

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
UFR des SCIENCES MÉDICALES

Année 2025

Thèse N°69A et 69B



Thèse

**POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
Le 24/06/2025 à Pau

Par :

Laura SAULT
Née le 05/08/1996
à Villeneuve-Saint-Georges

et

Clément SMITH
Née le 10/07/1995
à Saint-Jean-de-Braye

**Aides à l'installation des Médecins
Généralistes dans les Pyrénées-Atlantiques :
évaluation du dispositif Présence médicale 64
par les médecins du territoire**

Directeur de thèse :
Madame la Docteure Claire CADIX

Co-directeur :
Monsieur le Professeur Laurent MAGOT

Rapporteur
Monsieur le Docteur Thomas HENRI

Jury

M. le Professeur Pierre DUBUS	Président
M. le Professeur Christophe ADAM	Juge
Mme la Docteure Roxane BAILLEUL	Juge
M. Thierry CARRÈRE	Juge

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
UFR des SCIENCES MÉDICALES

Année 2025

Thèse N°69A et 69B



Thèse

**POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
Le 24/06/2025 à Pau

Par :

Laura SAULT
Née le 05/08/1996
à Villeneuve-Saint-Georges

et

Clément SMITH
Née le 10/07/1995
à Saint-Jean-de-Braye

**Aides à l'installation des Médecins
Généralistes dans les Pyrénées-Atlantiques :
évaluation du dispositif Présence médicale 64
par les médecins du territoire**

Directeur de thèse :
Madame la Docteure Claire CADIX

Co-directeur :
Monsieur le Professeur Laurent MAGOT

Rapporteur
Monsieur le Docteur Thomas HENRI

Jury

M. le Professeur Pierre DUBUS
Mme le Professeur Christophe ADAM
Mme la Docteure Roxane BAILLEUL
M. Thierry CARRÈRE

Président
Juge
Juge
Juge

Remerciements au jury

Au président du jury :

À Monsieur le Professeur Pierre DUBUS,

Professeur des universités en histologie, embryologie et cytogénétique, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Chef du service de biologie des tumeurs et tumorothon.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'être le président de jury de notre thèse.

Aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Christophe ADAM,

Professeur associé au département de médecine générale.

Médecin généraliste à Mérignac.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à notre thèse.

À Madame la Docteure Roxane BAILLEUL,

Médecin généraliste à Pontacq.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de siéger dans notre jury.

À Monsieur CARRERE Thierry,

Vice-président en charge de l'attractivité et du développement des territoires, délégué à l'agriculture et à la Présence médicale 64.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de votre présence. Veuillez trouver ici la marque de notre gratitude.

À nos directeurs de thèse :

À Madame la Docteure CADIX Claire,

Praticienne agréée maître de stage des universités.

Médecin généraliste à Ger, élue à l'Union Régionale des Professionnels de Santé

Médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine.

Merci pour votre disponibilité et vos conseils avisés.

À Monsieur le Professeur Laurent Magot,

Professeur associé au département de médecine générale de Bordeaux.

Médecin généraliste à Lons.

Merci d'avoir été présent tout au long de ce travail, pour votre expertise et votre disponibilité.

Remerciements de Laura

A Clément, mon co-thésard. Merci de ton soutien tout au long de cette thèse.

A ma Moumoune. Merci pour tout l'amour et le soutien que tu m'as donnés. Si je dois à quelqu'un mon parcours, c'est bien à toi. Merci d'avoir toujours tout fait pour me rendre le quotidien plus facile, de m'avoir encouragée, de m'avoir épaulée, de m'avoir fait rire et sourire au quotidien. Merci d'être un modèle d'optimisme et de bienveillance. A nos prochaines vacances dont on profite toujours comme si ça allait être les dernières. A notre relation fusionnelle. Je t'aime fort fort fort!

Merci à toute ma famille, qui m'a vu grandir et a forgé mon caractère.

A mes grands-parents, Roger et Elvire, et leur amour bienveillant. A Josette qui attend avec impatience de me voir soutenir.

A mon Papa, pour m'avoir éduqué dans l'amour.

A mes frères Adrien et Michael. A ma petite soeur qui n'existait pas au début de cette thèse, Mencia.

A Loli et Parrain, Martine et Bernard, Véro et Patrick avec une pensée particulière pour Françoise qui a témoigné plus de joies que quiconque à ma réussite P1 et a su me soutenir dans les moments plus difficiles. A mes cousins et cousines.

Aux médecins généralistes de mon externat et internat qui m'ont transmis leur savoir et l'amour de ce métier. Merci aux Dr Casedevant et Dr Canton pour leur écoute et conseils bienveillants en ce début d'exercice. Merci à la team d'internes de gygy et pédiatrie.

A mes amis,

Ma meilleure amie Kelly, un véritable rayon de soleil, qui me fait rire à en avoir des crampes quitte à ce qu'on paraisse possédées. Merci d'avoir chamboulé ton emploi du temps et d'avoir fait le chemin pour me voir soutenir cette thèse. Je t'aime.

Ma Raphichou, mon indispensable (tu te souviens?), et ton rire communicatif. A nos débuts au conservatoire en jouant des boogies, à la classe euro que j'ai choisi pour être auprès de toi, à notre réussite commune en P1. Je chéris de pouvoir grandir et vieillir à tes côtés. Tu tiens une place toute particulière dans mon coeur.

A mes blondinets Théo et Flo. Loin des yeux mais près du coeur.

A mes bombasses parisiennes. Caro, ma papoteuse et tes précieux avis. Amélie, avec qui on cumule un bon nombre de vidéos compromettantes entre Risoul, Albufeira/la cuite au Mateus/Jean Schulteiss, mon wiggle, ta reprise de Colonel Reyel...

A ma Cristolienne devenue Lilloise, Clara, et ta passion gossip.

A Léa, et notre lutte acharnée contre les mites de la Madeleine.

A mes sourdingues du PMU,

- Manon, une rencontre exceptionnelle. A nos rando, ski, paddle et initiation au rugby (on dirait presque que je suis sportive comme ça hihi).

- Lucie, ton humour, ton sens de la fête, aux randos et canyoning.

Aux autres méd gé paloises, aux bons moments passés et à venir, Lucie, Julie (on inclut Alex bien sûr) et Astrid.

Aux copains participants à l'ancrage territorial, Claudi et Flavia, Emerick et Marie, Perrine et Luc, Ben, Vesco, Valdine, Pierre et Émilie, Perrine et Mao.

Pour finir, à mon Pacsé d'amour. Merci d'être si parfait pour moi, d'égayer mon quotidien, de m'aimer et de supporter tant de mana-mana. Merci de me combler de bonheur. Je t'aime à la folie.

Remerciements de Clément

À Laura, ma co-thésarde, on y est arrivés ! Nous sommes Docteurs. Merci pour tout.

À mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel. Maman, merci pour ces petits plats tout au long de ces études, les « chut, Clément travaille » aux enfants, ton écoute, ta bienveillance... Merci d'être toi. Papa, merci pour ta force tranquille et la confiance que tu m'as transmise. Je ne sais pas exactement pourquoi je me suis tourné vers la médecine, mais aujourd'hui, je suis comme toi, Docteur en médecine. On ne vous le dit pas assez souvent, mais on vous aime, je vous aime !

À mes frères et mes (belles) sœurs, vous êtes mes exemples. J'ai grandi et appris à vos côtés. Vous m'avez construit. Vous m'avez écouté dans les moments difficiles. Vous ne m'avez jamais jugé pour avoir manqué certains événements de vos vies. Merci mille fois, je vous aime.

À Julia, Apolline, Nina, Leopold et Hugo, et si un futur médecin se cachait parmi vous ? Peu importe, continuez de grandir, comme vous le faites, à votre vitesse. Vous êtes parfaits ! Vous avez en plus les meilleurs parents du monde, cette chance !

À mes grands-parents et Jean-François, j'espère que vous êtes fiers de moi aujourd'hui. Profitez bien là-haut.

À Margot, mon cat. Une rencontre improbable aux fêtes de Saint-Jean, il y a 6 ans, à quelques jours près de la soutenance de ma thèse, comme un signe. Depuis, nos chemins ne se sont plus séparés. Tu as très vite compris l'importance que prend la médecine dans ma vie, dans une vie à deux, mais tu m'as toujours accompagné, conseillé, rassuré, avec une facilité déconcertante. Je te remercierais jamais assez. On avance à deux, on ne se pose pas de questions. Je t'aime tellement. À notre futur !

À mes Timals, je ne peux pas tous vous remercier un par un, mais vous savez à quel point vous comptez pour moi. Qu'il est difficile de vous avoir dit « non, désolé, je dois bosser » un nombre incalculable de fois. Malgré ça, vous n'avez jamais cessé de m'appeler, de me soutenir et de me distraire. Un petit plus pour mon Timal Tom, à toutes ces heures passées dans l'amphi 3 et

tous ces records explosés. Tu es le seul à avoir palpé la difficulté de ces études. Je vous aime mes Timalis.

À mes tous mes proches luziens, que je ne peux pas tous citer tellement vous êtes nombreux, du collège jusqu'à aujourd'hui. Merci pour tous ces moments passés avec vous. On change rien !

À mes amis Bordelais, co-externes médecins, mais pas que : Traevis, Aurel, Boris, Paul, Charles, Pierre, Dupont, David, Sacha, Roxane, Laura, Selma, Sarah et j'en oublie ! Et également à ces rencontres que j'ai pu faire à travers vous. Eh bien, merci, on aura (vraiment) bien profité quand même. Tant de souvenirs avec vous. Vous m'avez tiré vers le haut. Merci pour tout, continuons à entretenir cette amitié.

À tous les médecins et toutes ces personnes que j'ai pu rencontrer lors de mon internat et que je ne cite pas aujourd'hui dans ces remerciements, merci pour tout. Merci pour votre formation, vos conseils précieux.

Liens d'intérêts des auteurs

La docteure Claire CADIX et le professeur Laurent MAGOT sont tous les 2 membres du comité de pilotage du dispositif Présence médicale 64. Ils assistent régulièrement aux réunions du dispositif et ont pu recevoir à ce titre des invitations à des repas de travail ainsi que bénéficier de la remise d'objets promotionnels de valeur minime.

Madame Laura SAULT a participé à plusieurs soirées d'accueil des internes de médecine générale. Elle a pu à ces occasions bénéficier de collations ou de remise d'objets promotionnels de valeur minime.

Monsieur Clément SMITH ne déclare aucun lien d'intérêt avec le dispositif Présence médicale 64.

Table des matières

1 Préambule.....	11
2 Présence médicale 64, un outil de maintien de la démographie médicale dans les Pyrénées-Atlantiques.....	13
2.1 La démographie médicale et son évolution.....	13
2.1.1 La situation au niveau national.....	13
2.1.2 La situation au niveau régional et en Nouvelle-Aquitaine.....	14
2.1.3 La situation au niveau départemental et dans les Pyrénées-Atlantiques.....	15
2.1.4 L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), un indicateur plus fin pour définir l'accès aux soins.....	16
2.2 Les déterminants et les freins à l'installation.....	17
2.2.1 Les déterminants à l'installation en libéral.....	17
2.2.2 Les freins à l'installation.....	19
2.3 Les aides à l'installation et l'analyse de leur impact.....	20
2.3.1 La situation dans les autres pays des dispositifs d'aide et de leur évaluation.....	20
2.3.2 Les aides financières en France.....	22
2.4 Les dispositifs territoriaux d'aide à l'installation des médecins généralistes.....	25
2.4.1 Les aides financières.....	25
2.4.2 Les aides non financières.....	27
2.5 Le dispositif Présence médicale 64 (PM64).....	29
2.5.1 La genèse du projet.....	29
2.5.2 La méthode de travail de PM64.....	32
2.5.3 Résultats de l'action de PM64.....	36
2.5.4 Les perspectives.....	36
2.6 Question de recherche et objectifs.....	37
3 Méthode.....	38
3.1 Type d'étude.....	38
3.2 Population.....	38
3.3 Guide d'entretien.....	38
3.4 Considérations légales et éthiques.....	39
3.5 Recueil des données.....	39
3.6 Transcription et codage des données.....	39
3.7 Traitement des données.....	40
4 Résultats.....	41

4.1 Population des médecins interrogés et déroulement de l'étude.....	41
4.2 L'installation des médecins interrogés : son contexte.....	42
4.2.1 Les déterminants de leur installation.....	42
4.2.2 Une installation bien souvent menée seul.....	44
4.2.3 Une installation souvent considérée comme facile.....	44
4.2.4 Une installation avec malgré tout quelques difficultés.....	45
4.3 La pénurie médicale et la souffrance des médecins.....	47
4.3.1 Une souffrance omniprésente.....	47
4.3.2 La pénurie médicale : un des principaux facteurs de souffrance.....	47
4.3.3 D'autres facteurs de souffrance.....	48
4.3.4 Solutions face à la souffrance.....	51
4.4 Les médecins interrogés et PM64.....	53
4.4.1 Premier contact avec le dispositif PM64.....	53
4.4.2 Un dispositif globalement mal connu des médecins de territoire.....	54
4.4.3 Les aspects connus du fonctionnement dispositif.....	56
4.4.4 Des connaissances du dispositif parfois erronées.....	58
4.4.5 Un dispositif globalement considéré comme utile.....	59
4.4.6 Quelques points négatifs.....	63
4.4.7 Des attentes.....	66
4.5 Synthèse des résultats.....	68
5 Discussion.....	69
5.1 Le choix de la méthode.....	69
5.1.1 Une évaluation quantitative de l'action de PM64 serait difficile.....	69
5.1.2 Le choix de la méthode qualitative.....	70
5.1.3 Les point fort de la méthode.....	70
5.1.4 Les faiblesses de la méthode.....	71
5.2 Discussion des résultats.....	71
5.2.1 Des déterminants à l'installation qui ont peu évolués.....	71
5.2.2 La souffrance des médecins largement exprimée.....	73
5.2.3 Les aides à l'installation.....	75
5.2.4 La légitimité du dispositif PM64.....	76
5.2.5 La satisfaction globale du dispositif.....	76
5.2.6 Le manque d'information des médecins au sujet de PM64.....	77

5.3 Perspectives.....	79
5.3.1 Les perspectives d'évolution de PM64.....	79
5.3.2 Les perspectives de recherches ultérieures.....	80
6 Conclusion.....	81
7 Postface : deux travaux de thèse pour évaluer un même dispositif.....	82
8 Bibliographie.....	84
9 Annexes.....	90
9.1 Annexe 1 : Trame d'entretien.....	90
9.2 Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement.....	91

Glossaire

AFR : Aide à la Finalité Régionale

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

AquiRÉAGJIR : Regroupement Autonome de Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants d'Aquitaine

ARS : Agence Régionale de Santé

AUP : Accueil Unique Personnalisé

CAIM : Contrat d'Aide à L'installation des Médecins

CDE : Contrat de Début d'Exercice

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des médecins

CDPA : Conseil Départemental des Pyrénées-Atlantiques

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CGEA : Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

COFIL : Comité de Pilotage

COSCOM : Contrat de Solidarité et de Coordination pour les Médecins

COTRAM : Contrat Territorial de Médecine Ambulatoire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de Santé

CSTM : Contrat de Stabilisation et de Transition pour les Médecins

CTS : Conseil Territorial de Santé

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ESP : Equipe de Soins Primaires

FFR : France Ruralités Revitalisation

FJMG : Forum des jeunes médecins généralistes

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

PAMSU : Praticien Agréé Maître de Stage des Universités

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PM64 : Présence médicale 64

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SDAASP : Schéma départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public

SIMGA : Syndicat des Internes en Médecine Générale d'Aquitaine

URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux

URSSAF : Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZFU TE : Zones Franches Urbaines Territoires Entrepreneurs

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

1 Préambule

Clément Smith est originaire des Pyrénées Atlantiques. Il est installé à Saint-Jean-de-Luz et projette d'y exercer sur du long terme. Il a réalisé une partie de son internat dans le département. Lors de son premier contact avec Présence médicale 64 (PM64), il a trouvé le concept intéressant.

Laura Sault a des attaches familiales dans le Béarn. Elle a réalisé la moitié de son internat à Pau. Elle a découvert PM64 en 2e année d'internat lors d'une soirée d'accueil. Elle a trouvé ce dispositif novateur et a apprécié la convivialité de l'équipe.

Dans ce cadre, Pr Magot nous a proposé une thèse évaluant le dispositif PM64.

Cette évaluation porte sur deux versants : le ressenti des médecins de territoire et le ressenti des médecins accompagnés par PM64.

Cette thèse qualitative s'inscrit dans l'ensemble de deux travaux thèse, réalisés de manière indépendante, et qui seront soutenus en même temps.

4 médecins généralistes, aussi enseignants universitaires et membres du COPIL de PM64, ont encadré ces 2 thèses. L'un de ces travaux (Marine Elman, et Hélène Leherpeur) s'intéresse au ressenti des médecins généralistes qui ont bénéficié d'un accompagnement à l'installation de la part de PM64. Le second travail (Clément Smith et Laura Sault) s'intéresse au ressenti des médecins généralistes exerçant à proximité des précédents à propos de cet accompagnement. Ainsi :

- Dr Duisit et Dr Jouhet ont dirigé le travail de thèse de Marine Elman, et Hélène Leherpeur.
- Dr Cadix et Pr Magot ont dirigé le travail de thèse de Clément Smith et Laura Sault.

Ces travaux de thèse s'intégrant dans une double évaluation de PM64, nous avons décidé de rédiger une introduction commune :

- Clément Smith s'est intéressé à la démographie médicale et les aides à l'installation et l'analyse de leur impact.
- Hélène Leherpeur a développé les déterminants et freins à l'installation des médecins généralistes.

- Marine Elman a décrit les dispositifs de territoire d'aide à l'installation des médecins généralistes.
- Laura Sault a rédigé la partie décrivant l'histoire et l'action de PM64.

Concernant le travail de recherche de Clément Smith et Laura Sault :

- Laura Sault a écrit ce préambule.
- Les entretiens semi-dirigés ont été menés par les deux thésards (soit 6 chacun) qui ont chacun écrit les verbatims des entretiens qu'ils ont menés. Les codages des entretiens ont été réalisés de manière indépendante par les deux chercheurs puis mis en commun sous la supervision des directeurs de thèse.
- Clément Smith a décrit la méthode.
- Les parties résultats et discussion ont été travaillées conjointement.

2 Présence médicale 64, un outil de maintien de la démographie médicale dans les Pyrénées-Atlantiques

2.1 La démographie médicale et son évolution

2.1.1 La situation au niveau national

Au 1er janvier 2025, 336 132 médecins étaient inscrits au tableau de l'ordre des médecins. Bien que cet effectif soit en augmentation depuis 2010, en réalité, le nombre de médecins en activité régulière diminue. L'activité régulière se définit par une activité pleine, c'est-à-dire qu'elle exclut les médecins retraités (avec une activité médicale ou non), les médecins remplaçants et les médecins sans activités. En 2025, les médecins en activité régulière ne représentent plus que 59,9 % (201 239) des médecins inscrits au tableau. On observe une baisse de 16,6 % par rapport à 2010 (1).

Cette différence, entre médecins inscrits et médecins en activité régulière, s'explique notamment par l'augmentation des médecins retraités sans activité médicale (+ 127,7 %), des médecins retraités conservant une activité médicale (+ 307,7 %) et des médecins remplaçants (+ 71,2 %) (1).

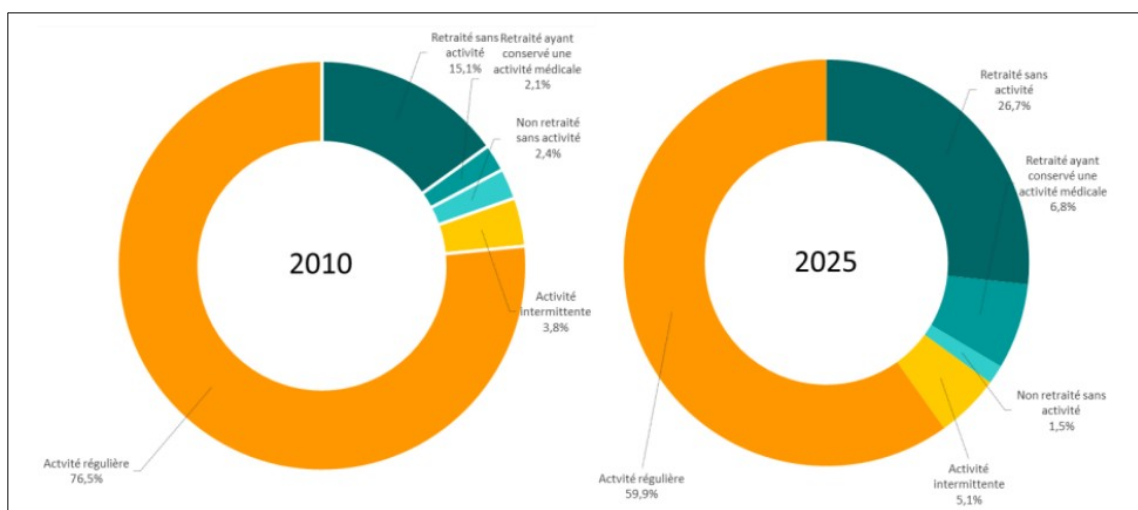


Figure 1 : répartition des inscrits selon leur statut d'inscription en 2010 et 2025. Source : atlas de la démographie médicale 2025 (1).

En 2025, on note une tendance à la hausse du nombre de médecins actifs réguliers, de 1,1 % par rapport à 2024. Cependant cette hausse se fait au profit des spécialités médicales autres que la médecine générale. En réalité, la proportion des médecins généralistes en activité régulière continue de baisser, passant de 47,1 % (94 221) en 2010 à 40,7 % (81 904) en 2025 (1).

Parallèlement, les modes d'exercice évoluent. La proportion des médecins salariés est plus importante que celle des médecins ayant un exercice libéral (toutes spécialités confondues), et ce d'autant plus que les médecins sont jeunes. En médecine générale, l'activité libérale reste cependant le mode d'exercice principal, à hauteur de 55,5 % des médecins (1).

2.1.2 La situation au niveau régional et en Nouvelle-Aquitaine

Au-delà de la diminution de la proportion en médecins généralistes, leurs répartitions sur le territoire présente des inégalités.

