
IV. Analyse	12
RÉSULTATS	13
I. La médecine générale, une spécialité choisie	16
II. Les différentes casquettes du médecin généraliste rural	17
A. Les consultations	17
B. Les visites	17
C. Le système d'astreinte/garde	18
D. La gestion des pathologies en milieu rural	19
E. Un rôle d'orientation	19
F. La communication	20
G. La formation des médecins et des étudiants	20
H. L'administratif	21
I. Finalement	22
III. La médecine générale rurale, à promouvoir	22
IV. La médecine générale rurale, des soins de qualité	23
V. La médecine générale rurale, la transmission de compétences et de l'envie d'exercer	24
A. Une envie de former et d'informer les étudiants	24
B. Un manque d'informations parmi les médecins	25

C.	L'importance des stages et des remplacements en ruralité	25
VI.	L'amour du travail en médecine générale rurale	27
A.	Le choix de la ruralité	27
B.	La variété d'exercice et le travail d'équipe.....	28
C.	Les avantages du travail en ruralité	28
D.	Les questionnements concernant l'avenir.....	29
VII.	Le relationnel en milieu rural	30
A.	Un lien privilégié.....	30
B.	L'éducation de la patientèle.....	31
C.	Les difficultés d'accès aux soins.....	31
D.	La relation avec les paramédicaux	31
E.	Un facteur de décision d'installation pour les jeunes médecins	32
F.	Une modification du profil des patients.....	32
VIII.	Les relations avec les hôpitaux et autres spécialités.....	33
A.	Allongement des délais de rendez-vous.....	33
B.	La relation avec les hospitaliers et les autres spécialistes	34
C.	Des questionnements quant à l'avenir.....	35
IX.	Le DES de médecine générale	39
A.	La quatrième année d'internat.....	39
B.	Les stages.....	40
C.	Les cours	41
X.	La modification des compétences des autres professionnels de santé	42
A.	Des avis divisés.....	42
B.	Les avantages reconnus	44
C.	Les craintes ressenties	45
XI.	L'administratif et les instances de santé versus le médecin généraliste	47
A.	Le manque de reconnaissance et la revalorisation du médecin généraliste.....	47
B.	La démographie médicale	49
C.	Les démarches administratives	51
XII.	Le manque de médecins en ville et en campagne	55
A.	Le manque de médecins et son impact.....	55
B.	La politique, une des causes du manque de médecins.....	56
C.	Des solutions mises en place pour pallier au manque de médecins	57
D.	Remise en cause de la réforme du DES de médecin générale	57
E.	La promotion de la médecine générale rurale	58

F. L'avenir conditionné à la démographie médicale ?.....	59
XIII. Les motivations et freins à l'installation des jeunes médecins en campagne .	60
A. Les motivations	62
B. Les freins à l'installation en milieu rural.....	64
C. Des idées pour développer l'attractivité de l'exercice en milieu rural.....	64
XIV.L'apport de la technologie	65
A. Le logiciel médical.....	66
B. Les logiciels de demande d'avis.....	66
C. Le télésecrétariat	67
D. Les objets connectés	67
E. Les téléconsultations et les télécabines	68
F. L'intelligence artificielle.....	69
XV. Les modifications de l'exercice de médecine générale en milieu rural.....	70
A. Les structures de soins et le travail de groupe	70
B. La technologie.....	74
C. Les modifications de la patientèle	75
D. L'avenir	76
DISCUSSION	78
I. Principaux résultats de l'étude	78
II. Les forces et limites de l'étude.....	81
A. Les forces.....	81
B. Les limites	82
III. Comparaison à la littérature	83
IV. Perspectives	84
CONCLUSION	86
Liste des figures	87
Liste des tableaux	87
Liste des diagrammes	87
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	88
ANNEXES	91

RÉSUMÉ

Introduction : Le nombre de médecins généralistes exerçant en ambulatoire diminue. Le nombre de départs en retraite augmente en parallèle. L'exercice en milieu rural est fortement impacté par la diminution des praticiens. L'ARS et les instances de santé tentent de mettre en place des mesures afin de favoriser l'installation des médecins en ruralité. Des réformes ont été mises en place impactant directement les médecins généralistes : la loi RIST et la loi du financement de la sécurité sociale. La pandémie COVID 19 a également participé à la modification de l'exercice. L'objectif de cette étude est de savoir comment les médecins généralistes exerçant à la campagne du Nord-Pas de Calais voient l'avenir de la médecine générale rurale.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés/ouverts de 9 médecins généralistes jusqu'à une suffisance des données. Une analyse par phénoménologie interprétative a été réalisée.

Résultats : L'expression d'une crainte quant au manque de médecins à l'avenir revient régulièrement lors des entretiens. Les médecins interrogés veulent promouvoir leur exercice et insistent sur la découverte de l'exercice rural via les stages et les remplacements. Ils mettent également l'accent sur la reconnaissance de leurs actes et veulent une revalorisation de ceux-ci. Selon eux, les maisons de santé pluriprofessionnelles et l'exercice groupé augmenteront à l'avenir. La population se modifiera également et la demande de soins en sera impactée.

Conclusion : Les médecins généralistes interrogés sont optimistes concernant l'avenir de la médecine générale rurale malgré quelques craintes. Le manque de médecin est omniprésent lors des entretiens. La découverte de leur exercice est importante pour eux, que ce soit pour une meilleure reconnaissance du métier de

médecin généraliste ou pour attirer les jeunes médecins.

INTRODUCTION

Selon l'INSEE, la densité de médecins généralistes des Hauts de France est passée de 148 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 à 138 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2023. Nous notons une diminution du nombre de praticiens que ce soit en campagne ou en ville (1, 2). De plus, en projection, le nombre de médecins retraités augmentera dans les années à venir et ceux-ci ne seront pas systématiquement remplacés. (3)

Selon l'INSEE, les territoires ruraux sont définis par l'ensemble des communes peu denses ou très peu denses en population associé à des critères de type fonctionnel comme le degré d'influence d'un pôle emploi par exemple. À partir de cette définition proposée par l'INSEE, une grille de densité communale a été créée (4). Cette définition n'est donc pas liée qu'au seul critère de densité de population.

I. Les actions de l'ARS

A. Le zonage de l'ARS des Hauts de France

Les Agences Régionales de Santé sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement sous responsabilité des ministres chargés de la santé, de l'Assurance Maladie, des personnes et des personnes handicapées. Elles mettent en œuvre les politiques de santé en région et agissent sur le champ de la santé dans sa globalité. Afin de lutter contre l'inégalité importante de répartition des médecins généralistes des Hauts de France, l'Agence Régionale de Santé régionale a élargi le zonage des médecins généralistes permettant de classer les zones en zone d'intervention prioritaire (ZIP), en zone d'action complémentaire (ZAC) ou encore en

zone d'accompagnement régional (ZAR) (5, 6).

L'ARS se base sur un indicateur de référence qui est l'Accessibilité Potentielle Localisée (ou APL). Celui-ci prend en compte le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, l'activité de chaque praticien, le temps d'accès aux praticiens et le recours aux soins des habitants par classe d'âge. En plus de l'APL, des indicateurs démographiques ont été pris en compte, comme le nombre de professionnels qui y exercent par exemple, et des indicateurs de santé de la population comme la morbidité prématurée ou la prévalence des affections de longue durée. Ainsi, une ZIP est une zone en tension qui ne permet pas de répondre correctement à l'offre de soins et bénéficie du plus haut niveau d'aides financières.

Cette classification permet de déterminer des aides financières proposées aux médecins généralistes pour faciliter leur installation ou le maintien dans leur exercice. Parmi les aides, par exemple, il y a l'aide à l'installation, appelée CAIM (ou contrat de 5 ans d'aide à l'installation des médecins), allouant un budget de 50 000 euros au médecin généraliste souhaitant s'installer dans une ZIP sous couvert d'une CPTS, ou encore des aides concernant les congés maternité/paternité/maladie sont proposées (7). Ainsi, selon l'ARS, 72,4% des territoires sont désormais éligibles à ces aides contre 64, 8% auparavant. (5, 6)

Pour motiver l'installation des jeunes médecins et professionnels de santé, l'ARS promeut le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettant un regroupement des acteurs de santé sur un même territoire et des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ceci favorise la coordination des soins, incite les praticiens installés à la formation à la maîtrise de stage universitaire. Ces fonctions permettent d'accueillir, d'accompagner les étudiants ainsi que de promouvoir leur exercice en zone prioritaire.

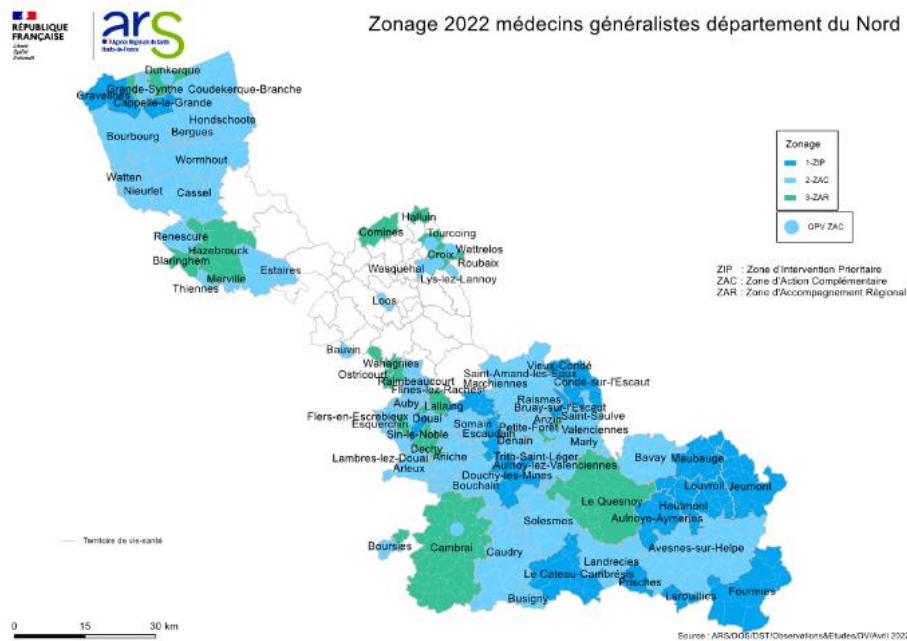
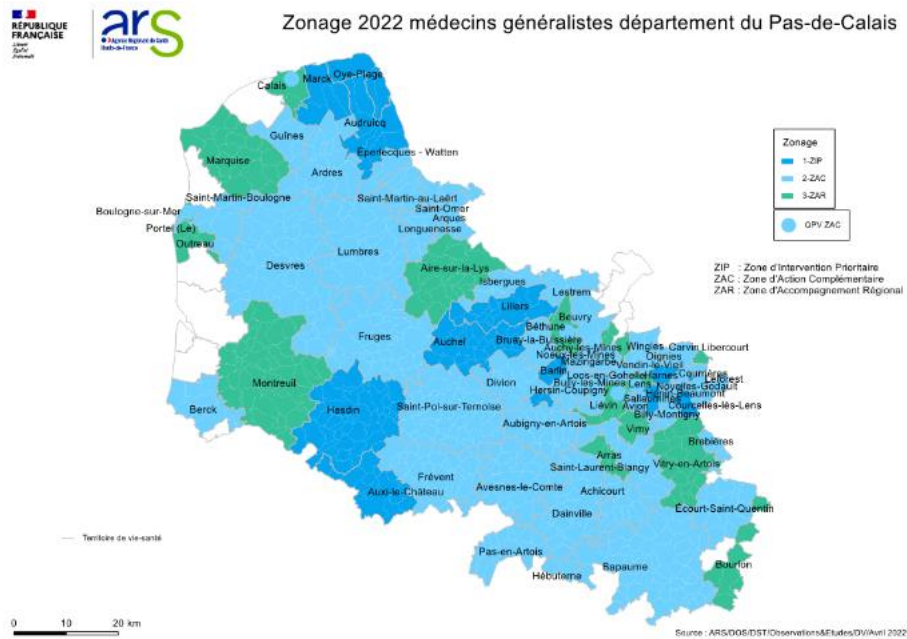


Figure 1 et 2 : Zonage 2022 des médecins généralistes du Pas de Calais et du Nord, par l'ARS.

À partir des cartes de zonage de l'ARS présentes ci-dessus (8), nous remarquons que le territoire rural est classé dans sa globalité en ZIP ou en ZAC. Malgré des aides élargies à de nombreuses zones, il persiste un manque de médecin prédominant en ruralité, là où la demande de soins se fait de plus en plus importante.

(9). De plus, il existe une inégalité importante dans la répartition des médecins généralistes dans le Nord-Pas de Calais et en France.

B. Les facteurs de décision d'installation des jeunes médecins

Selon un article publié sur « BMC Medical Education » par, entre autres, Mr le Docteur Julien Poimboeuf (10), les aides financières ne sont pas les seuls facteurs d'installation en zone rurale. Dans cette étude, les jeunes médecins ayant grandi à la campagne ont par exemple plus de chance de s'installer en campagne. Il évoque également l'importance des conjoints et de la vie de famille pouvant déterminer le choix de la zone d'installation.

II. Les réformes mises en place

Des réformes ont été mises en place pour tenter de pallier au manque de médecins en campagne ou en ville. Parmi les réformes, la loi RIST ainsi que la loi de Sécurité Sociale de 2022 sont décrites comme soutenant la médecine générale.

A. La loi de financement de la Sécurité Sociale (Loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023)

L'arrêté de la loi d'Août 2023 (11) instaure une quatrième année au sein du DES de Médecine générale. Cette quatrième année sera composée de 2 semestres en ambulatoire accompagnés d'enseignements supplémentaires encadrés par des enseignants de médecine générale. La quatrième année d'internat de médecine

générale sera une année de professionnalisation. Ainsi, selon la nouvelle maquette, les internes de médecine générale pourront effectuer 4 semestres de stage en ambulatoire. Cette quatrième année pourra s'effectuer en secteur hospitalier sur dérogation, selon le projet professionnel. Celle-ci a pour objectif de présenter aux jeunes médecins l'exercice dans les zones sous denses et à terme de favoriser leur installation dans ces zones. Lors de la dernière année d'internat, les étudiants auront un statut de Docteur Junior et seront rémunérés comme tels.

B. La loi RIST du 19 mai 2023

Cette loi permet une modification du rôle des professionnels de santé que sont les infirmiers, les IPA et les pharmaciens (12). Celle-ci modifiera le rôle du médecin généraliste parmi ses équipes. Elle met notamment en avant l'arrivée des IPA (infirmiers cliniciens). Ils ont un rôle d'éducation, de prévention, d'orientation, de dépistage, de suivi de pathologie chronique et de prescription d'examens complémentaires ou de renouvellement de prescription médicale.

Les protocoles de délégation de tâches et de coopération permettent aux infirmiers de prescrire des produits de soins de traitement de plaie. Les pharmaciens peuvent également prescrire, dans le cadre de protocoles nationaux, des antibiotiques pour les cystites ou les angines (13). De même, les kinésithérapeutes peuvent prescrire des séances de kinésithérapie dans le cadre des lombalgies et des entorses.

De plus, selon le décret du 9 août 2023, les compétences vaccinales des IDE et des pharmaciens d'officine ont été étendues aux personnes de 11 ans et plus (14).

L'objectif de cette réforme est d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

III. La pandémie de Covid 19

Selon un article publié par Madame la Docteure Dibao-Dina disponible sur le site « National Library of Medicine » (15), les confinements répétés dus au Covid 19 ont entraîné une diminution des consultations de médecine générale. Les professionnels de santé se sont adaptés afin de garder un lien avec leur patientèle.

Cette pandémie a permis l'émergence de la coordination de soins et la forte augmentation des téléconsultations. Cependant, il est connu que certains patients n'ont pas eu accès aux soins nécessaires pour leurs pathologies chroniques que ce soit par leur propre peur de contracter le virus ou par la restriction des consultations de médecine générale. Les consultations de prévention et de dépistage ont également diminué lors de cette pandémie. Les consultations en santé mentale ont fortement augmenté après les différents confinements.

Cette pandémie a participé à la modification de l'exercice de la médecine générale.

Ainsi, nous constatons une diminution des médecins généralistes et une modification de la médecine générale en zone rurale. La réforme du DES, les aides de l'ARS vont dans le sens d'améliorer la pratique de la médecine générale.

Confrontés à ces changements, que pensent les médecins généralistes déjà installés de l'avenir de leur profession ?

Peu de thèses ont été réalisées concernant la médecine générale rurale et aucune ne traitait particulièrement de l'exercice rural dans le Nord Pas de Calais. Une thèse a été faite par Mr le Docteur AVEZ Lionel (16) qui s'intéressait à l'attractivité de la médecine générale dans le Nord-Pas de Calais. Une autre thèse a été réalisée par Madame la

Docteure VAN HAECKE Aurore (17) et traitait des patients en situation de vulnérabilité et de leur prise en charge par des médecins généralistes ruraux ou semi-ruraux. L'objectif de cette étude était donc de savoir comment les médecins généralistes exerçant à la campagne du Nord-Pas de Calais voient l'avenir de la médecine générale rurale.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative pour étudier la vision des médecins généralistes exerçant en campagne sur l'avenir de leur profession.