L'analyse de la densité médicale est un des indicateurs utilisés pour mettre en évidence ces inégalités (figure 2). On remarque sur cette carte la disparité dans la répartition des médecins généralistes et la séparation entre le Nord et le Sud de la France.

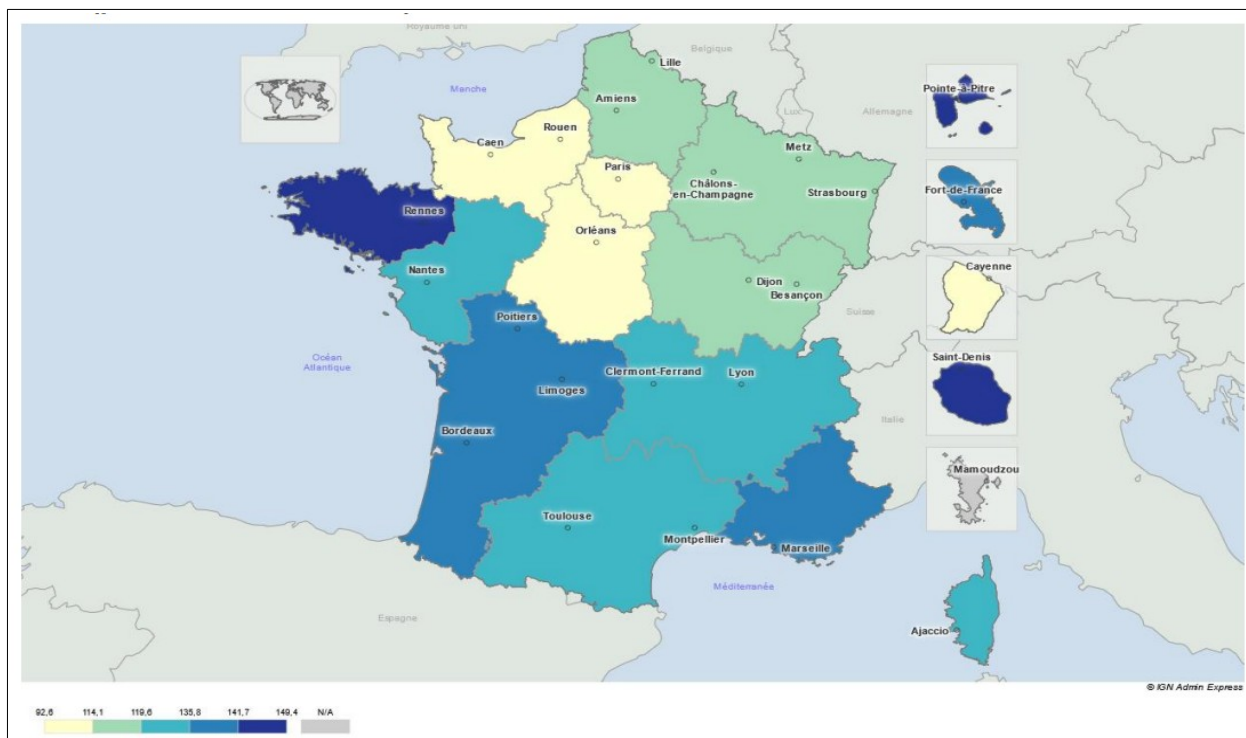


Figure 2 : densité régionale des médecins généralistes en activité régulière au 1er janvier 2025 (pour 100 000 habitants. Source : Atlas de la démographie médicale 2025 (1).



En 2025, dans les Pyrénées Atlantiques, la densité médicale était de 175,8 médecins

Cependant, cela ne donne pas une image correcte de la situation départementale. En effet, malgré ce chiffre flatteur, les inégalités dans la répartition des médecins généralistes sont bien présentes au sein du département. Pour illustrer ces propos, Présence médicale 64 nous a fourni l'atlas de la démographie des médecins généralistes libéraux dans les Pyrénées-Atlantiques, d'après les données de 2023 (3). Dans la communauté d'agglomération du Pays basque, la densité médicale était relativement élevée, avec 114 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. En revanche, dans les zones plus reculées comme le Haut-Béarn, la densité chutait à environ 92 pour 100 000 habitants.

2.1.4 L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), un indicateur plus fin pour définir l'accès aux soins

Pour une analyse plus fine des inégalités territoriales, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ainsi que d'autres acteurs ont créé un nouvel indicateur : l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) (4).

Il permet d'estimer plus finement l'accès aux soins des médecins et s'exprime en nombre de consultations par an et par habitant (5). C'est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins. Il prend en compte conjointement différents paramètres, comme la proximité et la disponibilité de l'offre médicale, mais aussi l'activité des médecins et la demande de soins répartie par tranche d'âge (4).

Pour définir la notion de « sous-densité médicale », le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant de la commune a été retenu. Ainsi, en 2022, près de 35 % des communes françaises étaient situées sous ce seuil. Ce chiffre atteignait 59 % en standardisant à l'âge des médecins généralistes à 62 ans ou moins (5).

La dégradation de l'APL et de la répartition territoriale des médecins est en partie liée à la diminution du nombre de consultations offertes et l'augmentation des besoins de soins. Le départ à la retraite des générations de médecins formées dans les années 1970-1980 n'a pas été compensé par les générations suivantes. Il semble également que les territoires sous-dotés ont une croissance démographique et économique plus faible, rendant l'attractivité plus restreinte (4).

2.2 Les déterminants et les freins à l'installation

2.2.1 Les déterminants à l'installation en libéral

De nombreuses études interrogent les étudiants en médecine et les médecins quant aux raisons qui les pousseraient ou les ont poussés à s'installer en libéral. Comme étudié dans l'enquête réalisée en 2019, par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), auprès des internes, des remplaçants et des médecins installés, sur les déterminants à l'installation, ceux-ci se modifient en fonction de l'avancement dans le parcours professionnel (6). Il est possible de classer les déterminants à l'installation en trois groupes : les facteurs d'ordre personnels, professionnels et économiques.

2.2.1.1 D'un point de vue personnel

La région d'origine est un facteur déterminant pour 30 % des médecins installés (7).

La proximité familiale est un facteur important dans le choix du lieu d'installation pour environ 60 % pour les internes et les remplaçants. Cette importance semble cependant diminuer chez les médecins installés dans l'étude du CNOM de 2019 (6-7).

La prise en compte du conjoint influe dans le choix du lieu d'installation pour 86 % des internes. Pour ceux qui sont célibataires mais se projetant avec un conjoint, ce taux reste élevé à 77 % (6). Dans la revue de la littérature de Rebecca Lemonnier et Paul Aubry, une étude portant sur 42 médecins libéraux exclusifs a trouvé que pour 90 % des médecins, la proximité du lieu de travail du conjoint était importante ou primordiale et pour 95 % d'entre eux, la possibilité de travail pour le conjoint l'était aussi (7).

Le fait d'être parent est un facteur déterminant. En effet, la proportion de médecins installés ayant des enfants est plus élevée que celle des remplaçants (7).

L'importance de l'existence de services de proximité (école, commerce, poste) est retrouvée dans plusieurs études (6-8).

Enfin, le cadre de vie est un déterminant régulièrement mentionné (6-7). Ainsi, la proximité de la mer et/ou de la nature, un climat agréable, une agglomération de taille moyenne, la distance domicile-travail entre 15 et 30 minutes sont des facteurs d'attractivité (8).

2.2.1.2 D'un point de vue professionnel

Le lieu d'études et des stages d'internat participent au choix du lieu, du type d'installation et du délai d'installation. Ainsi, 89,7 % des internes qui sont restés dans leur région d'externat souhaitent y exercer, tandis que le pourcentage des internes souhaitant s'installer dans leur région d'internat diminue à 63,9 % chez ceux qui ont changé de région (9).

De plus, le nombre de stages ambulatoires en 3^e cycle est corrélé au souhait d'installation. En effet, dans une étude menée par l'Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG), la réalisation d'un deuxième stage ambulatoire est associée à une augmentation de souhaits d'installation en médecine générale ambulatoire par rapport à ceux ayant réalisé un seul stage ambulatoire avec un taux passant de 69 à 88 % (10).

Par ailleurs, le nombre d'étudiants prêts à s'installer dans les trois ans suivant la fin de leur Diplôme d'Études Spécialisées (DES) augmente avec le nombre de stages ambulatoires réalisés. Il est de 29 % chez les internes ayant réalisé un stage ambulatoire tandis qu'il est à 42 % chez ceux ayant réalisé 3 stages ambulatoires. Le taux effectif d'installation augmente aussi avec le nombre de stages ambulatoires réalisés chez les jeunes médecins généralistes. Enfin, le lieu de réalisation du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) influence le projet d'installation. En effet, la réalisation d'un SASPAS en milieu urbain, rural ou semi-rural augmente la proportion de souhait d'installation dans cette zone par rapport à ceux n'en ayant pas réalisé (10).

La réalisation de remplacements à proximité du lieu d'installation participe au choix du lieu d'installation et du type d'exercice. Les remplacements permettent parfois de trouver un lieu d'installation (7,11).

Les conditions d'exercice ont un rôle important dans l'installation. Ainsi, le début d'exercice comme collaborateur, l'exercice en cabinet de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle, l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle sont des facteurs retrouvés dans plusieurs études (6,8,12).

Les spécificités de l'exercice libéral avec les horaires souples, l'absence de hiérarchie, la liberté de travail et les congés sont régulièrement mentionnés dans les études portant sur les déterminants à l'installation (7).

L'environnement professionnel tel que la proximité d'un service d'urgences ou d'un hôpital, le réseau de correspondants, la proximité de paramédicaux, la proximité d'un laboratoire d'analyse, d'un cabinet de radiologie sont des éléments pris en compte lors de l'installation (7,8).

L'attrait pour le rôle de médecin de famille avec le suivi des patients, l'intérêt pour la médecine, la perspective d'un exercice diversifié motivent les médecins à s'installer (7,11).

2.2.1.3 D'un point de vue économique

La régularité et l'augmentation des revenus sont des facteurs pouvant motiver à s'installer (7). Il existe des aides financières pour encourager à l'installation.

L'opinion sur les aides financières évolue au cours du parcours professionnel. En effet, 41 % des internes interrogés pensent que les aides financières sont « Tout à fait ou Plutôt » déterminantes dans leur choix d'installation tandis que les remplaçants sont 30 % à avoir la même réponse. Pour 48 % des internes et 47 % des remplaçants, les aides sont « Peu ou Partiellement » déterminantes. Enfin, pour 10 % des internes et 22 % des remplaçants, ces aides ne sont « Pas du tout » déterminantes. Il peut être intéressant de noter que dans cette étude, 69 % des médecins installés considèrent que les aides financières n'ont eu aucune influence sur leur choix d'installation (6).

2.2.2 Les freins à l'installation

Paul-Enguerran Seisson et Vincent Truchot ont réalisé une revue de la littérature sur les freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. Ils les ont divisés en trois catégories : les freins liés à la formation, les freins liés au lieu et les freins liés aux conditions d'exercice.

Les médecins interrogés font part d'un manque dans la formation initiale notamment à la médecine libérale avec une formation pratique essentiellement hospitalière. Ils rapportent un manque de formation sur l'installation qui interviendrait trop tard dans le cursus et un manque d'information sur les questions financières notamment sur les aides existantes, les questions administratives et les questions juridiques. Cependant, depuis les réformes des études médicales successives, on note un progrès dans la formation avec une obligation de stage en médecine

générale en 2^e cycle et la réalisation de deux stages en ambulatoire en 3^e cycle. La 4^e année d'internat de médecine générale concernant les promotions d'internes à partir de 2023 constitue une évolution dans la formation et pourrait lever certains de ces freins à l'installation.

Les freins liés au lieu sont les difficultés pour le conjoint de trouver un emploi dans certaines zones géographiques, l'éloignement entre le lieu de travail et le domicile et le manque de services de proximité.

Les freins liés aux conditions d'exercice sont nombreux. La crainte d'un isolement professionnel peut freiner les médecins à s'installer. Ainsi l'éloignement d'un plateau technique, d'une pharmacie, d'un laboratoire d'analyse, d'un cabinet de radiologie, de cabinets paramédicaux et des difficultés à trouver des correspondants sont des freins à l'installation. Les médecins installés font part d'une charge de travail trop importante, de difficultés à se faire remplacer et de difficultés à concilier la vie privée avec la vie professionnelle.

Dans l'étude, il est mentionné une évolution dans la relation médecin-patient avec une augmentation de l'exigence des patients, ainsi que d'une crainte de la judiciarisation de la pratique médicale.

Les spécificités de l'exercice libéral font que les médecins dénoncent une moins bonne couverture sociale. De plus, il existe un risque d'insécurité plus important que dans une structure hospitalière.

Enfin, le manque de flexibilité de l'installation libérale freine les jeunes médecins en cas de déménagement, de changement de mode d'exercice ou d'une mauvaise entente entre associés.

Sur le plan financier, la nécessité d'un investissement initial et les charges du cabinet peuvent décourager les médecins. Les charges administratives importantes sont associées à une augmentation des charges financières avec la nécessité d'employer un secrétariat (13).

2.3 Les aides à l'installation et l'analyse de leur impact

2.3.1 La situation dans les autres pays des dispositifs d'aide et de leur évaluation

Au niveau international, les politiques publiques font face à la même problématique territoriale que la France en matière de répartition des médecins. Plusieurs leviers sont utilisés pour y remédier notamment les incitations financières, la formation initiale et la régulation de

l'installation (14).

2.3.1.1 Les incitations financières

L'incitation financière est le principal levier utilisé. Dès 2012, deux tiers des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) employaient déjà ce type d'aide (14).

Pour les étudiants, diverses aides financières existent. La mesure principale étant l'engagement d'exercer dans les zones sous-dotées après l'obtention de leur diplôme. Cependant, il est observé que les médecins qui s'y installent volontairement sont plus susceptibles d'y rester sur le long terme. L'impact de ces aides sur la densité médicale est peu documenté (14).

Pour les médecins déjà installés, ces incitations financières sont pour la plupart du temps des augmentations de revenus sous différentes formes (primes, majorations tarifaires, exonérations fiscales). En Australie, des primes de maintien en exercice, cumulées avec les primes à l'installation, peuvent atteindre 60 000 dollars par an, dans le but de fidéliser les médecins pour une installation durable (14).

2.3.1.2 La formation initiale

Une stratégie consiste à former plus de médecins, en partant du principe qu'un engorgement des agglomérations urbaines entraînera un déplacement vers les zones sous-dotées. Mais de nombreuses études montrent que cette stratégie est inefficace, voire contre-productive. L'autre stratégie vise à sélectionner en amont les étudiants a priori prédisposés à exercer dans les zones sous-dotées. En Australie, dès les années 1990, des programmes spécifiques ont émergés afin d'augmenter le nombre d'étudiants issus de zones rurales, le temps de formation en milieu rural et de décentraliser les universités (14).

2.3.1.3 Les régulations à l'installation

Certains pays, comme l'Australie, le Canada ou les États-Unis, imposent provisoirement aux médecins diplômés à l'étranger d'exercer dans des zones sous-dotées. L'impact est positif, mais à court terme. De multiples formes de régulation existent selon les pays. La régulation améliore la répartition géographique des médecins, sans pour autant garantir une couverture suffisante dans les zones les moins attractives (14).

2.3.2 Les aides financières en France

La France a également son panel d'aides financières. L'attribution de ces aides dépend de la démographie médicale dans la zone d'installation. Ainsi, une cartographie en professionnels de santé a été effectuée, régie par l'Article L.1434-4 du Code de la santé publique (15).

Elle se base selon le niveau d'APL aux médecins généralistes. Elle est mise à jour tous les trois ans par les Agences Régionales de Santé (ARS) (Figure 4). Les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) regroupent les territoires les plus en tension. Les Zones d'Action Complémentaire (ZAC) sont des territoires moins touchés, mais où des besoins médicaux existent (16).

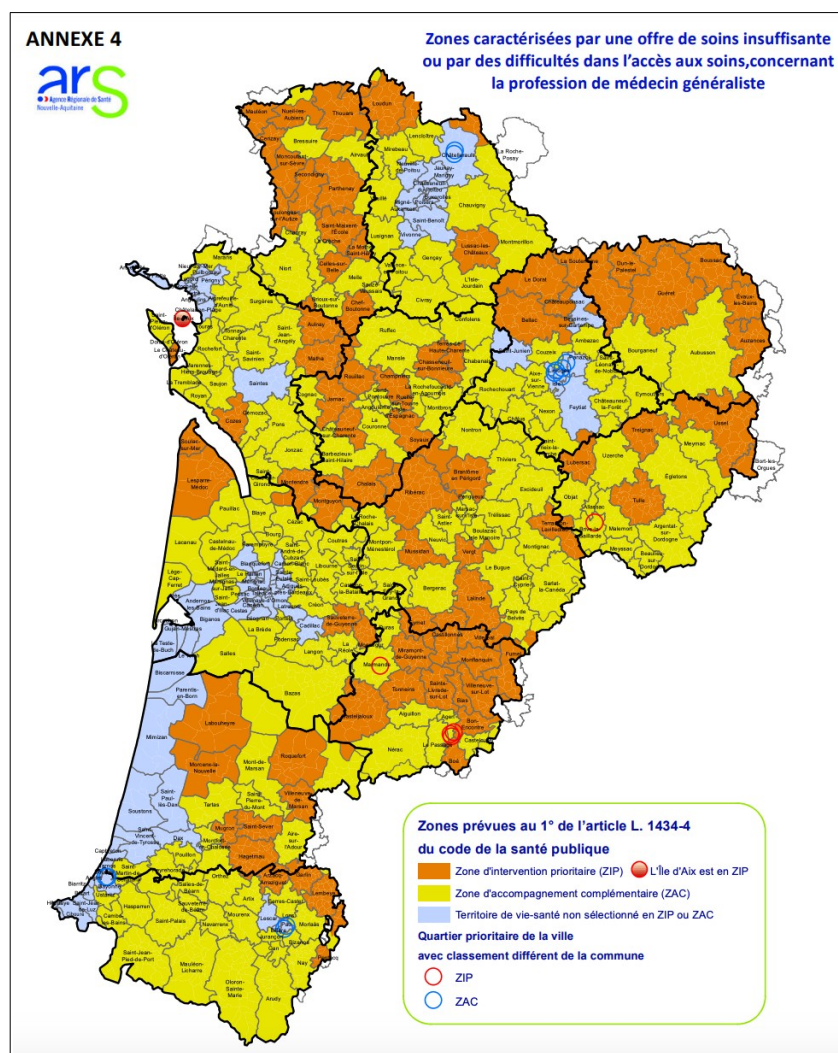


Figure 4 : carte du zonage médecins en Nouvelle-Aquitaine 2022 (17).

2.3.2.1 Les aides conventionnelles

Les aides conventionnelles sont mises en place par l'Assurance Maladie. Elles sont encadrées par la convention médicale en vigueur (18) et comprennent les dispositifs suivants :

- **Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)** : c'est une aide financière à l'installation dans une ZIP. Pour cela, il faut participer à la permanence des soins et travailler en cabinet de groupe (mono ou pluri-professionnel), dans une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou dans une équipe de soins primaires (ESP). Elle est unique et est signé pour 5 ans.
- **Contrat de Stabilisation et de Transition pour les Médecins (CSTM)** : c'est une aide financière hors ZIP pour les médecins qui souhaitent y consacrer une partie de leur activité (au moins 10 jours par an). Le contrat est signé pour 3 ans, renouvelable.
- **Contrat de Solidarité et de Coordination pour les Médecins (COSCOM)** : c'est une aide financière qui vise à soutenir l'exercice coordonné (cabinet de groupe, CPTS, ESP) et la maîtrise de stage en ZIP.
- **Contrat Territorial de Médecine Ambulatoire (COTRAM)** : il vise à soutenir les médecins en ZIP qui préparent leur cessation d'activité, en accueillant et accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

2.3.2.2 Les aides de l'État

Les aides de l'État, sous la conduite des Agences Régionales de Santé (ARS), viennent compléter les dispositifs conventionnels afin d'inciter l'installation des médecins dans ces zones :

- **Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)** : il permet aux étudiants en médecine de bénéficier d'une aide financière pendant leurs études en contrepartie d'un engagement à exercer dans une zone sous-dotée pendant une durée minimale (19).
- **Contrat de Début d'Exercice (CDE)** : c'est une aide financière qui vise à sécuriser la première année d'activité libérale des jeunes médecins (médecins remplaçants de moins de un an ou étudiants avec licence de remplacement) qui remplacent en ZIP ou ZAC de manière durable (29 journées par trimestre et 80 % de son activité) (20).

- Dispositif « 400 médecins » : l'objectif est de recruter 400 médecins généralistes dans les zones sous-denses, grâce à un dispositif en deux volets : le premier permet un exercice partagé entre hospitalier et ambulatoire, avec un complément de salaire garanti pendant deux ans pour l'activité ambulatoire ; le second offre un soutien financier aux centres de santé des zones prioritaires pour embaucher des médecins généralistes salariés, sur une période de deux ans, afin de favoriser la création d'une patientèle (21).

Parallèlement, il existe des dispositifs d'exonérations sociales et fiscales. Par exemple, en cas de participation à la permanence des soins ambulatoires dans une ZIP, ou pour les créateurs d'entreprises sur certains territoires, comme le zonage France Ruralités Revitalisation (FRR), les zones franches urbaines-territoires entrepreneur (ZFU-TE), ou les zones d'aide à finalité régionale (AFR) (22).

2.3.2.3 Les évaluations des dispositifs d'aide en France

L'évaluation des aides financières est déclarative. Il est donc difficile d'évaluer l'impact réel de ces mesures sur la répartition territoriale des médecins. Une analyse de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en 2007 montre que ces incitations sont peu utilisées. Les majorations tarifaires n'ont permis d'attirer que 4 % de médecins supplémentaires dans les zones déficitaires, pour un coût élevé (20 millions d'euros) (14). Les résultats de la thèse de Victor Cantiran, évaluant l'impact des mesures incitatives et initiatives locales sur le lieu d'installation des médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne, vont dans ce sens. Aucune des mesures financières ne dépasse 50 % d'opinion favorable (23). La thèse d'Ambre Hebert, sur l'influence des mesures incitatives à l'installation des médecins généralistes dans les Landes auprès des médecins installés et collaborateurs depuis 5 ans, souligne le manque de connaissance des aides financières par les médecins. De plus, il semblerait qu'elles aient un effet que transitoire « d'aubaine », sans pour autant maintenir une installation durable (24). Les études internationales tendent à montrer que ces stratégies, utilisées seules, ont un effet limité. Comme le souligne Fournier, un auteur canadien : « la décision d'un médecin de pratiquer dans une région isolée est un processus complexe qui ne peut être influencé que marginalement par des incitations économiques de courte ou de moyenne durée » (14).

2.4 Les dispositifs territoriaux d'aide à l'installation des médecins généralistes

Les aides financières nationales, qui ont un impact limité sur l'installation des médecins généralistes, ont conduit les territoires locaux à mettre en place des dispositifs financiers et des services pour essayer d'encourager les installations et accompagner les médecins tout au long du processus.

2.4.1 Les aides financières

Pour rendre leurs territoires encore plus attractifs aux yeux des médecins voulant s'installer, les régions, les départements et les communes proposent des aides financières sous différentes formes.

2.4.1.1 La prime d'installation

Que cela soit à l'échelle régionale, départementale ou communale, de nombreuses entités proposent des primes d'installation. Souvent le montant de la subvention peut être majoré si l'installation se fait sur un territoire où l'offre de soin est plus faible. Les conditions d'obtention de ces subventions varient. Il est le plus souvent question de s'installer pour une durée minimale de plusieurs années mais certains donateurs demandent à ce qu'un nombre de jours travaillés par semaine soit respecté ou qu'une participation à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) soit réalisée.

Par exemple, le département de la Charente-Maritime propose une aide financière aux médecins s'installant dans une commune du département classée comme « fragile » ou « très fragile ». Cette aide est d'un montant de respectivement 10 000 et 30 000 euros et attribuée sous réserve d'une installation pendant au minimum 5 ans en libéral à raison de quatre jours par semaine et de participer à la PDSA (25). La ville de Paris, aussi touchée par la problématique de la désertification médicale, propose une aide financière de 5 000 euros pouvant être majorée à 15 000 ou 25 000 euros si l'installation se fait dans des zones qualifiées de prioritaire. En contrepartie, le médecin s'engage à exercer en secteur 1, de participer à la PDSA, d'adhérer à une CPTS et d'avoir pour objectif d'avoir 1 200 patients dans sa patientèle et de s'engager pour 3 ans minimum. La ville de Paris propose une aide financière supplémentaire si le médecin s'engage à réaliser plus de 100 visites à domicile par an ou à ouvrir ses horaires de consultations au-delà de

18 h certaines demi-journées ou week-ends (26). Plus localement, des communes proposent le même type d'offre comme à Saint-Flour dans le Cantal avec une prime de 10 000 euros pour tout médecin s'installant dans leur commune pour cinq ans minimum (27).

2.4.1.2 Le financement de matériel

Il existe de nombreuses offres d'aides financières afin de prendre en charge une partie des dépenses pour l'acquisition de matériel. Cela peut être pour l'achat de matériel médical, de matériel informatique, de mobilier pour l'accueil des patients ou d'un véhicule à usage professionnel. La région Rhône-Alpes par exemple s'engage à prendre en charge 50 % des dépenses dans la limite de 10 000 euros si l'installation se fait en ZIP ou ZAC avec une pratique d'au moins 3 jours par semaine pendant 2 ans minimum (28). Le département de l'Eure propose lui une aide financière pour l'achat de matériel médical à hauteur de 25 % des dépenses avec un plafond de 37 500 euros pour 150 000 euros de dépenses engagées pour une installation pour une durée minimale de 5 ans (29).

2.4.1.3 La bourse d'étude

Plusieurs départements ont recours à l'offre d'une bourse d'études auprès d'étudiants en médecine générale. Pour prétendre à cette bourse, l'interne s'engage à s'installer sur le territoire à la suite de l'internat pour une durée minimale. Par exemple, le département de l'Isère propose une bourse d'études aux internes de médecine d'un total de 56 000 euros, dont le versement est réparti sur les actuelles trois années d'internat. En échange, l'interne s'engage à s'installer pendant deux ans dans une des communes prioritaires du département. Cette bourse est cependant non cumulable avec un CESP (30). Il existe parfois des bourses pouvant être accessibles depuis l'externat comme dans le département de l'Eure. Ce département propose une bourse accessible à partir de l'externat à hauteur de 800 euros par mois de la 4^e à 6^e année, puis 150 euros par mois pendant l'internat contre une installation dans une zone sous-dense (ZIP ou ZAC) du département pendant 5 ans (31).

2.4.1.4 Le prêt à taux zéro

Certains départements et régions proposent une offre de prêt à taux zéro pour les professionnels de santé s'installant sur leur territoire afin d'aider à financer les frais en lien avec l'installation comme l'achat d'un local ou de matériel.

En effet, en plus de proposer une prime à l'installation comme décrite plus haut, le conseil départemental de l'Oise propose une aide financière supplémentaire sous forme de prêt à taux zéro. Le montant de ce prêt peut aller jusqu'à 50 000 euros et est accordé à tout professionnel de santé s'installant dans son département (32). La région Île-de-France propose le même service intitulé « Prêt Santé Initiative » suite à un partenariat avec le Crédit Agricole (33).

2.4.1.5 La prise en charge de loyer

Pour augmenter leur attractivité auprès des médecins voulant s'installer, des communes proposent une prise en charge partielle ou totale du loyer du local médical et de ses charges comme à Cormeilles-en-Parisis, commune du Val d'Oise (34).

2.4.2 Les aides non financières

Il existe ainsi des aides d'ordre financier, mais de nombreuses entités et territoires proposent également des services non financiers pour accompagner et faciliter l'installation. Parmi ces services, il existe les suivants.

2.4.2.1 Le guichet unique proposé par l'ARS et l'Assurance Maladie

L'ARS en partenariat avec l'Assurance Maladie met à disposition un service appelé « Guichet unique ». Il correspond à des intervenants joignables par téléphone ou par mail pour obtenir des renseignements variés que cela soit en rapport avec un projet d'installation et les démarches qui en découlent, les aides à l'installation existante, etc. Il existe un numéro national, le 36 08 qui est le numéro dédié aux professionnels de santé pour joindre l'assurance maladie. Certaines régions bénéficient de correspondants départementaux. Les coordonnées de ces intervenants sont disponibles sur le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) (35).

2.4.2.2 La permanence locale d'aide à l'installation

Certaines régions, via l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS ML), organisent des permanences locales d'aide à l'installation. Celles-ci s'organisent sous forme d'entretien en visioconférence à la demande des médecins qui souhaitent s'installer. Ces rendez-vous permettent de bénéficier de conseils professionnels et administratifs. Ces

permanences sont organisées par les URPS ML en partenariat avec les Ordres des médecins, les ARS et l'assurance maladie.

Par exemple, l'URPS ML d'Île-de-France organise une fois par mois une permanence de ce type dans chaque département de cette région. Le médecin s'inscrit par mail en amont et peut ensuite bénéficier d'une réunion avec un référent installation de l'URPS ML (36).

2.4.2.3 Le guide d'installation

L'ARS de certaines régions met à disposition un document avec de nombreuses informations relatives à l'installation. Par exemple, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a édité un guide intitulé « Médecins, guide pratique pour votre installation en Auvergne-Rhône-Alpes ». Ce guide informe sur les différents types d'exercices et de structures, les différentes démarches à réaliser lors d'une installation, les aides financières disponibles sur le territoire, les informations réglementaires à afficher en salle d'attente d'un cabinet médical et le matériel nécessaire dans un cabinet. Il se termine avec un annuaire complet des différents correspondants nécessaires pour l'installation (37).

2.4.2.4 Les dispositifs d'accompagnement personnalisé

De nombreux dispositifs ont vu le jour ces dernières années proposant un accompagnement personnalisé de professionnels de santé ayant un projet d'installation.

Ces dispositifs sont créés par des entités variées : le plus souvent par les conseils départementaux comme pour les dispositifs « Accueil Install'Calvados », « Accueil médecins Aveyron » ou encore « Paris'med » mais certains sont élaborés par des sociétés privées comme pour « Doc Install » (38-41).

Le but de ces dispositifs est d'accompagner le médecin dans son projet d'installation, de le renseigner, de le conseiller et de lever les freins à l'installation qui pourraient être présents qu'ils soient d'ordre professionnel ou personnel.

Ces dispositifs mettent en relation le médecin avec les professionnels de santé du territoire et peuvent informer d'opportunités professionnelles qu'ils ont à leurs connaissances. Plus factuellement, certains dispositifs proposent d'aider à la réalisation des démarches administratives

inhérentes à une installation ou d'aider à la recherche un local. Ils peuvent aussi accompagner la personne au niveau personnel avec des services proposant la recherche d'un emploi pour le conjoint, la recherche d'un mode de garde pour les enfants, l'aide à l'inscription des enfants à l'école. Certains dispositifs, comme « Accueil Médecins Aveyron », proposent en plus des sorties loisirs, ce qui permet indirectement de promouvoir les atouts du territoire. Ce dispositif propose aussi des formations médicales en partenariat avec le CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence) (39). Quelques dispositifs ne se limitent pas à l'accompagnement des professionnels de santé et proposent leurs services à toutes personnes ou sociétés ayant un projet d'installation dans la région ou le département concernés comme pour les dispositifs « Accueil Install'Calvados » dans le Calvados , « Ma Box Instal' » dans le Loir-et-Cher (38,42).

Présence médicale 64 qui est l'objet de ce travail est un dispositif de ce type. C'est un dispositif proposant un accompagnement personnalisé qui offre de nombreux services aux médecins souhaitant s'installer dans les Pyrénées-Atlantiques.

2.5 Le dispositif Présence médicale 64 (PM64)

2.5.1 La genèse du projet

À l'échelle départementale, le projet Présence médicale 64 (PM64) a été créé pour favoriser l'installation des médecins dans les Pyrénées-Atlantiques.

Ce projet est issu d'une nouvelle mission déléguée au département, suite à la promulgation de l'article 98 de la loi sur la nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) en 2015. En effet, cette loi prévoit la mise en place d'un Schéma départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP) dès fin 2017. Le SDAASP des Pyrénées-Atlantiques fut validé en décembre 2017 (43). Le zonage du SDAASP classifiait les bassins de vie des Pyrénées-Atlantiques en 4 catégories, selon une série d'indicateurs liée à la présence et l'accessibilité d'un panel de services au public (dont les services et équipements de santé).

Les 4 catégories étaient les suivantes :

- Territoire en déprise
- Territoire fragile

- Territoire dynamique
- Territoire en forte dynamique

Le SDAASP présentait le plan d'action à mener au cours des six années suivantes, avec parmi les objectifs celui d'assurer le renouvellement des médecins généralistes dans les territoires des Pyrénées-Atlantiques (43).

La création du projet Présence médicale 64 fut décidé en 2017 dans ce contexte, émergeant de la collaboration entre élus du département et les responsables de la délégation départementale de l'ARS (44).

Le dispositif PM64 visait à travailler à l'amélioration de la démographie médicale du territoire de Garlin, qui était passé de quatre à un seul médecin en quelques années. La commune voisine de Lembeye fut rapidement incluse dans l'expérimentation. Ces territoires furent choisis car ils étaient les seuls du département à être classés en ZIP par l'ARS en 2018 (45).

L'objectif était de comprendre les freins à l'installation et de trouver des solutions adaptées en activant des réseaux locaux. Pour ce faire, un collectif partenarial, impulsé par les élus départementaux et les responsables de l'ARS, fut créé en regroupant (45) :

- les médecins exerçant dans ces deux bassins de vie en déprise médicale ;
- les élus locaux
- différentes institutions territoriales : la région Nouvelle-Aquitaine, le conseil du département des Pyrénées-Atlantiques (CDPA), le Conseil territorial de santé (CTS) ;
- les caisses d'assurance maladies locales : Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), Mutualité Sociale Agricole (MSA) ;
- des organismes de formation : la faculté de médecine de Bordeaux, le Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA) ;
- des syndicats de jeunes médecins : le Syndicat des Internes en Médecine Générale d'Aquitaine (SIMGA), le Regroupement Autonome de Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants d'Aquitaine (AquiReAGJIR) ;

- des Institutions représentatives des médecins : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), URPS ML Nouvelle-Aquitaine ;
- les centres hospitaliers généraux de Pau et Bayonne.

Cette mise en relation expérimentale des différents acteurs pouvant intervenir sur la démographie médicale permet d'augmenter le nombre de médecins généralistes installées de 1 à 4 sur le territoire de Garlin, et de 2 à 4 sur Lembeye.

Du fait des effets positifs sur les territoires expérimentaux, le projet PM64 devint une politique publique avec un budget alloué par le Conseil Départemental, ce qui permit son extension à l'ensemble du département dès février 2019.

Un Accueil Unique Personnalisé (AUP) fut alors mis en place pour accompagner de manière individualisée les internes en médecine et les médecins désireux de s'installer sur le territoire.

Cet accompagnement prend en compte, pour chaque candidat à une éventuelle installation dans le département, les problématiques personnelles (logements, scolarisation et garde des enfants...) et professionnelles (démarche administrative, mise en relation avec le CDOM pour ce qui est de l'inscription au tableau et des contrats d'installation, mise en relation avec la CPAM pour les formalités administratives, problématiques d'emploi du conjoint par la mise en relation avec des structures adaptées...). Cet accompagnement est sur mesure et tient compte des besoins, des contraintes et de la temporalité du candidat à l'installation. Ce guichet unique est innovant car l'approche est centrée sur l'humain, la rencontre et l'échange. Il n'inclut pas aide financière à l'installation.

En 2023, la nouvelle Loi de Financement de la Sécurité Sociale mentionna la nécessité de création de guichets uniques départementaux pour faciliter l'installation des médecins généralistes (45).

Initialement, le dispositif était uniquement financé par le département. En 2023, le coût du dispositif s'élevait à 528 000 euros (ressources humaines comprises) dont 50 % était octroyé par le Conseil Départemental, 38 % par l'ARS, 7 % par l'association Assist (fondée par la Caisse des Dépôts et le groupe VYV) et 6 % par la région Nouvelle-Aquitaine (46).

2.5.2 La méthode de travail de PM64

Le travail de PM64 repose sur une bonne connaissance de la démographie et des territoires. Le département est étudié et scruté en continu du point de vue de la démographie médicale mais aussi de la pyramide des âges des médecins installés. La cartographie des cabinets médicaux, maisons de santé, praticiens ambulatoire maîtres de stage des universités (PAMSU)... du territoire est régulièrement mise à jour et publiée (figure 5).

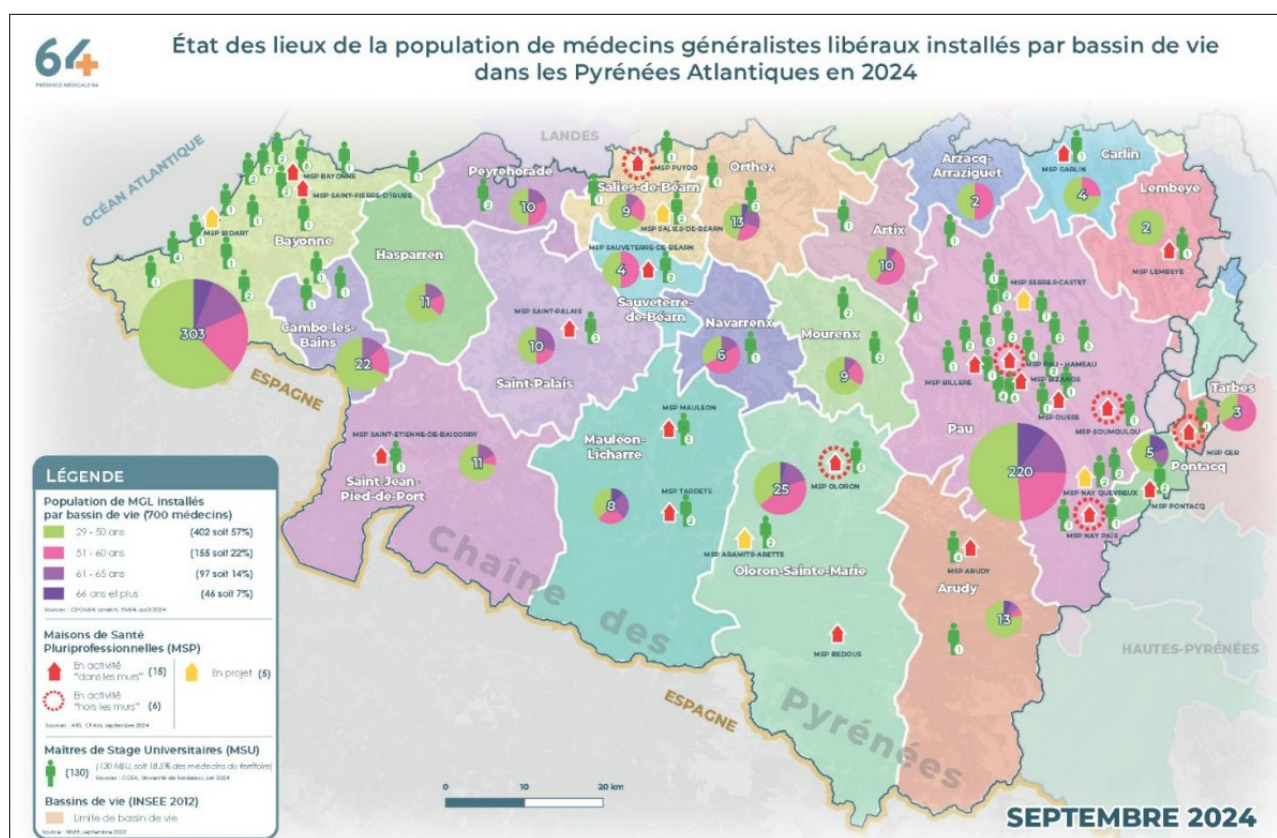


Figure 5 : Cartographie de la démographie médicale en 2024. Source : Présence médicale 64. Chiffres clés PM64. 2025 (46).

Le travail de PM64 s'articule sur :

- Un collectif partenarial
- Le cadre de vie et d'exercice professionnel du futur installé
- Une marque territoriale partagée

2.5.2.1 Un collectif partenarial

PM64 est un dispositif d'intelligence territoriale. Il mobilise les membres de son collectif partenarial ainsi qu'un réseau d'acteurs locaux (économie, emploi...) pour mutualiser leurs compétences. PM64 organise et coordonne les interventions de ces différents acteurs, tout en respectant les prérogatives de chacun.

Grâce à son collectif partenarial, PM64 accueille et facilite l'installation des internes et médecins généralistes dans le territoire, en proposant des solutions sur mesure et en temps réel (44,45).

2.5.2.2 Le cadre de vie et d'exercice professionnel du futur installé

2.5.2.2.1 Le cadre de vie

En amont de l'installation et pour l'ensemble des internes :

Le dispositif favorise le développement de l'ancrage territorial. La promotion du territoire est faite auprès des internes de médecine générale au cours d'événements organisés en partenariat avec le SIMGA, l'université de Bordeaux et le territoire, dans l'objectif de créer du lien et de favoriser l'ancrage local de futurs candidats à l'installation. Une soirée d'accueil des internes de médecine générale affectés pour un stage de 6 mois dans le département est organisée chaque semestre, un week-end d'intégration est proposé aux néo-internes de médecine générale inscrits à la faculté de Bordeaux et des séjours de découverte du territoire sont organisés.

PM64 participe à différents salons et congrès organisés par les organismes membres du dispositif : le congrès du Collège national des généralistes enseignants (CNGE), le congrès de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), le forum des jeunes médecins généralistes (FJMG), organisé chaque année par le département de médecine générale (DMG) de l'université de Bordeaux dans le cadre de la formation des internes de médecine générale (45).

Pour les candidats à une installation future :

Lors de l'accueil unique personnalisé d'un candidat à l'installation, le territoire est rendu attractif par des mesures telles que l'accompagnement du conjoint du médecin dans sa recherche

d'emploi, l'aide à la recherche de logement, l'aide à la scolarisation et la garde d'enfant, une éventuelle découverte du territoire (47).

2.5.2.2.2 Le cadre d'exercice

PM64 cherche à optimiser les conditions d'exercice des médecins.

Il privilégie le regroupement des médecins généralistes libéraux par la mise en lien des professionnels de santé déjà installés et des acteurs du territoire.

PM64 favorise la formation de nouveaux PAMSU, car la réalisation d'un stage de médecine générale concourt à l'installation de nouveaux médecins sur le territoire. Pour cela PM64 est partenaire du CGEA et depuis 2019 l'aide à organiser des séminaires de formation expertisés par le CNGE sur le territoire des PA. L'accès à des formations de proximité permet de renforcer les effectifs de PAMSU au sein du territoire et donc d'y ouvrir de nouveaux stages aux internes de médecine générale. L'action de PM64 est facilitatrice à plusieurs niveaux, notamment dans l'aide au recrutement des futurs PAMSU (listings, mailings par l'intermédiaire de la CPAM, bouche à oreille de terrain) et l'aide à la logistique pour l'organisation des séminaires (choix des lieux de séminaires, négociation des tarifs, réservation).

Pour les candidats à l'installation :

Lors de l'accueil unique personnalisé, l'équipe de PM64 aide le médecin à concrétiser son projet professionnel. PM64 présente les territoires d'installation selon le souhait d'exercice (secteur rural ou urbain). Il accompagne le médecin dans ses démarches administratives et l'aide à obtenir les aides financières auxquelles il peut prétendre. En effet, le lien privilégié avec les acteurs locaux permet un accès rapide à l'ARS, la CPAM, le CDOM et l'URSSAF et de façon coordonnée. L'exercice coordonné étant plébiscité par les jeunes médecins, il favorise ce mode d'exercice et le compagnonnage générationnel (47).

2.5.2.3 Une marque territoriale partagée

PM64 cherche à promouvoir sa politique départementale (47).