II. Population étudiée

Un échantillonnage raisonné homogène a été réalisé avec la sélection de médecins généralistes exerçant en ruralité, dans le Nord Pas de Calais, inconnus par l'investigatrice. Les lieux d'exercice ruraux ont été vérifiés via la grille de densité communale à 7 niveaux, dont la dernière version date de janvier 2024, proposée par l'INSEE (4).

Les médecins ont été choisis selon leur exercice (rural ou semi-rural) puis un effet boule de neige s'est enclenché pour le recrutement de nouveaux participants via les connaissances des médecins précédemment interrogés.

Afin de vérifier la validité et la solidité scientifique, nous avons suivi les critères de la grille SRQR tout au long de l'étude. Les critères ont été remplis. (**Annexe 1**).

Le recrutement s'est effectué entre le mois d'Avril 2024 et le mois d'Août 2024.

Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à l'obtention de la suffisance des données, confirmée par un entretien de consolidation.

III. Recueil de données

À partir de la revue bibliographique, un guide d'entretien a été réalisé, possédant initialement plusieurs questions ouvertes dont une question brise-glace, et modifié lors du deuxième entretien pour ne contenir qu'une question ouverte et une question brise-glace. Des relances ont également été effectuées lors de l'entretien. Ce guide a permis la réalisation d'entretiens ouverts/semi-dirigés ayant eu lieu au cabinet des médecins interrogés permettant une liberté d'expression. **(Annexe 2 et 3)**

La constitution et l'élaboration de ce guide d'entretien a été possible grâce à une revue de la littérature. Les mots clés de la recherche « general practice, rural health et forecasting » ont été choisis grâce à l'outil HeTop. Des recherches ont été effectuées sur des moteurs de recherches tels que PubMed, LiSSa, CisMef, Pépité (Lille) ou encore SUDOC.

La gestion des références bibliographiques a été réalisée grâce à Zotero. Le référencement a été fait selon le format Vancouver.

Les entretiens ont été enregistrés par le logiciel « dictaphone » d'un smartphone type Xiaomi avec l'accord oral et écrit des participants. Les enregistrements ont été stockés dans un dossier sécurisé protégé par un mot de passe. Ceux-ci seront effacés dès que la thèse aura été présentée.

Le consentement éclairé des participants a été obtenu par la signature d'un formulaire de non-opposition accompagné d'une lettre explicative de l'étude expliquant le droit de rétractation, de correction et de la garantie de l'anonymat ainsi que de la confidentialité. **(Annexe 4)**

IV. Analyse

Les entretiens ont été anonymisés. L'anonymisation consistait en la suppression des noms propres ou d'événements pouvant permettre de reconnaître le participant.

Les entretiens ont été retranscrits ad-integrum. La retranscription et l'étiquetage initial ont été conduits à l'aide du logiciel Open Office.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs, l'investigatrice ci-présente et une interne de médecine générale formée à la recherche qualitative pour son propre travail de thèse.

L'analyse des résultats et la construction du modèle explicatif ont été réalisées via Open Office et via le logiciel Draw.io. La mise en page du travail de thèse a été réalisée via le logiciel Word.

Une déclaration au délégué de la protection des données a été effectuée et celui-ci atteste que l'étude ne nécessite pas de déclaration à la CNIL. (**Annexe 5**)

Ce travail de thèse est le premier réalisé par l'investigatrice, étant une étudiante de 3^{ème} cycle des études médicales de Médecine Générale.

Par ailleurs, l'autrice ne présente aucun conflit d'intérêt envers le sujet. Il n'y a pas eu de financement pour la réalisation de l'étude.

Une clé USB contenant les verbatims a été transmise aux membres du jury.

RÉSULTATS

Les participants de l'étude sont des médecins généralistes installés en milieu rural. Le nombre de médecins interrogés est de 9 dont 5 hommes et 4 femmes.

Les entretiens ont duré de 30 minutes à 1 heure et 10 minutes. La durée moyenne de l'entretien est estimée à 46 minutes.

	Âge	Genre	Type d'exercice	Temps d'entretien
M1	50 ans et plus	H	MSP (62) / MSU	45 min
M2	30-40 ans	F	MSP (62) / MSU	36 min
M3	30-40 ans	H	Exercice seul (59) / MSU	1h10 min
M4	30-40 ans	F	Seul médecin en maison de santé (62) / MSU	30 min
M5	30-40 ans	H	MSP (62) / MSU	53 min
M6	30-40 ans	H	Seul médecin en maison de santé (59) / MSU	46 min
M7	50 ans et plus	H	MSP (62) / non MSU	1h05 min
M8	50 ans et plus	F	MSP (59) / non MSU	43 min
M9	50 ans et plus	F	MSP (62) / MSU	33 min

Tableau 1 : Caractéristiques des participants de l'étude

Légendes du tableau et des résultats

H/F : Homme ou Femme

Mx : Médecin x

(62) : Département 62

Verbatim en bleu ciel : en lien avec le vécu

Verbatim en orange : en lien avec l'avenir

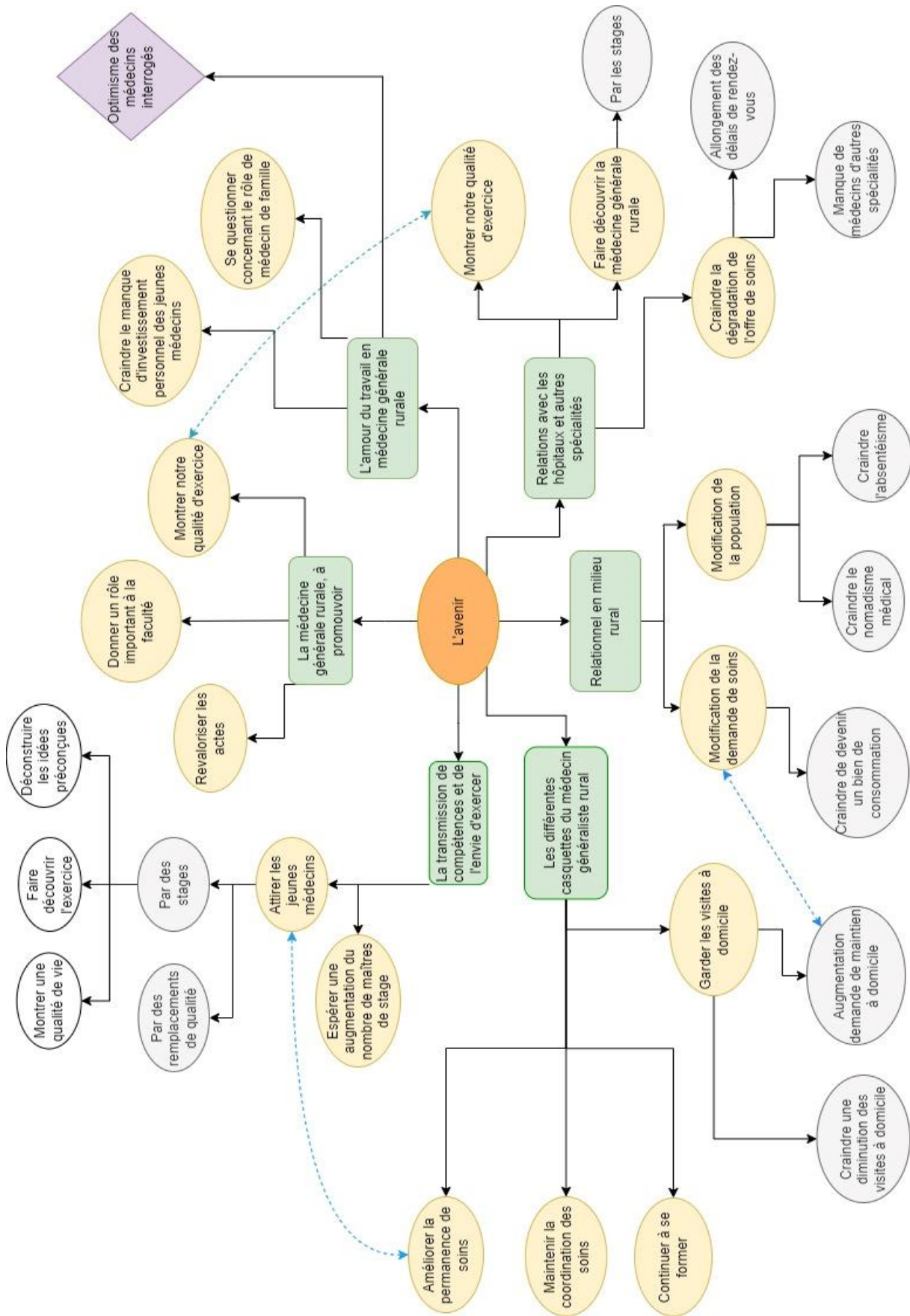
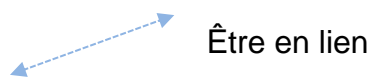


Diagramme 1 : Synthèse des résultats

Légende des diagrammes de synthèse des résultats



I. La médecine générale, une spécialité choisie

Depuis le départ un médecin voulait faire de la médecine générale. Initialement, certains médecins généralistes avaient une autre spécialité en tête.

M3 « *parce qu'en fait euh je crois que j'ai voulu faire à peu près toutes les spés de ma vie pendant tous mes stages « je me suis dit, tiens c'est ça que je veux faire » »*

M7 « *Moi c'est très simple euh à 4 ans j'ai voulu être médecin généraliste, j'ai été fasciné par mon médecin de l'époque qui était un grand monsieur avec des doigts très longs, et pleins de bouquins euh sur sa ... euuuh ... Derrière lui euh à son bureau et je me suis dit comment on peut savoir autant de choses [...] »*

Les médecins interrogés mettent en avant la variété d'exercice offerte par la médecine générale.

M6 « *Pour mon choix d'avoir choisi la médecine générale ... alors déjà c'est une médecine qui est générale avec un grand G, ça permet de toucher à tout »*

La communication avec les patients fait partie des critères de choix de cette spécialité.

M5 « *Ouaiiii j'avais fait un stage en traumatologie, je me suis dit « ah tiens pourquoi pas, c'est sympa aussi » mais le côté justement patient communication avec le patient, suivi du patient euuuh ... il y avait pas ce côté relationnel qu'on a en médecine gé ... Donc euh voilà ... »*

Les stages ont été, pour certains participants à l'étude, déterminants dans leur choix.

M5 « *donc voilà, est ce que j'ai toujours voulu faire de la médecine générale ? Je l'avais*

toujours dans un coin de ma tête quand même en me disant ... mais oui ce qui m'a donné vraiment l'envie de faire c'est quand j'ai fait mon stage N1... »

Enfin, une des participantes à l'étude évoque son expérience en tant que femme.

M9 « *pas que la médecine générale me déplaisait c'est parce qu'en tant que femme ... Avec des ... À l'époque l'exercice de la médecine générale pour une femme était compliqué avec des horaires compliqués, des gardes compliquées ... J'avais les enfants et tout ça ... »*

II. Les différentes casquettes du médecin généraliste rural

A. Les consultations

Les médecins généralistes interrogés font des consultations de soins programmés ou non programmés, diverses et variées, parfois complexes.

M6 « *Voir quelqu'un qui est en perte d'autonomie, une personne âgée ... Ça va durer ¾ d'heures, c'est beaucoup plus complexe ... »*

B. Les visites

Les médecins se déplacent également à domicile pour des sorties d'hospitalisation, des soins palliatifs ou pour des patients en HAD. Les médecins vont également dans des structures de soins comme des EHPAD ou encore des foyers de personnes âgées ou des MAPA.

M6 « *Oui ... Alors il y a la HAD qui permet de suppléer ça ... on est toujours en contact*

avec les médecins de la HAD s'il faut ... sortie d'hospitalisation ou hospitalisation chirurgie oui, on voit les patients [...] »

M7 « *euuuuh on a des EHPAD hein ... des maisons de retraite dans lesquelles moi j'interviens »*

D'ailleurs certains médecins interrogés estiment importante la prise en charge à domicile pour les personnes âgées et/ou ne pouvant pas se déplacer. Et certains d'entre eux observent une augmentation de la demande de maintien à domicile.

M1 « *les visites à domicile je pense que c'est indispensable en campagne quand même parce qu'on est dans des secteurs beaucoup plus éloignés où il y a des personnes âgées. »*

M7 « *mais de plus en plus la volonté des patients c'est de rester à domicile avec la mise en place d'aides repas ...euuuuh aide-ménagère je ne sais quoi »*

Un médecin évoque d'ailleurs sa crainte de voir le nombre de visites diminuer.

M8 « *mais l'avenir c'est compliqué parce qu'il y a beaucoup de médecins qui ne se déplacent plus ... qui ne font plus de domicile justement ... C'est un problème quand même ... »*

C. Le système d'astreinte/garde

De plus, les médecins participant à cette étude font partie d'un système de garde ou d'astreinte permettant de maintenir une permanence de soins. Par ailleurs, un médecin essaye de recruter des jeunes médecins afin de maintenir une permanence de soins.

M2 « Nous on fait la permanence des soins sur notre secteur ouai ... on est rattaché avec * villages * quasiment jusque * ville * et oui ..On est 10 médecins pour le gros secteur donc ça nous fait 2 soirées de garde par mois, de 20h jusque minuit et entre 6 et 7 week-ends par an. »

M6 « donc ça permettrait de ... de bah d'améliorer la permanence de soins aussi ... parce que le jeudi il y a personne ... donc il serait d'accord pour faire tous les jeudis ... par le biais d'un remplacement »

Selon un médecin, l'activité de jour ou de nuit du médecin généraliste permet de désencombrer les urgences.

M7 « c'est à nous de débrouiller la situation ... »

D. La gestion des pathologies en milieu rural

Un des médecins pense que les pathologies sont plus lourdes à la campagne qu'en ville et que leur gestion l'est tout autant. Une coordination des soins a été mise en place par certains médecins.

M7 « les HAD, des patients lourds euh des patients renvoyés ... enfin ... euuuh ça c'est vraiment ... on doit gérer beaucoup beaucoup plus de choses qu'en ville ... »

M5 « Et ce lien qui reste toujours, il faut garder le lien entre nous quoi ... »

E. Un rôle d'orientation

Les participants de l'étude notent l'importance du médecin généraliste dans le système de soins. Ceux-ci ont un rôle d'orientation selon un médecin interrogé.

M3 « nous on est là, on est des lanceurs d'alerte ouah votre réflexe il est parti, c'est bizarre, je vais réagir, donc il faut connaître ces choses-là »

M8 « On est les premiers acteurs, au plus proche de la population donc euuuh ... après ... on oriente vers les spécialités s'il faut ... »

F. La communication

Comme évoqué ci-dessus par un médecin, le médecin généraliste est au plus proche des patients. Ceux-ci notent l'importance de la communication avec les patients. Certains d'entre eux veulent éduquer cette patientèle.

M1 « Alors l'avenir, bon j'espère qu'on aura encore des médecins généralistes parce que je pense que c'est indispensable pour les patients eux même parce qu'ils ont besoin du médecin généraliste, on est leur confident, on a plus de curé, les gens disaient ça au curé à l'église... »

Parfois, les médecins interrogés ressentent une pression par ces mêmes patients avec une augmentation de la demande de rendez-vous rapide.

M6 « des patients veulent une réponse rapide ... pour des moments ... bon c'est pas forcément urgent mais ils veulent un rendez-vous le jour même ou le lendemain ... pour une rhinopharyngite par exemple ... »

G. La formation des médecins et des étudiants

Plusieurs médecins généralistes ruraux interrogés jouent un rôle dans la formation des étudiants.

M6 « *je suis maître de stage aussi ... j'ai une interne N1 et je vais bientôt faire formation SASPAS... »*

Les médecins continuent à se former. Certains médecins interrogés varient leur exercice.

M6 « *et continuer d'avoir des formations à côté par des organismes privés, ou la faculté ou les formations qu'on peut avoir avec les maîtres de stage à la fac ... »*

M4 « *Après j'ai un ECG, j'ai un holter tensionnel ... »*

Un médecin note les difficultés rencontrées entre le maintien de l'exercice et les formations.

M7 « *Aller une demi-journée par semaine à la fac, préparer ses exams, reporter tous les actes qu'on a pas fait ... parce que personne les fera à notre place ... Faut avoir une santé de fer ... je vous le dis ... »*

H. L'administratif

Enfin, certains médecins interrogés se sentent submergés par leur exercice. Un médecin ressent les contraintes administratives.