D'une part, il y a la promotion faite auprès des candidats à l'installation. Parmi les 50 médecins installés en février 2025, la prise de contact se fit dans 32 % des cas via les partenaires

(CDOM, université, CPAM, acteurs du territoire...), dans 26 % par du bouche-à-oreille, dans 26 % au cours des événements sus-cités (ceux dédiés aux internes, salons et congrès), et dans 16 % via la presse et autres moyens de communication (réseaux sociaux : Facebook et LinkedIn) (46).

Des campagnes d'information promotionnelle furent réalisées par le biais de la revue « What's up Doc ? » (48-50). Le fonctionnement du dispositif y était expliqué, illustré par des témoignages des médecins accompagnés dans leur recherche de collaborateurs ou accompagnés dans leur installation, d'internes accueillis sur le territoire ou de membres du collectif.

Le site web du dispositif permet également aux internes et médecins de s'informer et de prendre contact avec PM64.

Le dispositif fut présenté dans différentes revues, locales et nationales, médicales ou non, diffusé sous forme papier et/ou numérique (51-54).

L'aide apportée aux autres communautés pour transposer le dispositif PM64 sur leur territoire participe aussi à la promotion du dispositif au niveau national. En octobre 2023, PM64 a été directement contacté par 22 territoires, dont 10 sur la seule année 2022 (45). Suite à la promulgation la Loi de Financement de la Sécurité Sociale en 2023 évoquant la création des guichets uniques départementaux, le volet santé du Conseil National de la Refondation (CNR) a mis en avant PM64 comme solution de terrain innovante (55).

En dehors du ministère de la Santé, d'autres institutions et organisations nationales ont sollicité PM64 telles que le Sénat, l'Assemblée nationale, le syndicat ReAGJIR, l'INSNAR-IMG, l'école des hautes études en santé publique (EHESP), l'Assemblée des Départements de France (ADF). La Région Nouvelle-Aquitaine envisage une journée régionale de présentation du dispositif (45).

2.5.3 Résultats de l'action de PM64

L'accompagnement de PM64 a favorisé depuis sa création et jusqu'en février 2025 l'installation de 50 médecins, dont 40 % sont originaires du département. Il existe 38 accompagnements en cours et 71 candidats à l'installation (46).

Sur la période s'étendant de juin 2018 à septembre 2024, dans le département des Pyrénées-Atlantiques, on note une augmentation du nombre médecins généralistes installés passant de 686

à 700, avec un nadir à 672 en 2021. Sur cette même période, on observe une baisse de 5 ans de l'âge moyen des médecins ainsi qu'une augmentation du nombre de PAMSU de 93 à 130 (46).

Entre juin 2018 et septembre 2023, les Pyrénées-Atlantiques avaient la troisième plus forte progression de densité de médecins généralistes (nombre de médecins pour 100 000 habitants) en France métropolitaine, +10,04 % (contre – 3,71 % en France). Sur cette période, le département est passé de la huitième à la seconde position en termes de densité médicale (46).

2.5.4 Les perspectives

PM64 souhaite rester à disposition des institutions nationales et des territoires pour les aider à établir un guichet unique départemental.

L'expérience de PM64 doit aussi permettre d'étayer le dispositif « Terre d'accueil jeunes médecins » que l'ARS Nouvelle-Aquitaine projette de déployer dans l'ensemble des départements de la région n'ayant pas initié de guichet unique d'accueil (56).

La création d'une agence autonome permettra la sécurisation du système de gouvernance partagée de PM64 (CD et ARS des PA) et l'institutionnalisation du concept de guichet unique départemental.

Parmi les autres perspectives, le dispositif projette de :

- animer un réseau de remplaçants en collaboration avec le SIMGA et AquiReAGJIR (RMG64 sur Facebook),
- ouvrir le dispositif de guichet unique aux spécialités autres que la médecine générale,
- collaborer avec les institutions universitaires et le CGEA à la mise en place de terrain de stage pour la future 4^e année de DES de médecine générale sur le territoire,
- créer un partenariat avec les CPTS afin d'améliorer en favorisant l'installation des médecins, l'accès aux soins de la population.
- Communiquer au public autour du dispositif PM64

2.6 Question de recherche et objectifs

Le dispositif PM64 a pour objectif de faciliter l'installation de médecins généralistes dans les territoires des Pyrénées-Atlantiques. Ces installations se font le plus souvent dans des environnements où il existe déjà des médecins généralistes installés. Ces installations participent à enrichir le réseau des médecins locaux. Elles sont de nature non seulement à faciliter l'accès aux soins de la population mais aussi permettre de faciliter l'exercice des médecins déjà en exercice dans le secteur en améliorant la démographie médicale locale.

Alors qu'un sujet de thèse parallèle mené par Marine Elman et Hélène Leherpeur s'est attaché à décrire le ressenti des médecins généralistes nouvellement installés accompagnés par le dispositif PM64, nous avons voulu décrire le ressenti des médecins généralistes déjà installés dans le même secteur que ces médecins accompagnés par PM64.

Nous nous sommes posé la question de recherche suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes à propos d'un accompagnement à l'installation réalisé sur leur territoire par Présence médicale 64 ?

L'objectif principal de l'étude était de recueillir le ressenti des médecins généralistes déjà installés concernant l'accompagnement à l'installation de nouveaux confrères, par PM64, sur leur territoire.

L'objectif secondaire de ce travail était de recueillir les desiderata des médecins généralistes en matière d'accompagnement à l'installation de nouveaux praticiens sur leur territoire.

3 Méthode

3.1 Type d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

3.2 Population

La population de l'étude était composée de médecins généralistes exerçant dans le bassin de population de confrères généralistes ayant bénéficié d'un accompagnement récent par Présence médicale 64.

Le seul critère d'exclusion était d'avoir bénéficié d'un accompagnement par PM64.

Le recrutement des participants s'est fait sur la base d'une liste de médecins ayant bénéficié d'un accompagnement par PM64. Cette liste a été fournie par PM64. À partir de cette liste, nous avons sélectionné des médecins généralistes situés dans le même bassin de population que les médecins nouvellement installés, qu'ils exercent ou non dans le même cabinet.

Nous avons essayé de recruter des médecins ayant des caractéristiques différentes d'âge, de sexe, d'année d'installation, de mode d'exercice, PAMSU ou non, syndicalistes ou non... de manière à obtenir une variation maximale d'échantillon.

3.3 Guide d'entretien

Préalablement aux entretiens nous avons réalisé un guide d'entretien. Ce guide d'entretien était composé de questions ouvertes abordant (Annexe 1 page 91) :

- Les conditions d'installation des participants
- Les difficultés d'exercice rencontrées
- Les connaissances des médecins à propos de PM64 ainsi que leurs avis sur le dispositif

Pour chaque grande partie, des relances permettant d'aborder chaque aspect de la problématique considérée étaient prévues. Ce guide d'entretien était complété de questions fermées visant à caractériser les médecins participants.

3.4 Considérations légales et éthiques

Nous ne traitons pas de données de santé, il n'y avait donc pas nécessité d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Par contre, collectant des données personnelles de manière non anonyme, nous nous sommes efforcées de respecter les obligations liées au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Les participants ont été informés de leurs droits, eu égard au RGPD, par une notice d'information et il leur a été demandé de signer un accord pour l'enregistrement des données. (Annexe 2 page 92)

3.5 Recueil des données

Le contact avec les participants s'est fait par téléphone ou par mail. Le lieu d'entretien a été laissé au choix des participants.

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés en présentiel.

Chaque entretien était enregistré en audio sur deux supports simultanés : un dictaphone, un ordinateur ou un téléphone.

3.6 Transcription et codage des données

Nous avons retranscrit anonymement l'ensemble des entretiens sous forme de verbatims sur le logiciel de traitement de texte Open Office. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants concernés pour être corrigées.

Lors de cette transcription, nous nous sommes efforcés d'enlever des verbatims toute information possiblement identifiante.

Après sauvegarde de la transcription et partage des données anonymisées avec les autres chercheurs, les enregistrements originaux ont été détruits.

3.7 Traitement des données

L'analyse des données, c'est-à-dire leurs codages, a été réalisée sur un le tableur Calc de la suite Libre Office.

Nous avons réalisé un double codage de manière indépendante pour chaque verbatim. Puis nous avons réalisé une mise en commun des deux codages réalisés en aveugle de manière à obtenir un codage « commun ».

Chaque code correspondait à un segment de phrases, de paragraphes, pour lesquels une idée principale émergeait. Un même extrait pouvait contenir plusieurs idées principales et donc recevoir plusieurs codes.

Le codage de l'entretien suivant était réalisé en réutilisant les codages des précédents entretiens et en créant de nouveaux codes pour les nouvelles idées.

L'analyse des données a été réalisée selon une approche interprétative phénoménologique.

Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à la saturation des données. C'est-à-dire jusqu'à ce que le nouvel entretien ne contienne aucune idée nouvelle et donc aucun codage. La saturation a été vérifiée par un entretien supplémentaire.

4 Résultats

4.1 Population des médecins interrogés et déroulement de l'étude

Nous avons contacté 13 participants potentiels. Nous avons eu un refus de participation. 12 entretiens se sont donc déroulés de mai 2023 à novembre 2024.

La saturation des données a été obtenue au 11e entretien et vérifiée par un entretien supplémentaire. Les entretiens ont duré entre 12 et 53 minutes avec une moyenne de 29 minutes.

Les caractéristiques des participants sont données dans le tableau N°1.

Tableau N°1 : caractéristiques des participants

Entretien	Sexe	Année d'installation	Taille de la commune du lieu d'exercice	Type d'installation actuelle	PAMSU	Participation et responsable d'organisation professionnelle	A fait tout ou partie de son internat dans le 64
1	Féminin	2016	Rural à habitat dispersé	MSP	Non	Oui	Non
2	Masculin	1996	Bourg rural	MSP	Oui	Non	Oui
3	Masculin	2023	Bourg rural	MSP	Oui	Non	Non
4	Féminin	2016	Rural à habitat dispersé	MSP	Oui	Oui	Non
5	Féminin	2019	Ceinture urbaine	Exercice seul	Non	Non	Non
6	Masculin	2002	Bourg rural	MSP	Oui	Non	Oui
7	Féminin	2014	Bourg rural	MSP	Oui	Oui	Oui
8	Masculin	2013	Bourg rural	MSP	Oui	Non	Oui
9	Féminin	2017	NA*	Médecin coordonnateur**	Oui	Oui	Oui
10	Masculin	1995	Petite ville	MSP	Non	Oui	Oui
11	Masculin	1992	Rural à habitat dispersé	Groupe	Oui	Non	Oui
12	Féminin	2019	Bourg rural	Groupe	Non	Non	Non

* Non applicable **La médecin était installée en médecine ambulatoire en libéral au moment de l'accompagnement de la consœur qui l'a remplacée.

4.2 L'installation des médecins interrogés : son contexte

4.2.1 Les déterminants de leur installation

Une multitude de déterminants à l'installation ont été évoqués par les médecins interrogés.

4.2.1.1 Leur lieu de naissance

Une part importante des médecins interrogés évoquaient le désir de revenir dans leur région natale, ou une région qui leur était chère du fait d'un lien familial pré-existant :

« Je suis d'ici. Je faisais des remplacements. Je remplaçais sur [...]. Mes parents sont à 5 kilomètres d'ici, donc j'ai vécu toute mon enfance ici, donc je voulais revenir ici. La météo est pas mal, la qualité de vie aussi » (E02).

4.2.1.2 Les lieux de l'internat et du SASPAS

L'influence du lieu d'internat et des liens tissés avec les différents maîtres de stage rencontrés était souvent citée :

« Ça c'est fait simplement et comme en plus j'avais fait le SASPAS au même endroit et sur la vallée... bon pour moi c'était de la continuité et puis le projet était très clair dans ma tête » (E03).

« Ça a été vraiment une rencontre avec ces 2 maîtres de stage super sympa » (E09).

4.2.1.3 Le choix d'un projet professionnel

Ce projet professionnel pouvait parfois être très ancien, ainsi un participant avait grandi dans la médecine générale et voulait en faire son métier depuis son enfance.

« Moi c'était un projet depuis très longtemps. J'ai un peu baigné dans la médecine générale avec mon papa, qui est médecin généraliste installé depuis 43 ans ici dans son village natal. Voilà. Je faisais des visites avec lui quand j'étais petit. [...] Et de travailler dans mon village parce que moi j'ai été élève ici jusqu'à la fin du collège donc voilà. Donc je voulais m'installer ici » (E03).

Plusieurs déterminants pouvaient influencer le choix de ce projet.

La volonté de s'installer en milieu rural :

« Donc c'est en 2002 ici, en semi-rural, je ne voulais surtout pas travailler en ville. J'ai fait

8 ans de remplacement en campagne dans les villes en [...] ou [...] enfin à côté d'[...]. J'ai toujours fait des remplacements en campagne » (E06).

Vouloir s'inscrire dans un projet professionnel collectif :

« Du coup quand je suis arrivée ici, j'ai cherché à m'installer dans une maison médicale. Je savais qu'ici à [...] il y avait un très joli projet » (E04).

La recherche d'autonomie et d'indépendance :

« Et du coup j'ai basculé ici parce qu'il y a eu ce projet où je pouvais devenir propriétaire de mon local et travailler comme je l'entendais » (E05).

La recherche d'un confort de travail :

« Et après j'ai pas repris son cabinet à [...] parce que niveau qualité de vie, c'est médecin de campagne, il faisait des gardes de nuit profonde, il était tout seul. [...]. Et ici on était plusieurs, en groupe, il n'y avait pas de gardes, il y a SOS médecin. Ça me correspondait beaucoup plus » (E05).

4.2.1.4 Des besoins familiaux

Ils étaient souvent en lien avec la recherche d'un confort d'exercice.

« Du coup le choix du lieu d'installation, bin c'était pas très loin de mon domicile. En fait j'avais déjà un petit garçon. J'étais déjà maman à ce moment-là. Donc il y avait la nounou tout ça. Il fallait que ce soit pratique » (E07).

4.2.1.5 L'attrait du territoire

L'installation pouvait être conditionnée par un engouement avec le territoire :

« On a eu un coup de cœur pour la vallée. J'ai rencontré les médecins et il y en avait un qui partait à la retraite et qui m'a proposé de prendre sa succession. Ce que j'ai fait » (E12).

4.2.1.6 Les opportunités

L'installation était pour d'autre le fruit d'une rencontre, d'un évènement imprévu ou d'une opportunité.

« On a acheté une maison par ici, parce qu'on l'a trouvé en occasion. On connaissait absolument pas cette zone » (E01).

« Et ensuite j'ai fait un service militaire un peu long de 2 ans et demi en Angola en Afrique à une époque de tension Est-Ouest. Et puis je ne savais pas trop où m'installer au retour, mais j'ai reçu un coup de fil en Angola du médecin d'ici qui avait créé le cabinet » (E11).

4.2.2 Une installation bien souvent menée seul

Une majorité des médecins évoquait avoir élaboré leurs projets d'installation en autonomie.

« Moi je me suis démerdée toute seule, comme j'ai pu, sans aide » (E01).

« Je me suis installé comme ça, tout seul et comme un grand. Je n'avais pas... ça n'existait pas de structure » (E02).

Mais parfois ils avaient bénéficié d'une aide extérieure

Des communes :

« Alors le local, avec le maire de la commune on a trouvé un petit local et après moi j'ai acheté ma maison. J'ai rénové la maison en faisant un cabinet dans la maison. C'était une époque où l'on faisait ça encore. Ça commence à dater » (E02).

Des organismes professionnels :

« J'ai été un peu accompagné dans mon installation par la MSA. Le médecin conseil de la MSA qui, comme je m'installais en zone rurale... » (E02).

Des confrères :

« Et puis bon je me suis installée avec X qui était enseignant donc je savais où j'allais quoi. Donc je savais que si j'étais dans la galère il m'aiderait. Donc je n'étais pas trop inquiète par rapport à tout ça » (E07).

4.2.3 Une installation souvent considérée comme facile

La plupart du temps, il n'y avait que peu de difficultés lors du processus d'installation :

« À l'installation non. La petite difficulté, mais c'était mineur, c'était parce qu'en fait je m'installais le lendemain de ma thèse [...]. Et après il y a eu aucune difficulté particulière » (E03).

« Des difficultés... Non. Au contraire, ça a été très bien parce qu'ils avaient vraiment besoin et envie qu'il y ait un médecin » (E04).

Parfois l'installation était considérée comme préférable au statut de remplaçant :

« Finalement les difficultés administratives ça a plus été quand j'ai remplacé pendant l'internat où l'URSSAF commence à te demander des sommes hallucinantes alors que tu gagnes rien. Donc c'est plus ça finalement » (E07).

4.2.4 Une installation avec malgré tout quelques difficultés

Malgré une installation souvent menée seule et plutôt considérée comme facile, il existait des certaines difficultés.

4.2.4.1 La démographie médicale

Ceci était vrai surtout pour des médecins installés depuis plus de 20 ans, à une époque où ils étaient plus nombreux :

« On cherchait les patients. C'était pas la même période que maintenant. Les patients se faisaient rares » (E10).

4.2.4.2 Les démarches administratives

Certains ont parlé de la lourdeur des démarches administratives :

« Parce que c'est compliqué de s'installer. Enfin je veux dire après il faut aller voir la CPAM, le conseil de l'ordre, enfin il y a beaucoup beaucoup de démarches » (E11)

4.2.4.3 L'aspect financier

Certains ont parlé de la lourdeur des charges financières :

« Donc c'était aussi un frein pour elle à l'installation cette peur du montant des charges » (E07).

Qui pouvait être lié aux pratiques de l'époque.

« Puisque tu me demandais un peu mon parcours d'installation, je me suis installé à une époque où on payait un droit de présentation à la clientèle » (E11).

4.2.4.4 Les responsabilités du métier

Un médecin pointait les responsabilités d'être médecin :

« Ça change de statut. Quand tu remplaces, tu es collaboratrice. Au final on peut toujours dire s'il y a une patate, c'est le médecin référent qui se la prend. Tu fais ton travail, même si tu le fais au mieux, tu partages quand même la responsabilité des patients avec le médecin traitant[...]. Je considère que quand on est médecin traitant, on se bat pour la santé physique et mentale de nos patients. [...] C'est très épuisant et c'est très lourd dans la responsabilité » (E01).

4.2.4.5 La gestion d'entreprise

Deux médecins évoquaient les difficultés en lien avec la gestion d'une entreprise. Ils évoquaient l'absence de formation suffisante lors des études médicales.

« Voilà là où je trouve par contre qu'on manquait de formation et qu'on apprend uniquement sur le tas c'est tout ce qui est la gestion comptable. On est absolument pas formés. Enfin je sais pas maintenant si c'est le cas. Mais ça c'est quand même quelque chose de très très important et où on a aucune formation » (E03).

4.2.4.6 Trouver un lieu de travail adapté

Il fallait également trouver un lieu de travail adéquat :

« La seule difficulté c'était de trouver un local » (E02).

4.2.4.7 Trouver un logement

Enfin, un médecin avait dû s'adapter transitoirement à un manque de logement :

« Si pour trouver une maison, un logement par ici. J'ai dormi 3 mois dans un gîte rural l'hiver, pas très chaud. C'est pas terrible. [...] Après c'est des problèmes accessoires, trouver un appartement en campagne » (E06).

4.3 La pénurie médicale et la souffrance des médecins

La souffrance des médecins n'était pas le sujet central de ce travail, cependant lorsque nous les avons interrogés sur leurs difficultés, ils s'étaient épanchés grandement sur leurs souffrances. Les verbatims sur cette souffrance occupaient un volume très important dans les entretiens.

4.3.1 Une souffrance omniprésente

À travers les entretiens, les médecins exprimaient beaucoup de souffrance, souvent liée aux conditions d'exercices de plus en plus difficiles :

« Ça fait très très très très peur. Je trouve qu'on nous demande de faire de l'abattage. On a enlevé l'âme de la médecine. On enlève tout ce qui est humanité. On nous met des bâtons dans les roues. On nous tape dessus. On a plus de reconnaissance. Niveau financier on a clairement perdu énormément. Donc ouais c'est difficile, vraiment difficile » (E05).

Ces difficultés étaient aussi liées à la charge mentale du métier :

« Toi tu les écoutes, tu fais le coach, tu fais ce qu'il faut faire pour les mettre dans une condition de protection ou quoi. Et après quand tu rentres au domicile, tu as sur le dos tous les problèmes de tout le monde » (E01).

Certains médecins se sentaient même épuisés :

« Donc je me suis retrouvé ici avec très vite trop de travail. J'en avais trop mais là j'en ai encore beaucoup trop et moi j'étais à la limite de dire j'arrête tout et je vais ailleurs » (E02).

4.3.2 La pénurie médicale : un des principaux facteurs de souffrance

Une forte part des participants évoquaient le contexte actuel de pénurie médicale.

« La principale difficulté que nous rencontrons c'est l'absence totale de repos avec une absence totale de remplaçants, une absence totale de collaborateur et une absence totale de successeur. On était sur [...] un centre de 10 médecins, on est maintenant 4. Et on va être bientôt 1 et demi. Mais bon, ça ne gêne personne à priori » (E10).

Et dans cette atmosphère de pénurie médicale généralisée, le vieillissement de la population des médecins généralistes leur apparaissait comme un problème supplémentaire.

« Je voulais les informer de la situation du territoire où on pouvait très bien devenir un désert médical malgré tout ce qu'on peut voir peut-être sur des statistiques qui sont trompeuses. Parce qu'il y a 3 médecins mais tout le monde a plus de 60 ans » (E11).

Une pénurie qui selon eux n'était pas centrée sur les médecins généralistes mais qui touchait aussi les spécialistes :

« Je trouve que là où on éprouve de la difficulté c'est parce qu'il y a une pénurie de spécialistes » (E03).

De cette pénurie médicale découlait de nombreuses difficultés comme l'augmentation du volume de la patientèle et de la charge de travail :

« Bah nous on aurait un temps plein de médecin en plus, on le ferait bosser. [...]. La dernière on a dû bloquer 25 à 30 consults par jour pour les non programmés » (E07).

4.3.3 D'autres facteurs de souffrance

4.3.3.1 L'augmentation des tâches administratives

Une part importante de la souffrance exprimée était représentée par l'augmentation de la part administrative dans le quotidien des médecins :

« C'est qu'en fait on fait plus de la médecine. On remplit les dossiers. On remplit des paperasses. On remplit tout vite vite vite. [...]. On a au moins deux heures de paperasse tous les jours après les consult » (E05).

Certains médecins incriminaient d'ailleurs les administrations de santé à ce sujet :

« C'est le côté très administratif et procédure que nous impose la sécurité sociale, l'ARS. [...] Alors effectivement on est payé, on touche de sous. Mais pour moi c'est pas le socle du truc. Là on fonctionne en équipe. [...]. On continue à nous obliger à le faire parce que si on le ne fait pas on touche pas d'argent, et pour toucher cet argent il faut rendre des procédures. C'est-à-dire il faut être capable de dire un jour J vous avez tant de patients diabétiques » (E02).

4.3.3.2 Des difficultés à communiquer avec les spécialistes

Au-delà des difficultés en lien avec la pénurie médicale, d'autres difficultés étaient rapportées avec les spécialistes, comme la sur-spécialisation :

« Quand j'ai commencé, quand on avait un patient qui avait un problème d'orthopédie, [...] on appelait le chir de [...] qui le recevait. Maintenant il faut le chir du bras, de l'avant-bras, du 3^e orteil. Enfin ça devient hallucinant » (E02).

Ou à des difficultés à contacter les confrères d'une autre spécialité et à avoir des rendez-vous rapides :

« On les joint, on passe une heure au téléphone pour essayer d'avoir des rendez-vous. Donc, résultat on a la secrétaire, faites-le. Donc résultat, la ligne est bloquée pendant une heure » (E06).

Des difficultés qui restent malgré tout relativisées :

« Mais, on est pas trop mal comparé aux autres endroits » (E04).

4.3.3.3 Des difficultés à obtenir des examens complémentaires

Les médecins rapportaient des difficultés à obtenir des examens complémentaires avec parfois un impact sur la prise en charge médicale :

« Bah les malades, ils sont arrêtés, ils ont 3 mois d'arrêt de travail alors que ça pourrait être réglé en 1 mois. Donc c'est très désagréable. On nous dit qu'on fait trop d'arrêt de travail mais là j'ai un malade par exemple, rupture de la coiffe des rotateurs typique. Il a fallu attendre les échographies, il faut 15 jours. [...] Là il n'aura son IRM que le 20 février. Il aura le chirurgien le 3 mars alors qu'on sait ce qu'il y a. Il pourrait être opéré mais déjà, il va se taper un mois et demi d'arrêt de travail uniquement pour des délais de rendez-vous » (E06).

4.3.3.4 L'augmentation du temps de coordination

Des médecins expliquaient que le temps consacré à la coordination avait augmenté :

« Finalement le boulot il change aussi et du coup en termes de nombres de consultations on reste peut-être au même nombre de consult, mais on a beaucoup plus de travail effectivement de coordination, maintien à domicile compliqué » (E07).

4.3.3.5 Des difficultés de gestion entreprise

Il existait des difficultés de gestion d'entreprise :

« Quand on est jeune médecin on n'imagine pas qu'on va être chef d'entreprise et qu'on va devoir gérer des difficultés humaines, d'ententes des différents salariés, au niveau du secrétariat. Donc ça c'est le plus pénible au niveau de l'organisation » (E08).

4.3.3.6 L'augmentation des charges

Des médecins se plaignaient de l'augmentation des charges de leur cabinet :

« Donc on a un budget secrétaire qui explose parce qu'on est obligé de rallonger leurs heures pour qu'elles puissent faire le boulot normal du cabinet » (E06).

4.3.3.7 L'isolement

L'isolement des médecins exerçant en ruralité était parfois perçu comme contraignante :

« Les points les plus difficiles je dirais que c'est l'éloignement qu'on peut avoir de la ville, enfin de l'hôpital le plus proche » (E12).

4.3.3.8 Le consumérisme médical des patients

Certains médecins avaient l'impression que la médecine était vue par les patients comme un simple bien de consommation :

« Clairement les gens ils viennent nous voir avec leurs listes de courses. Ils ont vu trois fois l'ostéopathe avant, et ils viennent nous voir parce que l'ostéopathe a dit qu'il fallait une IRM. Ils veulent même pas qu'on les examine. C'est pas la majorité mais ça pique un peu » (E05).

4.3.4 Solutions face à la souffrance

Dans cette part importante de verbatims rapportant la souffrance ressentie par les médecins de terrain, un certain nombre d'entre eux parlaient des solutions qu'ils avaient mises en place pour y remédier.

4.3.4.1 Projet de maison de santé pluridisciplinaire

La création d'une MSP était souvent vu comme une solution pour limiter les difficultés :

« Pour ma survie c'était quoi, garder mon cabinet médical et le remplir. Ce que j'ai fait avec des paramédicaux. Et on a mis en place une maison de santé » (E10).

Cependant, les projets n'étaient pas toujours soutenus localement ou pouvaient susciter des oppositions :

« J'étais partie prenant dans un projet de MSP. Alors MSP qui avait déjà en fait émergée au niveau SISA, au niveau activité inter collègues, etc. Ça c'était déjà assez intéressant. Mais qui se heurtait à une grosse difficulté de mésentente, je pense qu'il y a pas d'autres mots, avec les politiques locaux sur un besoin d'un bâtiment qui nous aurait permis vraiment entre médecins de beaucoup plus se rencontrer et de valoriser ce travail de MSP en fait » (E09).

Ces oppositions venant parfois des médecins eux-mêmes.

« Il y avait quelques freins de médecins aussi parce qu'on sortait à peine d'une période où les médecins cherchaient un peu la clientèle » (E02).

Les projets de MSP avaient l'avantage majeur de favoriser le travail en équipe, lequel était vu comme un moyen d'avoir une meilleure prise en charge des patients complexes et une meilleure continuité des soins :

« D'ailleurs on a monté une maison de santé pluridisciplinaire ici. Une MSP. Donc non, on travaille avec des infirmières, on travaille avec des orthophonistes, on travaille avec tout le monde, avec des psychologues, ça se passe bien » (E10).

Ce travail en équipe permettait aussi aux médecins d'accéder à un meilleur équilibre entre vie privée et professionnelle :

« Et c'est aussi pour ça que j'avais bien conscience de tout cela et que je savais aussi qu'avec un exercice pluri professionnel comme on l'a actuellement il y aura un meilleur équilibre aussi entre vie personnelle et vie professionnelle » (E03).

À long terme, un médecin voyait leur MSP comme un moyen de redynamiser un territoire et le rendre attractif :

« Du coup c'est un projet très dynamique pour les professionnels et puis on s'en rend compte en plus pour le village » (E03).

Les freins principaux à la création d'une MSP étaient le coût et la durée de sa mise en place :

« 8 ans et 5 ans avant de travaux. Ça fait 15 ans qu'on est en chantier pour la faire notre maison de santé. C'était long hein » (E06).

4.3.4.2 La délégation des tâches

La surcharge administrative pouvait être palliée par la délégation des tâches :

« comment mieux organiser ses consultations au quotidien pour faire plus de prévention, de la délégation de tâche aussi avec les infirmières, les infirmières Asalée. Moi je sais que je travaille beaucoup.. de former aussi certains infirmiers, certains kinés au télé-soin où des fois on peut résoudre des situations où on aura pas forcément le temps médical de se déplacer » (E03).

Qui passait parfois par l'embauche d'une assistante médicale :

« Même si on a notre assistante qui nous aide énormément là-dessus, je pense qu'on pourrait faire bosser un temps plein d'assistante de plus, parce qu'il y a plein de choses qu'elle pourrait faire qu'elle n'a pas le temps de faire : paperasse feuilles de soins renvoyées par la sécu et compagnie » (E07).

4.3.4.3 Des moyens pour faciliter la coordination avec les spécialistes

Certains médecins faisaient jouer leur réseau afin d'accélérer les rendez-vous et les demandes d'avis spécialisés :

« Les collègues ils essayent de nous dépanner quand même. On a des bonnes relations avec, alors on arrive à trouver » (E04).

D'autres médecins jouissaient d'un accès facilité aux spécialistes via des consultations avancées :

« Nous on a la chance d'avoir quelques spécialistes dans la maison de santé donc quand ils viennent on peut déjà évoquer des situations cliniques et donc ça permet d'aider au débrouillage » (E03).

Certains médecins voyaient la télé-expertise comme une solution pour avoir un avis spécialisé rapide, ou échanger avec les para-médicaux :

« il y a la télé expertise qui arrive un peu donc on peut arriver à résoudre quelques situations » (E03).

4.3.4.4 Déconventionnement ou la reconversion professionnelle

Pour un médecin, le déconventionnement ou la reconversion semblaient être la meilleure solution pour remédier à sa souffrance :

« Je sais pas si vous avez vu, mais on fait de la désobéissance tarifaire pour essayer de tenir, garder les créneaux de 15 minutes, même si déjà c'est trop court. Euh bin le déconventionnement on se pose la question ouais clairement. [...] Ou changer de voie, moi je me suis posée la question de carrément changer, vendre ma maison, faire autre chose » (E05).

4.4 Les médecins interrogés et PM64

4.4.1 Premier contact avec le dispositif PM64

Les médecins qui connaissaient le dispositif l'avaient découvert par différents canaux.

Plusieurs médecins connaissaient PM64 **du fait de leur statut de PAMSU**.

« Je suis maître de stage donc je pense que c'est à ce niveau-là que j'avais dû en entendre parler. Oui c'était à une formation pour la maîtrise de stage [...] ils étaient venus nous faire leur speech. Du coup, c'était la bonne occasion. C'était à peu près à ce moment-là que notre collègue nous a dit qu'il allait partir donc c'est bien tombé » (E08).

D'autres médecins avaient découvert PM64 via un associé, parfois lui-même membre du comité de pilotage.

« Le médecin à qui j'ai pris la succession travaillait au département. Et en fait il fait partie des gens qui ont mis en place le truc » (E12).

Certains médecins avaient connu PM64 grâce à des élus locaux ou départementaux.

« On est informé de l'existence de Présence médicale depuis que ça existe grâce à la conseillère générale du coin qui a essayé de nous aider pour la maison médicale » (E06).

Parmi eux, deux médecins interrogés avaient rencontré PM64 au cours de réunions où ils étaient conviés avec ces élus.

« À l'époque, comme la Cocom elle était ici à [...], ils travaillaient dans la main avec Présence médicale 64. [...] On a eu des réunions ensemble ici à la maison médicale pour nous présenter un peu les territoires, la façon de faire. Je me rappelle avoir été au début pour présenter un peu, échanger et voilà » (E04).

Un médecin avait rencontré PM64 au forum des jeunes médecins généralistes organisé par l'université de Bordeaux *«...avec l'université puisqu'elle venait au forum des jeunes médecins généralistes etc ou dans les congrès. Donc j'ai découvert PM64 de ce point de vu. Et puis ensuite plus en lien avec la maison de santé. Parce que effectivement et par rapport au départ à la retraite de mon collègue. » (E09).*

4.4.2 Un dispositif globalement mal connu des médecins de territoire

4.4.2.1 Une personne ne connaissant pas le dispositif

Un médecin ignorait l'existence du dispositif bien qu'un confrère proche ait bénéficié d'un accompagnement de PM64.

« Et Dr X est partie quelques années après et c'est le Dr Y qui a pris la suite. Mais je savais pas que c'était par Présence médicale. » (E05).

4.4.2.2 Souvent, la connaissance du dispositif était incomplète

Certains médecins connaissaient très peu le fonctionnement du dispositif,

« En fait je sais pas ce qu'ils font exactement donc je manque d'informations » (E12).

Certains l'avaient connu trop tardivement pour en bénéficier :

« J'en ai pas entendu parler quand je me suis installée alors que le médecin à qui j'ai pris la succession travaillait au département. Et en fait il fait partie des gens qui ont mis en place le truc, mais il m'en a même pas parlé » (E12).

4.4.2.3 Un manque de connaissance du rôle de PM64 dans l'installation d'un confrère ou d'une consœur

Plusieurs médecins connaissaient mal l'implication de PM64 dans l'installation d'un confrère ou d'une consœur géographiquement proche ou au sein même de leur cabinet.

« En fait moi j'ai appris après qu'il soit parti que c'était PM64 qui l'avait installé ici. Enfin qui avait aidé à l'installation ici. Mais je sais pas trop à quel niveau quoi » (E07).

« ils ont trouvé une écoute à travers PM64. Après je n'étais pas dans la discussion donc je ne sais pas jusqu'où c'est allé. Si c'est simplement bonjour-bonsoir [...] ou s'il y a eu vraiment des échanges » (E11).

Un médecin pensait que le stage d'internat avait eu un rôle plus décisif dans l'installation de sa collègue que l'aide fournie par PM64.

« Je savais qu'elle devait succéder à X qui devait partir mais je savais pas que c'était PM. [...] Voilà j'étais persuadé que c'était la connaissance du fait du 1er stage en fait qui faisait que X avait bien aimé la région » (E03)

Un médecin déclarait ne pas avoir observé PM64 accompagner sa collègue.

« Enfin ils se sont vantés d'avoir installé X mais je ne les ai jamais vus dans le cadre de l'installation de X » (E02)

4.4.3 Les aspects connus du fonctionnement dispositif

4.4.3.1 Un dispositif d'aide à l'installation

Le dispositif PM64 était bien vu comme un dispositif d'aide à l'installation des médecins :

« Je sais que c'est un dispositif qui essaye d'aider à l'installation de jeunes collègues » (E04).

PM64 était aussi vu comme un dispositif qui ne s'intéresse pas qu'à la vie professionnelle du candidat à l'installation, mais aussi à sa vie personnelle et familiale :

« J'ai cru comprendre aussi qu'ils pouvaient aider pour les conjoints... avec le conseil général à trouver des offres d'emploi pour les conjoints de façon à faciliter l'installation » (E03).

« Ils lui ont aidé à trouver un logement » (E12).

4.4.3.2 Un dispositif de mise en lien

Un médecin soulignait le fait que cette aide reposait avant tout sur la mise en lien entre médecins de territoire et les futurs installés.

« Alors je sais qu'en fait PM64 ils ont vraiment un rôle de mise en lien en fait. Ils sont pas décideurs » (E09).

4.4.3.3 Un collectif partenarial

Le dispositif PM64 était perçu comme un collectif partenarial qui pouvait faciliter la communication entre les médecins et certains organismes comme la Sécurité Sociale, des instances politiques comme le Conseil départemental et les réseaux locaux.

« On a demandé l'aide de PM64 dans ce cadre là aussi. Pour pouvoir activer la sécu et leur dire maintenant qu'il faut que vous nous aidiez » (E07).

« Je les ai sollicités là parce que je sentais que le dialogue ne démarrait pas avec élus locaux. [...] je les ai sollicités pour qu'on puisse... que le conseil départemental soit informé et que l'on puisse dialoguer encore plus avec les élus et avec les conseillers départementaux » (E11).

4.4.3.4 Un dispositif connaissant bien les territoires et les cabinets

PM64 était reconnu par certains médecins comme ayant une bonne connaissance du territoire et de la démographie médicale.

« Ils connaissent le territoire, ils connaissent les ressources du territoire. Et ça c'est un apport. » (E09).

Dans certains cabinets, des médecins avaient apprécié le travail réalisé en amont sur la situation de leur cabinet.

« X que j'avais eu au téléphone, qui était venu ici avec une autre personne, qui nous avait fait une petite évaluation des besoins, qui avait rencontré la structure et qui après avait fait une proposition » (E08).

Cependant, certains médecins étaient en désaccord avec leur analyse de la démographie médicale.

« Attention à la démographie. Ne pas se fier aux statistiques. Parce que moi quand j'ai vu passer les statistiques où vous êtes pourvus il y a 4 médecins sur la vallée, j'ai dit non arrêtez tout où il est le 4^e ? Ah oui d'accord c'est le médecin saisonnier qui fait 5 semaines par an » (E11).

4.4.3.5 Un dispositif parfois vu comme faisant du démarchage auprès des étudiants

Plusieurs médecins considéraient l'action de PM64 comme un « démarchage » réalisé auprès des étudiants en médecine pour les attirer dans le département. Ce « démarchage » pouvait se faire au cours de congrès de médecins, de forums (dont le forum des jeunes médecins), de soirées d'internes ou encore sur les réseaux sociaux.

« Ils ont proposé, ils ont fait des recherches même dans les promos de sortie de médecine. Je sais pas s'il y a à Bordeaux des réunions, des congrès ou des trucs comme ça [...] Je pense qu'ils ont des agents qui vont par là et qui vont proposer. C'est vraiment un travail de marketing au final » (E01).

« Parce qu'ils connaissaient les internes. Donc voilà je me suis dit si vous voyez quelqu'un qui était fléchable chez nous ça sera très bien quoi » (E07).

4.4.3.6 La promotion du territoire par PM64

Ce démarchage des étudiants passait selon les médecins par une découverte du territoire et mise en valeur de ses atouts.

« Ils font une présentation du dispositif et du territoire aux internes pour qu'ils voient un peu pourquoi c'est intéressant de s'installer ici. Un peu comme je disais au début, si je suis ici, le Béarn, c'est parce que ça me plaît beaucoup comme région. C'est important de savoir que quand on va s'installer quelque part, on a aussi notre vie perso à gérer à côté et il faut aimer la région dans laquelle on est » (E04).

4.4.4 Des connaissances du dispositif parfois erronées

4.4.4.1 Une méconnaissance de certaines aides existantes

Certaines attentes d'un médecin correspondaient à des aides déjà proposées par PM64 comme soutenir le conjoint ou la conjointe du médecin dans sa recherche d'emploi, aider à trouver un logement.

4.4.4.2 Des erreurs sur les fonctions de PM64

Certains médecins pensaient de façon erronée que PM64 aidait les médecins non généralistes.

« C'est un dispositif [...] pour essayer d'attirer de nouveaux spécialistes et médecins généralistes » (E04).

Un médecin pensait à tort que PM64 était impliqué dans les actions de prévention organisées par certaines MSP,

« ...il me semble qu'il fait beaucoup de prévention, qu'il participe avec des activités de santé par rapport... toujours quand on a fait le parcours du cœur ou octobre rose et cetera, ils nous ont aidé un peu aussi de ce côté-là. Ils sont présents toujours pour donner un petit plus aux activités de prévention » (E04).

Un autre pensait que PM64 intervenait dans la création de MSP.

« Disons que visiblement ça a permis la construction de maison médicale sur [...], ce qui est très bien » (E11).

4.4.5 Un dispositif globalement considéré comme utile

4.4.5.1 Beaucoup de commentaires positifs

L'avis général des médecins est que le dispositif est utile et efficace.

« Déjà on peut rien dire, on a un médecin. Ça veut dire que c'était positif à 100 % » (E01).

« Donc ça a été assez rapide et assez efficace finalement. Donc c'était positif » (E08).

Les médecins interrogés avaient une appréciation globale positive du dispositif PM64, mettant en avant la gentillesse des intervenants, leur bienveillance et leur écoute.

« J'ai connu des gens qui travaillaient dedans, très sympathiques » (E04).

« J'ai l'impression d'être entendu » (E11).

4.4.5.2 Avec une utilité surtout orientée vers la possibilité de trouver des associés

Plusieurs médecins avaient fait appel à PM64 pour recruter un nouvel associé.

« Et pour Présence, nous on est content parce qu'on sait pas trop comment on aurait fait. On aurait fait comme tout le monde, mis une annonce dans le journal [...]. Et là Présence médicale et bah ils ont trouvé quelqu'un » (E06).

« La maison médicale risquait de fermer sans médecin. Du coup ils essayaient de recruter quelqu'un qui puisse travailler ici » (E04).

Un médecin notait leur investissement dans ce recrutement.

« Ils ont fait le travail c'est-à-dire qu'ils ont cherché, ils ont vraiment cherché. Ils ont proposé, ils ont fait des recherches même dans les promos de sortie de médecine » (E01).

Cette recherche d'associé rentrait souvent dans le cadre d'une succession d'un médecin.

« Voilà donc Présence médicale je les ai appelés [...] Parce qu'il y a 3 médecins mais tout le monde a plus de 60 ans » (E11).

Le dispositif PM64 était parfois perçu par les médecins du territoire comme une plateforme leur permettant de rencontrer des candidats à l'installation.

« ...C'est là-dessus qu'on avait eu plusieurs personnes qui nous ont contactés et qui ont été plus ou moins motivés, avec qui ont eu plus ou moins des retours. Je pense que X ça devait être la deuxième ou la troisième qui elle était effectivement motivée. On a rapidement conclu que c'était intéressant pour les deux parties » (E08).

Cependant les prises de contact n'aboutissaient pas systématiquement à une installation.

« Ils sont venus nous présenter [...] X, qui a fait l'affaire tout de suite. On a eu d'autres appels puis il n'y a pas eu de suivi. X me dit j'ai eu une ou deux personnes qui nous ont appelé puis qui n'ont pas donné suite » (E06).

4.4.5.3 PM64 était parfois vu comme utile pour la recherche d'un remplaçant

Le réseau de PM64 auprès des jeunes médecins pouvait permettre à certains médecins de trouver un remplaçant.

« Je cherchais un remplaçant pour mon congé mater. Et du coup je les avais contactés. »
(E12).

4.4.5.4 Un dispositif offrant une plus grande visibilité de leur cabinet

Certains médecins avaient l'impression que PM64 permettait à leur cabinet d'avoir une plus grande visibilité.

Un premier le rapportait au fait que ses recherches de recrutement étaient davantage mise en avant.

« ça permet quand même d'avoir aussi une visibilité grâce à PM qu'on aurait pas tout seul sur un site d'annonces médicales. » (E03).

Un second au fait que le dispositif savait mettre en valeur les atouts de son cabinet.

« Malgré ce côté isolé c'est un endroit qui est très sympathique pour travailler. Je sais que Présence médicale 64 met en valeur un peu ça pour essayer d'expliquer aux jeunes collègues qu'on peut avoir quand même, malgré la situation actuelle, un exercice qui est attractif pour notre spécialité » (E04).