M1 « *Alors avant c'était « les médecins généralistes c'est de la bobologie » ils étaient bons qu'à faire des angines et des arrêts de travail, maintenant alors que notre panel de prise en charge des patients est quand même fortement augmenté [...] L'exercice s'est considérablement alourdi »*

M7 « *Mais bon ... c'est quand même pas simple la médecine générale ... parce qu'on a beaucoup ... toutes les contraintes administratives euuuh ... enfin vous voyez ... ça*

*c'est les dossiers MDPH à remplir, APA * montre les dossiers * »*

I. Finalement

Malgré tout, un médecin interrogé rassure et rappelle que l'organisation est importante

M7 « mais on peut bien s'organiser en étant jeune médecin ... il y a pas de problème hein même à la campagne hein »

III. La médecine générale rurale, à promouvoir

Les médecins interrogés pensent que la médecine générale est une spécialité à part entière.

M5 *« le médecin généraliste doit savoir plein de choses et doit sans arrêt se mettre au niveau euh des nouvelles recommandations etc ... c'est pour moi à priori la spécialité la plus difficile ... donc euuh ... voilà pour moi c'est la spécialité la plus difficile la médecine générale ... »*

Certains d'entre eux trouvent qu'il faut revaloriser les actes.

M7 *« la promotion ça passe par la valorisation euuh aussi financière parce qu'il y a beaucoup de collègues qui sont plus attirés par une spé glamour que la médecine générale qui reste « la bobologie de la médecine ou la sous médecine » [...] »*

La reconnaissance de l'exercice de la médecine générale passe par une qualité d'exercice selon certains médecins interrogés.

M7 « je parlais du relationnel tout à l'heure ... je pense que ça aussi ... la promotion de la médecine générale c'est aussi euuuuh à nous à faire le nécessaire pour exercer correctement et ... »

La faculté aurait un rôle à jouer dans la promotion de la médecine générale rurale d'après un participant à l'étude. Enfin, un autre médecin évoque une dédramatisation de la médecine générale rurale.

M3 « je pense que si la fac joue le jeu, la médecine de campagne elle de l'avenir mais il faut jouer le jeu ... ça c'est ... »

M5 « je vois bien qu'en ville les délais sont quasiment les mêmes qu'en campagne maintenant je veux dire ... il faut dédramatiser la médecine rurale en disant « mon dieu euh tu vas travailler comme un damné etc » non tu fais l'emploi du temps que tu as envie de faire »

IV. La médecine générale rurale, des soins de qualité

Certains médecins interrogés veulent mettre en avant la qualité des soins prodigués par les médecins généralistes en ruralité.

M3 « et en plus on a souvent l'illusion que en fait en ville on va faire une médecine qui est plus qualitative, alors ça c'est quand même une aberration totale »

Un des médecins interrogés estime que la présence d'un secrétariat physique participe à la qualité des soins.

M5 « soit ma secrétaire maintenant depuis le temps qu'elle est ici, bah pareil elle est très importante aussi à mes yeux ... parce que ... c'est important d'avoir une bonne

secrétaire je le répète ... »

V. La médecine générale rurale, la transmission de compétences et de l'envie d'exercer

La plupart des médecins interrogés sont maîtres de stage universitaire. Pour rappel, être maître de stage ne fait pas partie des critères de sélection.

A. Une envie de former et d'informer les étudiants

Ceux-ci mettent en avant l'envie de transmettre leurs compétences et la pratique de la médecine générale en ruralité.

M6 « *Voilà, je suis arrivé après. Le but c'est d'être dynamique, d'avoir des internes ... leur faire apprendre des choses ... »*

Pour certains d'entre eux, l'exercice en ruralité n'est pas assez mis en avant.

M3 « *mais euh voilà le gros problème c'est que beaucoup de gens ne savent pas ce qu'on peut faire, parce qu'on les emmène pas à la campagne ... »*

M5 « *et c'est ça que j'essaye aussi d'inculquer aux étudiants qui viennent ici ... de leur prouver qu'effectivement la médecine rurale n'est pas morte ... le médecin de famille n'est pas mort .. »*

Un médecin interrogé pense que les étudiants peuvent avoir une idée préconçue concernant cet exercice et souhaite donc les informer.

M5 « *et voilà donc ... là je vois bien que c'est la maîtrise de stage permet en tout cas*

à certains étudiants de connaître le coin, de connaître la patientèle, de se rendre compte qu'on est pas avec des bottes et des tracteurs ... et qu'il a l'air complètement etc ... »

B. Un manque d'informations parmi les médecins

Néanmoins, parmi les médecins consultés, certains ne sont pas maîtres de stage. Il s'avère que certains médecins ne sont pas informés des modalités de la maîtrise de stage.

M8 *« je vois mon collègue il est pas souvent là ... * rigole * C'est un choix ... enfin c'est bien il peut s'occuper de ses enfants ... il a un peu plus de temps libre ... enfin il supervise ... souvent l'étudiant est tout seul ... je ne sais pas comment ça fonctionne »*

C. L'importance des stages et des remplacements en ruralité

Quelques médecins se sont installés sur leur lieu de stage de l'internat ou sur leur lieu de remplacement.

M2 *« euuuuh et j'ai eu l'occasion de venir ici dans mon cabinet ici avec mon prédécesseur en découverte externe médecine générale. C'était pas encore obligatoire à l'époque et j'ai vraiment bien aimé. Je me souviens qu'à la fin de ma première journée, je me suis dit « Wouah c'est ça que je veux faire »*

Enfin, l'ensemble des médecins interrogés est d'accord pour mettre en avant l'importance des stages en ruralité pour faire découvrir l'exercice et pour attirer les jeunes médecins.

M3 « Donc le gros problème de la médecine de campagne c'est qu'il faut la montrer aux étudiants pour leur montrer qu'elle existe et qu'elle est belle et qu'on travaille bien »

M4 « Bah après je pense qu'il faut qu'ils viennent remplacer ou ... faire un ... pas leur internat ... des stages ... je pense que c'est le mieux parce qu'au moins ils vont voir un peu comment ça se passe et il y a que en faisant comme ça hein parce que s'ils viennent de la ville ... »

M5 « la maîtrise de stage pour moi est cruciale aussi là-dedans hein ... pour faire connaître ... malheureusement il y a que comme ça qu'on peut y arriver ... faire connaître les coins ... »

De plus, l'accueil d'étudiants ou de remplaçants offre la possibilité, selon certains médecins interrogés, de se mettre à jour concernant les recommandations.

M9 « alors ils travaillent bien. Moi j'ai eu des remplaçants supers ... que j'adore ... et qui m'apprennent aussi des choses parce qu'il y a des trucs que j'ai oublié ... Donc ça moi, j'ai beaucoup de plaisir à travailler avec les remplaçants et à échanger et je m'entends bien avec ... »

Un médecin interrogé souligne l'importance de proposer des remplacements de qualité afin d'attirer les jeunes médecins.

M6 « Comment attirer les jeunes euuh ... la qualité ... enfin ... de leur proposer déjà des remplacements de qualité ... quelqu'un qui vient remplacer où c'est un peu le bazar, les patients sont pas sympas, pas reconnaissants, un logiciel vraiment euuh pourri compliqué euuh etc ça donne pas envie de s'installer ... »

Ils veillent également au bien être des jeunes médecins.

M3 « Donc il y a un moment on doit se dire, ok il faut de la qualité de vie. Moi un interne qui me dit « écoute voilà moi je veux travailler en collaborateur libéral, je veux faire 3 jours par semaine et c'est tout », bah je lui dis mais t'as raison !! »

La maîtrise de stage est importante. Selon des médecins interrogés, la maîtrise de stage fait partie de l'avenir de la médecine générale rurale.

M2 « Et je pense que c'est en étant aussi maître de stage universitaire, en attirant les internes à venir voir comment on travaille ici qu'on peut leur faire découvrir ça ... »

M5 « euuuh il y a des échanges avec la jeunesse ... on se tient au courant des nouvelles recommandations etc etc ... donc je pense réellement que les jeunes oui vont vouloir faire de la maîtrise de stage, vont avoir envie de transmettre ou peut être vouloir être chargés d'enseignement, d'être directeurs de thèse etc ... »

VI. L'amour du travail en médecine générale rurale

A. Le choix de la ruralité

Quelques médecins interrogés ont choisi de s'installer en campagne après avoir remplacé ou travaillé en ville.

M5 « j'en sais rien, encore une fois j'ai jamais été ... la seule ville que j'ai pu faire entre guillemets c'est * ville *, c'est le plus gros que j'ai fait en tant que remplaçant quoi ... donc pour moi c'est déjà la mégapole quoi là hein ... mais voilà ... »

La plupart des médecins interrogés aiment leur exercice et y trouvent une bonne qualité de vie et parlent d'une liberté d'exercice.

M5 « Tout ça pour dire que la médecine rurale c'est super, c'est chouette...

franchement pour rien au monde je partirai d'ici ... rien au monde ... »

M3 « *je suis pas dans un service hospitalier où je suis dépendant des, du bon vouloir du chef de service voilà ... donc euh donc en fait voilà je pense qu'au bout d'un moment quand j'ai réfléchi, bah en fait je vois ... il y a rien qui peut être aussi bien de ça ... »*

B. La variété d'exercice et le travail d'équipe

Un des médecins interrogés aime la variété de la médecine générale rurale malgré parfois, une grosse charge de travail. Ils insistent sur l'importance de l'exercice coordonné avec les autres professionnels de santé.

M3 « *fin voilà donc en fait les gens qui pensent qu'on est isolé se trompent quoi »*

M5 « *euh pour essayer de tenter de trouver quelqu'un qui me suive, une pédicure m'a suivi ... un médecin généraliste m'a suivi ... euh 4 infirmiers m'ont suivi et on a donc formé cette petite maison médicale »*

C. Les avantages du travail en ruralité

Ils trouvent des avantages à l'exercice en ruralité, tout étant non loin des villes ou grands axes.

M6 « *C'est calme ... il y a pas une voiture qui est passée depuis toute à l'heure ... on entend les oiseaux ... * rigole ** »

D'ailleurs, certains médecins estiment avoir un exercice semi-rural et en ont une définition.

M6 « ** Ville * c'est à 20 min, la plage c'est à 20 min * sourit * puis * ville * c'est à 5*

*min.... et * ville *, * ville *, CHRU c'est 35 min d'ici, par l'autoroute ... »*

Un des médecins interrogés rappelle l'importance de la vie personnelle même s'il aime son exercice en ruralité.

M3 *« j'ai besoin de passer du temps avec ma femme et mes enfants et de jouer à la play. Donc c'est tout. »*

D. Les questionnements concernant l'avenir

Quelques médecins ont des craintes quant à l'avenir concernant l'investissement personnel des jeunes médecins.

M7 *« hein parce que ça demande un investissement personnel et pour moi ce qui pêche de plus en plus dans l'exercice de la médecine générale c'est l'investissement personnel ... euh y compris dans la médecine spécialisée ... »*

M9 *« je crois encore en la médecine mais je ... je suis un peu inquiète de l'évolution parce que je trouve que l'investissement est plus le même mais c'est pas que dans la médecine hein ... c'est que la façon de travailler est plus la même ... alors est ce que c'est vous, est ce que c'est nous qui avons raison ... »*

Les avis divergent concernant la notion de médecin de famille.

M5 *« je pense qu'il faut y croire ... euuuh donc moi j'ai toujours ... j'ai toujours dit cette phrase et je l'ai dit quand je me suis installé « le médecin de famille n'est pas mort », j'ai toujours voulu être médecin de famille et rester médecin de famille ... »*

M6 *« Aussi ouai, ça se perd c'est vrai avec le temps ... mais enfin ... les parents qui viennent avec leurs enfants et les grands parents qui viennent aussi ... au final on a*

encore un rôle de médecin de famille même si ça se perd avec le temps ... »

Enfin, les médecins interrogés prennent à cœur l'avenir de la médecine générale rurale et s'intéressent au sujet de la thèse.

M5 « Non mais c'est un sujet très intéressant euuuh super intéressant ... franchement j'ai hâte de voir les résultats ... »

En général, les médecins interrogés croient en l'avenir de la médecine générale rurale.

M2 « *et ils ont fini par repartir là-bas quand même ... mais oui ça a de l'avenir* »

M5 « *donc euuuh mmmh j'y crois toujours moi en fait en la médecine rurale et à cet avenir là ...* »

VII. Le relationnel en milieu rural

A. Un lien privilégié

Les médecins interrogés disent avoir un lien privilégié avec la patientèle de campagne en comparaison à la patientèle urbaine.

M1 « *puis ce relationnel avec les gens de la campagne ici vous voyez, si vous étiez venue toute à l'heure, il y avait encore un pot de miel ici que quelqu'un m'avait donné [...]* »

M2 « *Bah je sais pas, les gens ici sont accueillants, respectueux, euuuhhhh ... ils nous écoutent, ils font pas toujours ce qu'on dit de faire mais ils nous écoutent ... ils ont l'amabilité de nous écouter... Ce qui est pas toujours le cas en ville* »

En étant à la campagne, les médecins interrogés veulent être proches de la patientèle. La notion de médecin de famille revient parmi plusieurs médecins interrogés.

M7 « *Moi c'est ce qui m'a poussé à faire de la médecine générale, libérale et ... semi-rurale ... Moi je trouve que le rapport ... souvent on soigne la famille ... on soigne les grands-parents, les petits-enfants, les oncles, les tantes ... voyez alors c'est ... ça impose un secret médical ... mais euh voilà je trouve que c'est gratifiant ...* »

B. L'éducation de la patientèle

Parmi ceux-ci, l'éducation de la patientèle est importante.

M3 « *et la médecine de campagne c'est une médecine qui peut vraiment avoir de l'avenir à partir du moment où on se dit ok je peux très bien travailler en étant carré, en étant pédagogique avec mes patients leur expliquant que là voilà* »

C. Les difficultés d'accès aux soins

Un médecin interrogé se rend compte de la difficulté d'accès aux soins par les patients vivant en ruralité.

M2 « *peut-être plus, ouai le renoncement aux soins de la part des patients, parce qu'ils veulent pas faire les kilomètres et qu'ils veulent pas y aller mais on fait avec...* »

D. La relation avec les paramédicaux

La relation avec les paramédicaux et les autres médecins généralistes est

importante pour les médecins participant à l'étude.

M2 « euuuh on a des infirmières qui nous aident énormément pour les soins à domicile .. non je ne me sens pas isolée par rapport à ça... »

E. Un facteur de décision d'installation pour les jeunes médecins

Le relationnel en campagne fait partie des facteurs de décision d'installation en campagne pour certains médecins. Mais un médecin interrogé rappelle qu'il faut garder ses distances.

M4 « on en a avec les gens, de les connaître, d'être un peu un ... ouai un membre ...bah peut être pas de la famille non plus mais on connaît un peu tout le monde ... et on fait pas que du médical ... on parle un peu du reste aussi et ... c'est ça qui m'a décidé à .. à choisir médecine générale. »

F. Une modification du profil des patients

Étant médecin généraliste en ruralité, certains médecins participant à l'étude ont noté une modification de leur patientèle. Un des médecins note une transformation de la demande de soins. Cela devient un bien de consommation d'après celui-ci.

M7 « mais je vois que la nouvelle population euuh en plus * village * ... on devient la couronne Lilloise, il y a beaucoup de gens qui ont acheté une maison ... ils viennent de Lille la métropole avec une mentalité de patient urbain ... »

M7 « et euuh on devient plus un bien de consommation hein ... »

Ce même médecin a des craintes quant à l'avenir par l'augmentation du nomadisme médical et l'augmentation de l'absentéisme.

M7 « *parce que c'est ces patients là finalement oui ... téléconsultent beaucoup ... si c'est pas moi qui vais donner l'avis ce sera un autre ... pas forcément ici au cabinet ... donc on voit quand même plus de nomadisme revenir ... nomadisme médical ...* »

M7 « *euuuuh ... l'absentéisme ... c'est à dire on prend rendez-vous, on ne vient pas hein ... euh ça c'est une plaie quand même ... d'ailleurs moi je ... quand on vient pas deux fois à un rendez-vous ...* »

VIII. Les relations avec les hôpitaux et autres spécialités

A. Allongement des délais de rendez-vous

Certains médecins interrogés constatent que le délai de rendez-vous s'est allongé.

M7 « *mais bon oui je remarque que ... les délais s'allongent, les ... on parle du bien-être et de l'épanouissement professionnel et personnel et je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui ont pris conscience aussi de ça ...* »

Néanmoins, lors d'urgences, certains médecins ont la possibilité d'avoir un contact rapide avec les autres spécialistes.

M5 « *Alors ça on y arrive assez facilement quand même malgré tout ... parce que quand t'as une suspicion de phlébite ou de thrombose ... toi voilà tu fais tout de suite la piqûre qu'il faut ... l'ARIXTRA s'il faut .. T'appelles et ils arrivent quand même à se débrouiller quoi ... ils arrivent à se débrouiller ...* »

B. La relation avec les hospitaliers et les autres spécialistes

La plupart des médecins de l'étude sont contents de la relation qu'ils ont avec les autres spécialistes et les hospitaliers et met en avant l'importance de la technologie pour maintenir ce lien.