Un troisième médecin déclarait que cette plus grande visibilité était liée au fait que l'installation d'un jeune médecin rendait le cabinet attractif à d'autres médecins non installés. Elle décrivait le processus comme la propagation d'une « infection bénéfique ».

« Absolument, ça a fait un petit peu une infection. On a eu effectivement des pathogènes installés qui vont attirer d'autres pathogènes et là maintenant on commence à avoir un peu plus de visibilité » (E01).

4.4.5.5 Un dispositif utile aux étudiants en médecine générale

La journée d'accueil des internes en médecine générale était vu comme la mesure principale d'accompagnement visant les étudiants. Un médecin savait que les internes pouvaient bénéficier d'une aide au logement au même titre que les candidats à l'installation.

« Pour les internes pour le logement aussi je crois qu'ils jouent un rôle pour faciliter leurs installations peut être quand ils sont en stage, sur [...] notamment » (E03).

4.4.5.6 Un dispositif utile aux futurs installés

Plusieurs médecins mettaient en avant le suivi personnalisé.

« L'accompagnement très personnalisé avec le côté prise en compte des projets du conjoint, de la famille » (E09).

Cet accompagnement reposait selon eux sur une bonne connaissance des médecins aidés.

« Ils essayent de bien connaître les internes pour savoir justement leurs problématiques et leurs attentes et de bien tout connaître des cabinets pour savoir leurs problématiques et leur attentes pour pouvoir faire des matchs qui durent » (E07).

Le dispositif était vu avant tout, par certains médecins du territoire, comme facilitateur.

« S'il y avait cette possibilité d'aide à l'installation, bon je pense que c'est quand même rassurant, c'est quand même facilitateur pour le praticien, pour le conjoint. Ils partent pas tout seuls, ils peuvent avoir des explications » (E03).

Un médecin mettait d'ailleurs en lumière le fait que le dispositif ne cherchait pas à interférer avec le projet de vie des candidats à l'installation.

« Ils ont vraiment l'idée de favoriser, de faire valoir un projet personnel du médecin, intégrer, rester dans son projet de vie et surtout ne pas... enfin c'est vraiment zéro ingérence quoi PM64 dans le projet des gens. Ils sont vraiment là pour être facilitateurs. Ils ne vont jamais pousser une installation » (E09).

Des médecins décrivaient PM64 comme un guichet d'accueil permettant aux futurs installés d'obtenir des renseignements sur les démarches administratives à réaliser, et les aides fiscales existantes.

« Une belle porte d'entrée pour quelqu'un qui dirait je veux venir m'installer dans le 64, bah voilà je sais qu'il y a cette porte d'entrée là, ce guichet d'accueil » (E09).

« Il faut aller voir la CPAM, le conseil de l'ordre, enfin il y a beaucoup beaucoup de démarches. Donc déjà si on peut mettre des gens en contact et voire pourquoi pas leur faciliter les démarches » (E11).

« Quand il y a des avantages fiscaux [...] je pense qu'ils peuvent expliquer tout ça » (E03).

Selon un médecin, PM64 offrait la possibilité aux candidats à l'installation de découvrir différents cabinets :

« Elle a remplacé à deux-trois maisons médicales que Présence médicale lui a présenté. Et on est content parce qu'elle a trouvé qu'on était les plus sympathiques » (E06).

Pour lui PM64 proposait un suivi une fois l'installation réalisée :

« Je sais qu'ils ont déjà rappelé [médecin 1] une fois et [médecin 2] pour refaire le point. Voilà puis c'est tout » (E06).

4.4.6 Quelques points négatifs

4.4.6.1 Le coût du dispositif

Le coût du dispositif lui était parfois reproché :

« Depuis la revue en papier glacé vert, un très joli vert, une très jolie revue...Ca a du coûté assez cher, avec mes impôts » (E10).

Un participant craignait que le budget alloué au dispositif soit suspendu, si le nombre d'installés avec l'aide de PM64 n'était pas suffisant.

« Tout ce qui est public nécessite de mettre aussi un petit peu en face des résultats [...] moi la crainte que j'ai pour eux c'est que si jamais à un moment ça marche plus on leur dise bon beh... » (E06).

Néanmoins ce coût était relativisé par un autre médecin.

« Après c'est de l'argent, c'est des deniers publics. J'ai l'impression que c'est plutôt bien investi. Si ça permet d'éviter les déserts médicaux je pense que l'investissement en vaut la peine » (E08).

4.4.6.2 Un manque de prise de contact ou de déplacement de PM64

Certains médecins regrettaient l'absence de déplacement jusqu'à leur cabinet :

« J'ai eu quelqu'un de PM64 au téléphone une fois, qui devait passer nous voir, je ne sais pas, je ne l'ai pas vu depuis » (E02).

« Je ne crois pas les avoir rencontrés en vrai » (E12).

Un médecin était très déçu de l'absence de suivi et de la non-intervention de PM64 :

« Je n'ai pas été recontacté. Je ne les ai pas rappelés non plus. Parce que j'ai géré mon problème à ma façon... comme libéral. Mais à un moment donné j'étais un petit peu amer par rapport à ça, je ne le suis plus » (E10).

4.4.6.3 Des réunions chronophages

Un médecin percevait les réunions organisées par PM64 avec les élus locaux comme une contrainte car chronophages.

« En général les points négatifs sont toujours les réunions. On doit effectivement se réunir mais quelques fois on a eu des réunions très longues de présentation du système, etc. » (E01).

4.4.6.4 Un manque de communication autour du dispositif auprès des médecins de territoire

Plusieurs médecins reprochaient un manque de communication autour du dispositif auprès des médecins de terrain.

« Ça serait bien de les connaître un peu plus peut-être. Parce que je sais pas si tous les médecins installés les connaissent comme il faut, ils sont au courant de tout ce qu'ils font. Peut-être qu'il faudrait un peu plus de publicité » (E04).

« Le faire connaître à beaucoup de médecins. Parce qu'il y a des médecins qui ne le connaissent pas » (E06).

Notamment un médecin admettait ne pas savoir comment les recontacter.

« On sait pas où les joindre. Peut-être sur internet » (E02).

4.4.6.5 Des échecs de recrutement et une absence de retour sur les raisons des échecs

Deux médecins expliquaient que PM64 n'avait même pas permis de mise en relation avec des candidats à l'installation.

« Ils m'ont dit qu'ils allaient me trouver quelqu'un. Ils m'ont ramené une superbe revue en papier glacé. Et je les ai plus revus » (E10).

Des médecins notaient que certains recrutements n'aboutissaient pas malgré une mise en relation par PM64.

« Ils nous ont présenté du monde. Bon, pas assez parce qu'on a qu'une présentation qui a été suivie d'un effet. Et les autres personnes qui ont été au taquet, il y a pas eu de suivi. Ils ont contacté une fois ça s'est arrêté là » (E06).

Un médecin reprochait le manque de retour aux médecins du territoire, sur les raisons qui avaient mené à un échec de recrutement.

« Et de faire le point sur les demandes, sur pourquoi les demandes n'aboutissent pas.[...] Si par exemple si des personnes étaient intéressées puis finalement non, quels étaient leurs arguments. Je pense que ça on a jamais eu de retour là-dessus » (E03).

Un médecin rapportait une rupture d'association avec un médecin accompagné par PM64.

« ... pas très très longtemps après il est parti quoi. En nous laissant en plan » (E07).

4.4.6.6 Des mauvais ciblage des cabinets à aider

Un médecin certifiait ne pas avoir eu auparavant besoin de PM64 pour recruter un médecin. Il suggérait que PM64 aurait dû cibler les médecins des territoires les plus en déprise.

« Je dirais c'est plus des collègues à nous qui ont besoin d'eux. Sur [...] c'est une catastrophe. Mais là on ne sait pas s'ils y sont ou pas. C'est plus la où on aimerait bien que... » (E02).

Cette notion que les cabinets les plus aidés par PM64 n'étaient pas ceux en ayant le plus besoin, se retrouvait dans un autre entretien.

« On fait toujours recherche un petit peu, une évaluation des besoins. Je pense pas qu'ils l'aient fait clairement. [...] Ca a été fait par rapport à la demande des médecins. Ca n'a pas été fait par rapport au volume de patients [...] Donc je pense que les besoins sanitaires sur ce côté-ci du [...], ils sont plus importants que de l'autre côté où vous avez des familles jeunes, des lotissements, des enfants. C'est pas la même patientèle » (E10).

4.4.6.7 Un manque d'aide juridique pour les médecins installés

Un médecin reprochait le manque d'aide juridique.

« Le montage de la SCM, le montage par rapport à la SISA, l'intégration de la GIE parce qu'on est dans un groupement d'intérêt économique, on les a jamais vus » (E02).

4.4.6.8 Un manque de suivi au long terme des médecins installés

Deux médecins regrettaient l'absence de suivi sur du long terme des médecins installés,

« C'est pas normal que sur 3 installations à [...] il y en a eu 3 qui sont parties. C'est pas normal. Donc quelque part on les a pas soutenues. On les a pas accompagnées. Enfin pour moi c'est ça la Présence médicale c'est d'accompagner » (E02).

« Et de continuer après l'accompagnement... l'accompagnement pour moi il s'arrête pas le jour où on visse sa plaque » (E02).

« Je pense qu'il y a besoin d'un suivi parce que je pense qu'au 1er conflit qu'il peut y avoir par exemple dans une maison de santé, les gens peuvent être amenés à partir vite, aussi vite qu'ils sont venus » (E11).

Par contre, un autre médecin ne ressentait pas le besoin d'un suivi.

« Il n'y a pas eu après de suivi. Une fois que c'était lancé, après ça s'est géré tout seul » (E08).

4.4.7 Des attentes

Les attentes des médecins interrogés étaient souvent le reflet des critiques énoncées vis-à-vis du dispositif (voir 4.4.6 page 64). Ces attentes étaient exprimées de façon implicite ou explicite. Ainsi ceux qui se plaignaient de ne pas avoir assez vu PM64 souhaitaient favoriser leur venue au sein de leur cabinet, ceux qui se trouvaient insuffisamment informés souhaitaient que la communication de PM64 soit plus importante...

4.4.7.1 Favoriser les déplacements dans les cabinets

Certains médecins étaient en demande d'un déplacement de membres de PM64 à leur cabinet.

4.4.7.2 Communiquer autour de PM64 auprès des médecins de territoire

Certains médecins du département ne connaissant pas PM64, il était jugé utile de faire la publicité du dispositif.

4.4.7.3 Communiquer les raisons d'un échec de recrutement

Un médecin souhaitait connaître les motifs qui menaient les candidats présentés à ne finalement pas s'installer.

4.4.7.4 Aider les cabinets les plus en difficultés

Deux médecins voulaient que PM64 cible les cabinets les plus en difficultés.

4.4.7.5 Aider sur le plan juridique les nouveaux installés

Un médecin pensait utile d'aiguiller les jeunes installés sur le statut juridique à adopter selon le projet d'exercice et les démarches à suivre.

4.4.7.6 Suivre sur du long terme les médecins installés

Deux médecins étaient en faveur d'un suivi des médecins installés sur du plus long terme.

4.4.7.7 Créer une plateforme pour les remplacements

Des médecins étaient en demande d'une plateforme pour les remplacements, gérée par PM64.

« S'ils peuvent étendre ça justement à des remplaçants ça pourrait aussi être une plateforme intéressante. C'est vrai que pour l'instant c'est des groupes Facebook ou par copinage » (E08).

« J'ai fait mon internat en [...] et on avait une plateforme pour les remplas qui marchait très bien. Ici, il y a pas et c'est dommage. [...] Un truc un peu mieux au niveau remplas je pense que ça serait bien. Un site vraiment dédié à ça » (E12).

4.4.7.8 Étendre ce dispositif à d'autres territoires

Un médecin souhaitait que ce type de dispositif soit étendu à d'autres départements.

« C'est quelque chose à transcrire dans d'autres départements. C'est que du positif » (E08).

4.4.7.9 Accompagner systématiquement tous les remplaçants et nouveaux installés

Un médecin proposait que tous les médecins remplaçant et les nouveaux installés du département puissent bénéficier d'un accompagnement et d'un suivi de leur installation.

« Si j'avais un conseil à leur donner c'est [...] de pas attendre que les jeunes viennent les voir parce que... je veux dire c'est extrêmement facile de savoir qui s'est installé, comment il s'est installé. On va tous s'inscrire au conseil de l'ordre, on va tous s'inscrire à la sécurité sociale. A la sécurité sociale vous pouvez avoir les adresses de tous les jeunes médecins qui s'installent, y compris les remplaçants. C'est quand même...pour moi ça serait facile d'aller les voir ces jeunes et de voir un peu leurs difficultés, leurs questions et de les accompagner là-dedans. Je pense qu'ils font l'erreur d'attendre qu'on les appelle » (E02).

4.5 Synthèse des résultats

Selon les médecins généralistes interrogés, leur installation s'était déroulée en autonomie et était globalement considérée comme facile.

Les médecins ressentaient de grandes difficultés dans leur pratique quotidienne allant jusqu'à la souffrance. Cette souffrance était en partie liée aux problèmes de pénurie médicale, mais aussi à certaines évolutions de la pratique de la médecine générale vécues comme contraignantes (augmentation des tâches administratives, du temps de coordination, des charges...).

Dans ce contexte de tension démographique toutes spécialités confondues, le dispositif PM64 était majoritairement perçu comme utile et positif même s'il restait mal connu de la majorité des médecins généralistes de terrain. Le dispositif était apprécié pour l'accompagnement personnalisé des futurs installés tant sur le plan personnel que professionnel. Il était vu comme un dispositif de mise en lien avec les autres médecins généralistes et de coordination avec les organismes de tutelles et les réseaux locaux.

Certains médecins de territoire faisaient appel au dispositif pour trouver un associé et appréciaient la visibilité donnée au territoire et à leur cabinet. Ils étaient en demande d'une plus grande communication autour du dispositif, d'un meilleur suivi des médecins installés et de la création d'une plateforme de remplaçants. Un médecin était en faveur de l'extension du dispositif à d'autres territoires.

5 Discussion

Notre travail montre que le dispositif PM64 est globalement très apprécié des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques, malgré une connaissance partielle et parfois erronée de celui-ci. Le principal reproche des médecins à l'encontre du dispositif est le manque d'informations dont ils disposent sur son fonctionnement.

5.1 Le choix de la méthode

5.1.1 Une évaluation quantitative de l'action de PM64 serait difficile

Entre 2019 et 2025, PM64 a favorisé l'installation de 50 médecins. Il existe 38 accompagnements en cours et 71 candidats à l'installation pour la période 2027-2028 (46).

La complexité d'une analyse quantitative de l'impact du dispositif PM64 dans le département des Pyrénées Atlantiques s'explique par plusieurs points.

- Une étude quantitative nécessite un échantillon de la population étudiée plus important qu'une étude qualitative. Or, au moment du début de notre travail en décembre 2022, le nombre de médecins accompagnés dans leur installation par PM64 était de 21, ce qui rendait la réalisation d'une analyse quantitative impossible (46).
- La comparaison avec les départements voisins, où le dispositif n'existe pas, est difficile. L'attractivité de ces différents départements ne dépend pas que de l'existence d'un guichet unique d'accompagnement des médecins généralistes.

Néanmoins, il est possible de comparer l'évolution de la démographie médicale des Pyrénées-Atlantiques avec celle des départements voisins. Dans les Pyrénées-Atlantiques, on observe une progression de 9,8 % de la densité médicale, passant de 160,9 à 171,1 médecins pour 100 000 habitants entre 2010 et 2024. En comparaison, le département des Landes observe une progression moins franche de 3,4 %. Les départements de la Gironde et des Hautes Pyrénées observent quant à eux une diminution de leurs densités médicales, respectivement de - 4,4 % et de - 17,8 % (57).

5.1.2 Le choix de la méthode qualitative

La difficulté à réaliser une évaluation quantitative justifie le choix d'une méthode qualitative afin de mesurer une autre dimension de l'efficacité, qui est la satisfaction des personnes concernées par le dispositif. C'est ce constat qui nous a conduit à réaliser une double évaluation auprès des médecins récemment installés avec l'accompagnement de PM64 (thèse d'Hélène Leherpeur et de Marine Elman), et auprès des médecins déjà présents dans les territoires d'installation de ces nouveaux médecins (thèse de Laura Sault et de Clément Smith).

Ce type d'évaluation permet non seulement de recueillir la satisfaction des participants mais aussi l'acceptabilité du dispositif et les critiques qui peuvent être émises à son égard .

Nous aurions pu choisir de mener des entretiens collectifs (dits focus groups) plutôt que des entretiens individuels. Cette méthode aurait pu apporter des résultats différents en favorisant les interactions entre les intervenants. Néanmoins, les focus groups ne permettent pas à chaque participant de s'exprimer de manière aussi complète qu'en entretien individuel et permettent moins d'explorer leur ressenti singulier. Il y a le risque qu'un participant monopolise la parole. L'organisation des entretiens collectifs aurait été difficile face à la complexité à convenir d'une date avec plusieurs médecins généralistes disponibles, et d'un lieu du fait de la répartition des participants sur le territoire assez vaste des Pyrénées-Atlantiques. Il aurait fallu réaliser plusieurs réunions (3 à 4) regroupant 5 à 10 médecins. Cependant, au moment du dépôt de la fiche de projet de thèse en décembre 2022, le nombre de médecins accompagnés dans leur installation par PM64 était de 21 contre 50 à ce jour. Cela nous faisait douter de la possibilité de mettre en œuvre cette méthode (58).

5.1.3 Les point fort de la méthode

La méthode qualitative permet une libre parole des personnes interrogées et donc de faire émerger des idées qui n'étaient pas initialement prévues par les chercheurs. La qualité de l'analyse est due au double codage réalisé en aveugle par les deux co-thésards, ainsi qu'une analyse interprétative menée conjointement par les deux chercheurs et leurs directeurs. Cette triangulation du codage et de l'analyse permet de diminuer les biais d'interprétation.

La rédaction des résultats attendus en amont de la recherche par les thésards et leurs co-directeurs, a aussi permis de limiter les biais d'interprétation.

L'analyse qualitative ne s'attache pas à interroger un échantillon représentatif, mais à maximiser l'expression de la diversité de la population étudiée. Notre échantillon de population est varié sur plusieurs critères : le sexe et l'âge des participants, l'année de la dernière installation, leur activité enseignante, leur engagement dans un organisme professionnel.

5.1.4 Les faiblesses de la méthode

La méthode qualitative ne permet pas de déterminer la fréquence des idées exprimées et ne dresse donc qu'un tableau imparfait du ressenti des médecins interrogés. La connaissance de leur fréquence passe par d'autres types d'enquêtes, en particulier par des enquêtes d'opinion de type quantitatif.

Malgré notre recherche de la variabilité maximale de notre échantillon, certains types de médecins ne sont pas représentés, en particulier les médecins des grandes agglomérations. Cette sous représentation est aussi liée à un nombre réduit de médecins installés dans les grandes agglomérations au moment de l'initiation du travail.

Les 2 directeurs de ce travail sont membres du comité de pilotage de PM64, et Laura Sault, contrairement à Clément Smith, a bénéficié des soirées d'accueil des internes au cours de ses stages dans le département des Pyrénées-Atlantiques. Ceci a pu conduire à une perception favorable du dispositif en amont de son évaluation.

5.2 Discussion des résultats

5.2.1 Des déterminants à l'installation qui ont peu évolués

Dans notre étude, les participants ont évoqué les déterminants de leurs installations.

Parmi les facteurs personnels, nos résultats ont fait ressortir l'importance du lieu de naissance, du territoire et des besoins familiaux.

Ceci se retrouve dans la littérature existante. Le lieu de naissance était donné comme facteur d'installation à hauteur de 30 % dans la revue de la littérature de Rebecca Lemonnier et Paul Aubry

sur les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France (7). L'attrait du territoire était également souvent cité comme déterminant (7). Un des facteurs crucial était représenté par les besoins familiaux, avec la notion de « prise en compte du conjoint ». En effet, dans l'une des études de la revue de la littérature de Rebecca Lemonnier et Paul Aubry, portant sur 42 médecins généralistes exerçant en libéral, 90 % des médecins interrogés considérés comme important voire primordial la proximité du lieu de travail du conjoint (7). Dans l'enquête du CNOM, interrogeant près de 11 000 médecins généralistes installés, 41 % déclaraient que le conjoint avait "Tout à fait ou Plutôt" une influence sur le projet d'installation (6).

Les médecins que nous avons interrogés appréciaient l'effort fourni par PM64 pour prendre en compte le conjoint dans l'installation d'un médecin, par exemple dans l'aide au logement ou l'aide à l'emploi. Les participants étaient également conscients de la promotion du territoire réalisée par PM64 afin d'attirer des internes et candidats à l'installation, notamment dans les zones sous dotées. La prise en compte des déterminants personnels dans le travail d'accompagnement par PM64 semblait être appréciée. Ainsi, la prise en compte de ces déterminants personnels nous paraît indispensable pour favoriser des nouvelles installations.

Parmi les facteurs professionnels, le choix d'un projet, motivé par la volonté d'un exercice collectif et la recherche d'un confort de travail, se retrouvait dans nos résultats. Cet exercice était également vu comme un moyen de lutter contre une souffrance omniprésente dans le quotidien des médecins. Selon la DREES, en 2022, près de 70 % des médecins exerçaient en groupe, dont 40 % en cabinet pluriprofessionnel (59). Ce désir était majoritairement observé chez les jeunes médecins. Il s'expliquait par un équilibre vie professionnelle et vie personnelle plus adapté, notamment par un temps de travail plus faible et davantage de temps pour des activités non professionnelles, ainsi que de congés annuels (60).

Le dispositif PM64, met en relation les médecins de territoire et les candidats à l'installation et favorise ainsi l'exercice de groupe, mais le dispositif n'est pas décisionnaire de la création de nouvelles structures médicales.

Enfin, parmi les facteurs professionnels ressortait également l'importance du lieu de l'internat et du SASPAS. Dans la revue de littérature de Rebecca Lemonnier et Paul Aubry, plusieurs études avaient mis en évidence l'importance du lieu du SASPAS ainsi que celle des remplacements

effectués pour une future installation sur le territoire (7). Dans le travail de Victor Cantiran, portant sur l'évaluation de l'impact des mesures incitatives et des initiatives locales, près de 61 % des médecins interrogés confiaient que le SASPAS avait eu une influence positive sur leur choix d'installation (23).

La réforme de l'internat, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, ajoute une 4^e année à l'internat de médecine générale, avec deux stages auprès de PAMSU en soins ambulatoires (61). Cette réforme pourrait favoriser le désir d'installation sur le territoire des lieux de stage une fois ceux-ci terminés.

PM64 aide le CGEA à organiser des séminaires de formation des PAMSU dans Pyrénées-Atlantiques et concourt donc à l'ouverture de nouveaux terrain de stage. Le dispositif participe actuellement avec le Département de Médecine Générale (DMG) et le CGEA à repérer des possibles terrains de stage dans le cadre de la 4^e année de spécialisation en médecine générale.

Dans nos résultats, une des attentes des médecins était que PM64 puisse créer une plateforme de remplacement sous la forme d'un site dédié. Celle-ci pourrait favoriser des installations dans le secteur.

5.2.2 La souffrance des médecins largement exprimée

À travers les différents entretiens, les médecins interrogés ont largement exprimé leurs difficultés quotidiennes. La souffrance des médecins est un phénomène bien documenté depuis de nombreuses années.

Un article de la revue Santé Publique expliquait que, par rapport à la population générale, les médecins souffraient plus fréquemment d'anxiété et/ou de dépression et avaient une consommation de psychotropes et un taux de suicide plus élevé (62). La thèse d'Anne Rabouille et Sarah Cornée, revue de la littérature portant sur la santé mentale des médecins généralistes en ambulatoire, mettait en évidence une souffrance psychologique et un burn-out répandus chez les médecins généralistes. Les facteurs de risque étaient le temps de travail, la charge administrative, la difficulté à concilier vie personnelle et professionnelle, le mode d'exercice seul et les exigences des patients (63).

PM64 facilite les démarches administratives à l'installation, mais ne peut pas influencer sur la charge administrative liée à la pratique de la médecine générale. PM64 ne peut pas influencer sur l'exigence croissante des patients que ressentent les médecins.

Des moyens existent pour faire face à cette souffrance.

L'exercice coordonné était vu par plusieurs médecins, dans notre travail et dans la revue systématique de d'Anne Rabouille et de Sarah Cornée, comme un moyen d'optimiser son temps de travail et d'obtenir un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle (63). Dans la revue de la littérature de Claire Edey Gamassou et de Virginie Moisson-Duthoit, s'intéressant à l'épuisement professionnel des médecins généralistes, le développement de structures d'exercice collectif (MSP ou centres de santé) était perçu comme une « voie plus prometteuse » que les aides financières, telles que le CESP ou le contrat de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG, remplacé par le CDE) (64).

Par la mise en lien des professionnels de santé, PM64 facilite les modes d'exercice coordonnés, mais il ne peut intervenir dans la constitution des structures de soins (MSP) ou des dispositifs territoriaux de coordination (CPTS).

Les autres facteurs protecteurs cités dans la thèse d'Anne Rabouille et de Sarah Cornée étaient le fait d'avoir une activité diversifiée avec une participation aux formations ou aux groupes d'échange de pratique, et le soutien des proches (63).

PM64 en aidant la famille du médecin (recherche d'emploi du conjoint, logement...) participe à un cadre de vie plus propice au soutien familial. PM64 n'est pas impliqué dans la formation médicale continue, ni dans les groupes d'échange de pratique.

Beaucoup de médecins interrogés ont connu PM64 lors de formation à la maîtrise de stage. Deux thèses s'intéressant aux médecins généralistes du Loir-et-Cher et aux PAMSU d'Angers suggèrent une corrélation entre le statut de PAMSU et un épuisement professionnel moindre. Cependant, ces études quantitatives étant transversales, elles ne permettent pas d'établir un lien de causalité (65,66).

La maîtrise de stage est un probable facteur protecteur contre l'épuisement professionnel. En favorisant la formation des PAMSU, PM64 contribue peut-être à limiter la souffrance de ces médecins.

Pour conclure, PM64 n'est pas conçu pour soulager la souffrance des médecins du territoire. Ce dispositif ne peut donc pas mettre fin aux difficultés qui se présentent dans leur quotidien. Néanmoins, par ses actions favorisant l'augmentation de la densité des médecins généralistes, PM64 participe indirectement à l'amélioration des conditions de travail des médecins de territoire. PM64 concourt probablement à atténuer leur souffrance en favorisant les soins coordonnés et en contribuant à la formation des PAMSU.

5.2.3 Les aides à l'installation

Les aides financières à l'installation n'ont pas été évoquées dans nos entretiens comme un facteur ayant pu favoriser l'installation des médecins interrogés.

Qu'en est-il de l'évaluation de ces aides ?

Comme le dit le Docteur Augros dans son rapport, l'évaluation de l'impact des aides sur la répartition des médecins est méthodologiquement difficile, car déclarative, en amont ou à l'issue de l'installation : « il n'est pas possible d'identifier quel aurait été le comportement des médecins en l'absence d'incitation financière » (67).

Dans l'enquête du CNOM, 69 % des participants déjà installés considéraient comme « sans influence » les aides financières sur leurs installations (6). C'est d'ailleurs dans ce sens que vont les résultats de plusieurs travaux de thèse. Victor Cantiran confirmait dans son travail le faible impact des mesures incitatives financières (23). Ambre Hebert constatait une indifférence, un manque de connaissance et de compréhension de ces aides, malgré la mise en place de plateforme comme le PAPS (24). Le travail d'Ophélie Huleux, étude qualitative évaluant le ressenti des internes de médecine générale sur le contrat CDE, confirmait une méconnaissance du CDE. Cependant, la majorité des participants y était favorable (68).

La thèse de Benjamin Brabant, sur l'influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées, concluait quant à lui que les aides financières influençaient le lieu d'installation. Néanmoins il notait un problème « d'effet d'aubaine » et faisait

soulever la question de la pérennité de ces installations. Les aides des collectivités (primes, exonération loyers...) semblaient avoir un rôle plus prépondérant que les aides fiscales (exonération de l'impôt sur les revenus, exonération des charges sociales à l'embauche, exonération des taxes professionnelles...). Celles-ci semblaient plus incitatives que les primes d'activités (option démographie et option santé, solidarité, territoires, actuellement remplacées par le CAIM, le CSTM, le COSCOM et le COTRAM) (69).

Ainsi, malgré le panel d'aides, un nouveau contrat unique (CDE) et des plateformes d'informations créées par les ARS, les aides financières restent majoritairement peu connues des médecins, et semblent avoir une influence modeste quant au lieu d'installation.

5.2.4 La légitimité du dispositif PM64

Dans notre étude, la plupart des médecins exprimaient que le dispositif PM64 était légitime pour accompagner et favoriser l'installation des médecins.

Dans l'enquête du CNOM, une des questions posées aux internes, aux remplaçants et aux médecins installés était celle-ci : « dans l'optique d'un accompagnement de votre projet professionnel, par qui aimeriez-vous être guidé ? ». Les participants ont répondu à hauteur de 68 % les confrères, 53 % les collectivités territoriales, 48 % l'ordre des médecins et 47 % les ARS (6).

PM64 facilite par la mise en lien des professionnels de santé, le système de compagnonnage. Grâce à son collectif partenarial, il permet la coordination avec les collectivités territoriales, le CDOM, la CPAM et l'ARS.

De plus, PM64 permet un accompagnement humain plébiscité par les internes et les remplaçants, comme rappelé dans la thèse d'Elise Cros et Laurène Marquot sur les déterminants à l'installation en Aveyron où un guichet d'accueil a été mis en place : « Accueil médecins Aveyron » (70).

5.2.5 La satisfaction globale du dispositif

PM64 est globalement apprécié par les médecins interrogés et vu comme un moyen de trouver un associé ou successeur. Nous n'avons trouvé qu'une thèse évaluant les déterminants à l'installation dans un territoire où un guichet d'accueil a été mis en place « Accueil médecins

Aveyron » (70). Cela peut s'expliquer par le fait que PM64 est un guichet d'accueil précurseur en France.

Dans leur thèse, d'Elise Cros et Laurène Marquot proposaient un modèle explicatif du solde positif en médecins généralistes de l'Aveyron, un département rural. Selon elles, ce bilan pouvait s'expliquer par la convergence des 5 contextes (70) :

- un contexte géographique avec une diversité de beaux paysages, des valeurs territoriales fortes et des services de proximité relativement bien préservés ;
- un contexte personnel avec une recherche de qualité de vie ;
- un contexte universitaire permettant la mise en place de stages ambulatoires notamment via l'augmentation des PAMSU ;
- un contexte professionnel avec le développement des MSP, dont une dizaine fut financée par le département dès 2008, avant même la loi HPST de 2009 ;
- et un contexte politique avec la création d'Accueil Médecin Aveyron.

Elles mettaient en avant l'interdépendance des médecins de terrain, des politiques (aide à la création de MSP, dispositif d'accueil, contrats locaux de santé) et des responsables de Département universitaire de Médecine Générale (DUMG) pour arriver au résultat constaté (70).

Le dispositif Accueil Médecin Aveyron ne semblait pas avoir été déterminant dans le choix d'installation des médecins mais avait plutôt confirmé ce choix en représentant un repère rassurant, apportant une aide surtout humaine (70).

Nous pouvons imaginer que comme dans le dispositif Accueil Médecin Aveyron, PM64 participe à un « écosystème » local qui augmente l'attractivité du territoire et favorise l'installation.

5.2.6 Le manque d'information des médecins au sujet de PM64

Notre thèse a montré que même les médecins de terrain à proximité d'un confrère ou d'une consœur installé avec l'aide de PM64, connaissaient mal le dispositif.

La thèse d'Elise Cros et Laurène Marquot faisait aussi le constat du manque de visibilité du dispositif « Accueil Médecin Aveyron », mais auprès des candidats à l'installation. Afin d'y remédier, elles proposaient une convocation de principe auprès du guichet unique départemental, de chaque médecin dès l'inscription à l'Ordre (70). Cette idée a également été évoquée au cours d'un de nos entretiens.

Cette méconnaissance des médecins de terrain peut s'expliquer par la stratégie de communication de PM64. En effet, le dispositif a surtout ciblé les étudiants en médecine et les candidats à l'installation.

Selon la Directrice de Présence médicale 64, cette visibilité encore améliorable du dispositif est liée à l'approche initiale du projet. Etant le premier guichet unique départemental expérimenté en France, et ayant pris le parti de centrer son approche sur les liens humains et la coopération plutôt que sur les effets d'annonce, les membres du collectif PM64 ont choisi de consolider dans un premier temps leur méthode et de vérifier sa pertinence avant de communiquer dessus.

Cette démarche, consistant à privilégier les actions concrètes plutôt que la promotion du territoire, a permis selon eux de construire la crédibilité de PM64 auprès de l'ensemble des acteurs de la santé et des territoires. Le dispositif ayant désormais fait la preuve de son efficacité et acquis une certaine notoriété, principalement grâce au portage par les pairs de la communauté médicale, l'ensemble de ses membres a décidé de développer progressivement une communication plus large auprès des médecins du territoire et de la population.

Le dispositif « Accueil Médecin Aveyron » a, comme PM64, choisi de cibler en premier lieu les internes. Il développe la promotion de son territoire en proposant des soirées d'accueil pour les internes et des week-ends d'intégration, ainsi qu'un coaching sportif de groupe par des professionnels spécialisés dans les sports de plein nature. Il propose une aide à la recherche de logement et en plus une aide financière. Il est présent au cours des formations du SDIS destinées aux internes. Il sensibilise les médecins à devenir PAMSU afin de faire découvrir le territoire aux internes. Parmi ces autres missions, on retrouve une aide à l'admission en crèche et l'emploi du conjoint. Depuis 2014, il a mis en place un site internet avec un catalogue de toutes les offres de remplacements (70).

5.3 Perspectives

5.3.1 Les perspectives d'évolution de PM64

Notre thèse a mis en avant les attentes des médecins de territoire quant à l'évolution de PM64.

Pour ce qui est de la demande d'extension du dispositif à d'autres départements, le dispositif « Terre d'accueil jeunes médecins » lancé par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine doit aider les départements non pourvus d'un guichet d'accueil à en développer un (56). De plus, PM64 est déjà sollicité par des institutions nationales et des départements pour transposer son dispositif (45).

De nombreux participants regrettaient que peu de médecins connussent le dispositif. PM64 projette déjà de communiquer autour du dispositif au public.

Plusieurs médecins aimeraient que PM64 cible davantage les cabinets les plus en difficultés. Il convient de préciser que le ciblage des zones en difficultés se fait dans le même mouvement que l'ensemble des zones du territoire. Le futur installé garde toujours la maîtrise du projet pour lequel il est accompagné. PM64 collabore avec le CGEA et les institutions au repérage des terrains de stage de la 4^e année de spécialisation en médecine générale. Cela permettra probablement l'ouverture de stages en ZIP et ZAC. Cette ouverture de terrain de stage pourrait favoriser l'installation de nouveaux médecins dans ces zones, au sortir de leur statut de docteur junior. Le projet de partenariat avec les CPTS pourra peut-être favoriser l'installation des nouveaux médecins, car ils privilégient l'exercice coordonné.

Aussi, des médecins souhaiteraient avoir plus de retours sur les échecs de recrutements. PM64 pourrait donner aux médecins de territoire des pistes pour rendre les cabinets en zone de déprise plus attractifs.

Pour les nouveaux installés, il semble crucial de faire un suivi sur le long terme pour pérenniser les installations. Il y a malheureusement eu des désinstallations de médecins aidés par PM64. Cependant, plusieurs d'entre eux continuent d'exercer une activité de soins sur le territoire.

Plusieurs médecins évoquaient la nécessité de créer une plateforme pour les remplacements. PM64 ne gère pas de plateforme de remplacement mais est coadministrateur du

réseau Facebook « RMG64 ». Il peut promouvoir ce réseau local auprès des médecins généralistes. Le dispositif « Accueil Médecin Aveyron » propose quant à lui un site dédié répertoriant les offres de remplacement avec la mention du lieu, des dates, le descriptif du cabinet et de l'organisation ainsi que la possibilité de logement (en particulier pour les zones rurales).

Il serait peut-être envisageable de proposer une information sur PM64 à tous les médecins lors de leur inscription au CDOM des Pyrénées-Atlantiques, en particulier lors d'une demande de licence de remplacement. Ceci pourrait favoriser l'installation de médecins remplaçants.

Un médecin pensait que PM64 aidait les spécialistes hors médecins généralistes. Cette information était erronée lors des entretiens, bien que PM64 projette d'élargir le dispositif à certaines spécialités en tension sur le territoire.

5.3.2 Les perspectives de recherches ultérieures

À l'heure actuelle, 50 médecins ont reçu une aide à l'installation, 38 accompagnements sont en cours et 71 médecins sont des candidats à l'installation pour la période 2027-2028. Quelques médecins accompagnés dans leur installation par PM64 ont cessé leur exercice dans les territoires où ils s'étaient établis. Ces quelques échecs d'accompagnement à l'installation mériteront probablement un travail complémentaire pour comprendre les raisons de ces départs. Le fait d'avoir plus de données pourra permettre de réaliser des études quantitatives.

6 Conclusion

PM64 est un dispositif mis en place pour favoriser l'installation de médecins généralistes sur le territoire des Pyrénées-Atlantiques. Le dispositif PM64 contribue à améliorer l'accès aux soins de la population. Après une phase expérimentale dans les territoires de Lembeye et Garlin, le dispositif a été généralisé à l'ensemble du département.

Ce travail de recherche avait pour objectif de relever l'avis des médecins généralistes installés dans des territoires où un confrère a été accompagné dans son installation par le dispositif PM64.

Au cours des entretiens réalisés, les médecins de terrain ont avant tout exprimé une grande souffrance liée à leur exercice professionnel. Leurs connaissances du dispositif PM64 était imparfaite. Les médecins qui avaient connaissance de ce dispositif le voyaient plus comme un moyen de trouver d'éventuels associés ou successeurs, qu'un dispositif tourné vers l'aménagement territorial et l'accès aux soins des patients.

La grande majorité des médecins interviewés reconnaissait la qualité ce guichet d'accueil personnalisé. Cependant la plupart étaient en demande d'une plus grande information de la part PM64.

Contrairement aux désirs d'une partie des médecins interrogés, le dispositif PM64 n'est pas conçu pour améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes. Cependant en améliorant la démographie médicale dans les territoires où exercent ces médecins, en favorisant la mise en lien des professionnels de santé et la formation de PAMSU dans le département, le dispositif pourrait améliorer de manière indirecte ces conditions de travail.

Depuis l'initiation de ce travail, le nombre d'installations accompagnées par PM64 dans le territoire des Pyrénées-Atlantiques n'a cessé de croître entraînant une augmentation de la démographie des médecins généralistes et un rajeunissement de cette population. Ces nouvelles conditions pourraient permettre de nouvelles études afin d'explorer les conditions des réussites et des échecs de ces installations.

Même s'il est difficile de mesurer quantitativement l'impact de PM64 sur le nombre de nouvelles installations dans le département, nous avons la conviction que ce dispositif contribue à structurer un écosystème facilitant l'installation de nouveaux médecins.

7 Postface : deux travaux de thèse pour évaluer un même dispositif

Notre travail de thèse et celui mené par Marine Elman et Hélène Leherpeur (71) auprès de médecins accompagnés dans l'installation par le dispositif PM64 ont été menés en parallèle.

Les 2 méthodes ont été élaborées de manière conjointe, et la première partie de ces 2 travaux a été écrite à 4 mains, mais à aucun moment de la mise en application de ces méthodes nous ne nous sommes tenus informés ni n'avons croisé les résultats obtenus.

À l'issue de ce travail nous avons confronté nos deux recherches. Cette confrontation met en évidence des points de convergence :

- Le premier de ces points est l'opinion favorable quasi unanime des participants de nos recherches sur le dispositif PM64. Au-delà du professionnalisme, de la gentillesse et de la bienveillance des personnes chargées de la mise en œuvre de ce dispositif, son utilité est reconnue sur de nombreux points par l'ensemble des participants qu'ils soient médecins déjà présents sur le terrain, ou médecins accompagnés dans leur installation.
- Le second point, exprimé lui aussi par la plupart des personnes interrogées dans les deux travaux, est le désir d'une meilleure information sur les fonctions et les ressources de ce dispositif. Il existe une volonté de voir cet accompagnement se prolonger au-delà de l'installation.
- Enfin et de manière très significative la souffrance des professionnels de santé a été exprimée dans les deux travaux. Cette souffrance était déjà connue chez les praticiens présents sur le terrain. La thèse de Marine Elman et Hélène Leherpeur montre que cette souffrance gagne rapidement les médecins généralistes nouvellement installés.

La création d'un réseau professionnel soutenant les praticiens de terrain semble être une aspiration partagée par plusieurs interviewés. L'expertise de PM64 légitime, par le lien qu'elle est en capacité de créer, son action auprès des praticiens. Le renfort des structures professionnelles type CPTS, en collaboration avec PM64, pourrait pérenniser à travers leurs missions ce lien qui semble faire défaut.

8 Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Paris: CNOM; 2025 [Consulté le 8 avril 2025]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1lz38w1/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Internet]. Paris: CNOM; 2025 [Consulté le 8 avril 2025]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1s68zaw/cnom_atlas_demographie_2025_tome_2.pdf
3. Présence médicale 64. Atlas de la démographie des médecins généralistes libéraux dans les Pyrénées-Atlantiques. 2023.
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population [Internet]. Paris: DRESS; 2020 [Consulté le 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Paris: CNOM; 2024 [Consulté le 26 fev 2025]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/nn4fmo/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_1.pdf
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Commission Jeunes médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés [Internet]. Lyon: ISNAR_IMG; 2019 [Consulté le 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAted%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>
7. Lemonnier R, Aubry P. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France : une revue systématique de la littérature [Thèse de médecine]. Rouen: Université de Rouen; 2019.
8. Commissariat Général à l'Egalité des Territoires. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires [Internet]. 2015 [Consulté le 7 oct 2024]. Disponible sur: https://www.aurbse.org/wp-content/uploads/2017/12/NUM2269_tyo9g4.pdf
9. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. Lyon: ISNAR-IMG; 2010-2011 [Consulté le 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
10. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes [Internet]. Lyon: ISNAR-IMG; 2021. [Consulté le 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-linstallation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf>

11. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes [Thèse de médecine]. Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2014.
12. Martinez-Valentin E, Chapuis P. Déterminants à l'installation de jeunes médecins généralistes en zone sous-dotée en Isère, chez les signataires du dispositif d'aide à l'installation du département de l'Isère [Thèse de médecine]. Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2022.
13. Seisson PE, Truchot V. Freins à l'installation des médecins généralistes : impact d'une journée d'information universitaire [Thèse de médecine]. Marseille: Aix-Marseille Université ; 2022.
14. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques [Internet]. Paris: DRESS; 2021 [Consulté le 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>
15. Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Consulté le 9 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044194193>
16. Direction Générale de l'Offre de Soins. Les zones sous-denses en médecins [Internet]. Paris: DGOS; 2024 [Consulté le 19 nov 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>
17. Agence Régionale de Santé. Nouveau zonage médecins en Nouvelle-Aquitaine en 2022 [Internet]. Bordeaux: ARS; 2024 [Consulté le 19 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/nouveau-zonage-medecins-en-nouvelle-aquitaine-en-2022>
18. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 - Légifrance [Internet]. [Consulté le 9 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033285608/>
19. Décret n° 2020-268 du 17 mars 2020 relatif au contrat d'engagement de service public prévu à l'article L. 632-6 du code de l'éducation- Legifrance [Internet]. [Consulté le 9 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041733484>
20. Décret n° 2020-1666 du 22 décembre 2020 relatif au contrat de début d'exercice prévu à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique - Legifrance [Internet]. [Consulté le 9 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042731159>
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction ministérielle relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires » [Internet]. 2019 [Consulté le 6 mars 2025]. Disponible sur: https://www.fncs.org/sites/default/files/instruction_miniterielle_2019_400_MG_salaries.pdf
22. Portail d'Accompagnement des Professionnels de santé Nouvelles-Aquitaine. Les exonérations fiscales [Internet]. 2019 [Consulté le 9 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.paps.sante.fr/les-exonerations-fiscales-27?rubrique=7962&parent=7970>
23. Cantiran V. Évaluation par les médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne de l'impact des mesures incitatives et initiatives locales sur leur lieu d'installation [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux. 2019.