M2 « ... on a peut-être moins d'accès aux services hospitaliers fin et encore je trouve pas ... je trouve que les hôpitaux sont aussi en train de s'organiser pour qu'on puisse avoir des liens directs et des accès privilégiés, donc les soins aux hôpitaux ... les accès aux hôpitaux sont les mêmes »

M2 « non je trouve qu'on est pas, même si on est en campagne, on est pas isolé, on a des, on a des, on a quand même la possibilité d'avoir accès à des avis maintenant on a quand même la téléconsultation et les téléavis... je sais pas si vous connaissez omnidoc ... mais fin voilà ... On a omnidoc, on a la hopline c'est le lien direct avec le CHRU de Lille pour avoir un avis »

Malgré tout, quelques médecins interrogés pensent que les autres spécialistes se reposent sur les médecins généralistes ... et encore plus en ruralité d'après un des médecins interrogés.

M1 « [...] on découvre un cancer du sein chez une dame, le radiologue lui donne rendez-vous dans 15 jours pour le diagnostic d'annonce. La dame va pas attendre 15 jours pour avoir un diagnostic, le lendemain elle est chez nous. Nous quand on voit la radio bah on voit bien que c'est un cancer parce que c'est marqué dans le compte rendu mais eux avec des noms médicaux bah ils comprennent pas... Bah c'est nous qui faisons le diagnostic d'annonce [...] »

M7 « et nous on doit rattraper tout ça ... Et en médecine rurale c'est souvent ça ... »

Un médecin interrogé rappelle d'ailleurs que les médecins généralistes gèrent beaucoup de patients sans les envoyer aux urgences.

M1 « [...] *On soigne quand même, je rappelle les médecins généralistes, dans la pyramide des prises en charge, plus de 90% des gens sans passer par les examens complémentaires. Les angines, les machins, les ceci, les cela, les érysipèles, on soigne beaucoup de choses. Il y a que 10% des gens qu'on envoie à l'hôpital, à peu près je crois dans la prise en charge, je ne me souviens plus mais je crois que ça doit être 10-20%. On soigne 90% de la population [...] »*

C. Des questionnements quant à l'avenir

Un médecin participant de l'étude pense qu'il faut mettre en avant la qualité d'exercice afin d'être reconnu.

M7 « *mais c'est à nous à exercer aussi correctement ... je pense que si on adresse pas n'importe quoi à n'importe qui, on a des retours positifs .. »*

M7 « *puis quand vous envoyez un patient à un spé ... faut un minimum quoi ... vous avez déjà fait votre bilan, il est content, il conforte votre diagnostic ... et puis ... la prochaine que vous lui envoyez quelqu'un, il va y porter un intérêt ... c'est sûr que si vous envoyez à un ORL que des bouchons de cérumen, à un moment il va dire « * nom * il commence à me gaver ». »*

Un autre participant à l'étude propose de prendre des médecins spécialistes d'organe en stage pour leur faire découvrir le rôle des médecins généralistes, surtout en ruralité.

M1 « *Je pense que même les médecins spécialistes devraient faire au moins 6 mois*

en médecine générale. On va pas leur demander ça, ça va les choquer les pauvres ... Mais au moins ils comprendraient un petit peu les situations dans laquelle ils nous mettent quand ils font pas les arrêts de travail, quand ils font pas les ordonnances, quand leurs lettres sont un peu [...] »

M1 *« Parce que la pratique de la médecine hospitalière et la pratique de la médecine générale, c'est quand même différent. Et je pense que même 6 mois pour un médecin spécialiste ce serait pas mal, ça aurait été beaucoup plus intéressant que de mettre une quatrième année aux médecins généralistes »*

Malgré tout, un des médecins interrogés craint une dégradation de l'offre de soins.

M7 *« ça reste motivant ... faut juste que ça se dégrade pas trop dans le temps ... Là je remarque quand même que depuis le covid ... j'ai l'impression que c'est un peu plus difficile, les délais s'allongent ... beaucoup parlent ... »*

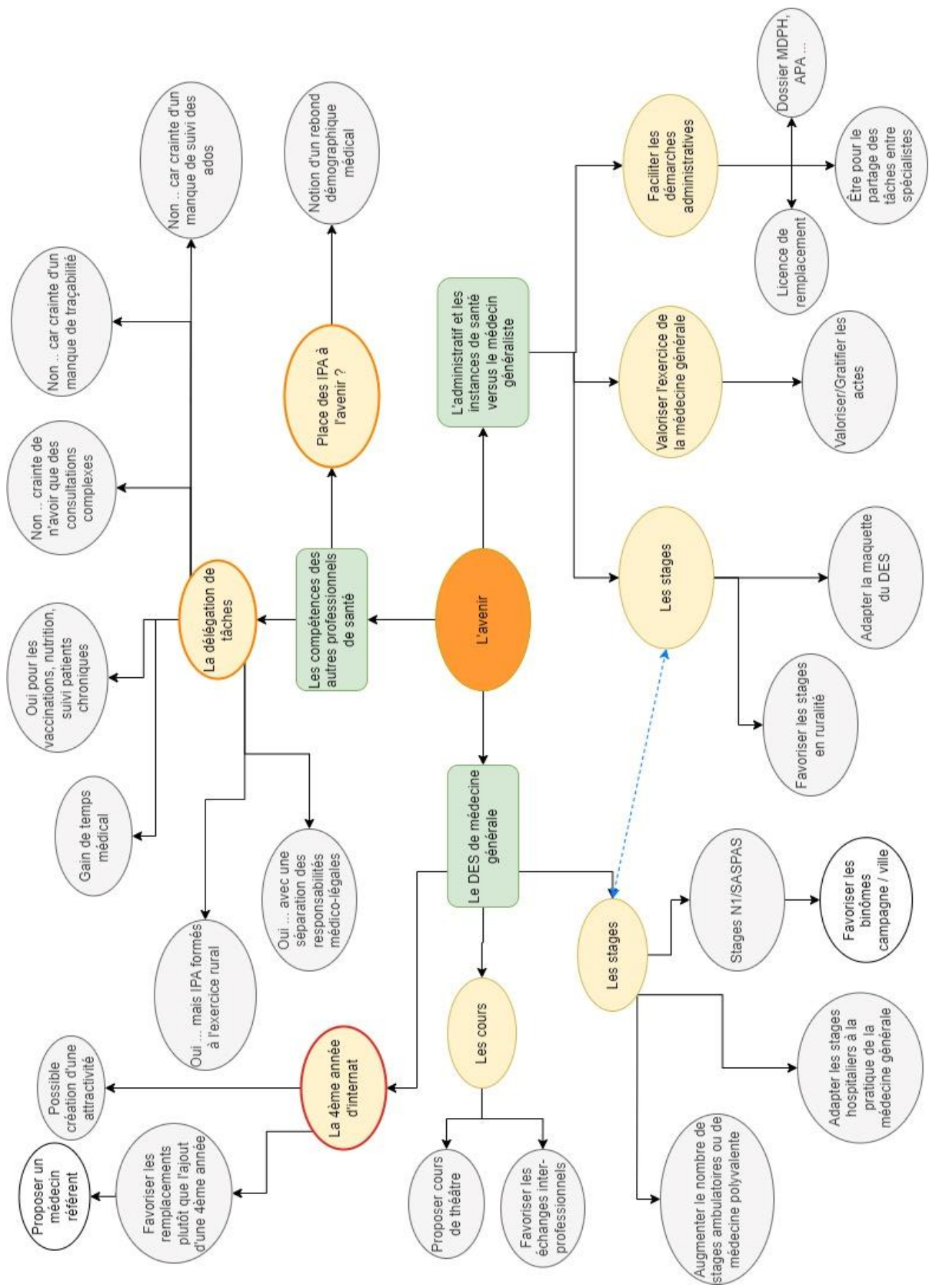
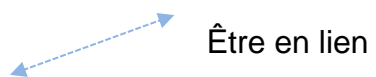


Diagramme 2 : Synthèse des résultats

Légende des diagrammes de synthèse des résultats



IX. Le DES de médecine générale

A. La quatrième année d'internat

La majorité des médecins participant à l'étude est plutôt contre la quatrième année de l'internat.

M1 « *Pour revenir sur la quatrième année de médecine, ça m'embête un petit peu aussi parce que je me dis je pense que les internes de médecine générale sont suffisamment formés pour avoir une expérience de médecin généraliste en libéral* »

Certains médecins interrogés craignent que cette réforme ne soit pas en faveur des internes et craignent que cela ne diminue le nombre de remplaçants.

M6 « *Bah ça rajoute une quatrième année à quelque chose qu'on ...enfin je veux dire ... je pense que le but de tout ça c'est de suppléer le manque de médecin en ruralité ...* »

M7 « *on a besoin de remplaçants ... on a besoin de bras en ville ... pour moi c'est pas une mesure qui était judicieuse ...* »

Quelques médecins interrogés ne sont pas suffisamment informés de la réforme. Un médecin ne savait pas qu'il y avait une quatrième année d'internat.

M8 « *Non c'est quoi ?* »

Quelques médecins interrogés sont pour favoriser les remplacements et pensent à diminuer le nombre de stages hospitaliers.

M7 « *donc il faut plus de généralistes, il faut ... plus de remplaçants ... moins de temps à l'hôpital, plus de remplacements, docteur junior une année pour rien ... faites les*

remplacer ... voyez ça c'est des choses assez simples à mettre en place ... »

M9 *« je trouve qu'on devrait les avoir avec nous, qui nous remplacent et qu'on soit pas loin ... comme voilà ... mais euuuh ... »*

D'ailleurs, un médecin généraliste participant à l'étude pense à créer un lien entre remplaçant et médecin référent, afin de favoriser les remplacements.

M3 *« et même moi j'aurai fait, pour ce qui vont être la campagne, qui vont peut-être ... j'aurai fait des médecins de permanence, des MSU ... un MSU de permanence [...] on devrait avoir même des référents, en disant voilà, il y a 10 médecins de la fac acceptant d'être référent et un interne qui est en rempla [...] »*

Malgré tout, un médecin pense que la quatrième année d'internat peut créer de l'attractivité, mais sous certaines conditions.

M5 *« faut pas vous obliger à vous s'installer dans une zone sous dotée [...] ça vous permettrait peut-être de vous donner envie de ... et donc ça peut provoquer une attractivité effectivement ... »*

B. Les stages

Un des médecins interrogés estime que la réalisation de stage ambulatoire est importante. Un autre médecin évoque la réalisation de stages en médecine polyvalente, adaptés, selon lui, à la pratique de la médecine générale.

M5 *« mais il faut plus de stages ambulatoires quoi ... »*

M7 *« par contre faire de la médecine polyvalente oui ça serait utile ... la gériatrie euuuh ... »*

Quitte à diminuer la durée de certains stages hospitaliers. Un médecin pense à la réalisation de stages ambulatoires en pédiatrie ou gynécologie, ou à adapter la pratique des internes de médecine générale en hospitalier.

M5 « *il faudrait qu'il y ait des stages euh peut être ambulatoires en pédiatrie en gynéco pour pouvoir faire les actes, les frottis, les choses comme ça ... c'est ça qui nous intéresse nous pour notre ...* »

M5 « *C'est ça, un planning exprès avec des objectifs, des prérequis ... et puis euh oui ... axé, faire des consultations, nous faire plus de consultations tout venant etc machin ...* »

Certains médecins parlent du stage de N1 et SASPAS et proposent une modification des binômes de MSU afin de faire découvrir la médecine générale rurale aux internes.

M2 « *pourquoi pas, effectivement, oui c'est pas bête ... de mettre des binômes euh au lieu enfin encore une fois on va toucher à la liberté ... Proposer des binômes citadins et campagne, ça pourrait être une bonne idée ...* »

M3 « *vous vous êtes dans des binômes lillois, vous vous connaissez par cœur, Ok d'accord [...] alors ... changez votre vision quoi ... mettez-vous avec un campagnard un citadin* »

C. Les cours

Quelques médecins pensent que les cours donnés lors de l'internat de médecine générale sont à réformer. Certains médecins interrogés proposent des idées. D'ailleurs, un médecin de l'étude, faisant partie du DMG, est informé de la

refonte des cours.

M3 « moi je vais voir tes collègues mais tes collègues quand il s'agit de gérer quelqu'un qui déprime tout ça, bah c'est hyper compliqué [...] euh faire preuve d'empathie, se décentraliser, comprendre le patient etc on ferait mieux de faire faire des cours de théâtre, on ferait mieux de faire des lettres, de faire lire, de faire ... »

M7 « oui les formations, les échanges interprofessionnels ça c'est beaucoup plus intéressant que des cours qui * souffle * qui font la check-list de tout ce qui existe et à vous de vous adapter... »

M5 « donc on va faire des GEP professionnalisants ... on va parler de la thèse ... on va parler de la fiscalité, on va parler de la compta .. »

X. La modification des compétences des autres professionnels de santé

A. Des avis divisés

Les médecins interrogés sont divisés concernant la délégation de tâches aux pharmaciens et infirmiers ainsi qu'à la place des IPA ou assistants médicaux. Un médecin interrogé en est conscient.

M5 « J'imagine que les avis doivent être extrêmement divergents là-dessus ... »

Certains médecins sont plutôt contre la délégation de tâches.

M4 « Bah parce que justement j'aime bien avoir la main sur tout ça et euh j'ai pas ... bah déjà je trouve que bah ... bah par exemple les IPA ou les assistants médicaux euh ... ils font quand même le début de l'interrogatoire, le début de ... bah ils prennent les constantes et tout [...] moi j'aime pas ce côté-là ... »

D'autres médecins sont plutôt en faveur mais avec un cadre.

M5 « *je suis complètement pour si c'est cadré ... c'est à dire que ... moi j'estime que chacun a des compétences dans son domaine [...] l'infirmier sait des choses que moi je ne sais pas en pansement, en cicatrisation, en gestion d'insuline etc ... ils savent des choses mais c'est extraordinaire... »*

Par ailleurs, un médecin ne connaît pas toutes les modalités de cette réforme.

M2 « *Après la loi RIST, je vous avoue que je sais même plus ce qu'elle dit, j'étais encore sur la loi d'avant pendant le covid ... »*

Quelques médecins étant pour la délégation de tâches évoquent la responsabilité médico-légale et voudraient que chaque professionnel de santé ait sa propre responsabilité.

M3 « *qu'une histoire de responsabilité, voilà que nous on porte pas une responsabilité si elle fait de la merde ... que elle elle ait ses propres responsabilités, voilà, mais il y a un moment qu'on puisse déléguer ... »*

M5 « *[...] c'est au niveau responsabilité... c'est à dire que ... une IPA qui suit le patient pendant 1 an et si le patient claque un infarct et on se dit bah c'est la responsabilité de qui ... bah c'est la responsabilité du médecin parce qu'il l'a pas suivi ... non il faut quand même que ... là au niveau responsabilité médico-légale il faut qu'il y ait quelque chose de bien ficelé quoi ... »*

Un autre médecin en ruralité est pour mais voudrait des IPA formées à l'exercice en ruralité.

M2 « *Donc euh si on peut avoir une IPA ça sera une nouvelle personne qui faudra qu'elle se fasse à notre manière de travailler... nous aussi on se fera à sa manière de travailler mais est-ce que c'est une personne qui est formée à la médecine de campagne ... je ne sais pas ..* »

B. Les avantages reconnus

Plusieurs médecins étant pour la délégation de tâches sont conscients du gain de temps médical que cela peut procurer.

M3 « *[...] ces gens-là chez qui j'ai ... avec qui j'ai passé 30 min mais derrière je laisse 2 mamans avec un bébé qui a de la fièvre ... donc derrière en fait j'apporte une petite plus-value à une personne que j'aurai pu déléguer à l'infirmière qui aurait passé 45 min [...] et bah on aurait eu une plus-value monstrueuse mais ... et moi j'ai le temps pendant ce temps de soigner le bébé qui a de la fièvre* »

Certains médecins interrogés ont des idées concernant les tâches qu'ils pourraient déléguer aux autres professionnels de santé.

M3 « *[...] donc déléguer par exemple, expliquer la nutrition, le ci le ça, il faut le donner, que les infirmières Asalée ou les IPA nous accompagnent sur les Alzheimer, sur les gens qui vont avoir un Parkinson, allez à domicile, nous on a pas toujours le temps... voilà tout ça c'est compliqué ... et expliquer les trucs alimentaires, la tension, qu'est-ce qu'on mange quand on a de la tension, qu'est-ce qu'on mange pas et si et ça...* »

M6 « *il faut vraiment cibler la prévention et c'est ce que fait l'IPA au final ... Elle prend plus le temps de faire que nous ...* »

C. Les craintes ressenties

Quelques médecins interrogés pensent connaître la raison pour laquelle les IPA ne sont pas intégrés parmi les médecins.

M3 « *le problème c'est de se dire ... pour beaucoup de médecin, c'est que l'infirmière elle va gagner plein d'argent alors qu'elle a fait que 3 ans d'étude ou 4 ans, moi j'ai fait 10 ans j'ai des grosses responsabilités ...* »

Un participant à l'étude est témoin des difficultés d'un IPA.