24. Hebert A. Influence des mesures incitatives à l'installation des médecins généralistes dans les landes : étude observationnelle auprès des médecins installés et collaborateurs depuis 5 ans [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux. 2019.
25. Département de la Charente-Maritime. Médecin : une aide pour votre installation [Internet]. 2025 [Consulté le 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://la.charente-maritime.fr/fiches-aides/medecin-une-aide-pour-votre-installation>
26. Ville de Paris. Cahier des charges à destination des professionnels de santé accompagnés financièrement par le dispositif Paris Méd' [Internet]. Paris : Ville de Paris ; 2024 [Consulté le 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://cdn.paris.fr/paris/2024/03/11/cahier-des-charges-paris-med-2-7DZE.pdf>
27. Ville de Saint-Flour. Mise en place d'un dispositif communal d'aide à l'installation des professionnels de santé [Internet] Saint-Flour : Marie de Saint-Flour ; 2024 [Consulté le 23 Septembre 2024]. Disponible sur: <https://www.saint-flour.net/actualites/mise-en-place-dun-dispositif-communal-daide-a-linstallation-des-professionnels-de-sante/>
28. Conseil régional Auvergne-Rhône-Alpes. M'équiper pour ma primo installation en tant que médecin généraliste libéral en Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. Lyon: Région Auvergne-Rhône-Alpes;2024 [Consulté le 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.auvergnerhonealpes.fr/aides/mequiper-pour-ma-primo-installation-en-tant-que-medecin-generaliste-liberal-en-auvergne-rhone>
29. Département de l'Eure. Règlement départemental relatif à l'octroi d'une subvention pour l'acquisition d'un équipement lourd de télémedecine ou de matériel médical ou paramédical innovant [Internet]. 2024 [Consulté le 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://eureennormandie.fr/wp-content/uploads/2024/03/reglement-0224.pdf>
30. Isère le département. Isère Santé [Internet]. 2024 [Consulté le 6 mars 2025]. Disponible sur: https://www.maires-isere.fr/wp-content/uploads/2024/05/150524_Zoom-sur-les-politiques-sante-du-Departement-Isere.pdf
31. Département de l'Eure. Bourses aux externes et internes en médecine et interne en chirurgie dentaire [Internet]. 2023 [Consulté le 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://eureennormandie.fr/nos-aides-et-services/professionnels/professionnels-de-sante/bourses-aux-externes-et-internes-medecine-chirurgie-dentaire/>
32. Conseil départemental de l'Oise et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Oise. Guide de l'installation des médecins généralistes dans l'Oise [Internet]. 2024 [Consulté le 6 mars 2025]. Disponible sur: https://oise.fr/fileadmin/user_upload/docs/actions/sante-social-solidarite/sante/plan-oise-sante/professionnels-sante/Guide-installation-Medecins-generaliste-MAJ-AVRIL2024.pdf
33. Réseau Initiative Ile-de-France. Le prêt d'honneur SANTÉ [Internet]. 2023 [Consulté le 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.initiative-iledefrance.fr/pret-sante-initiative-financement-honneur.html>
34. Mairie de Corneilles-en-Parisis. Aides à l'installation de nouveaux médecins [Internet]. 2024 [Consulté le 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ville-corneilles95.fr/aides-installation-nouveaux-medecins/>

35. Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé Nouvelles-Aquitaine. Guichet unique [Internet]. 2023 [Consulté le 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.paps.sante.fr/guichet-unique-3>
36. URPS médecins libéraux Ile-de-France. S'inscrire à la Permanence locale d'aide à l'installation [Internet]. 2025 [Consulté le 23 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/conseils/1-sinscrire-la-permanence-locale-daide-linstallation/>
37. Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Médecins libéraux : guide pratique pour votre installation en Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. 2024 [Consulté le 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0046915081e5d252096e0>
38. Calvados Attractivités. Le service Accueil Install'Calvados [Internet]. 2020 [Consulté le 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.vivredanslecalvados.com/sante/accueil-install-calvados/>
39. Département de l'Aveyron. Accueil Médecins Aveyron [Internet]. 2011 [Consulté le 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://accueilmedecins.enaveyron.fr/>
40. Ville de Paris. Professionnels de santé, Paris Med' vous accompagne dans votre projet [Internet]. 2025 [Consulté le 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.paris.fr/pages/paris-med-le-dispositif-d-aide-a-l-installation-des-professionnels-de-sante-se-transforme-23132>
41. Doc Install. DocInstall, Pour que votre installation en libéral soit facile et réussie [Internet]. 2016 [Consulté le 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.docinstall.fr/>
42. Be LC Agence d'attractivité de Loir-et-Cher. Ma Box Instal' : installation clé en main [Internet]. 2024 [Consulté le 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://loiretcher-attractivite.com/professionnels-sante-loir-et-cher/je-souhaite-minstaller/accompagnement-installation/>
43. Département des Pyrénées-Atlantiques. Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accès des Services aux Publics - Rapport final. 2017.
44. Cheuret A. Présence Médicale 64 ADF. Commission « Solidarité, Santé, Travail » de l'Assemblée des Départements de France; 2022; Paris.
45. Présence médicale 64. Le guichet unique départemental des Pyrénées-Atlantiques pour l'installation des médecins généralistes. 2023.
46. Présence médicale 64. Chiffres clés PM64. 2025.
47. Présence médicale 64. Un dispositif d'actions au service des médecins généralistes libéraux et de la population. 2019.
48. Blachère T. What's up Doc?. Présence médicale : dans les Pyrénées-Atlantiques, internes et médecins font bouger les lignes aux côtés des élus [Internet]. Paris; Whatsupdoc; 2022 [Consulté le 27 sept 2024]. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/presence-medicale-dans-les-pyrenees-atlantiques-internes-et-medecins-font-bouger-les-lignes>
49. Blachère T. What's up Doc?. Pyrénées-Atlantiques : comment Présence médicale 64 tisse un cocon humain autour des internes [Internet]. Paris; Whatsupdoc; 2022 [Consulté le 27 sept 2024]. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/pyrenees-atlantiques-comment-presence-medicale-64-tisse-un-cocon-humain-autour-des-2>

50. Blachère T. What's up Doc?. Pyrénées-Atlantiques : de l'intention à l'installation, de jeunes médecins racontent leur aventure avec Présence médicale 64 [Internet]. Paris; Whatsupdoc; 2022 [Consulté le 27 sept 2024]. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/pyrenees-atlantiques-de-lintention-linstallation-de-jeunes-medecins-racontent-leur-aventure>
51. Frapin A. Le Quotidien du Médecin. Pyrénées-Atlantiques : un guichet unique fait le plein de jeunes médecins [Internet]. Malakoff; Groupe Profession Sante; 2024 [Consulté le 18 févr 2025] Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/jeunes-medecins/installation/pyrenees-atlantiques-un-guichet-unique-fait-le-plein-de-jeunes-medecins>
52. Mayer C. Maires de France. Des médecins s'installent dans des zones désertées : Les Pyrénées-Atlantiques et l'agence régionale de santé ont créé, en 2019, un dispositif d'accompagnement innovant [Internet]. Paris; Marilly.L; 2023 [Consulté le 18 févr 2025]. Disponible sur: <https://mairesdefrance.com/m/article/print.php?id=2245>
53. Houadec M. La République Des Pyrénées. Santé : premier bilan positif pour le dispositif Présence médicale 64 [Internet]. Pau; Pyrénées Presse; 2023 [Consulté le 18 févr 2025] Disponible sur: <https://www.larepubliquedespyrenees.fr/sante/sante-premier-bilan-positif-pour-le-dispositif-presence-medicale-64-17151241.php>
54. Vidal ML. Sud Ouest. Déserts médicaux dans les Pyrénées-Atlantiques : 32 nouvelles installations bienvenues [Internet]. Bordeaux; SAPESO; 2023 [Consulté le 18 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/sante/pyrenees-atlantiques-bilan-encourageant-pour-le-nouveau-dispositif-de-presence-medicale-17146497.php>
55. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. CNR Santé plénier : point d'étape vers la refondation de notre système de santé [Internet]. Paris; DICOM; 2023 [Consulté le 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/3-mai-2023-cnr-sante-plenier-point-d-etape-vers-la-refondation-de-notre-systeme>
56. ARS Nouvelle-Aquitaine. Terre d'accueil jeunes médecins : cahier des charges régional. 2024.
57. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Internet]. Paris: CNOM; 2024 [Consulté le 26 fév 2025]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/3hjpu6/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_2.pdf
58. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallader JS, Gilles-de-la-Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Le recueil des données. Dans : Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GMSanté ; 2021. p. 73-86.
59. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. [Internet]. Paris: DRESS; 2022 [Consulté le 29 mars 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1244.pdf>
60. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. [Internet]. Paris: DRESS; 2022 [Consulté le 29 mars 2025]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER%201229%20Conditions%20de%20Travail%20des%20MG_BAT.pdf

61. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale - Légifrance [Internet]. . Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048>
62. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 2009;21(4):355-64.
63. Rabouille A, Cornée S. Santé mentale des médecins généralistes ambulatoires en France : Revue systématique de la littérature de 2009 à 2019 [Thèse de médecine]. Angers: Université d'Angers; 2021.
64. Gamassou CE, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature [Internet]. 2017 [Consulté le 13 mai 2025]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01528826/document>
65. Regnault A, Renzo A. Etre maître de stage protège-t-il du burn-out ? [Thèse de médecine]. Angers: Université d'Angers; 2014.
66. Teluzzi C. Être maitre de stage universitaire est-il un facteur protecteur de burnout ? [Thèse de médecine]. Tours: Université de Tours; 2023.
67. Augros.S. Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins [Internet]. Paris; DICOM; 2019 [consulté le 31 mars 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf
68. Huleux. O. Contrat de début d'exercice : ressenti des internes de médecine générale de Nice [Thèse de Médecine]. Nice: Université de Côte d'Azur; 2022.
69. Brabant.B. Influence des aides incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones sous-dotées [Thèse de médecine]. Paris: Université Paris-Diderot; 2013.
70. Cros E, Marquot L. Déterminants et motivations à l'installation des médecins généralistes ambulatoires en Aveyron [Thèse de médecine]. Toulouse : Université de Toulouse; 2021.
71. Elman M, Leherpeur H. Présence médicale 64 : un accompagnement personnalisé structurant le projet professionnel des médecins généralistes. Une étude qualitative menée auprès de médecins installés ou en cours d'installation avec le concours du dispositif Présence Médicale 64[Thèse de médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2025.

9 Annexes

9.1 Annexe 1 : Trame d'entretien

Nous réalisons une thèse qualitative sur le dispositif Présence médicale 64 etc

Est-ce que vous acceptez que l'entretien soit enregistré ? Tout sera supprimé par la suite

Faire signer une acceptation à l'enregistrement de la voix + respect RGPD en 2 exemplaires (1 pour les 2 parties)

----- début enregistrement dictaphone-----

Brise glace : **parlez moi de votre installation**

Relances :

Parlez moi des difficultés dans votre installation

Parlez-moi des points positifs dans votre installation

Parlez moi des raisons du choix du lieu d'installation

1) Parlez moi des vos difficultés d'exercice

Relances :

1) Y-a-t-il des difficultés liées à l'offre de soins locale ?

- Second recours ?

- Paramédicaux ?

- Imagerie ?

• Y-a-t-il des difficultés par rapport aux conditions de vie dans le lieu d'exercice

• Comment ces difficultés ont évolué ces 10 dernières années ?

2) Parlez moi de ce que vous savez de PM64

3) Parlez moi de la manière dont vous avez vécu l'accompagnement de votre confrère le Dr ****

Relances :

➤ Comment a été initié le projet d'installation d'un nouveau médecin et quelle a été votre implication ? Et de l'accompagnement de PM64 ?

➤ Parlez moi des aspects positifs

➤ Parlez moi des aspects négatifs

4) Au travers de votre expérience, quelles améliorations pourraient être apportées au dispositif PM64 ?

Questions fermées (à la fin) :

Sexe

Année d'installation

Taille commune (définir sous classes : <2000 habitants, 2000-10 000, >10 000)

Type d'installation (seul, groupe, MSP)

Activité enseignante (MSU ?)

Participation et responsable d'organisation professionnelle (syndicat, autre)

Avez-vous fait tout ou partie de votre internat dans le 64 ?

9.2 Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

pour participation à une étude sur les "Aides à l'installation des Médecins Généralistes dans les Pyrénées-Atlantiques : évaluation du dispositif Présence médicale 64 par les médecins du territoire"

Ce travail de recherche est sous la responsabilité de :

SMITH Clément et SAULT Laura, investigateurs principaux, **thésard**, mail : clement.smith@etu.u-bordeaux.fr, laura.sault@etu.u-bordeaux.fr

Dr CADIX Claire **Directrice de thèse**, Pr MAGOT Laurent **Co-directeur de thèse**

Base légale : Rectificatif au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), JOUE L127 2 du 23/05/2018

Chapitre III, articles 13 et 14 du RGPD : Droits de la personne concernée

Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>

NOTE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Vous avez été sollicité pour participer à une étude concernant le dispositif Présence médicale 64. Merci de lire attentivement cette note d'information.

2) Quel est le but de cette thèse ?

Cette thèse a pour but de recueillir votre ressenti vis-à-vis de l'accompagnement à l'installation de médecins généralistes, réalisé par Présence médicale 64, sur votre territoire

3) Pour cela, nous avons besoin de recueillir :

1 Des données vous concernant :

*nom, prénom, numéro de téléphone, à des fins de communication avec vous

*sexe, catégorie d'âge, taille de la commune où vous exercez, type d'exercice, à des fins d'analyse

2 Votre ressenti vis-à-vis de l'accompagnement à l'installation de médecins généralistes, réalisé par Présence médicale 64, sur votre territoire

Ces données sont exclusivement déclaratives, et sont protégées par le règlement général de la protection des données (RGPD).

4) Comment va-t-on recueillir votre avis ?

Votre avis sera recueilli par le biais d'un entretien individuel guidé par Clément SMITH ou Laura SAULT. Cet entretien est réalisé en présentiel en face-à-face sur votre lieu de pratique ou à votre domicile. Le choix d'un de ces deux lieux vous sera libre.

Ces entretiens sont enregistrés par audio.

5) Comment sont traitées les données ?

Vos réponses enregistrées vont être traitées par Clément SMITH ou Laura SAULT pour mettre en avant votre ressenti concernant le dispositif Présence médicale 64. Ce traitement va consister à une retranscription anonymisée de l'intégralité de l'enregistrement que nous allons réaliser.

Tout ce qui peut permettre de vous reconnaître (nom, prénom, commune d'habitation, lieu de travail...) sera supprimé de la transcription pour assurer votre anonymat. Ces transcriptions qu'on appelle « verbatims » vont être transmises à un deuxième investigateur qui est soumis aux mêmes règles de confidentialité. Ce transfert est nécessaire pour la validité de ce travail de thèse.

6) Qui a accès à vos données ?

Cette transcription écrite et anonyme sera transmise aux investigateurs (Laura SAULT et Clément SMITH) et aux responsables de l'étude (Dr CADIX Claire et Pr MAGOT Laurent). Ces quatre personnes seront les seuls destinataires de vos données anonymisées.

Vous pouvez par ailleurs, récupérer les enregistrements avant suppression pour les transmettre à un autre responsable de traitement afin de répondre à des besoins strictement personnels (droit à la portabilité). Vous pouvez aussi sur simple demande avoir accès aux verbatims anonymisés de votre enregistrement.

7) Durée de conservation des données

Les enregistrements seront supprimés dès la transcription anonymisée au plus tôt possible après l'entretien.

Les verbatims seront conservés pour une durée de deux ans après la dernière exploitation.

8) Sécurité des données

Les verbatims et leurs analyses ne sont conservés que sur les ordinateurs professionnels des investigateurs et des responsables de la recherche, ordinateurs à jour de leurs systèmes d'exploitation et équipés d'un anti-virus et d'un pare-feu régulièrement mis à jour. L'accès aux ordinateurs est protégé par un mot de passe.

9) Droit de rectification, effacement et limitation des informations

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation des informations sur les données vous concernant. N'hésitez pas à contacter le responsable du traitement pour exercer ce droit à l'adresse mail suivante : clement.smith@etu.u-bordeaux.fr, laura.sault@etu.u-bordeaux.fr

Vous pouvez aussi demander que le verbatim anonymisé de votre entretien ne soit communiqué.

10) Droit d'opposition

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre de mettre fin à votre participation et aux traitements de vos données sans avoir à motiver votre décision.

Ce document vous appartient et n'hésitez pas à vous rapprocher auprès du responsable du traitement pour toute question. Vous pouvez également saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour toute question ou démarche relative à vos droits.

Nous vous remercions de votre participation à cette recherche.

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné(e) déclare avoir lu et compris le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions.

Je comprends la nature et le motif de ma participation à la thèse.

Par la présente, j'accepte librement de participer à la thèse.

Lieu :

Date :/...../.....

Signature :

Ce document est à remettre au médecin avec un double adressé à l'investigateur

Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées

pour participation à la thèse de Docteur en Médecine sur :

Aides à l'installation des Médecins Généralistes dans les Pyrénées-Atlantiques : évaluation du dispositif Présence médicale 64 par les médecins du territoire

Cette thèse est sous la responsabilité de :

SMITH Clément et SAULT Laura, investigateurs principaux, **thésard**, mail : clement.smith@etu.u-bordeaux.fr, laura.sault@etu.u-bordeaux.fr

Dr CADIX Claire **Directrice de thèse**, Dr MAGOT Laurent **Co-directeur de thèse**

PRESENTATION

Vous êtes invité(e) à participer à une thèse sur votre ressenti vis-à-vis d'un accompagnement à l'installation d'un médecin généraliste, par Présence médicale 64, sur votre territoire. L'objectif est d'évaluer le dispositif Présence médicale 64.

Vos enregistrements resteront anonymes c'est-à-dire que la retranscription de ces données utilisera des pseudonymes et remplacera toute information pouvant porter à votre identification.

Vous pouvez à tout moment mettre fin à l'entretien ou l'enregistrement si vous le souhaitez.

AUTORISATION

Je soussigné(e)

autorise par le/la présent(e) SMITH Clément et SAULT Laura

à enregistrer en audio l'entretien réalisé le

autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée.

autorise l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

Lieu :

Date :/...../.....

Signature :

Ce document est à remettre au médecin avec un double adressé à l'investigateur

Serment médical

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Aides à l'installation des Médecins Généralistes dans les Pyrénées-Atlantiques : évaluation du dispositif Présence médicale 64 par les médecins du territoire

Objectif : recueillir le ressenti des médecins généralistes déjà installés concernant l'accompagnement à l'installation de nouveaux confrères, par PM64, sur leur territoire.

Méthode : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins exerçant dans le même bassin de population que des confrères ayant bénéficié d'un accompagnement par PM64. Le seul critère d'exclusion était d'avoir bénéficié de cet accompagnement. Double-codage de chaque verbatim de manière indépendante et analyse par approche interprétative phénoménologique.

Résultats : Les médecins interrogés ont globalement eu une installation autonome et facile. Ils ont exprimé de grandes difficultés dans leur pratique quotidienne. Dans le contexte de pénurie médicale, le dispositif PM64 était perçu comme utile et positif même s'il restait mal connu de la majorité des médecins généralistes de terrain. PM64 était apprécié pour l'accompagnement personnalisé des futurs installés tant sur le plan personnel que professionnel. Il était vu comme un dispositif de mise en lien avec les autres médecins généralistes et de coordination avec les organismes de tutelles et les réseaux locaux. Certains médecins faisaient appel au dispositif pour trouver un associé et offrir de la visibilité à leur cabinet. Ils étaient principalement en demande d'une plus grande communication autour du dispositif, d'un meilleur suivi des médecins installés et de la création d'une plateforme de remplacement.

Conclusion : PM64 est un dispositif qui vise à favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes sur le territoire des Pyrénées-Atlantiques en proposant un accompagnement humain et personnalisé. Les médecins de terrain l'apprécient malgré une connaissance imparfaite. Le dispositif pourrait avoir comme bénéfice secondaire une atténuation de la souffrance des médecins de terrain en améliorant la démographie médicale, en favorisant la mise en lien de professionnels de santé et la formation de maîtres de stage sur le territoire.

Mots clés : médecine générale – accès aux soins primaires – planification en santé – plan d'intéressement praticiens – aides à l'installation.

ABSTRACT

Aids for general practitioners installation in Pyrénées-Atlantics territory: evaluation of Présence médicale 64 scheme by field practitioners.

Objective : To assess the views of general practitioners on the support offered by PM64 in helping new physicians set up practice within the same area.

Method : qualitative study using semi-structured interviews among physicians practicing in the same population area as colleagues who had received support from PM64. The only exclusion criterion was having benefited from this support. Each verbatim was double-coded independently and analyzed using an interpretative phenomenological approach.

Results : The physicians interviewed experienced an independent and easy installation process. They expressed significant difficulties in their daily practice. In the context of medical shortage, PM64 was perceived as useful and positive, even though it remained largely unknown to most general practitioners. PM64 was appreciated for its personalized support for future established physicians, both on a personal and professional level. Some physicians used PM64 to find an associate and increase the visibility of their practice. They mainly expressed a need for improved communication about the program, better follow-up of the newly established physicians, and the creation of a locum physicians platform.

Conclusion : PM64 is a program designed to facilitate the installation of new general practitioners across the Pyrénées-Atlantiques, through personalized and human-centered support. Although not widely known, it is appreciated by established physicians. A potential secondary benefit of the program could be the reduction of the distress among established physicians, by improving medical demographics, fostering connections among healthcare professionals, and promoting the development of teaching physicians across the territory.

Keywords : general practice – Access to Primary Care – health planning – physician incentive plans – installation aids.

DISCIPLINE : Médecine Générale

Université de Bordeaux – U.F.R des Sciences Médicales, 146 Rue Léo Saignat 33000 Bordeaux