M6 « *et euh je connais une IPA ... enfin une infirmière libérale, qui pour améliorer par son activité etc, se forme à faire IPA ... elle doit faire des terrains de stage en ambulatoire en libéral ... elle arrive pas à trouver de stage ... C'est ... les portes sont fermées ...* »

Parmi les médecins interrogés, certains sont plutôt contre la délégation de tâches car ils craignent d'avoir moins de consultations « faciles » et plus de consultations complexes.

M6 « *Le problème c'est qu'on a l'impression que d'avoir des IPA qui voient des patients chroniques qui vont bien comme un patient diabétique, c'est nous donner que des problèmes ... que des consultations à problèmes ... complexes aussi ...* »

M9 « ** souffle * ... bah c'est bien ... mais en même temps des fois ça nous fait du bien d'avoir des consults faciles [...] voilà nous pour 26,50 ... je suis désolée, avoir une demi-heure de consultation non ... de temps en temps, ce qui permet de rattraper, c'est d'avoir un vaccin, une cystite, une rhino et puis ça nous fait une pause aussi dans l'esprit ..* »

Il existe également des craintes concernant la traçabilité des soins et la multiplication des acteurs de soins.

M8 « Mais bon ... après euuuh ... tant qu'ils notent bien dans les carnets de vaccination parce que des fois ils viennent et on sait pas ce qui a été fait non plus quand il y a plusieurs acteurs comme ça [...] »

Un médecin craint également le moins bon suivi des adolescents dans le cadre de la vaccination par les autres professionnels de santé.

M8 « [...] mais je pense que pour les enfants et les adolescents je pense que c'est bien qu'ils viennent chez le généraliste ... parce qu'on fait pas que le vaccin, on fait l'examen général ... voir s'il y a pas une scoliose, un tas de problème inhérent ... à la puberté tout ça [...] si c'est fait en pharmacie, ils viennent pas ... sauf s'ils sont malades mais ceux qui sont pas malades bah on les voit pas ... enfin je sais pas ... »

Enfin, un médecin pense que cette solution n'est pas viable au long terme. Un autre médecin se demande quelle sera la place de l'IPA à l'avenir dans le cadre d'un rebond de la démographie médicale.

M8 « Bah je crois que ça serait bien aussi de former plus de médecin * rigole * parce que là c'est ... c'est un échappatoire ... c'est une solution ... de remplacement ... enfin je sais pas ... »

M6 « pour temporiser un petit peu mais dans 10 ans euh si on manque plus de médecin, qu'est-ce qu'on va faire des IPA après s'il y en a trop et qu'il y a assez de médecin et moins de patients ... qu'est-ce qu'on fait des IPA ? On les a formées quand même, ça a un coût de former les IPA ... voilà ... »

XI. L'administratif et les instances de santé versus le médecin généraliste

A. Le manque de reconnaissance et la revalorisation du médecin généraliste

Quelques médecins interrogés ne se sentent pas reconnus par les instances de santé.

M7 « *Complètement ... parce qu'en médecine ... bah d'ailleurs les pouvoirs publics ... le responsable de tous les maux de l'assurance maladie c'est le médecin généraliste ... celui qui ... sait un petit peu sur plein de chose mais finalement qui sait pas grand-chose hein ... correctement ... qui prescrit mal ... qui prescrit trop ... »*

Certains participants à l'étude pensent que les réformes ne sont pas adaptées à leur pratique et à la pratique en milieu rural.

M2 « *[...] Et je pense que du coup la sécu ils voient peut-être plus d'un point de vue national ... je dis pas que les problématiques auxquelles ils essayent de répondre n'existent pas mais bah c'est pas de la campagne quoi ... C'est pas la médecine de campagne ... »*

Un autre médecin pense que les réformes mises en place ne sont pas faites pour soutenir le médecin généraliste mais pour augmenter le volume de travail.

M7 « *c'est à dire que si on vous aide à ... une aide financière à employer un assistant médical c'est aussi pour que vous receviez plus de monde et que vous arriviez à ... globalement dégrossir les urg ... »*

La plupart des médecins interrogés voudraient avoir une revalorisation et une promotion de l'exercice du médecin généraliste.

M5 « *faut valoriser notre travail de toute façon, ça c'est clair net ... on est pas assez valorisé ...* »

M7 « *mais oui euuuh donc euh la promotion c'est oui « on fait des choses bien quand même », si on était pas là ... parce que sur la pyramide des actes, il y a qu'un patient sur 100 qui va voir les spé ou les urg ... là 99 c'est nous qui gérons ... 99% quoi ... donc c'est nous qui gérons la santé des français ...* »

Certains médecins interrogés sont, d'ailleurs, contre les ROSP et espèrent une valorisation de leurs actes.

M7 « *après quand vous travaillez trop on vous le reproche ... Parce que vous savez on est scoré hein ... on a des relevés SNIR ... j'ai pas un mauvais profil moi ... j'ai rien à ne me reprocher vraiment hein ... si ce n'est en volume peut être mais euh voilà ... ça aussi c'est désagréable d'être évalué sur tant de critères ...* »

M9 « *je trouve qu'au lieu de nous faire nos ROSP et ... ils auraient mieux fait de revaloriser notre travail et pas nos calculs ... en fait ... et ça, ça me ... enfin ça me dépasse ... j'ai 57 ans et moi franchement ça me dépasse ... parce que ... c'est pas ma façon de travailler ...* »

Quelques médecins ont eu l'occasion d'avoir une aide à l'installation. L'un d'entre eux déclare ne pas avoir ressenti le bénéfice de ces aides.

M4 « *Bah alors ... Est-ce que ... soutenue ou représentée je ne sais pas ... mais du moins ... oui l'ARS elle est quand même là ... elle propose des choses, elle met en place des aides ... moi quand je me suis installée j'ai eu une aide l'ARS comme j'étais*

dans une zone sous dotée. »

M6 « *Non ... c'est parti tout de suite dans les impôts ... * rigole* la grande majorité ... et au final euh bah avec le recul que je l'ai eu ou pas ... * hausse les épaules * ça change rien ... »*

Certains médecins constatent malgré tout que des efforts sont faits.

M5 « *je vois bien qu'il y a une dynamique qui est en train de se mettre en place euuuh contrairement à ce qu'on peut penser ... »*

B. La démographie médicale

Quelques participants à l'étude notent une mauvaise gestion des campagnes et leur manque d'attrait pour la famille des médecins.

M2 « *après on va être une génération aussi où nos conjoints vont pas forcément pouvoir travailler en campagne... malheureusement la campagne ne se développe pas passez pour pouvoir accueillir une famille entière, 2 personnes qui travaillent et les enfants ... »*

Le manque de médecins impacte l'exercice de médecine générale et certains médecins interrogés pensent que les décisions politiques en sont la cause.

M5 « *t'es pas responsable des erreurs des politiques, t'es pas responsable du numerus clausus, t'es pas responsable de la démographie médicale ... je veux dire non quoi ... 50 patients par jour pas pour moi merci au revoir ... »*

Un médecin pense qu'il faudrait encourager les internes à choisir des stages en ruralité, sans leur imposer.

M7 « *c'est une bonne chose mais il faudrait quand même peut être dire à un moment « allez faire un tour 6 mois ou quelques semaines dans un lieu euuuh sous médicalisé pour prendre un peu la température et peut être que ça vous plaira »*

Ce médecin pense qu'il faudrait adapter au mieux la maquette de stage du DES de médecine générale.

M7 « *il faut qu'on ... la filière de médecine générale, c'est la médecine polyvalente ... c'est vraiment euuuh mais c'est pareil ... qui décide ? L'ARS ? Qui attribue les postes ?* »

Par ailleurs, quelques médecins interrogés notent les efforts des communautés de commune et de la CPTS afin de maintenir un dynamisme dans leur territoire.

M5 « *C'est ça ... donc euh mais comment on peut attirer un petit peu plus les étudiants à ... alors je sais que par ici, par exemple, la communauté de commune fait des journées d'accueil pour les internes où on leur fait faire des activités sportives ... [...] et puis il y a différents acteurs ... filieris euuuh les présidents de CPTS etc qui viennent pour dire « venez on est bien ici » etc .. »*

Un médecin interrogé tient à souligner également des études « traumatisantes » et souhaite protéger la nouvelle génération de médecin.

M3 « *parce qu'une fait dans nos études de médecine, ce sont des études qui sont extrêmement traumatisantes, qui sont psychologiquement très difficiles ... »*

C. Les démarches administratives

Plusieurs médecins participant à l'étude espèrent une facilitation des démarches administratives dans divers domaines.

M3 « [...] Mais voilà il faudrait simplifier ces choses-là pour se dire si on apporte du soin, on facilite les axes ... quand on voit à quel point mes internes ... pour avoir leur licence de remplacement enfin ... c'est affreux ... faut la commission machin ... est ce qu'il a bien validé ... nan mais arrêtez ... »

M7 « [...] parce qu'un dossier MDPH faut $\frac{3}{4}$ d'heures pour bien le remplir, reprendre les éléments du dossier, remplir correctement ... ouai peut être que là il y a une aide administrative ... moi c'est plus comme ça que je vois ça ... simplification administrative ... »

Un autre médecin évoque un partage des tâches avec les autres spécialistes.

M7 « Voilà ... les bons de transports ! Il y a que nous qui les ... parfois les oncologues en milieu hospitalier ... une optimisation du fonctionnement ... déjà ça nous dégagerait du temps et euuuh bon ... »

Enfin, certains médecins interrogés ne sont pas bien informés sur plusieurs sujets.

M4 « parce qu'avec la MSP j'ai l'impression quand même qu'on a un peu plus de ... devoir on va dire mais bon après ça dépend s'il y a un coordinateur aussi ou pas mais bon ... »

M8 « Moi je connais pas toutes les réformes non plus, parce que ça ne me concerne pas ... »

M9 « enfin moi je suis pas très nomenclature mais on a des rois de la nomenclature ici ... mais moi je suis pas la reine de la nomenclature donc il y a plein de truc où je me fais pas payer donc voilà .. »

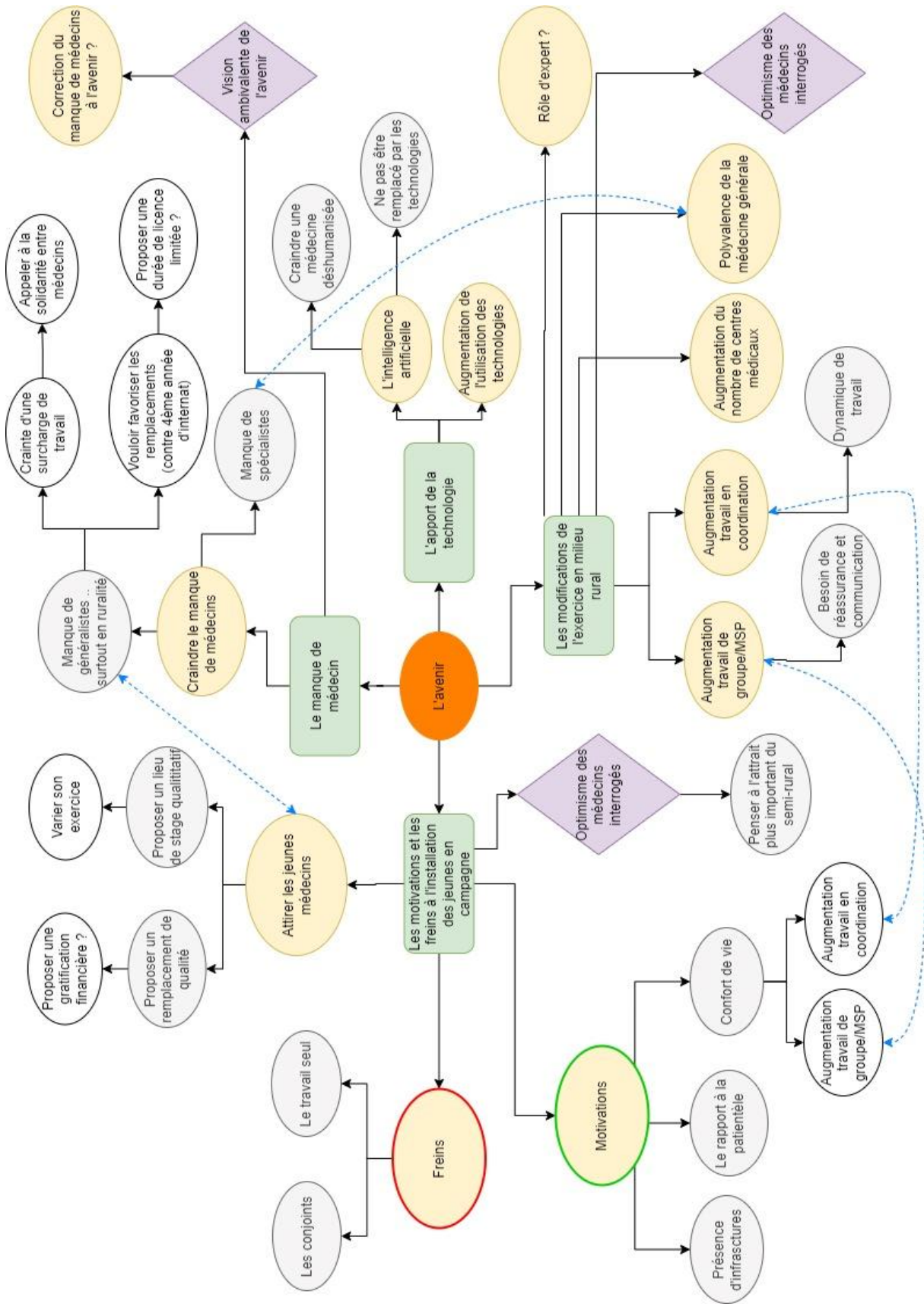
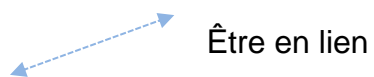


Diagramme 3 : Synthèse des résultats

Légende des diagrammes de synthèse des résultats



XII. Le manque de médecins en ville et en campagne

A. Le manque de médecins et son impact

La plupart des médecins interrogés observent un manque de médecins en ville, en campagne, que ce soit chez le généraliste ou les spécialistes d'organe.

M6 « *le manque de médecin ... les médecins retraités de plus en plus, certains malheureusement décèdent ... sur le * ville * il y a beaucoup de perte ... euuuh ils sont pas remplacés ...* »

Certains médecins essaient de varier leur exercice, comme ici la polygraphie, pour pallier au manque de spécialistes d'organe. Un médecin craint l'augmentation des difficultés à avoir des avis spécialisés.

M8 « *Puis parce qu'il y a des délais des rendez-vous très longs donc ça permet de dépister et euuuh ... bah j'ai fait une formation... je peux appareiller maintenant ... donc quand c'est sévère ...* »

M2 « *euh je crains aussi par rapport ... là ça commence à arriver ... des spécialistes, nos spécialistes habituels qui s'en vont, qui sont pas remplacés... Avant on avait des doppleristes on avait un rendez-vous dans la journée, là y'en a 2 qui sont partis ... c'est le plus le cas...* »

Ce manque de médecins impacte les médecins participant à l'étude dans leur exercice et craignent une surcharge de travail à l'avenir, surtout en ruralité.

M2 « *Euuuuh pffffff Moi je la vois ... je crains l'avenir ... je crains l'avenir ... c'est plus dans le sens où à l'heure actuelle c'est vrai qu'on est en campagne mais pour l'instant, par exemple, dans notre village on a 5 médecins ... Il y a en a 2 voir 3 qui vont partir* »

en même temps et moi je prévois cette période là où on va avoir un afflux de patients »

M4 *« Donc bon après il y a Madame * nom * à * village * qui va partir bientôt donc ça c'est embêtant parce qu'elle a quand même beaucoup de patients ... je sais pas comment ça va être ... »*

Certains médecins ont un volume horaire important pour essayer de répondre à la demande de soins.

M6 *« on essaye de les intercaler mais il y a des moments c'est pas possible euh .. »*

Un des médecins participant à l'étude évoque le manque de médecin traitant en EHPAD également et ressent l'impact sur son exercice.

M8 *« Bah régulièrement j'ai des appels « ma mère rentre en EHPAD, est ce que ... ? » rigole ... Alors moi mes patients qui rentrent en EHPAD, s'ils trouvent pas de médecin, je continue à les suivre donc je vais à * village *, je vais aux 4 coins du cantons ... C'est tout le temps ... »*

B. La politique, une des causes du manque de médecins

Quelques participants à l'étude pensent que les décisions politiques ont participé au manque de médecins.

M5 *« t'es pas responsable des erreurs des politiques, t'es pas responsable du numerus clausus, t'es pas responsable de la démographie médicale ... je veux dire non quoi ... 50 patients par jour pas pour moi merci au revoir ... »*

C. Des solutions mises en place pour pallier au manque de médecins

Certains médecins utilisent la technologie pour avoir des avis spécialisés plus rapidement. Un médecin pense que les télécabines sont mises en place pour pallier au manque de médecins.

M5 « *euuuh pfffff alors ... je sais bien qu'on essaye de trouver ... que les technologies essayent de pallier au manque médical et de désertification médicale* »

Un médecin interrogé pense également que la réforme des IPA est mise en place dans le but de pallier au manque de médecins.

M7 « que tout le monde ait un assistant médical peut être pour suppléer, accepter l'IPA »

Le même médecin pense que le développement des MSP et des CPTS permettent de pallier également au manque de médecins.

M7 « *s'installer en MSP, CPTS ...* »

D. Remise en cause de la réforme du DES de médecin générale

La plupart des médecins ont des difficultés à trouver des remplaçants.

M6 « *j'ai quelqu'un pour octobre, pour Noël ça va être compliqué mais j'arrive quand même à m'en sortir ...* »

D'ailleurs, certains médecins remettent en cause la réforme du DES de médecine générale et plus particulièrement la quatrième année d'internat.

M6 « Bah ça rajoute une quatrième année à quelque chose qu'on ...enfin je veux dire ... je pense que le but de tout ça c'est de suppléer le manque de médecin en ruralité ... »

M9 « je trouve qu'on devrait les avoir avec nous, qui nous remplacent et qu'on soit pas loin ... comme voilà ... mais euuuh ... »

De plus pour pallier au manque de médecins généralistes, un médecin propose une diminution de la durée des licences de remplacement.

M9 « D'arrêter les licences de remplacements ad aeternam ... nous on avait 3 ans ... 2 ans et une dérogation de 1 an ... déjà ça ... parce que c'est un confort de remplacer ... vous n'avez pas les emmerdes ... ils nous laissent gérer tous les ... »

E. La promotion de la médecine générale rurale

Certains médecins veulent promouvoir l'exercice de la médecine générale et surtout en ruralité.

M7 « au Canada, ils obligent les étudiants en médecine générale à partir dans des contrées lointaines, isolées, pendant, je sais plus une année ou 6 mois-1 an avec une gratification financière initiale ... pendant cette période-là, ils sont majorés de ... je sais plus ... de 100% ou de 50% de leur ... et en fait ½ ne revient pas en ville ... ½ reste dans ces contrées parce qu'ils trouvent ça génial ... »

M8 « et puis euuuh ... je pense qu'il faut inciter à s'installer en campagne ... non ? »

Un des médecins observe une inégalité de répartition de médecins sur son territoire et appelle à la solidarité entre collègues pour faire face à une possible

surcharge de travail.

M7 « * ville * il y a 6000 habitants, ils sont 9 médecins ... ils sont 8 maintenant en cabinet médical ... 18h30 plus personne hein ... avant 9h il y a personne ... le samedi personne ... voyez ... »

M7 « Donc euh et de l'autre côté nous on rame à essayer de voir tout le monde ... faut que tout le monde mette un petit peu d'eau dans son vin aussi ... c'est pas simple ... »

F. L'avenir conditionné à la démographie médicale ?

Malgré tout, plusieurs médecins constatent l'arrivée de jeunes médecins mais pas assez.

M5 « hein après il y en a certain effectivement à droite à gauche peut être pour saupoudrer un peu, certains jeunes médecins qui se sont installés comme moi ou ma collègue etc »

Enfin, les médecins interrogés espèrent une amélioration de la démographie médicale et cela conditionne leur avenir.

M2 « Je sais pas comment on va faire ... * rigole * on verra. Encore une fois on va devoir s'adapter ou alors, moi je vais pas pouvoir faire 12 week-ends par an, c'est pas possible, après on a plus de vie ... »

M8 « Comment je la vois ? Bah je sais pas ... euuuh j'espère que ça va s'améliorer un petit peu au niveau des effectifs ... »

Un médecin rassure et pense que le manque de médecins va se corriger dans une dizaine d'années.

M7 « *De ce qui se dit c'est que dans 10 ans, le manque de médecin va se corriger ... avec euuuh bah les formations des internes actuels, la quatrième année, il y a plus d'internes ...* »

Le but de certains médecins généralistes est d'attirer les jeunes dans les campagnes.

M6 « *il y a ici dans le cabinet de la place pour un deuxième bureau* »

M9 « *Voilà mais on essaye d'attirer le plus possible ... on aimerait bien* »

Un médecin participant à l'étude parle de son ambivalence dans sa vision de l'avenir avec d'un côté, le manque de médecin, la crainte d'une surcharge de travail et de l'autre, son optimisme.

M5 « ** réfléchis * L'avenir de la médecine générale rurale ... en ruralité ... en zone rurale ... Alors j'ai une ... c'est assez ambivalent ce que je ressens ..* »

XIII. Les motivations et freins à l'installation des jeunes médecins en campagne

Les médecins évoquent leur expérience personnelle tout d'abord. La plupart des médecins interrogés sont originaires de la campagne. Selon eux, les jeunes originaires de la campagne sont plus enclins à s'installer en milieu rural que les jeunes originaires de la ville.

M4 « *après je sais pas si franchement, si quelqu'un vient de la ville pourra euuuh* »

changer d'avis boh si après pourquoi pas mais ... ouai ... »

D'ailleurs, un médecin pense que les remplacements sont importants pour faire découvrir la campagne aux jeunes médecins. Il pense également que la qualité des stages d'internat est cruciale.

M6 « *et je pense euuuh des remplacements à chaque fois que ... enfin je connais des médecins qui ont remplacés un peu par ci un peu par là et ils s'installent là où ils ont remplacés ... »*

M6 « *et c'est ça qui attire en fait ... le terrain de stage aussi ... on se fait connaître aussi à la faculté au niveau du choix de stage ... voilà ... c'est ça qui va permettre de ... d'attirer des médecins, des jeunes, des futurs médecins, des jeunes médecins »*

Afin d'attirer les futurs médecins, il essaye donc de varier son exercice.

M6 « *J'essaye d'élargir un petit peu la médecine générale pour que ce soit attractif pour les jeunes internes et futurs médecins ... »*

Plusieurs médecins ont remarqué que la qualité de vie et la vie de famille sont au cœur des priorités des jeunes médecins.

M3 « *et là où il y a des médecins, les jeunes ils viennent parce qu'ils disent « moi je veux avoir une vraie qualité de vie » j'ai des collègues avec qui je peux peut-être m'entendre quand je pars en vacances, je vais avoir un volume de travail qui sera conséquent mais adapté et je vais pas me retrouver noyé... »*

En conséquence, certains médecins interrogés pensent que le travail de groupe et en MSP va, à l'avenir, se développer encore plus.

M7 « Alors euuuh ... je pense que le regroupement en cabinet multidisciplinaire est ... je pense que ça c'est important parce que euuuh ... »

M8 « maintenant la médecine générale elle change hein ... les jeunes se rassemblent, les maisons médicales ... des fois pluridisciplinaires avec infirmiers, kiné ... ça c'est bien ... Oh oui ça c'est bien ... travailler en groupe c'est toujours bien de pouvoir discuter ... que tout seul c'est tout seul ... vous devez être tout le temps-là quoi ... »

Ainsi le travail en coordination avec d'autres professionnels de santé se développera également.

M7 « c'est bien d'avoir euuuh une coordination de soins ... »

A. Les motivations

Les médecins interrogés ont repéré des facteurs pouvant motiver l'installation des jeunes en campagne à l'avenir et ceux-ci sont multiples.

M5 « [...] ce qui attire les jeunes c'est surtout je pense ... c'est un ensemble de facteur ... c'est à dire que c'est ... c'est pas euuh ... c'est une magie qui doit opérer si tu veux ... c'est pas si simple que ça ... »

Parmi les facteurs de motivation, la présence d'infrastructures à proximité en fait partie.

M5 « [...] si tu es un homme, la femme la première chose qu'elle regarde si elle a des enfants, c'est si il y a des écoles ... si il y a des structures ... s'il y a rien ... ou si il faut faire 20 bornes pour aller conduire son fils à l'école [...] »

M6 « *ici dans le village, il y a deux écoles, une boulangerie, une boucherie, on est à 5 min d'une plus grande ville ... ça commence à monter au niveau construction de maison ... il y a des constructions qui se font ... de plus en plus euuh c'est ça qui attire les jeunes ...* »

Il y a également le rapport à la patientèle.

M5 « *il faut que la patientèle elle corresponde à tes attentes ...* »

M6 « *c'est pas ça la contrainte ... c'est la qualité du travail ... les patients si, si ils commencent à être trop exigeants, ça bloque ... les médecins vont pas forcément s'installer aussi ...* »

La qualité d'exercice et le confort de travail sont déterminants également. Un médecin pense que les villes alentours et l'environnement participent à l'attrait des jeunes en ruralité. Un autre met l'accent sur le dynamisme mis en place dans les structures de soins, et sur l'ambiance de travail.

M9 « *Nous c'est l'installation parce qu'on a un cabinet qui est agréable, avec des secrétaires ... on a un confort de travail aussi ...* »

M5 « *je pense que c'est surtout les personnes qu'il y a dedans, le dynamisme que tu donnes, le travail que tu fournis* »

Au contraire, plusieurs médecins interrogés pensent que l'aide financière ne participe pas à la décision d'installation en campagne.

M4 « *parce qu'on a beau ... après sur le secteur il y a des choses qui sont faites, on a beau proposer de l'argent je pense que c'est pas ça qui va motiver les gens à venir plus ici hein ...* »

Un médecin pense également que la proximité des hôpitaux ne fait pas partie de ces facteurs.

M5 « après on disait souvent euh la proximité des hôpitaux etc pour pouvoir se coordonner avec le lien ville hôpital bon ça ... je pense pas ... c'est ... c'est pas un facteur ... »

B. Les freins à l'installation en milieu rural

Les conjoints influent sur le choix des jeunes médecins à s'installer en campagne. Un médecin est conscient de la transformation des métiers.

M2 « je pense que oui il y a de l'avenir mais euh c'est ... pour moi c'est vraiment le travail des conjoints qui freinent ... hein on le sait hein ... on l'a vu avec des remplaçants, ils adorent venir travailler bah oui mais mon copain il est à Lille, je lui manque ... »

L'exercice seul est un frein selon un médecin.

M6 « Et donc ... non non mais globalement euuuh ... * souffle *, l'isolement je parlais toute à l'heure ... »

C. Des idées pour développer l'attractivité de l'exercice en milieu rural

Certains praticiens interrogés pensent à des possibilités pouvant permettre d'attirer les jeunes médecins en campagne.

M3 « peut-être se dire que dans certaines zones quand vous remplacez dans certaines zones, bah par exemple pour le remplaçant, la consultation va être majorée ... quelque

chose comme ça [...] »

M7 « *au Canada, ils obligent les étudiants en médecine générale à partir dans des contrées lointaines, isolées, pendant, je sais plus une année ou 6 mois-1 an avec une gratification financière initiale ... pendant cette période-là, ils sont majorés de ... je sais plus ... de 100% ou de 50% de leur ... et en fait ½ ne revient pas en ville ... ½ reste dans ces contrées parce qu'ils trouvent ça génial ... »*

Enfin, un médecin pense que les futurs praticiens auront un intérêt pour le semi-rural. Un médecin en propose une définition.

M7 « *Semi-rural pour moi c'est justement exercer plutôt à la campagne ... euuuh ... et euh semi-rural pour garder un exercice qui est quand même assez urbain citadin avec ce rapport à mes confrères ... une facilité euuuh d'accès à la médecine hospitalière et spécialisée ... c'est comme ça que je la conçois ... le semi-rural ... »*

M6 « *ça se fait de plus en plus et du coup euh vraiment secteur semi-rural, urbain ... plus que semi-rural, rural ... »*

Certains médecins voient la jeunesse arriver.

M5 « *parce que je vois bah la jeunesse arrive ... »*

M9 « *mais il y a des jeunes qui arrivent hein ... il y en a quand même qui ... moi * nom * il s'est installé, sa femme est dentiste elle travaille sur * village * et lui il travaille ici avec moi ... ils ont acheté une maison dans le coin du coup ... en fait c'est comme ça que ça se fait ... »*

XIV. L'apport de la technologie

La technologie prend une place importante dans l'exercice du médecin généraliste

selon ce médecin.

M5 « Bah la technologie elle a apporté beaucoup de chose je pense ... clairement je veux dire ... si on prend l'exemple vraiment tout simple déjà de l'informatique ... normalement le dossier médical informatisé ... on commence déjà comme ça ... »

A. Le logiciel médical

Pour commencer, le logiciel informatique est une technologie utile pour les participants à l'étude.

M6 « après quand on utilise un bon logiciel, une bonne tenue de dossier ... après quand on ouvre le dossier, ça déroule assez vite ... les antécédents sont là, l'antériorité de ce qu'il s'est passé * montre avec la souris * , les courriers, c'est carré après ça va ... »

M3 « Je perds pas de temps avec le patient donc en fait si j'ai besoin de temps avec le patient, je prends ce temps-là... ça ça me fait gagner du temps »

Malgré tout, selon un médecin, il peut y avoir des inconvénients.

M9 « par contre euuuh quand ça beugue, ça beugue et on est complètement désemparé ... parce que les gens savent plus .. black out total ... comme partout, on est tributaire .. Là ici, quand on a créé, on avait pas la fibre, on a une fibre dédiée pour la maison médicale avec un routeur de dépannage mais ça merdouille [...] »

B. Les logiciels de demande d'avis

Les participants à l'étude sont plutôt pour l'utilisation de logiciels de demande

d'avis tels que Omnidoc.

M5 « et j'ai découvert omnidoc effectivement ... un peu par hasard aussi ... de par certains collègues notamment pour les pathologies dermatologiques ou pour la néphro aussi ... parce que voilà ... euuuh et je trouve ça vachement bien .. »

Un médecin souligne l'apport de ces plateformes dans la coordination des soins. Cela permet également, selon lui, de valoriser le travail des professionnels de santé travaillant avec lui.

M5 « euuuuh moi je ... j'y suis plutôt favorable à omnidoc surtout pour la dermato et pour la néphro aussi des fois pour le suivi euuuh des patients qu'on suit en parallèle avec les néphro de * ville * par exemple pour parler d'eux ... euuuh on envoi on est un petit peu en difficulté puis ils reconvoquent le patient ... »

C. Le télésecrétariat

Quelques médecins interrogés utilisent la technologie afin d'avoir un télésecrétariat.

M6 « et toujours un secrétariat téléphonique pour ceux qui n'utilisent pas * logiciel * ... 100% de mes patients n'utilisent pas * logiciel * ... »

D. Les objets connectés

Un médecin évoque l'utilité des objets connectés dans le suivi des patients mais revient rapidement sur l'importance de l'examen clinique.

M7 « même s'il y a des technologies comme ça Wi-fi euuuh j'en reviens sur l'examen

clinique ... pour moi je trouve que maintenant on examine plus les patients ... euuuh même au niveau spécialité hein maintenant c'est un scan, c'est une IRM, c'est ... »

E. Les téléconsultations et les télécabines

La plupart des médecins interrogés sont contre les téléconsultations.

M1 « *Parfois l'interrogatoire bah ça va vite puis on examine et puis voilà on envoie, on fait une radio, on fait une écho, on fait ... on passe vite la main à des examens paracliniques. Donc la téléconsultation non franchement... »*

Certains médecins y trouvent une utilité mais seulement dans certains cas.

M6 « *c'est pratique hein pour certaines consultations, pour des parents qui sont en vacances dans les Sud et qui n'arrivent pas à avoir de rendez-vous, pour de la dermato... pour euuuh des consultations psychologiques, anxio-dépression, hypothyroïdie etc ... »*

Ils préfèrent prioriser l'examen clinique en présentiel.

M6 « *j'aime bien le principe, pour certaines consultations ... mais quand il faut examiner le patient non ... »*

Certains y ont eu recours lors du covid, ce qui leur a permis de garder un lien avec leur patientèle.

M5 « *Et là paf le covid arrive et euh du coup il fallait que je garde le lien avec mes patients quoi et là pour le coup la téléconsultation ça été un ... »*

Les praticiens interrogés ne sont pas non plus en faveur des télécabines.

M5 « et qu'ils reviennent avec l'ordonnance où là tu te dis mais le mec il a mis 6-7 médicaments, il connaît pas le patient, il connaît pas les interactions médicamenteuses ... il lui a pas posé de questions rien ... il lui fout des anti-inflammatoires des machins des trucs * siffle * ouuuh dangereux quoi ... »

Certains médecins parlent de dérives des téléconsultations.

M9 « Moi j'en fais pas parce que je trouve que c'est une dérive à la médecine ... »

F. L'intelligence artificielle

Certains médecins évoquent l'arrivée de l'intelligence artificielle.

M5 « et ils sont en train de développer à priori une IA, une intelligence artificielle qui permettrait justement comme là on discute aujourd'hui, de d'aller piocher des informations que le patient te dit et puis de le mettre directement dans l'ordinateur pour dire « n'oubliez il a dit ça, il a dit ça, il a dit ça »... »

Un médecin a la crainte de voir arriver une médecine déshumanisée.

M8 « Moi je pense qu'il faut pas trop déshumaniser la relation patient-médecin ... parce que c'est vrai que le progrès c'est bien mais bon ... moi je trouve que ... * souffle * ... Moi j'aime bien prendre un peu de temps avec les patients, avoir un échange ... »

M8 « Bah oui il y a l'approche psychologique du patient [...] on peut pas mettre le ... tel diagnostic ... on peut pas normer tout comme ça ... lui il a une entorse bah c'est 8 jours ... après ça dépend de la personne, ça dépend de la gravité, ça dépend de l'intensité des symptômes ... c'est ... compliqué ... de ... je pense que ... je pense que

l'intelligence artificielle va pas faire la différence [...] »

Au final, les médecins interrogés sont globalement satisfaits du développement de la technologie mais rappellent l'importance du rôle du médecin généraliste en tant que personne.

M5 « *donc la technologie elle a ses avantages pour certains choses notamment pour l'intelligence artificielle etc je pense que on peut arriver vraiment à gagner du temps médical etc »*

M5 « *sans pour autant nous prendre notre place ... parce que je pense que toute façon l'être humain restera toujours à mon avis le garant de tout ça ... »*

M7 « *moi je pense que ça ne remplacera jamais notre ... notre examen et notre responsabilité aussi ... parce que finalement euuuh ... il y a ça aussi le médico-légal hein .. »*

Enfin, un médecin évoque l'augmentation de l'utilisation des technologies que ce soit par les médecins ou par les patients et pense que la technologie fait partie de l'avenir.

M6 « *Par l'informatique ? Bah c'est super bien ... c'est aussi l'avenir surtout pour des jeunes médecins ... »*

XV. Les modifications de l'exercice de médecine générale en milieu rural

A. Les structures de soins et le travail de groupe

Les médecins interrogés travaillent, en grande partie, en cabinet de groupe ou

en maison de santé pluridisciplinaires avec plusieurs médecins.

M2 « *Nous on est une MSP, là maintenant on commence à englober pas mal de nos infirmières des soignants ici ... donc on apprend à travailler en équipe pour nos patients, on est aussi adhérent d'une CPTS* »

Ces médecins travaillant en MSP ou en groupe y trouvent des avantages.

M5 « *et puis d'avoir plusieurs personnes avec qui travailler pour pouvoir pallier un jour où t'es pas là, dire « bah est ce que tu peux me prendre mes urgences, si c'est un petit qui chauffe » etc ... c'est pas toujours possible mais au moins il y a quand même une certaine sécurité ...* »

Certains médecins ont eux même crée leur maison médicale.

M5 « *donc euuuuh fort de cette ... de cette envie de voir que de ce dynamisme ... on a créé ... comme le Dr * nom * une maison de santé pluriprofessionnelle multi site pour essayer de coordonner tout le monde* »

Quelques médecins interrogés exercent seuls en maison de santé pluridisciplinaire ou simplement seul.

M3 « *il y a un moment où après, pour moi, travailler avec quelqu'un c'est comme se marier, on se marie quand on s'aime vraiment et quand on a les mêmes valeurs, moi je me suis dit je ne travaillerais plus jamais avec quelqu'un...* »

La majorité des médecins interrogés pensent que le travail de groupe et le travail de MSP sont l'avenir.

M1 « *parce que veulent les jeunes c'est des MSP, c'est travailler ensemble, pour avoir* »

une meilleure qualité de vie. Si on pensait plus « meilleure qualité de vie chez les jeunes médecins » je pense qu'il y en a beaucoup qui viendraient à la campagne. »

M4 *« [...] beaucoup dans les remplaçants que je côtoie que ... vous voulez plus vous installer en MSP, en maison de santé pluridisciplinaire souvent ... euh ouai [...] euh la majorité ... moi mes remplaçants en général, qui se sont installés sur les dernières années souvent ... c'était pour aller dans une MSP ou des choses comme ça après .. »*

Les jeunes médecins, selon certains praticiens interrogés, vont prioriser leur vie personnelle et leur santé et ce grâce aux MSP.

M6 *« Et euuuh les jeunes médecins ils veulent profiter quoi, à côté du boulot ... avant on disait [...] « vivre pour travailler » [...] avant on travaillait énormément et on passait sa vie à travailler et on était à la merci du patient ... là c'est tout le contraire les jeunes ils s'installent et ils remplacent ... et ils en font pas trop, ils ont une vie de famille à côté, ils profitent de la vie ... »*

Certains médecins interrogés priorisent, eux même, leur santé et leur vie de famille.

M2 *« maintenant je garderai toujours un équilibre vie perso vie professionnelle parce qu'on est quand même toujours à la limite du burn out et euuuh je ferais mon maximum pour ne jamais l'être, je préfère ... euuh tant pis adapter mon temps de travail et mon .. »*

Les jeunes aiment les MSP, selon un médecin, car ils ont besoin d'une réassurance et d'une envie de communiquer avec leurs collègues.

M6 *« mais les jeunes médecins veulent se rassurer en s'installant je pense avec*

d'autres médecins ... essayer d'avoir un secrétariat commun, des charges communes, un ménage commun, la prise de rendez-vous commun etc ... euuuh ... »

Un des médecins interrogés pense que l'attrait des MSP vient de stages.

M4 « *peut-être parce qu'il y en a de plus en plus et que en faisant les stages ou les ... ça semble intéressant ... »*

Certains médecins pensent que des centres médicaux vont s'installer dans certains villages au détriment d'autres.

M3 « *Pour moi ça va être locorégionale ... c'est à dire que dans certain coin qui se , qui auront anticipé, qui auront peut être créé des maisons médicales où il y a du dynamisme avec des plus jeunes médecins, où il y a des eu des internes ... où il y a eu quelque chose qui s'agglomère en fait vous allez avoir des endroits où vont s'agglomérer des médecins et d'autres vont couler [...] »*

M4 « *après je pense que ce sera plus des maisons de santé un peu partout ... alors après dans les villages ... A mon avis ça sera peut-être des MSP qui regrouperont plusieurs villages... on verra comment ça va être ... »*

Ils pensent que l'exercice seul se fera de moins en moins.

M5 « *Oui je pense que à mon avis ... le médecin qui s'installe tout seul en rural euuuuh il y en a aura plus beaucoup ... »*

M8 « *il y a plus personne qu va s'installer seul sauf cas exceptionnel »*

Un médecin pense que les jeunes sont attirés par le travail en coordination et par une dynamique de travail.

M5 « de travailler en collaboration, en coordination en tout cas »

M5 « donc on va dynamiser l'offre de soins ... et puis qui sait ... peut-être qu'on fera d'autre truc après j'en sais rien on verra euh ... euuuh ... on fera peut-être des cabinets secondaires ... »

Quelques médecins constatent également une médecine générale de plus en plus polyvalente et variée.

M4 « Oh non non ... pour l'instant je vais rester comme ça alors après qu'en soit la pratique elle change au fur et à mesure ... après c'est vrai qu'on devient de plus en plus polyvalent ... »

M6 « et prise en charge avec l'ECG, la spirométrie, la polygraphie aussi, infiltration aussi ... »

Un médecin pense également que le rôle du médecin généraliste, à l'avenir, sera plutôt un rôle d'expert.

M3 « que à ce compte-là, qu'on fasse ça, qu'on fasse l'expertise ... Pour moi, l'avenir de la médecine ce serait ça ! »

B. La technologie

Des médecins constatent également une certaine modification d'exercice en parallèle à l'avancée technologique.

M5 « à tel point que tu te demandes parfois comment les médecins d'avant faisaient quand t'as un patient devant les yeux, tu dis putain je sais pas ce qu'il a ... attends je

regarde sur internet ... et avant quand t'avais pas d'ordinateur tu devais meubler enfin bref ... »

Mais la plupart restent contre les téléconsultations et rappellent l'importance de l'examen clinique.

M1 « *Je dis pas que c'est mauvais ... peut-être je vois plus d'implication comme la dermato [...] Une dépression c'est pareil [...] je pense que la communication directe en voyant les expressions du visage du patient en dit beaucoup là-dessus... les non-dits comme on dit »*

Un médecin participant à l'étude se dit contrarié par la place parfois trop importante des technologies, comme la téléconsultation, et examens complémentaires.

M1 « *Maintenant on fait des body scan, des scans, des scans et des scans, et des scans et des scans ... Ma fille elle est urgentiste et à chaque fois « euh vous avez un petit accident de voiture », bon nous on faisait un examen clinique ça allait ... Là c'est body scan boum boum boum boum boum ... »*

C. Les modifications de la patientèle

Certains médecins constatent une modification de la demande de soins par les patients et surtout une hyperconsommation de soins. Quelques médecins voient arriver une population vieillissante et une population en demande de soins à proximité de leur domicile.

M6 « *On est dans une médecine d'hyperconsommation, d'hyper prescription médicale ... avec des patients qui sont demandeurs de médicaments ... à tout prix ...* »

M8 « *Puis une population vieillissante, on a plus de personnes âgées ...* »

Un médecin raconte également ses difficultés à habituer sa patientèle à son exercice. Un autre évoque l'acceptation de l'interprofessionnalité aux patients.

M1 « *ça se voit maintenant chez les patients aussi, ils acceptent beaucoup plus de partager ... [...] maintenant quand je suis pas là bah ils vont facilement chez mes confrères ou les internes puisque je suis MSU, ils les acceptent, et c'est passé comme une lettre à la poste* »

Certains médecins évoquent également l'impact qu'a pu avoir le covid sur les patients et en ressentent encore les effets actuellement. L'un d'entre eux parle du renoncement aux soins et l'autre de la demande de téléconsultations.

M2 « *Sinon il y a aussi le renoncement aux soins, les gens qui veulent plus ... à l'époque du covid on pouvait plus aller voir les spécialistes, on essayait de pas aller à l'hôpital, ils ont gardé un peu ce truc-là [...]* »

D. L'avenir

Un des médecins interrogés avait une vision sombre de l'avenir de la médecine générale rurale au vu du manque de médecin mais au final, au fil de son expérience, il est optimiste. D'ailleurs, la plupart des médecins interrogés le sont.

M5 « *L'avenir de la médecine ... moi je l'ai vu de manière assez négative au départ ...* »

quand je me suis installé ... parce que je me suis dit « que diable faisait-il dans cette galère » ... là j'ai dit « là tu t'es foutu dans un borbier »

M5 « *euuuh mais en tout cas je vois que non la médecine rurale ... pour moi ... l'avenir je le vois beaucoup plus éclaircit que je ne le pensais au départ ... »*

M6 « *Si optimiste hein ! Ouai. Si ça sera, bah des malades il y en aura toujours ... »*

DISCUSSION

I. Principaux résultats de l'étude

Les médecins généralistes interrogés ont évoqué leur vécu afin d'entrevoir leur avenir. Les participants à l'étude sont des médecins passionnés par leur métier et désireux de proposer une médecine de qualité. Ceux-ci sont optimistes quant à l'avenir de la médecine générale rurale malgré des craintes et des peurs mises en avant par plusieurs médecins interrogés.

Les médecins interrogés ressentent une crainte concernant le manque de médecins, que ce soit spécialistes d'organes ou médecins généralistes. Ils craignent d'avoir une surcharge de travail à l'avenir avec le départ en retraite de médecins généralistes en ruralité, n'étant pas remplacés.

En conséquence de cela, ils aimeraient pouvoir attirer les jeunes médecins en campagne. Ceux-ci pensent effectivement qu'il faudrait faire découvrir cet exercice aux étudiants, trop peu mis en avant d'après certains médecins. Selon eux, la meilleure manière de faire découvrir l'exercice de la médecine générale rurale passe par les stages, point important revenant régulièrement lors des entretiens. Les médecins interrogés veulent effectivement pouvoir montrer aux étudiants que l'exercice en ruralité est agréable que ce soit sur le plan personnel ou professionnel. Ils veulent montrer leur qualité d'exercice, leur qualité de vie et déconstruire les idées préconçues. Ils émettent l'idée de favoriser la création de binômes mixtes avec un maître de stage dont l'exercice est rural et un maître de stage dont l'exercice est plutôt urbain. Néanmoins, la généralisation de binômes mixtes imposerait à la faculté la rémunération des indemnités kilométriques à la totalité des étudiants : est-ce une

solution économiquement viable ?

De plus, ils pensent que l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle et le travail en coordination seront encore plus présents à l'avenir et permettront aux jeunes médecins installés de privilégier leur qualité de vie et donc de pouvoir proposer une bonne qualité de soins. Plus qu'un environnement propice, la dynamique instaurée dans les cabinets est primordiale selon un médecin.

Ils voudraient également augmenter le nombre de remplaçants et leur proposer des remplacements de qualité afin de pouvoir les attirer en campagne. Effectivement, les médecins interrogés rencontrent des difficultés à trouver des remplaçants. Ils sont globalement contre la réforme ajoutant une quatrième année d'internat, entre autre, car ils pensent que celle-ci freinera les remplacements. Nous attendons encore les décrets d'application pour la mise en place de cette quatrième année. Les modalités de cette année supplémentaire sont donc encore inconnues et cela peut expliquer la non-adhésion et les interrogations des médecins généralistes interrogés.

Ils aimeraient également une meilleure adaptation de la maquette des stages et des cours afin que ceux-ci puissent coller le plus possible à la pratique de la médecine générale. Leur opinion rejoint la refonte actuelle des cours du District de Médecine Générale à la faculté de Lille.

Alors que la plupart des médecins interrogés sont contre la quatrième année d'internat, l'avis des participants divergent vis-à-vis de l'arrivée des IPA et de la délégation de tâches aux autres professionnels de santé. Certains médecins participant à l'étude sont contre tandis que d'autres médecins sont pour mais avec un cadre.

Les médecins interrogés sont les fervents défenseurs de leur exercice en milieu rural et voudraient être reconnus auprès des autres spécialistes ainsi que des instances de santé. Ils aimeraient ainsi que leurs actes, aussi nombreux soient-ils, puissent être valorisés. Ils aimeraient également une certaine facilitation des démarches administratives, prenant une place importante dans leur exercice. D'ailleurs, la facilitation de certaines démarches pourrait également encourager des jeunes médecins à s'installer, car ceux-ci privilégient peut-être les remplacements pour éviter justement ces tâches administratives lourdes.

La population de patients se modifierait également selon les médecins interrogés. La patientèle deviendrait plus urbaine et certains médecins craignent de devenir un bien de consommation. D'ailleurs, un autre médecin craint que l'absentéisme et le nomadisme médical augmentent à l'avenir.

Ils observent également un vieillissement de la population et pensent observer à l'avenir une augmentation de la demande de soins à domicile et donc des visites. Un médecin craint la diminution du nombre de visites à domicile en parallèle à une augmentation de la demande.

Parmi ces résultats, nous pouvons noter plusieurs paradoxes.

Premièrement, nous pouvons ressentir, parmi les médecins généralistes interrogés, l'envie d'un travail en équipe et du développement du travail coordonné mais l'idée de l'IPA est plutôt rejetée par ceux-ci avec une certaine envie de garder la main.

Deuxièmement, l'accent est mis sur la découverte du milieu rural via les stages mais la quatrième année d'internat de médecine générale est mal accueillie. Ne

permettrait-elle pas justement de faire découvrir ces milieux ruraux et de favoriser l'installation des jeunes médecins en comparaison à des remplacements épisodiques ?

II. Les forces et limites de l'étude

A. Les forces

L'analyse qualitative phénoménologique était la plus appropriée pour parler de l'expérience des médecins. Ils ont parlé de leur vécu afin de pouvoir évoquer leur avenir.

L'échantillonnage était raisonné et homogène. Le recrutement s'est initialement fait par le choix de plusieurs médecins ruraux (lieu rural confirmé par la grille de densité proposée par l'INSEE) puis un effet boule de neige s'est enclenché. Les participants à l'étude étaient similaires concernant leur lieu d'exercice (en ruralité). La différence d'âge, de sexe et les différents types d'exercices ruraux des médecins interrogés ont permis d'obtenir différents points de vue.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés initialement avec un guide d'entretien puis la réalisation d'entretiens plutôt ouverts a permis aux médecins une liberté d'expression. La réalisation de ces entretiens au cabinet du participant à l'étude a permis également une meilleure analyse des postures et des gestes ainsi que des tons utilisés.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits ad-integrum et de façon anonymisée,

ce qui a permis la création des 15 catégories présentes dans les résultats. La durée moyenne des entretiens étant de 46 minutes, cela a pu permettre d'avoir une base de données importantes.

La suffisance des données a été atteinte au huitième entretien et un entretien de consolidation a été réalisé pour s'assurer de l'absence de nouvelles données.

Une triangulation des données a été réalisée avec une étudiante de troisième cycle des études médicales ayant fini son travail de thèse. Cette triangulation a été réalisée sur les 9 entretiens et a permis de confronter les idées et de discuter des résultats obtenus.

Enfin, une grille SRQR, permettant de respecter la validité interne de l'étude, a été remplie au fil du travail de thèse. L'ensemble des critères a été validé.

L'originalité du travail de thèse est un point fort également, peu de travaux ont été retrouvés en lien avec le sujet.

De plus, l'auteur du travail de thèse est indépendante de tous conflits d'intérêts.

B. Les limites

La présence du téléphone permettant d'enregistrer les entretiens a pu freiner certains sujets malgré l'anonymisation.

Étant un premier travail de thèse en analyse qualitative ou quantitative, la conduite des entretiens ainsi que les relances ont été parfois difficiles lors des premiers entretiens.

Nous ne pouvons pas extrapoler les résultats à l'ensemble des généralistes ruraux.

III. Comparaison à la littérature

Après des recherches réalisées en amont et en aval du travail de thèse, peu de textes traitent de l'avenir de la médecine générale et encore moins de l'avenir de la médecine générale rurale. Plusieurs thèses traitent des motivations et des freins à l'installation. Comme l'article de Mr le Docteur Poimboeuf cité en introduction (10) ou encore une thèse réalisée par Mr le Docteur Chudy, soutenue en 2021, intitulée *recherche des freins à l'installation des médecins généralistes en milieu rural et plus particulièrement à Fruges* (18).

Des articles ont été trouvés concernant l'avenir de la médecine générale comme un article traitant de l'avenir de la médecine générale en Malaisie datant de 1988, n'étant pas adapté à la comparaison de cette étude (19).

Ou encore un article de Madame la Docteure Dory (20) entre autres, intitulé *la médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes*, publié en 2009. Cette étude prend en compte une population franco-belge, en focus groupe et met en avant la nécessité d'une valorisation du travail de médecin généraliste au vu du nombre et de la diversité d'actes réalisés. L'étude met également en avant une envie de travailler en groupe à cette époque et l'envie de donner de l'importance à la vie personnelle. Enfin, la démographie médicale était déjà un sujet d'actualité à l'époque.

Malgré tout, cet article ne prend pas en compte les problématiques de 2023-2024 en France et n'évoquait pas la médecine générale rurale. Celui-ci est donc difficilement superposable aux résultats obtenus.

IV. Perspectives

Le manque de médecins généralistes, en campagne ou en ville est un point revenant régulièrement dans l'entretien. Un médecin interrogé lors de l'étude évoque un très probable rebond démographique de la population de médecins généralistes. La place des médecins généralistes parmi ses équipes sera donc remise en question, tout comme la place des IPA, comme évoqué lors d'un entretien. Nous pourrions donc étudier le rebond démographique médical avancé par un des médecins interrogés et la place des IPA lors de ce rebond.

Les médecins interrogés ont également évoqué des idées préconçues concernant l'exercice de la médecine générale en ruralité chez les étudiants en médecine. Il serait intéressant d'aller les interroger afin d'étudier leur vision de cet exercice.

Nous pensons qu'il sera également intéressant d'évaluer le ressenti des docteurs juniors concernant la quatrième année d'internat, après sa mise en place, et l'impact sur la population médicale, puisque la réforme est globalement mal accueillie parmi les médecins interrogés.

Les médecins interrogés ont également évoqué l'arrivée de l'intelligence artificielle et de nouvelles technologies permettant, à priori, d'optimiser les consultations et prises en charge. Nous pourrions imaginer une étude évaluant l'impact

des nouvelles technologies sur la prise en charge des patients.

Enfin, un manque d'informations a pu être mis en évidence lors des entretiens concernant les réformes, la maîtrise de stage et l'administratif.

Il semblerait judicieux de rappeler les modalités des réformes concernant la quatrième année d'internat et les IPA aux médecins du territoire. La cotation des actes était également méconnue par certains médecins interrogés. Cela pourrait permettre une meilleure adhésion à ces réformes et une meilleure reconnaissance des actes réalisés par le médecin généraliste en ruralité.

Une meilleure information concernant la maîtrise de stage pourrait, quant à elle, augmenter le nombre de maîtres de stage en ruralité.

CONCLUSION

Les médecins interrogés sont optimistes quant à l'avenir de la médecine générale en ruralité malgré la présence de craintes. Le manque de médecins est craint par l'ensemble des médecins participants à l'étude. Ceux-ci restent malgré tout positifs et veulent défendre et promouvoir la médecine générale rurale. La découverte de l'exercice de médecine générale rurale paraît indispensable et passe par les stages ainsi que les remplacements. Ils veulent montrer que leur exercice est confortable, que ce soit sur le plan professionnel que personnel, et de qualité.

Certaines réformes mises en place sont encore mal accueillies. En effet, les médecins interrogés sont globalement contre la réforme de la quatrième année d'internat de médecine générale. Il en est de même pour l'arrivée des IPA et de la délégation de tâches.

La population de patients se modifiera également à l'avenir et impactera la demande de soins. Les médecins interrogés craignent l'augmentation du nomadisme ainsi que de l'absentéisme médical. Parmi ces modifications, nous notons une gentrification progressive de la population. C'est-à-dire l'arrivée d'une population plus aisée dans certains centres urbains éloignant ainsi les populations des villes moins aisées en campagne et en zone de tension. Une population qui sera également vieillissante et impactera la demande de soins à domicile.

L'avenir passerait donc principalement par l'arrivée des jeunes médecins en campagne et par la sensibilisation des étudiants à l'exercice de la médecine générale rurale via les stages.

Enfin, selon un médecin interrogé, la démographie médicale risquerait de se modifier dans une dizaine d'années avec une augmentation du nombre de médecins.

Liste des figures

<u>Figure 1 et 2</u> : Zonage 2022 des médecins généralistes du Pas de Calais et du Nord, par l'ARS	5
---	---

Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques des médecins interrogés.....	13
--	----

Liste des diagrammes

<u>Diagramme 1</u> : Synthèse des résultats.....	14
<u>Diagramme 2</u> : Synthèse des résultats.....	37
<u>Diagramme 3</u> : Synthèse des résultats.....	53

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - Hauts-de-France | Insee [Internet]. 2023 [cité 14 août 2024].
Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761081>
2. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 | Insee [Internet]. 2023 [cité 14 août 2024].
Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
3. Dr François Arnault. *Atlas de la démographie médicale en France*. Ordre national des médecins, 2022. [Internet]. [cité 14 août 2024]
Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
4. La grille communale de densité | Insee [Internet]. 2024 [cité 19 août 2024].
Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/6439600>
5. L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation [Internet]. 2024 [cité 14 août 2024].
Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-elargit-le-zonage-medecins-generalistes-et-etend-laces-aux-aides-1>
6. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 19 août 2024]. Les zones sous-denses en médecins.
Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>
7. Aides à l'installation - URPS Médecin libéraux Hauts de France - [Internet]. URPS Médecin libéraux Hauts de France. [cité 19 août 2024].
Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/aides-installation/>
8. Territoires ruraux isolés - Zonage médecins généralistes ARS | Cartothèque [Internet]. 2021 [cité 14 août 2024].
Disponible sur: <https://cartes.hautsdefrance.fr/node/2110>
9. Zonages médecins libéraux Hauts-de-France [Internet]. [cité 14 août 2024].
Disponible sur: <https://h576w8axili7ylx.arshdf.fr/>
10. Nedelec P, Beviere L, Chapron A, Esvan M, Poimboeuf J. *Rural general practitioners have different personal and professional trajectories from those of their urban colleagues: a case- control study*. BMC Medical Education. 7 nov

2023;23(1):842. [Internet]. [Cité le 14 août 2024].

Disponible sur : <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-023-04794-0>

11. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0183 du 09/08/2023 [Internet]. [cité 19 août 2024].

Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=GRqEXBtcolqqdSAistw5ZDBSDHMUjoKO_yl5moGAVKs

12. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1). 2023-379 mai 19, 2023. [Internet]. [cité 19 août 2024].

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>

13. Arrêté du 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, les modalités de formation spécifique des pharmaciens d'officine en la matière et précisant les conditions de recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle - Légifrance [Internet]. [cité 19 août 2024].

Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049734400>

14. Décret n° 2023-736 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens d'officine, des infirmiers et des pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur, des professionnels de santé exerçant au sein des laboratoires de biologie médicale et des étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques - Légifrance [Internet]. [cité 19 août 2024].

Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047948973>

15. Dibao-Dina C, Frappé P, Saint-Lary O, Pouchain D. Comment les médecins généralistes ont-ils pris la première vague ? La Presse Médicale Formation. août 2021;2(3):255-8. [Internet]. [cité 27 octobre 2024].

Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8287500/>

16. Avez L. Attractivité de la médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais : enquête auprès des médecins généralistes issus de la subdivision de Lille post épreuves nationales classantes [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2014 [cité 15 août 2024].

Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-4701>

17. Van Haecke A. Patients en situations de vulnérabilité : moyens de dépistage et de prise en charge par les médecins généralistes ruraux et semi-ruraux du Nord et du Pas-de-Calais [Internet]. Université de Lille; 2019 [cité 15 août 2024].

Disponible sur : <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/advanced->

search.html?search=true&userChoices%5Bsimple_all%5D.simpleValueRequestType=default&submenuKey=advanced&menuKey=all&userChoices%5Bsimple_all%5D.simpleValue=van+haecke

18. Chudy C. Recherche des freins à l'installation des médecins généralistes en milieu rural et plus précisément à Fruges. Université de Lille; 2021. [Internet]. [cité 27 octobre 2024].

Disponible sur : <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-34873?resultBackUrl=>

19. Ming HT. The present problems and future needs of primary health care in Malaysia. Int J Health Serv. 1988;18(2):281-91. [Internet]. [cité 27 octobre 2024]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3378859/>

20. Dory V, Pouchain D, Beaulieu M D, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, Boucher L. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer. 2009;85:4-7. [Internet]. [cité 27 octobre 2024].

Disponible sur : https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Grille SRQR

Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)*

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>

Page/line
no(s).

Title and abstract

Title - Concise description of the nature and topic of the study Identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended	Oui, page de présentation
Abstract - Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions	Oui, pages 1 et 2

Introduction

Problem formulation - Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement	Oui, page 3 à 9
Purpose or research question - Purpose of the study and specific objectives or questions	Oui, page 9

Methods

Qualitative approach and research paradigm - Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/ interpretivist) is also recommended; rationale**	Oui page 10
Researcher characteristics and reflexivity - Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability	Oui, page 12
Context - Setting/site and salient contextual factors; rationale**	Oui, page 10
Sampling strategy - How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale**	Oui, page 10
Ethical issues pertaining to human subjects - Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues	Oui, page 12

Data collection methods - Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale**	Oui, page 11
Data collection instruments and technologies - Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study	Oui, page 11
Units of study - Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)	Oui, page 13
Data processing - Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/de-identification of excerpts	Oui, page 11 à 12
Data analysis - Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale**	Oui, page 12
Techniques to enhance trustworthiness - Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale**	Oui, page 12

Results/findings

Synthesis and interpretation - Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory	Oui, page 13 à 74
Links to empirical data - Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings	Oui, page 13 à 74

Discussion

Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field - Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field	Oui, page 75 à 81
Limitations - Trustworthiness and limitations of findings	Oui, page 77 à 79

Other

Conflicts of interest - Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed	Oui, page 12
---	--------------

*The authors created the SRQR by searching the literature to identify guidelines, reporting standards, and critical appraisal criteria for qualitative research; reviewing the reference lists of retrieved sources; and contacting experts to gain feedback. The SRQR aims to improve the transparency of all aspects of qualitative research by providing clear standards for reporting qualitative research.

**The rationale should briefly discuss the justification for choosing that theory, approach, method, or technique rather than other options available, the assumptions and limitations implicit in those choices, and how those choices influence study conclusions and transferability. As appropriate, the rationale for several items might be discussed together.

Reference:

O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. **Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations.**

Academic Medicine, Vol. 89, No. 9 / Sept 2014

DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388

Annexe 2 : Guide d'entretien initial

1) Idée question brise-glace

→ Pourquoi avoir choisi la médecine générale ? Dites-moi ce qui vous a fait choisir la médecine générale ?

2) Pourquoi s'installer en campagne plutôt qu'en ville ?

3) En quoi consiste votre exercice ? (Libéral pur ou mixte libéral et travail en hôpital ; visite à domicile ? EHPAD ? ...) Depuis combien de temps êtes-vous installés ? Faites-vous des astreintes ?

4) Que pensez-vous des nouvelles réformes mises en place concernant la médecine générale ? (4ème année... ; Loi RIST)

Réforme de l'internat – 4ème année

Loi RIST : place des IPA et des IDE surtout (primo-prescription ordo ou examens complémentaires).

5) Racontez-moi votre vision du futur de la médecine générale.

6) Comment voyez-vous votre exercice futur ? Que comptez-vous faire (rester à la campagne ou bouger)

7) Qu'est ce qui, selon vous, pourrait attirer et convaincre les jeunes médecins de s'installer en campagne ? Et qu'est ce qui pourrait convaincre les médecins généralistes déjà installés à y rester ?

Annexe 3 : Guide d'entretien final

- 1) Idée question brise-glace
→ Pourquoi avoir choisi la médecine générale ? Dites-moi ce qui vous a fait choisir la médecine générale ?
- 2) Racontez-moi votre vision du futur de la médecine générale.

+ relances

Annexe 4 : Formulaire de non-opposition et lettre d'information

Faculté de Médecine de Lille
2 Avenue Eugène Avinée, 59120 LOOS

Formulaire de non-opposition

Pour rappel, cette étude nécessite la réalisation d'**entretien semi-dirigé** pour lesquels un enregistrement par **dictaphone** sera fait. Les informations récoltées lors de l'entretien resteront **confidentielles** et seront **anonymisées**. Ces informations seront utilisées dans le cadre strict de l'étude. Les enregistrements seront restitués ad integrum par écrit, puis seront détruits.

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur (Prénom)..... (Nom)

- Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à l'étude intitulée « L'avenir de la médecine générale rurale vu par les médecins généralistes de campagne du Nord-Pas de Calais »
- Exprime ma non-opposition à ma participation à cette étude

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale soutenue par Mathilde Schommer, interne en médecine générale à la Faculté de Médecine de Lille.

Fait en double exemplaire, à, le

Signatures

Le participant

L'investigateur

Lettre d'information

Mathilde SCHOMMER

Interne de médecine générale 5ème semestre

Bonjour, je m'appelle Mathilde SCHOMMER, je suis interne de médecine générale en dernière année d'internat. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé me permettant de recueillir votre ressenti concernant votre exercice de la médecine générale.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but de montrer qu'il existe un avenir en médecine générale et qu'un exercice en ruralité est possible. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste exerçant en ruralité ou ayant une population rurale ou semi-rurale.

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, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°: 2024-017 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. Sans réponse de notre part, vous pouvez 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 : mathilde.schommer.etu@univ-lille.fr

Annexe 5 : Formulaire de déclaration au DPO



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Entretien semi dirigés - professionnels de santé - L'avenir de la médecine générale rurale vue par les médecins généralistes de campagne
Référence Registre DPO : 2024-017
Responsable scientifique : M. Maurice PONCHANT Interlocuteur (s) : Mme Mathilde SCHOMMER

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 25 janvier 2024

Délégué à la Protection des Données

AUTEUR(E) : Nom : SCHOMMER

Prénom : Mathilde

Date de soutenance : 18 décembre 2024

Titre de la thèse : L'avenir de la médecine générale rurale vu par les médecins généralistes de campagne. Étude qualitative menée dans les campagnes du Nord Pas de Calais

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale

Mots-clés : Avenir, Médecine générale, Ruralité

Introduction : Le nombre de médecins généralistes exerçant en ambulatoire diminue. Le nombre de départ en retraite augmente en parallèle. L'exercice en milieu rural est fortement impacté par la diminution des praticiens. L'ARS et les instances de santé tentent de mettre en place des mesures afin de favoriser l'installation des médecins en ruralité. De nouvelles réformes ont été mises en place impactant directement les médecins généralistes : la loi RIST et la loi du financement de la sécurité sociale. La pandémie COVID 19 a également participé à la modification de l'exercice. L'objectif de cette étude est de savoir comment les médecins généralistes exerçant à la campagne du Nord-Pas de Calais voient l'avenir de la médecine générale rurale.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés/ouverts de 9 médecins généralistes jusqu'à une suffisance des données. Une analyse par phénoménologie interprétative a été réalisée.

Résultats : L'expression d'une crainte quant au manque de médecins à l'avenir revient régulièrement lors des entretiens. Les médecins interrogés veulent promouvoir leur exercice et insistent sur la découverte de l'exercice rural via les stages et les remplacements. Ils mettent également l'accent sur la reconnaissance de leurs actes et veulent une revalorisation de ceux-ci. Selon eux, les maisons de santé pluriprofessionnelles et l'exercice groupé augmenteront à l'avenir. La population se modifiera également et la demande de soins en sera impactée.

Conclusion : Les médecins généralistes interrogés sont optimistes concernant l'avenir de la médecine générale rurale même s'il existe quelques craintes. Le manque de médecin est omniprésent lors des entretiens. La découverte de leur exercice est importante pour eux que ce soit pour une meilleure reconnaissance du métier de médecin généraliste ou pour attirer les jeunes médecins.

Composition du Jury :

Président : Madame La Professeure Florence RICHARD

Assesseur : Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT