



HAL
open science

Évaluation du ressenti après installation, des médecins généralistes salariés français, face aux différents déterminants les ayant influencés initialement à exercer en centre de santé

Ophélie Uhrig

► **To cite this version:**

Ophélie Uhrig. Évaluation du ressenti après installation, des médecins généralistes salariés français, face aux différents déterminants les ayant influencés initialement à exercer en centre de santé. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04517134

HAL Id: hal-04517134

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517134v1>

Submitted on 22 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2023

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Ophélie UHRIG

Le 27 Janvier 2023

**ÉVALUATION DU RESSENTI APRÈS INSTALLATION,
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SALARIÉS FRANÇAIS,
FACE AUX DIFFÉRENTS DÉTERMINANTS LES AYANT INFLUENCÉS
INITIALEMENT À EXERCER EN CENTRE DE SANTÉ**

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Président du Jury

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Juge

Madame la Professeure Céline HUSELSTEIN

Juge

Monsieur le Docteur Philippe REMY

Directeur de Thèse

Président de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER, Dr Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission
PASS : Pr Mathias POUSSEL

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE –
Gilbert FAURE - Bruno HOEN- Jean-Pierre KAHN – Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU -
Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT -
Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2° sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD –
Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY –
Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR –
Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : Physiologie

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL

3° sous-section : Biologie cellulaire

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : Nutrition

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : Parasitologie et Mycologie

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

2° sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3° sous-section : Immunologie

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : Génétique

Professeur Philippe JONVEAUX

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2° sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5° sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4° sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
- Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2° sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN –

Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

2° sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Docteur Philippe GUERCI

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

3° sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-Rhino-Laryngologie

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^o Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^o Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONÉTIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^o Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63^o Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^o Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^o Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rûmeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ -
Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

69^o Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^o Section, 3^o sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur des Universités de Médecine Générale

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette soutenance de thèse.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGES

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Santé Publique

Je suis honorée de vous compter parmi mon Jury de thèse.

A NOTRE MAITRE ET JUGES

Madame la Professeure Céline HUSELSTEIN

Professeure des Universités - Praticien Hospitalier de Biologie Cellulaire

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon Jury malgré la sollicitation tardive et l'éloignement de votre spécialité par rapport à mon sujet, j'en suis profondément honorée et reconnaissante.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Philippe Remy

Médecin Généraliste

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail. Je suis reconnaissante des conseils apportés.

J'espère pouvoir le mener à bout, et ouvrir la voie à certaines vocations.

A mes Maitres de Stage de médecine générale,

Grâce à qui j'ai pu découvrir ma vocation et m'épanouir lors de mes différents stages. Grâce à vous, j'ai tout de suite su avec certitude comment exercer ce beau métier qu'est la médecine générale. Merci **Marie** pour ton écoute toujours attentive et sans jugement, pour ton sérieux dans mon accompagnement, pour ta disponibilité et ta confiance. Merci **Abraham** pour ton soutien, ton humour parfois saugrenu, ton investissement dans ma formation et dans mon projet professionnel, j'espère toujours avoir une chambre réservée à la MAS. Merci **Kénora** pour tous tes généreux conseils.

A l'ancienne équipe des urgences de Saint-Dié,

Merci de m'avoir épaulée en tant qu'externe, puis FFI puis interne. Vous avez su rendre ces stages agréables et conviviaux.

A l'équipe de l'Hôpital Saint-Charles,

Merci pour ces six mois à vos cotés. Merci à toi **Dominique** pour ta douceur et ta gentillesse.

A l'équipe de Pédiatrie d'Epinal,

Merci pour votre accompagnement aux différents stades de mon cursus. Ce lieu reste pour moi une référence approchant la perfection en terme de formation, d'accompagnement, d'accueil, de dynamisme, et de jovialité.

A l'équipe de Gynécologie-Obstétrique d'Epinal,

Merci pour votre bonne humeur et pour tous les bons petits déjeuners de chez Poulaillon. Merci **Marylène, Kathy** et **Nathalie** pour votre bonne humeur et votre sympathie.

Aux différents professionnels de santé rencontrés sur mon parcours,

Merci notamment aux infirmières, et aux secrétaires toujours bienveillantes à mon égard, merci d'avoir toujours pris le temps nécessaire pour me former, m'accompagner, et me soutenir lors des difficultés. Vous avez rendu mon parcours bien plus confortable.

A mes confrères que je remplace régulièrement,

Merci à l'équipe de la **MMM**, vous donnez cette impulsion si rare et tant agréable à la sphère professionnelle, merci pour votre accompagnement, votre bienveillance, et votre convivialité. Merci à la Maison Médicale des Forges, plus particulièrement à **Laurence** et **Véronique** qui savent rendre notre métier agréable et fluide, j'espère que l'aventure n'est pas terminée. Merci à la Maison Médicale de Courcy pour ces quelques mois passés à vos côtés, merci à **Blandine** et à **Noëlle** pour votre punch sans équivalent.

A la mairie de Chantraine, à Marc et Jean-Daniel

Merci de nous épauler depuis le début du projet et de nous avoir soutenues à chaque étape de sa réalisation. Je suis heureuse de devenir Chantrainoise à nouveau et d'apporter mon aide aux habitants.

A mes parents que j'aime tant,

Merci à vous d'avoir toujours cru en moi sans jamais exercer de pression sur mes épaules, et même au contraire à toujours faciliter l'accomplissement de tous mes objectifs de vie. Merci pour votre investissement quotidien, physique, moral, financier, depuis notre enfance, dans l'unique but qu'on soit heureux. Merci pour votre amour, merci d'avoir fondé cette fratrie si soudée dans laquelle chacun peut s'accomplir comme il l'entend. Merci de prendre votre rôle de grand-parents à coeur et d'en apporter, encore une fois, votre note d'amour. Je vous dois ma réussite aujourd'hui, jamais ma reconnaissance à votre égard ne sera assez grande. J'aimerais tellement offrir la même enfance heureuse et insouciante à mes propres enfants.

Papa, merci pour ta rigueur et ta fermeté lorsque nous étions enfants, merci de nous avoir appris ce qui est juste et ce qui ne l'est pas, merci pour les milliers de photos qui retracent nos vies, j'espère pouvoir trouver le temps un jour de toutes les trier, merci pour tous les croissants de bon matin et pour tes aller-retours express au supermarché parce qu'il n'y avait plus de Nutella ou de pains au lait, bref merci pour le vélo dans le garage.

Maman, merci pour ta douceur et ton calme quotidien, merci pour ces sorties entre filles, merci pour tout ce temps que tu accordes à ta famille, merci de rendre cette maison si chaleureuse et accueillante, merci d'être le pilier principal des Six, tu apportes l'équilibre essentiel à l'épanouissement de chacun, merci de remplir haut la main toutes les qualités d'une Wonder Mum.

A Yohan, mon Loulou, ma Patate, mon Choupi, mon fiancé, au Papa de mes enfants,

Merci de m'avoir donné confiance en moi dans les moments de doute, merci pour tes attentions toujours bienveillantes, merci pour ta présence, ton soutien, tes paroles, tes gestes de tendresse, merci de me rendre heureuse au quotidien. Tu es tout simplement ma plus belle rencontre

A Judith, mon grand bébé, ma Juju,

Ton arrivée m'a tant bouleversée. Rien ne peut décrire l'amour que je te porte, tu es pleine de vie, tellement joyeuse, si franche et si drôle. Je ne me lasse pas de te regarder grandir, j'aimerais faire tant de choses, le temps défile si vite, j'aimerais graver chaque moment de ton existence. Tu fais partie de ma vie depuis le moment où tu as pris une place en moi, et tu m'as fait le plus beau cadeau qui soit, celui d'être une maman, je t'aime.

Au Pépin qui pousse en moi, j'ai hâte de te rencontrer, de te présenter à ta grande soeur et à ton papa.

A mes frères, Hadrien, Maxence et Antoine, à leur moitié, et à Sarah,

Mes Frères, grandir à vos côtés et poursuivre ces moments de partage me remplit de joie.

Bien d'autres occasions nous attendent et je compte les savourer pleinement.

Hadrien, merci de prendre le rôle de confident dans les moments délicats, d'être celui vers qui je me tourne quand tout va mal, tu sais avoir les mots justes et adoucir les peines.

Hélène, merci pour ton calme et ta gentillesse. Tu es pour moi comme un guide, un modèle, et je crois que cette image restera. Merci de rendre Hadrien heureux, merci d'avoir mis au monde cette magnifique Poussinette qu'est **Sarah**, un bébé si apaisant au regard profond et pénétrant. J'ai hâte de découvrir les premières bêtises des cousines...

Maxence, merci pour ton côté apaisant bien caché derrière ton caractère de brut, les problèmes trouvent toujours leur solution à ton approche. **Vivi**, merci d'avoir donné confiance à Maxence. Je ne cesserais d'être épatée par le courage et la patience dont tu as fait preuve en venant vivre en France.

Antoine, merci pour tes observations et pour les connaissances que tu apportes à mon quotidien. Merci d'être toujours prêt à rendre service et merci pour ta disponibilité. Laisse peut-être aller à nouveau ton côté rêveur, pourquoi pas en créant un nouveau Dead Pool?

A toute ma famille proche,

Mamie, merci pour l'amour que tu m'offres à chacune de nos rencontres et dans chacune de nos discussions, merci de continuer de me parler de Papi, ce qui fait raisonner à nouveau en moi son fou-rire si particulier, et me replonge dans des souvenirs... Je suis sûre qu'il serait fier de moi, de nous et j'en suis ravie.

Tata, avec ta générosité et ton tempérament hors du commun, tu impulsés une dynamique folle à la famille et j'adore ça! Vivement les prochaines vacances ensemble. **Eric**, merci pour ta franchise, ton hospitalité et ton honnêteté, tu es un super Tonton Ours.

Lila, ma cousine chérie, le temps passe si vite, tu es déjà une jeune femme éblouissante, intelligente, et farceuse. Ne doute pas de toi, tu as tellement de capacités dans différents domaines, je suis fier de toi.

David, Margot et Paul, votre bulle familiale est touchante, merci d'en partager des petites pièces ainsi que quelques instants précieux avec nous.

Fanny et Quentin, merci de me faire oublier les contraintes du quotidien l'espace de week-ends éparses sur l'année. Ça fait un bien fou de croiser votre chemin le temps d'un moment et de voyager à travers les jeux et les histoires.

Séréna et Salomé, merci d'avoir eu le courage de renouer des liens avec la famille. J'espère que le temps les soudera et les renforcera.

A ma famille plus éloignée, merci pour ce que vous faites de près comme de loin.

A toute ma belle-famille,

Merci pour la place que vous m'avez offerte au sein de votre famille, j'apprécie partager des moments à vos côtés.

Merci particulièrement à **Denis** pour ta présence chaleureuse dans nos vies et pour ton énergie débordante.

Merci **Claudine** pour ta disponibilité donnée pour Judith, toutes tes attentions nous concernant et tes petits plats réunionnais si délicieux.

A ceux qui sont partis mais que l'on n'oublie pas,

Papi, je me remémore souvent tes venues à Chantraine pour partager le repas du dimanche, ton chapeau que tu posais avec précaution sur ton manteau dans les escaliers, ces petits airs que tu fredonnais, tes petites attentions sur les enveloppes de nos anniversaires... Merci de m'avoir fait vivre ces moments de joie.

Mamie Pat, c'est à toi que je pense quand je regarde le ciel. Je t'imagines virevoltant avec le sourire aux lèvres, libre comme l'air, sur cet air de Desireless. Personne n'a jamais su égaler tes excellentes pâtes à la Pat', je m'y efforce encore. Tu nous manques. Merci pour ta générosité à tout épreuve.

Nounou, tout me paraît si loin, cette odeur dans la maison, ta voix, ta bienveillance. Tu as fait tant de bien autour de toi, repose en paix.

Laurent, le temps nous aura manqué pour nous connaître davantage. Merci d'avoir apporté la rigueur et la valeur des choses à Yohan, et d'avoir renoué avec lui jusqu'à la fin.

A mes trois futures témoins et amies,

Elisa, merci pour ton amitié sans faille, pour ta présence malgré la distance, pour ta bienveillance, pour ta folie qui nous fait mal aux abdos et pour ta sincérité. Quoi qu'il arrive, je sais que tu seras là pour moi. Je suis heureuse que tu fasses partie de ma vie et fière que tu sois la marraine de Judith. On en a vécu tant de choses ensemble mais seul Jean Guy, du haut de son poteau pilonné, parviendra à faire des grands pas jusqu'au matelas à eau afin de crier Estoy Aqui !

Tiphaine, merci pour tous ces moments de joie, partagés depuis tant d'années. Ta présence est réconfortante, tes conseils sont toujours justes, ton relativisme est ébouriffant et me rassure. Je suis ravie de former ce trio plutôt pas mal de Dames-Pestes, parce que ça vaut vraiment le coup !

Cécilia, tu as apporté à ma vie cette impulsion d'optimisme en me donnant confiance en moi d'abord dans la sphère professionnelle puis petit à petit au sein de ma sphère privée. Tu as une capacité folle de bienveillance, d'empathie et de réassurance, qualités qui font de toi un excellent médecin d'ailleurs, et une amie incroyable. Merci pour tout, je suis impatiente de travailler à tes côtés.

A mes amies,

Mathilde, tu ne peux pas imaginer le torrent de bienfaits que tu as apporté à nos vies depuis qu'on s'est rencontrées. Tu es toujours présente pour nous soutenir, que ce soit dans les galères, dans la joie, dans les déceptions ou dans les coups durs et tu sais toujours apporter cette note d'amour et de tendresse. Tu es une maman extraordinaire, une femme forte, une voisine parfaite et une amie en or. Merci pour tout ce que tu m'apportes... J'aimerais qu'il te reste un peu de place dans ton cœur pour être la marraine du petit bébé à venir, le veux-tu?

Céline, merci de m'avoir fait l'honneur d'être ta témoin, je suis touchée par cette initiative et je ferai tout pour être à la hauteur. Je suis heureuse que nos chemins se soient croisés et qu'ils soient restés entremêlés. J'apprécie tellement les moments passés à tes côtés. J'espère un jour franchir la ligne d'arrivée d'un semi-marathon main dans la main, j'en fais un objectif de vie.

Sophie, le temps n'aura que renforcé les liens qui nous unissent. Merci pour ton amitié, ta rigueur, et ta sagesse. Je suis impatiente de partager des moments avec nos bout'choux, je suis sûre que tu feras une maman exemplaire.

Margot, merci pour ta bonne humeur, tes bêtises et tes blagues qui rendent ce monde moins tordu. Tu es mon Peter-Pan plein de paillettes, à tes côtés tout devient possible et rien n'est plus grave. Passer un moment avec toi est comme partir l'espace d'un instant dans un autre monde fait de chocolat, d'Afgans sur échasses, et de fesses molles!

Océane, mon australopithèque câlin qui tourne, je suis heureuse de te compter parmi mes amies, merci pour les soirées filles tant agréables passées en ta présence, j'ai qu'une hâte c'est d'aller enflammer ensemble le dance floor !

Karelle, merci pour ta présence apaisante. Merci **Lola, Claire et Mélaine**, chaque week-end à vos côtés nous ressource en ondes positives.

Emeline, merci pour ta proximité malgré le temps qui nous éloigne. Promis je passe te voir une fois que cette thèse sera derrière moi, pour savourer une après-midi entre vieux effectifs et découvrir ta princesse.

Manon, on ne se voit pas souvent et pourtant, les moments à tes côtés sont si légers, si drôle et tant sympathiques, vivement notre prochaine excursion.

Atina, merci d'être cette amie si fidèle, si bienveillante, toujours à l'écoute et remplie de gentillesse. Je suis tellement heureuse de t'avoir rencontrée, tu m'apportes tant, merci à toi.

Aux Copains,

Paul, Karelle, Mélaïne, Coco, Claire, Félix, Lola, Nilsou, Geo, Arthur et Cynthia, merci de m'avoir acceptée parmi vous malgré un départ compliqué, merci d'avoir guidé Yohan vers ce qu'il est devenu aujourd'hui, merci d'être la pour lui et pour nous, on a cette chance de vous compter parmi nos proches.

A mes copines de médecine,

Marine, Chloé, et Sandrine, merci d'avoir apporté des touches de gaieté et de folie à ces longues années d'études parfois éprouvantes, souvent épuisantes, et par moment décevantes. La vie nous sépare peu à peu mais je suis heureuse de trouver encore le temps pour partager des goûters ou des soirées en l'honneur d'occasions toujours agréables. Merci **Clara** pour la touche de douceur dans cette D4 terrifiante.

Aux compagnons de route,

Quentin, merci d'être ce voisin si présent, cet ami à l'écoute et prêt à tout moment pour rendre service.

Enzo, merci de rendre Céline heureuse, je suis impatiente de tester à nouveau notre immunité au rhum !

Arnaud et Pierre-Loup, j'espère que notre sortie au bar ne sera pas un coup isolé, c'était agréable de vous retrouver et de se replonger dans les vieux souvenirs l'espace d'une soirée.

A la famille Remy, famille de sorciers à nos anciennes heures perdues, merci pour la bonne humeur lors de tous ces weekends passés ensemble étant enfants, tous ces bons souvenirs sont une source de réconfort, et je me réjouis de pouvoir vous revoir même brièvement le temps d'un repas ou d'un café.

A la famille Poirat, merci d'avoir participé à mon bonheur étant enfant.

Aux Receveur, aux Salvestroni, aux Terroille, aux Fourray et aux Bertin, et à tous les moments partagés qui ont rythmé une partie de ma vie.

Simon et Vivien, merci d'être les architectes des deux plus grands projets structuraux de ma vie, ma maison personnelle et la maison de santé. Je suis satisfaite que nos routes se soient croisées et reconnaissante du travail effectué.

A la MSPimpins,

Cécilia, Eric, Camille, Jules, Delphine et Marie, merci d'avoir rejoint l'aventure à nos côtés, on forme une équipe de choc ! Je n'espérais pas tant de mon cercle de collègues, je suis impatiente de poursuivre notre histoire tous ensemble!

A la crèche Patati-Patata,

Merci pour votre disponibilité, votre professionnalisme, votre bienveillance et votre flexibilité. Je me sentais apaisée que Judith soit entre vos mains pendant ces longues semaines de rédaction... Merci à toute l'équipe !

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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 les 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	26
LISTE DES ABRÉVIATIONS	27
PARTIE I : PRÉAMBULE	28
I. Histoire de l'exercice de la médecine	28
1. La médecine jusqu'au XIXème siècle	28
2. La médecine à deux vitesses du XIXème siècle	29
3. Les profondes mutations du XXème siècle	29
4. Vers la reconnaissance d'une spécialité de médecine générale	30
II. Constat actuel	34
1. Diminution ressentie de l'offre de soins	34
a. La démographie médicale, toutes spécialités confondues	34
b. Phénomènes démographiques en médecine générale	35
c. Facteurs secondaires réduisant l'offre de soins en médecine générale	37
2. Majoration de la demande en soins	39
a. Accroissement réel des besoins	39
b. Hausse des tâches incombant au médecin généraliste	40
c. Des patients plus exigeants	41
3. Evolution des attentes des médecins	42
a. Conciliation vie professionnelle et vie personnelle	43
b. Facteurs permettant de moduler la charge de travail	44
c. Déterminants secondaires d'attractivité	45
III. Conséquences sur les modalités d'exercice	46
1. Les missions du médecin généraliste	46
2. Les maisons de santé	47
3. Les centres de santé	48
a. Définition	48
b. Origine des centres de santé	49
c. Fonctionnement des centres de santé	50
d. Avantages accordés aux centres de santé	51

e.	Les limites des centres de santé	51
IV.	Place de l'étude dans le contexte	52
PARTIE II : ARTICLE DE RECHERCHE.....		54
I.	INTRODUCTION DE L'ARTICLE.....	54
II.	MATERIEL ET METHODE	55
1.	Type d'étude	55
2.	Source des données	55
3.	Liste de diffusion.....	55
4.	Questionnaire	57
5.	Plan d'analyse des données.....	57
6.	Calculs statistiques.....	58
7.	Recherche bibliographique	58
III.	RESULTATS.....	59
1.	Évaluation globale du ressenti après installation face aux déterminants à l'installation ...	60
a.	Démarche explicative.....	60
b.	Une tendance à la valorisation.....	60
c.	Différences statistiquement significatives.....	60
2.	Distinction du ressenti après installation face aux différents déterminants à l'installation selon le mode de gestion du CDS.....	61
a.	Démarche explicative.....	61
b.	Cohorte 1 : gestion communale.....	61
c.	Cohorte 2 : gestion associative.....	62
d.	Cohorte 3 : gestion par un organisme public.....	63
e.	Cohorte 4 : gestion mutualiste ou privée	64
3.	Évaluation de la qualité de vie selon les différentes paires de sous-groupes.....	65
a.	La paire de sous-groupes distinguant la gestion du centre	65
b.	La paire de sous-groupes distinguant les hommes et les femmes	66
c.	La paire de sous-groupes distinguant le temps de travail effectif	67
4.	Conclusion des résultats.....	67
IV.	DISCUSSION.....	69
1.	Forces et limites de l'étude.....	69
a.	Validité interne.....	69
b.	Biais de sélection et d'information	69

2.	Validité externe.....	70
a.	Représentativité de l'échantillon de médecins	70
b.	Représentativité des CDS sélectionnés	71
V.	Place dans la littérature	72
1.	Satisfaction globale des salariés en centres de santé	72
2.	Les aspects positifs des centres de santé	73
3.	Les inconvénients des centres de santé.....	74
4.	Sur-risque de souffrance psychologique quel que soit le mode d'exercice.....	74
VI.	Hypothèses et perspectives	75
1.	Quelles solutions pour l'avenir de la profession ?	75
2.	Promotion de ce travail de thèse auprès des étudiants	77
VII.	CONCLUSION DE L'ARTICLE	78
 PARTIE III : CONCLUSION		79
 PARTIE IV : BIBLIOGRAPHIE		80
 PARTIE V : ANNEXES		86
	ANNEXE 1 : Questionnaire de thèse	86
	ANNEXE 2 : Tableau recensant les CDS français en 2020 selon le rapport d'activité de la FNCS ..	96
	ANNEXE 3 : diagramme de répartition des différents professionnels exerçant en CDS en 2020 selon le rapport d'activité de la FNCS	97
	ANNEXE 4 : diagramme reprenant la répartition des organismes gestionnaires des différents CDS français en 2020 selon le rapport d'activité de la FNCS.....	98
	ANNEXE 5 : diagramme de répartition des CDS français par région selon le rapport d'activité de la FNCS de 2020.....	99

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Grandes étapes de l'évolution de la médecine générale de la Révolution à aujourd'hui.....	33
Figure 2 - Caractéristiques des médecins, toutes spécialités confondues, au 1er janvier 2021	34
Figure 3 - Evolution des activités libérale ou salariée des médecins en France, toutes activités confondues (11).....	35
Figure 4 - Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière d'ici 2025 (10)	35
Figure 5 - Caractéristiques des médecins généralistes en activité régulière, au 1er Janvier 2021.....	37
Figure 6 - Facteurs aboutissant à la diminution de l'offre de soins	38
Figure 7 - Facteurs conduisant à la majoration de la demande en soins de premier recours	41
Figure 8 - Les motivations d'installation des médecins selon la catégorie d'âge (19).....	42
Figure 9 - Déterminants à l'installation des jeunes médecins.....	43
Figure 10 - Marguerite des compétences du médecin généraliste, selon le DUMG de Rouen.....	46
Figure 11 - Caractéristiques des CDS	49
Figure 12 - Diagramme de flux aboutissant à la constitution de l'échantillon.....	56
Figure 13 - Histogramme représentant pour chaque déterminant la moyenne et l'écart-type du ressenti face à ce facteur avant et après installation.....	61
Figure 14 - Histogramme de la moyenne et de l'écart-type des déterminants avant et après installation au sein de la cohorte à gestion communale.....	62
Figure 15 - histogramme de la moyenne et de l'écart-type des déterminants avant et après installation au sein de la cohorte à gestion associative.	63
Figure 16 - histogramme de la moyenne et de l'écart-type des déterminants avant et après installation au sein de la cohorte à gestion par un organisme public.....	64
Figure 17 - histogramme de la moyenne et de l'écart-type des déterminants avant et après installation au sein de la cohorte à gestion mutualiste ou privée	65
Figure 18 - Histogramme représentant l'épanouissement professionnel et personnel en fonction des deux nouvelles cohortes	66
Figure 19 - histogramme représentant l'épanouissement professionnel et personnel en fonction du genre.....	66
Figure 20 - histogramme représentant l'épanouissement professionnel et personnel en fonction du temps de travail.....	67
Tableau 1 - Caractéristiques de l'échantillon.....	59
Tableau 2 - Synthèse des résultats	68

LISTE DES ABREVIATIONS

CES : Certificats d'Etudes spécialisées

CHU : Centres Hospitalo-Universitaires

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

WONCA : *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* ou Organisation Mondiale de la Médecine Générale, Médecine de famille

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ALD : Affection Longue Durée

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

DUMG : Département de Médecine Générale

CDS : Centre de Santé

MSP : Maison de Santé Pluri

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

PARTIE I : PRÉAMBULE

I. Histoire de l'exercice de la médecine

1. La médecine jusqu'au XIX^{ème} siècle

La pratique de la médecine existe depuis toujours, et existe partout dans le monde. Dans l'Antiquité, elle est en lien étroit avec la religion, s'inscrivant donc dans des pratiques plutôt irrationnelles. Petit à petit, les coutumes religieuses sont partiellement écartées du domaine médical et, par ce biais, naît une médecine plus rationnelle dont Hippocrate (450-377 avant JC) en est le principal acteur. ⁽¹⁾

Le Moyen-Age est quant à lui marqué par une médecine essentiellement dévolue aux moines. Les premiers hospices voient le jour avec l'obligation ecclésiastique de porter secours aux infirmes et aux plus démunis, en apportant plus de valeur au salut de l'âme qu'à celui du corps. Peu à peu, avec la multiplication des connaissances et des techniques, l'hôpital commence à se médicaliser tout en restant réservé aux pauvres, tandis que les riches reçoivent leurs soins à domicile. ⁽¹⁾

À la fin du Moyen-Age, en parallèle de la poursuite de quelques pratiques religieuses et magiques de la médecine, se structure progressivement un enseignement de la médecine à travers le regroupement des écoles de médecine en universités. Dans le même mouvement, la curiosité médicale autorise finalement la dissection des corps et la chirurgie apparaît. ⁽¹⁾

Ce n'est qu'à la Renaissance que ces pratiques de dissection s'intensifient dans le but d'approfondir les connaissances en anatomie, jugées fondamentales pour la pratique médicale. Dans le même temps, la connaissance du corps et de l'anatomie est également mêlée au domaine artistique. ⁽¹⁾

Par la suite, de nombreux progrès dans le domaine médical aboutissent à une multitude de découvertes accélérées sur la physio-pathologie. Les hospices initialement voués à héberger les miséreux se transforment en hôpitaux au début du XIX^{ème} siècle. Ils sont alors le lieu d'innovations majeures au sein desquels sont formés les médecins. Des avancées spectaculaires reflètent cette époque fleurissante comme l'invention du stéthoscope, l'amélioration des microscopes, la notion d'antisepsie puis d'asepsie, la découverte des micro-organismes, les techniques d'anesthésie, etc. Ainsi, le XIX^{ème} siècle érige la médecine au rang de science moderne et offre un champ d'action exponentiel à la recherche médicale. ⁽¹⁾

De nombreux bouleversements interviennent à compter de la fin du XIX^{ème} siècle. Pour en simplifier la compréhension, la figure n°1 reprend les grandes étapes clés de l'évolution de la médecine générale dans le cadre global dans lequel elle s'inscrit à chaque époque.

2. La médecine à deux vitesses du XIX^{ème} siècle

À la fin du XVIII^{ème} siècle, trois ans après la Révolution, en 1792, les facultés de médecine sont supprimées. S'ensuit alors une période de concurrence où tout citoyen peut se promulguer soignant, sans diplôme, sans contrainte, et en exigeant la rémunération de son choix. ^{(2) (3) (4)}

Parallèlement à ce charlatanisme se répand des épidémies non pleinement maîtrisées, et le gouvernement rétablit donc la nécessité d'un diplôme afin de pouvoir prétendre à exercer la médecine. Ainsi, les médecins sont diplômés après quatre années de formation et exercent surtout en ville auprès de la population riche, tandis que les officiers de santé suivent une formation de trois ans et exercent en campagne auprès des plus pauvres. ^{(2) (3) (4)} Cette dualité de l'exercice médical où règne une profonde inégalité entre la ville et la campagne durera presque 100 ans.

Ce n'est qu'en 1892 que la Loi Chevandier unifie la profession médicale en proclamant le diplôme unique de Docteur en médecine, lui seul désormais reconnu par le gouvernement. À cette époque, la densité médicale est de plus en plus forte : 80% des médecins exercent en ambulatoire de façon complètement autonome, et s'inscrivent dans une médecine purement individuelle. ^{(2) (4)}

3. Les profondes mutations du XX^{ème} siècle

Ce phénomène de croissance démographique se poursuivra jusqu'à la création du numérus clausus en 1971 ⁽⁴⁾. Cependant, alors même que le nombre de médecins ambulatoires s'accroît, s'amorce déjà le déclin du modèle de la médecine libérale comme référence unique de la pratique médicale. ⁽⁴⁾ En effet, l'après deuxième guerre est marqué par de profondes avancées en terme de connaissances et de technologies et, par conséquent, cette époque est marquée par une hausse radicale des spécialités médicales. ⁽²⁾ En 1949, un arrêté établit la liste des spécialités ainsi que les conditions de leur reconnaissance. Les Certificats d'Études Spécialisés (CES) permettent à tout médecin volontaire d'orienter sa pratique vers une spécialité. ⁽²⁾

La réforme Devré avec les ordonnances de 1958 accentue ce clivage par la création des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU). L'enseignement des futurs médecins devient hospitalo-centré et est axé sur des pathologies uniquement hospitalières. En découle une vision négative des omnipraticiens et un sentiment d'illégitimité à leur égard, car non formés à la médecine ambulatoire. ⁽²⁾ Par ailleurs, cette réforme ouvre la porte du salariat à plein-temps, en opposition à la

pratique libérale. Initialement, le salariat représentait plutôt une activité annexe, la plupart du temps en dispensaire, en complément d'une activité libérale. ⁽⁴⁾

4. Vers la reconnaissance d'une spécialité de médecine générale

Initialement, le premier texte évoquant la discipline est la charte de la médecine libérale, érigée en 1927. Elle édicte les cinq principes fondateurs de la médecine libérale : la liberté de choix du médecin par le patient, la liberté de prescription, le respect du secret médical, le contrôle des malades par les caisses d'assurances sociales (et des médecins par les syndicats), et la liberté de fixer les honoraires après entente préalable avec le patient. ^{(2) (3)}

En 1928 est créée la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) en réponse au texte de loi sur les assurances sociales instituant le tiers payant. ⁽²⁾ Cette entité active, formule d'ailleurs dès 1936, en temps de crise, des propositions sociales novatrices comme l'ouverture de centres de santé au sein desquels des médecins libéraux pourraient consulter à l'acte à des tarifs négociés. ⁽⁵⁾ En 1940, la CSMF est dissoute par le Maréchal Pétain, et le syndicalisme médical est condamné au silence. L'organisation récupère ses droits à la libération en 1945. ⁽⁵⁾

La même année, en 1945, les textes fondateurs de la sécurité sociale sont publiés. En permettant l'accès aux soins pour tous, ils abolissent le 5^{ème} principe de la médecine libérale qui est la liberté de fixer les honoraires. ⁽²⁾ Le débat divise les professionnels. En 1960, la loi Bacon instaure le principe de tarifs opposables. En 1969, un premier accord national sur le tarif de la consultation est signé. ⁽²⁾

Parallèlement, la loi Debré de 1958 renforce la médecine spécialisée au détriment de la médecine générale. L'enseignement des médecins généralistes en pâtit car centré sur les pathologies hospitalières. La médecine générale vient s'inscrire au second plan de la médecine spécialisée qui ne cesse de s'accroître durant cette période. ^{(2) (3) (4)}

En 1971 a lieu la première convention nationale : le gouvernement s'engage au maintien de la médecine libérale en régissant les liens entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. ⁽²⁾ En découle le compromis entre l'acceptation des tarifs réglementés pour chaque acte, en échange de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations et de leurs charges. ⁽⁵⁾ Cependant, la tarification à l'acte dévalorise l'acte intellectuel, relationnel ou éducatif qui caractérise la médecine générale au profit de l'acte purement technique. Le quantitatif prime ici sur le qualitatif. Ainsi, un impressionnant delta de revenu se dessine peu à peu entre les disciplines techniques et les autres dont font partie la médecine générale, la psychiatrie et la pédiatrie. ^{(2) (4)}

En 1972 naît la WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* ou Organisation Mondiale de la Médecine Générale, Médecine de famille). Le but de cette organisation est de promouvoir et développer la médecine générale. ⁽³⁾ En 1973 est éditée la première description des activités professionnelles du médecin généraliste par le groupe des omnipraticiens européens à Leeuwenhorst. ^{(2) (3)} La notion de soins primaires n'apparaît qu'en 1978. ⁽³⁾

Durant la deuxième partie du XX^{ème} siècle, la médecine générale n'a donc pas de vrai cadre. Elle est à cette époque définie par défaut, par ce qui n'appartient pas au domaine du spécialiste. ⁽²⁾ Ainsi, son image s'est construite négativement par la non-compétence d'une médecine non spécialisée et non technicisée. ⁽³⁾

Illustrant ce processus, la loi de 1982 supprime les CES. Les spécialistes doivent à présent passer le concours de l'internat et valider un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) ^{(2) (3) (4)}. Cette réforme vient cloisonner et diviser la communauté professionnelle en catégories étanches et hiérarchisées. Elle reflète une inégalité symbolique renforcée par la différence de valeur marchande donnée à chaque spécialité. ⁽⁴⁾

Il faut alors attendre la fin du XX^{ème} siècle pour assister à des évolutions notables dans la reconnaissance de la médecine générale, notamment au niveau académique grâce, entre autres, au Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) créé en 1983. ⁽³⁾ La première convention spécifique pour la médecine générale a ainsi été signée en 1997. Elle érige le généraliste au titre de médecin référent *via* un contrat signé avec le patient. ⁽²⁾ La même année, le stage ambulatoire en médecine générale est rendu obligatoire. ⁽³⁾ Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé (SASPAS) apparaît en 2003. ⁽³⁾

La WONCA définit en 2002 la discipline de la médecine générale par 11 caractéristiques. ⁽⁶⁾ Cette définition permet une contribution forte au positionnement central de cette profession dans le système de santé. ⁽⁷⁾ Elle décrit le médecin généraliste comme un médecin de famille, spécialiste de sa discipline et lui donne un rôle central dans la prise en charge individualisée de chaque patient. ^{(6) (7)} Ce n'est qu'en 2004 que la médecine générale est reconnue officiellement comme une spécialité à part entière par la création de son propre DES. ⁽³⁾ Cette même année voit apparaître le dispositif médecin traitant. Initialement créé pour réguler l'accès aux spécialistes, ainsi que pour maîtriser les dépenses de santé et optimiser la prise en charge des patients, ce dispositif a également augmenté la charge administrative des médecins généralistes. ⁽⁸⁾

Ainsi, la pratique de la médecine a toujours été en perpétuelle évolution. Les principaux éléments permettant de comprendre les enjeux actuels, commencent à s'entremêler dans la période de l'avant-guerre et s'accroissent jusqu'à aujourd'hui. Un peu avant 1940, la pratique médicale est

quasi exclusivement ambulatoire, individuelle et bénéficie d'une grande autonomie quant à la gestion de la carrière. ⁽⁴⁾ Les effectifs se majorent sous l'effet des nouvelles législations sociales. ⁽⁴⁾ Toutefois, la guerre, le contexte social, le progrès et le développement des techniques vont métamorphoser la pratique médicale. L'après-guerre voit fleurir la médecine spécialisée libérale parallèlement au déclin de la médecine omnipraticienne, et ce, malgré l'accroissement de son effectif. ⁽²⁾ À cette même époque, le salariat se développe et l'hôpital offre une reconnaissance financière aux médecins volontaires selon leur ancienneté, dévalorisant à nouveau la médecine libérale. ⁽²⁾ L'image de la médecine générale est ternie, dévalorisée et exclue de toute reconnaissance. ^{(2) (4)}

Il lui faudra des décennies pour trouver sa place au sein des autres spécialités, pour établir une définition claire de la profession, et pour en adapter son cursus universitaire. ^{(2) (3)} Tout au long du processus de transformation de la discipline, du XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle, le patient passe par plusieurs états, il est d'abord considéré comme un objet de soin, puis comme un sujet de soin, et devient finalement acteur du système de soin. ⁽⁹⁾

Actuellement, la médecine de ville n'a plus à démontrer sa légitimité. Les politiques actuelles tendent d'ailleurs à restructurer la médecine ambulatoire afin d'augmenter son champ d'action dans le but de réduire les coûts engagés par le secteur hospitalier. ⁽⁸⁾ Cependant, la médecine de ville est en souffrance, et de nombreuses difficultés sont à prendre en considération. La refonte récente du système de santé pour tenter de répondre à la diminution de l'offre de soins, à la progression des maladies chroniques et la persistance des inégalités en santé a provoqué de nombreux désaccords au sein de la communauté médicale. ⁽⁸⁾

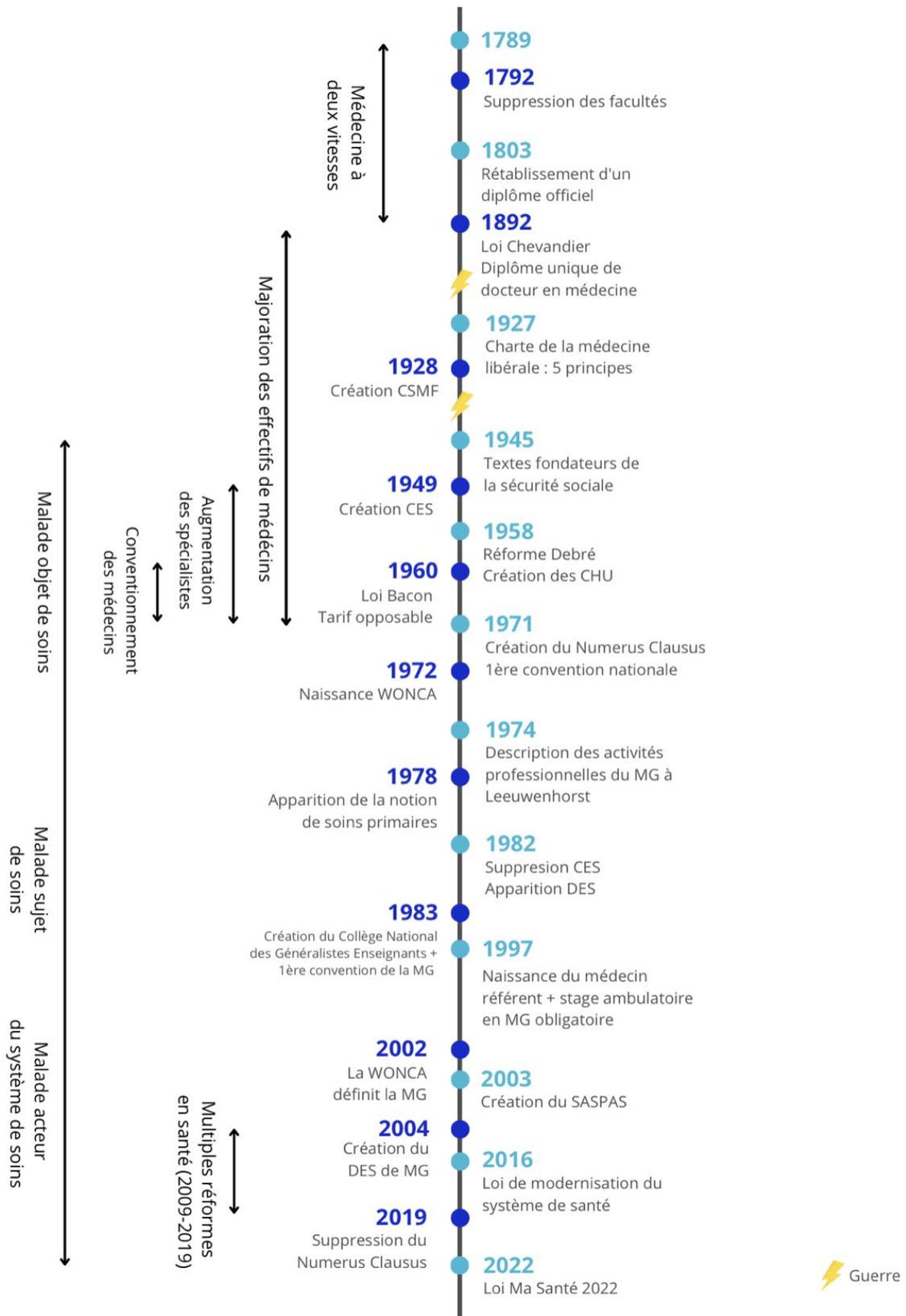


Figure 1- Grandes étapes de l'évolution de la médecine générale de la Révolution à aujourd'hui

II. Constat actuel

1. Diminution ressentie de l'offre de soins

a. La démographie médicale, toutes spécialités confondues

D'après l'Atlas de démographie médicale, en 2021, la France recense 312 172 médecins inscrits à l'Ordre, toutes spécialités confondues, soit 5 000 de plus qu'en 2020 et 50 000 de plus qu'en 2010. Les femmes représentent 44% d'entre eux. ⁽¹⁰⁾ Les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 50% des inscrits. ⁽¹⁰⁾ L'âge moyen des médecins inscrits est de 57,5 ans. ⁽¹⁰⁾ Une hausse remarquable des retraités actifs impacte cette tendance. Le nombre de médecins en activité régulière correspond à 63% des inscrits, soit 198 090 médecins et ce nombre a finalement diminué depuis 2010. ⁽¹⁰⁾ Toutes ces données sont compilées dans la figure n°2.

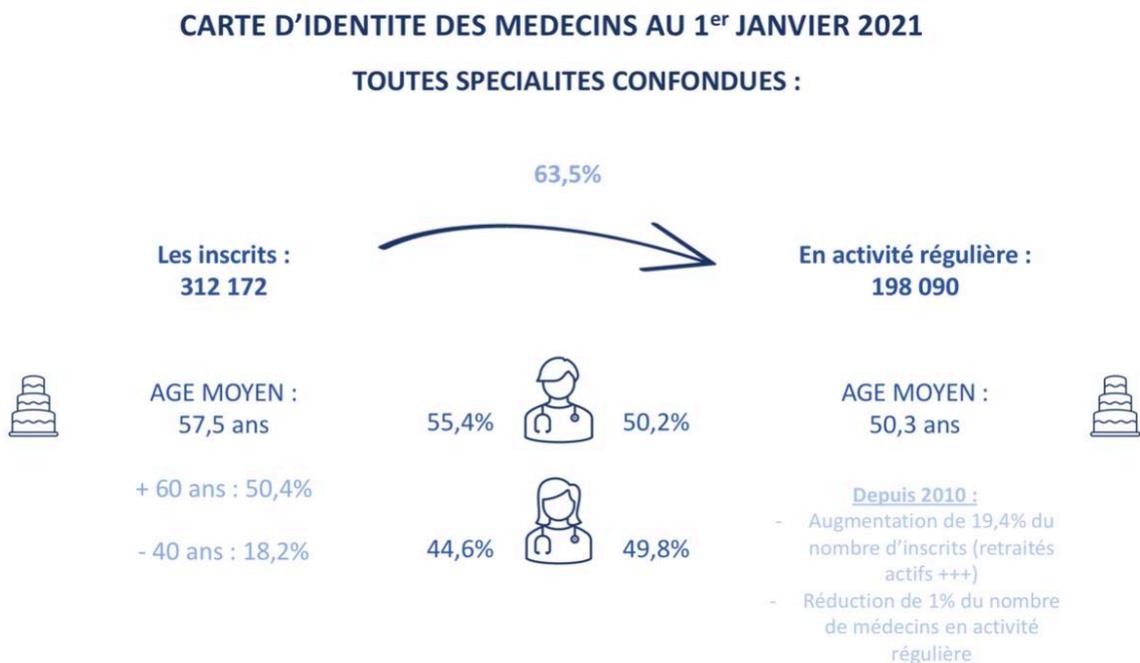


Figure 2 - Caractéristiques des médecins, toutes spécialités confondues, au 1er janvier 2021

D'importants contrastes territoriaux s'ajoutent à ces phénomènes, reflet d'un déséquilibre entre certains départements plus ou moins pourvus en médecins. ⁽¹⁰⁾ Par ailleurs, le nombre de médecins salariés, toutes spécialités confondues, a tendance à augmenter avec le temps, en parallèle du recul de l'exercice libéral, ⁽¹⁰⁾ comme le montre la figure n°3.

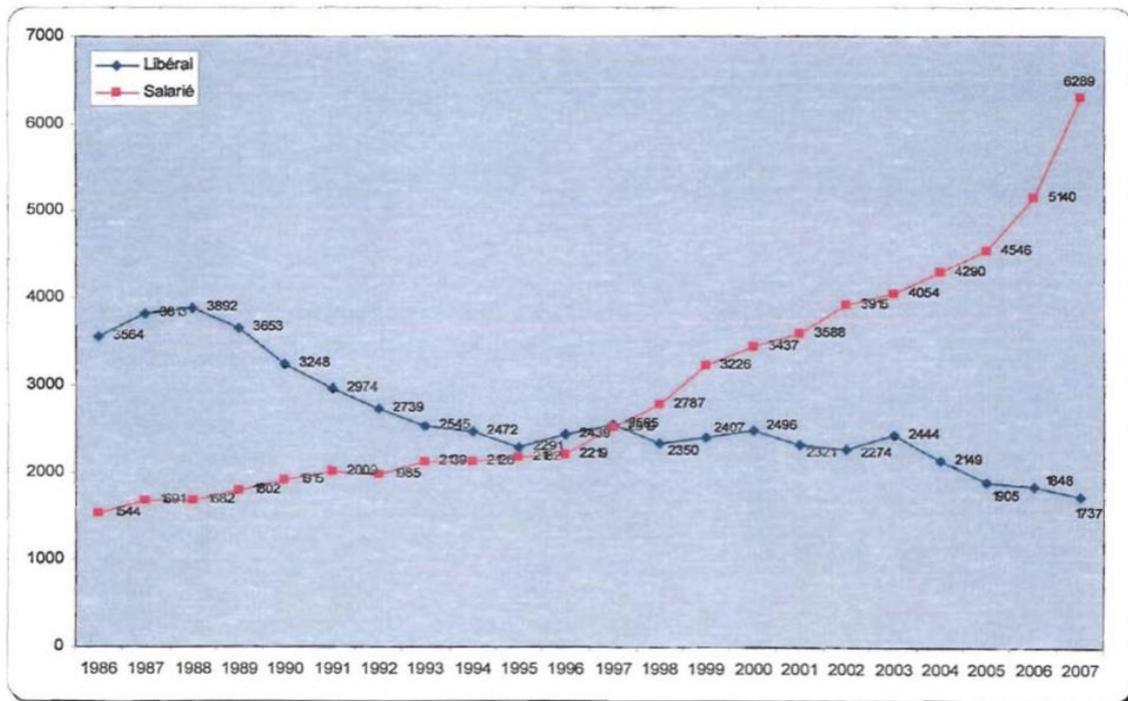


Figure 3 - Evolution des activités libérale ou salariée des médecins en France, toutes activités confondues (11)

b. Phénomènes démographiques en médecine générale

En ce qui concerne la médecine générale, la dynamique est toute autre. La France dénombre, en 2021, 85 364 médecins généralistes en activité régulière. Au sein de cette spécialité, il est mis en évidence une diminution de 9% des effectifs depuis 2010. ⁽¹⁰⁾ Cette tendance est représentée sur la figure n°4. Néanmoins, ce chiffre ne comprend pas les retraités actifs ni les remplaçants, qui composent néanmoins un vaste potentiel d'activité. ⁽¹²⁾

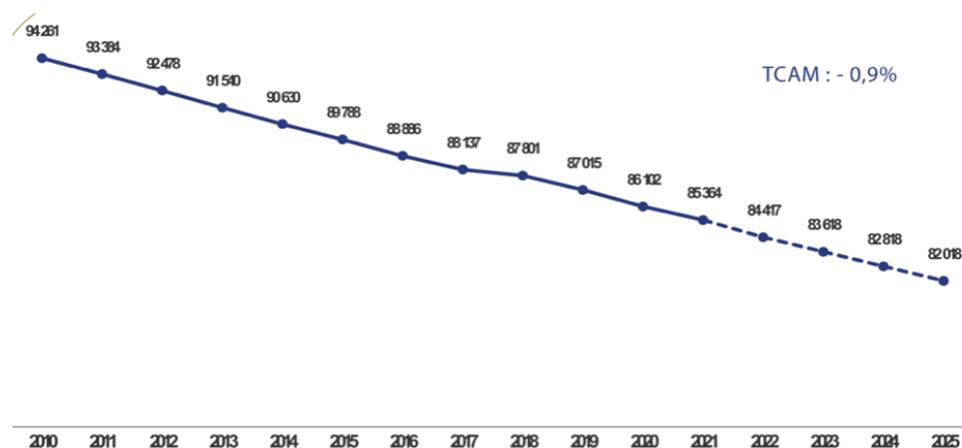


Figure 4 - Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière d'ici 2025 (10)

Les médecins généralistes français sont répartis à 57% en libéral⁽¹²⁾, 33% en salariat et 27% en activité mixte, et représentent au total 43% des médecins en activité régulière, toutes spécialités confondues.⁽¹⁰⁾ L'exercice libéral a tendance à reculer au profit de l'activité mixte ou salariée,⁽¹³⁾ y compris parmi les remplaçants.⁽¹⁴⁾ Plus de 60% des nouveaux médecins sont salariés et deux tiers des jeunes médecins libéraux ou mixtes sont remplaçants.⁽¹²⁾ Ces données caractérisant les médecins généralistes en activité régulière sont représentées sur la figure n°5.

La moyenne d'âge des généralistes est similaire à celle de leurs confrères, bien que la moyenne d'âge des médecins généralistes a tendance à baisser depuis 2015.⁽¹⁰⁾ Ce rajeunissement est la conséquence d'un double mouvement : celui des départs en retraite des médecins issus des *numerus clausus* élevés des années 70,⁽¹³⁾ mêlé d'autre part à l'entrée en activité des jeunes issus du rehaussement du *numerus clausus* des années 2000.⁽¹³⁾ Cette hausse du nombre d'entrants ne suffit toutefois pas à contrebalancer les cessations d'activité des médecins plus âgés,⁽¹⁴⁾ le flux entrant des jeunes médecins ne compense donc pas les départs à la retraite.⁽¹⁵⁾

À ce phénomène est couplé une féminisation marquée de la profession, les femmes remplaçant en partie les médecins de sexe masculin majoritaires dans les générations les plus âgées.⁽¹³⁾ La profession tend donc à se féminiser avec les jeunes générations.⁽¹³⁾ Actuellement, la part de femmes est de 51%, elle est plus importante que dans les autres disciplines,⁽¹⁰⁾ et représente plus de 60% parmi les moins de 40 ans⁽¹³⁾, alors que 80% des plus de 60 ans sont des hommes.⁽¹⁶⁾ Elles sont moins représentées parmi les libéraux et exercent plus volontiers en salariat.⁽¹²⁾ En effet, 61% des médecins généralistes salariés sont des femmes et elles sont 37% parmi les libéraux.⁽¹⁶⁾ Les médecins exclusivement salariés sont majoritairement des femmes et les médecins exclusivement libéraux sont majoritairement des hommes.⁽¹³⁾ La moitié des généralistes féminins exercent en salariat contre un quart des généralistes masculins.⁽¹¹⁾

CARTE D'IDENTITE DES MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE REGULIERE AU 1^{er} JANVIER 2021

Généralistes en activité régulière :

85 364

(= 43% des médecins inscrits, toutes spécialités confondues)

AGE MOYEN :
49,9 ans



48,5%



51,5%

+ de 60% des moins de 39 ans sont des femmes
+ de 80% des plus de 60 ans sont des hommes

Depuis 2010 :

Réduction de 9% du nombre de médecins en activité régulière

57% sont libéraux
33% sont salariés
27% ont une activité mixte

61% des salariés sont des femmes
37% des libéraux sont des femmes
50% des femmes sont salariées

Figure 5 - Caractéristiques des médecins généralistes en activité régulière, au 1^{er} Janvier 2021

c. Facteurs secondaires réduisant l'offre de soins en médecine générale

L'exercice de la médecine générale est parfois jugé compliqué ou dévalorisant, celle-ci n'est pas toujours bien perçue ni enviée par les futurs médecins. Par conséquent, tous les postes de médecine générale ne sont pas toujours pourvus au choix des Épreuves Classantes Nationales (ECN).⁽⁸⁾ Ceci a un double impact : l'accentuation de la non-compensation des médecins sortants par les entrants, et la fuite vers le secteur hospitalier⁽²⁾ au détriment du secteur ambulatoire.⁽⁸⁾ Ces mouvements incitent les jeunes à se tourner vers des activités de niche et par conséquent réduisent l'offre de soins de premiers recours.⁽¹¹⁾

De plus, depuis quelques années, près d'un quart des médecins généralistes diplômés décident de ne pas s'inscrire au tableau de l'Ordre ou modifient leur activité ou encore optent pour une cessation anticipée d'activité, signe de la souffrance de la discipline.⁽⁸⁾

Par ailleurs, certains jeunes diplômés choisissant la spécialité de médecine générale, redoutent l'installation face à l'expérience de mauvaises conditions d'exercice de cette profession par leurs confrères.⁽⁸⁾ Certains choisissent donc le remplacement comme mode d'exercice durable, à défaut de pouvoir s'approprier un projet d'installation.⁽¹⁷⁾

A l'inverse, le remplacement permet la plupart du temps de se faire une idée du métier, de construire par un cheminement propre à chacun une idée du projet professionnel envisagé.⁽¹⁸⁾ La maturation du projet professionnel se fait d'ailleurs plus facilement lorsque les projets familiaux et personnels se stabilisent, et les jeunes s'installent plus volontiers lorsqu'ils ont remplacé durant leur

internat et lorsque le choix de la spécialité de médecine générale est désiré. ⁽¹⁸⁾ Ils recherchent alors une certaine forme de stabilité, avec un rythme de travail régulier, qu'ils trouvent dans l'installation. ⁽¹⁷⁾

Une des résultantes de ces différents phénomènes est que la durée totale d'exercice d'un médecin tend à diminuer, d'une part par le recul de la moyenne d'âge lors de l'installation, et d'autre part, de façon indirecte, par la féminisation de la profession. ⁽¹⁵⁾ En effet, la plupart des femmes consacrent une partie de leur temps à la maternité. Certaines d'ailleurs choisissent par la suite d'exercer à temps partiel afin d'élever les enfants. Certains hommes font également ce choix, à moindre mesure. ⁽¹⁵⁾ Des dispositifs sont en place pour inciter les médecins à s'installer. Ils sont surtout d'ordre financiers mais ces mesures ont peu de succès. ⁽¹¹⁾ Actuellement, l'âge moyen d'installation est autour de 35 ans. ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾ La figure n°6 reprend la synthèse de tous ces différents éléments entraînant à terme la diminution de l'offre de soins en ambulatoire.

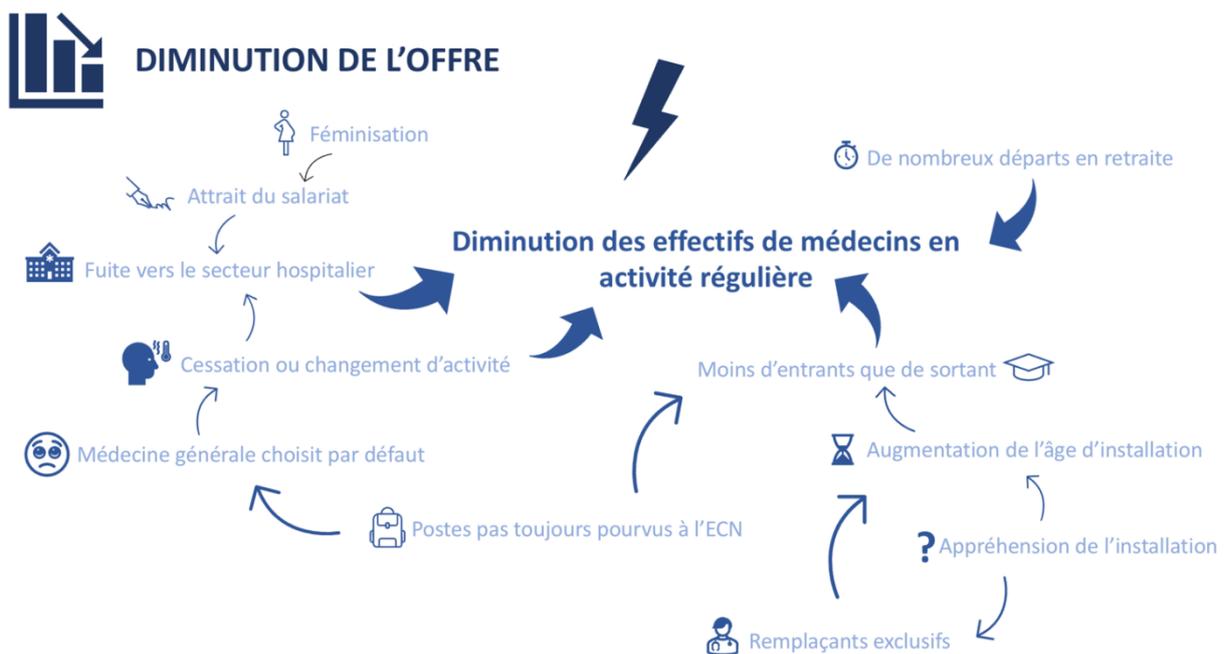


Figure 6 - Facteurs aboutissant à la diminution de l'offre de soins

Depuis quelques années, la médecine générale commence seulement à se défaire progressivement du trouble identitaire provoqué insidieusement depuis les années 1950, impliquant un mépris et un délaissement de la profession. ⁽⁸⁾

Dans les perspectives à venir, il se dessine plutôt une stagnation de l'effectif de médecins généralistes jusqu'en 2030 avant une hausse jusqu'en 2050. ⁽¹³⁾ En suivant ce modèle, la densité

médicale standardisée (qui tient compte des besoins en soins) diminue de façon plus forte que l'évolution des effectifs ces prochaines années. ⁽¹³⁾

2. Majoration de la demande en soins

a. Accroissement réel des besoins

Depuis les années 50, la France consacre une part croissante de ses ressources aux dépenses de santé. ⁽²¹⁾ Elle fait partie des pays qui dépensent le plus pour son système de soins. Cette croissance est soutenue mais ralentie depuis le milieu des années 80. ⁽²¹⁾ Si les soins hospitaliers représentent près de la moitié de la dépense totale, les soins de ville, quant à eux ne représentent environ qu'un quart de la dépense totale, dont moins de 5% du total sont imputables aux soins dispensés par les généralistes. La part des médicaments représentent 17% du total. ⁽²¹⁾

L'accessibilité aux médecins généralistes par la population est au cœur des débats actuels. En tenant compte de l'offre de soins réelle et des besoins des populations, environ 9% des Français vivent dans une commune sous-densée en médecins généralistes, et les espaces urbains sont également touchés. ⁽¹²⁾ La variation des effectifs de médecins généralistes est fortement liée à l'attractivité territoriale. ⁽¹⁰⁾ Les inégalités de densité intra-départementales en médecins généralistes n'ont guère évolué depuis les années 80 alors que la démographie actuelle est moins favorable. ⁽¹²⁾

Cette diminution d'offre de soins est certes nationale en affectant presque la totalité des départements, ⁽¹³⁾ mais de façon plus ou moins importante selon les différentes zones. ⁽⁸⁾ Les variations du *numerus clausus* ne modifient que faiblement les inégalités de répartition sur le territoire. ⁽¹¹⁾

En prenant en considération la densité médicale standardisée et non les effectifs seuls, les relevés montrent une nette diminution de la densité en médecins généralistes entre 2010 et 2021. ⁽¹³⁾ Ce résultat est lié, d'une part à la diminution des effectifs comme vu précédemment, mais également à l'augmentation de la population, elle-même vieillissante. La part des plus de 65 ans a presque doublé au cours des dernières décennies, et la tendance se poursuit encore actuellement, en parallèle de la progression de l'espérance de vie. ⁽¹⁹⁾ En 10 ans, les femmes ont gagné +1,6 années de vie avec une espérance de vie de 85,4 ans, et les hommes ont gagné +2,5 années de vie avec une espérance de vie de 79,2 ans. ⁽⁸⁾ Concurrément à ce vieillissement, la progression des maladies chroniques vient également accentuer la charge du secteur ambulatoire. ⁽⁸⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾ Pour ne citer qu'un exemple, le diabète est considéré depuis quelques années comme une épidémie mondiale. En 2019,

463 millions d'adultes souffraient de diabète dans le monde, et ce nombre devrait atteindre 700 millions d'ici 2045. ⁽²²⁾ En 2019, la France a presque atteint le cap des 4 millions de personnes souffrant de diabète. 5% de la population française est traitée par médicament contre le diabète. ⁽²²⁾ De façon plus générale, un tiers de la population française est en Affection Longue Durée (ALD). ⁽²²⁾

Cette hausse de la demande surcharge d'autant plus le secteur ambulatoire notamment depuis que la volonté politique tend à limiter les séjours hospitaliers et à favoriser la prise en charge en médecine de ville. ⁽¹⁵⁾ Afin d'y répondre, les services publics ont instauré via la loi santé de 2016 n°2016-41, l'établissement de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), visant à réunir des professionnels autour d'un projet de santé répondant à une problématique territoriale de santé. Ce dispositif a été renforcé par la loi santé de 2019 n°2019-774, relative à la transformation et à l'organisation du système de santé.

b. Hausse des tâches incombant au médecin généraliste

Le médecin généraliste étant le pivot du système de soins ambulatoires, son exercice est directement exposé à des facteurs exogènes comme l'environnement politique, socio-économique, épidémiologique et démographique. Il peut donc se heurter à des contraintes qui ne sont pas complètement maîtrisables et qui peuvent impacter directement ses conditions de travail. ⁽²³⁾

Cela s'inscrit dans une complexification du parcours de soin avec un accroissement des tâches médico-administratives sans valeur médicale ajoutée. ⁽¹⁵⁾ Omniprésentes et rébarbatives, ces tâches connexes ont lieu pendant les consultations mais aussi en dehors du temps médical en raison de leur caractère chronophage. Il s'agit des tâches médico-sociales, regroupant les correspondances avec les confrères, la gestion des résultats d'examen, l'appel aux patients, la mise à jour des dossiers, l'établissement de dossiers de prise en charge (ALD, MDPH, assurances, etc.), certificats de tous types (arrêt maladie, certificats de bonne santé, de sport, de dispense, d'éviction scolaire, enfant malade, etc.). Il existe en effet, en plus des tâches liées à la gestion du cabinet, ou à l'organisation de l'activité, un transfert de charge sur le médecin traitant par les autorités administratives (Assurance Maladie, Etat, etc.) ⁽²³⁾

De nombreux facteurs sont donc responsables d'une hausse globale de la demande en soins de premier recours, la figure n°7 reprend ces différents éléments en les synthétisant.

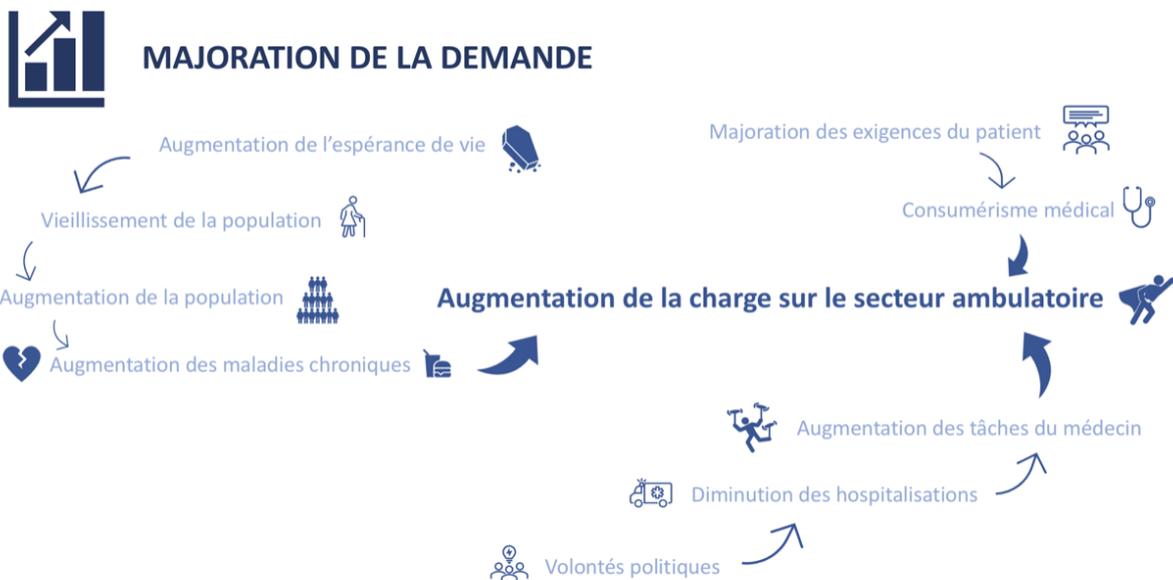


Figure 7 - Facteurs conduisant à la majoration de la demande en soins de premier recours

c. Des patients plus exigeants

Il est également mis en avant une majoration accrue des exigences des patients concernant leur prise en charge et celle de leurs proches. ⁽¹⁵⁾ Ces dernières années, du fait notamment de la généralisation d'internet, il est établi que la relation médecin-patient se modifie, le patient est de plus en plus exigeant et procédurier. ⁽¹¹⁾ Certains patients jugent et remettent en cause la parole de leur médecin à travers ce qu'ils trouvent sur internet. Cette dégradation de la relation médecin-patient représente d'ailleurs un frein à l'installation. ⁽¹¹⁾ En effet, être médecin référent ou médecin de famille permet d'avoir cette relation spéciale avec le patient. Cela constitue une base une motivation essentielle à l'essence même du métier de médecin généraliste. ⁽¹¹⁾

L'éducation des patients est primordiale afin d'obtenir une harmonie de la relation médecin-malade. ⁽⁸⁾ Répondre aux besoins des patients est le fondement de l'éthique professionnelle, mais il est tout aussi important d'y apporter des limites propres à chacun, afin d'éviter les sources de tension et d'éventuels conflits. ⁽⁸⁾

3. Evolution des attentes des médecins

Pour faire face à la diminution de l'offre tout en répondant à la majoration de la demande sans pour autant impacter les conditions de travail des médecins, les attentes de ces derniers évoluent de façon d'autant plus marquée que les mentalités changent au fur et à mesure que les générations défilent. En effet, les facteurs influençant l'installation divergent selon les générations de médecins. Cette distinction est représentée sur la figure n°8. L'ensemble des déterminants essentiels à l'installation des jeunes médecins sont quant à eux résumés dans la figure n°9.

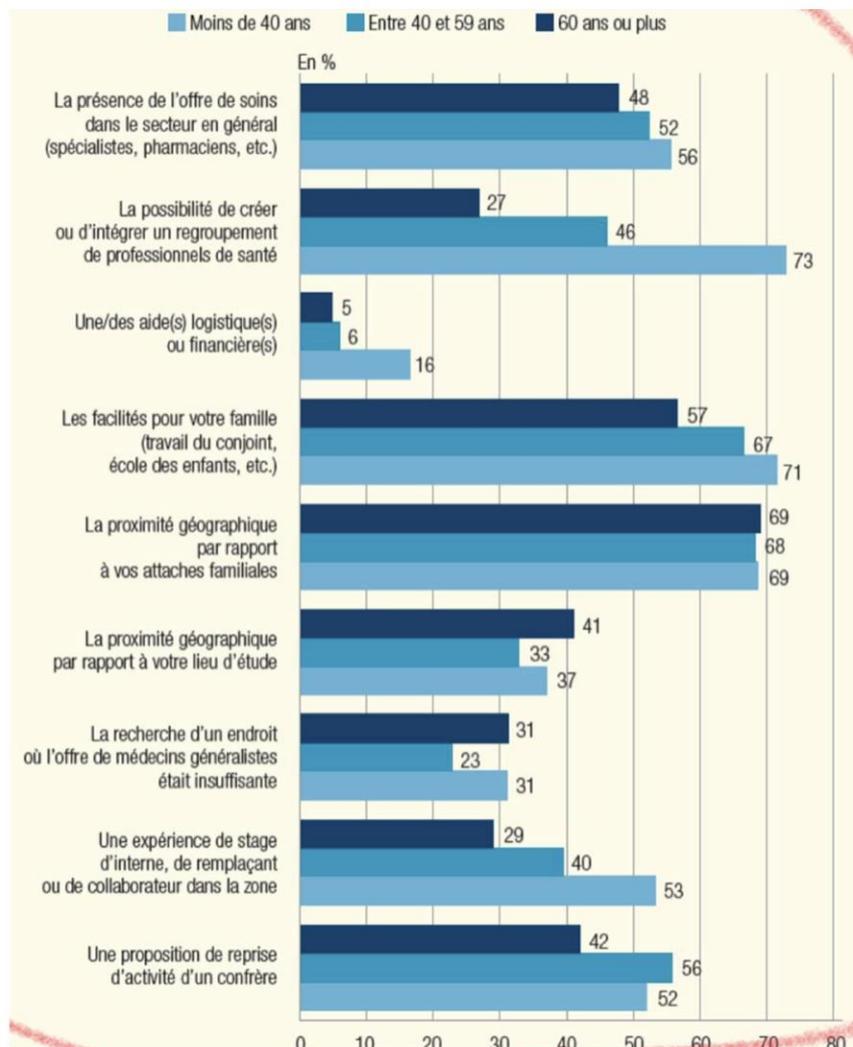


Figure 8 - Les motivations d'installation des médecins selon la catégorie d'âge (19)

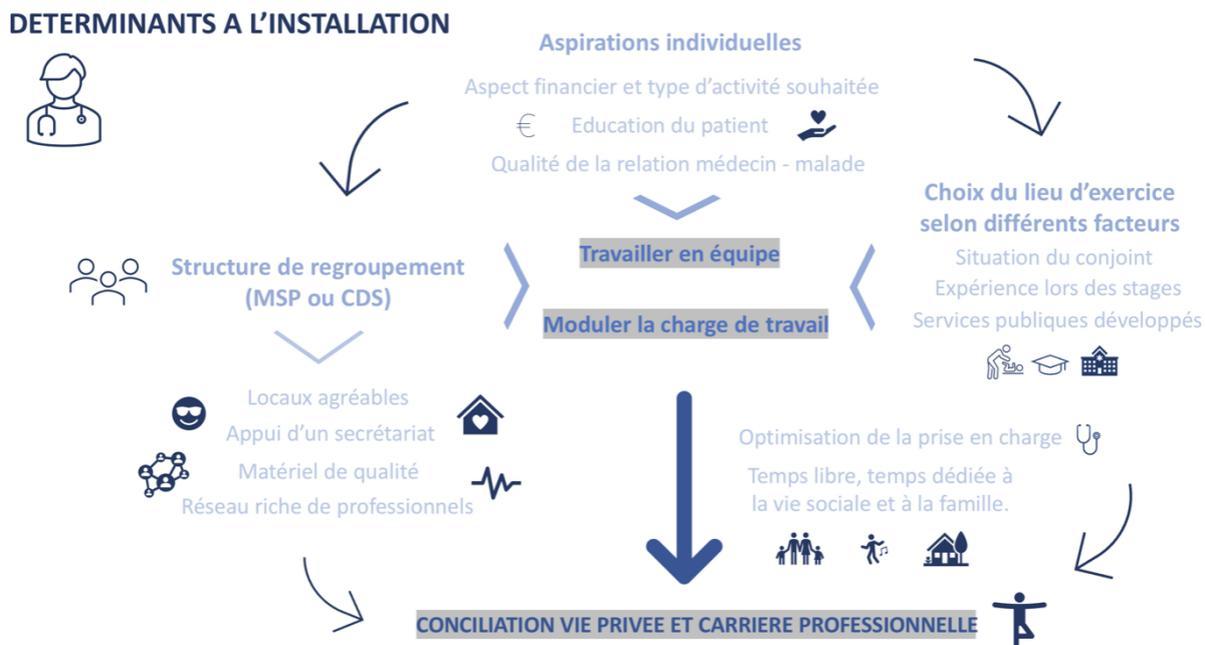


Figure 9 - Déterminants à l'installation des jeunes médecins

a. Conciliation vie professionnelle et vie personnelle

L'amélioration progressive du niveau de vie a fait évoluer les concepts de bien-être, de bonheur et de santé au sein de toutes les populations. ⁽¹⁶⁾ Les mutations des modes d'organisation du travail dans toutes les sphères professionnelles combinent à la fois un effet de genre et un effet de génération. ⁽¹⁷⁾ La qualité de vie est multidimensionnelle et prend en compte l'état physique, les sensations somatiques, l'état psychologique ainsi que les relations sociales et le rapport à l'environnement du sujet. ⁽¹⁶⁾

La profession médicale a longtemps été fondée sur la disponibilité permanente mais le sacerdoce d'époque est révolu et la discipline s'inscrit comme d'autres, dans un grand mouvement générationnel, celui du « *Work Life Balance* ». ⁽⁸⁾ Une importance fondamentale est donnée à l'imbrication des trajectoires professionnelles, personnelles, conjugales et familiales. ⁽¹⁷⁾ La médecine d'autrefois n'est plus une option, les pathologies se sont complexifiées, les connaissances se sont améliorées, la file active des médecins ne cesse d'augmenter et les villages d'autrefois ont laissé place aux aires urbaines bien plus étendues. ⁽¹⁹⁾ Tous actuellement, jeunes et moins jeunes, font le choix de concilier vie professionnelle et vie privée. Il existe alors une rupture entre les activités des anciennes générations de médecins et les nouvelles. ⁽⁸⁾

Les conditions de travail sont un ensemble de paramètres qui influent sur la satisfaction ressentie dans la pratique quotidienne de l'activité des médecins. ⁽⁸⁾ D'après la littérature, les bonnes conditions de travail en médecine générale regroupent les mécanismes permettant de concilier le projet de vie personnel et le projet de vie professionnel. ⁽⁸⁾

Plusieurs enquêtes démontrent que ce qui prime, surtout dans la population féminine, ce sont justement les conditions de travail (horaires, congés, gardes, etc.), la régularité des revenus et non leur importance, apportant une certaine stabilité professionnelle, et la sécurité dans l'emploi. Les hommes, comme les femmes, citent la maîtrise du temps de travail comme un facteur essentiel à l'épanouissement professionnel. ⁽¹¹⁾ Ce déterminant concerne directement la charge de travail, être capable de la moduler n'est pas toujours chose aisée.

En parallèle de cette maîtrise de la charge de travail, il semble important de mener à bien un projet de vie personnel, avec un temps réservé à la famille, aux amis et aux loisirs. ⁽⁸⁾ Pour ce faire, la grande majorité des médecins souhaitent organiser leur planning avec une journée de congés par semaine. ⁽¹¹⁾ L'équilibre des horaires est très recherché par la jeune génération, et également de plus en plus par les plus anciennes. ⁽²⁴⁾ Le plus souvent, il s'agit de réguler plutôt que de réduire le temps de travail. Les stratégies mises en œuvre visent à intensifier les amplitudes afin de se dégager du temps libre sur une autre plage horaire. ⁽¹⁷⁾

La rémunération n'est pas un facteur motivant l'installation. Le temps de travail prime sur le niveau de revenu, notamment chez les femmes. ⁽¹¹⁾ Soutenant cette même idée, les aides à l'installation ne modifient pas de façon notable le comportement des jeunes médecins car les raisons pour lesquelles les médecins ne souhaitent pas s'installer en zones déficitaires ne sont pas d'ordre financier. ⁽¹¹⁾

b. Facteurs permettant de moduler la charge de travail

Les jeunes médecins plébiscitent le travail en équipe et le regroupement, que ce soit ceux se tournant vers le salariat ou ceux se prédisposant au secteur libéral. ^{(11) (24)} L'exercice regroupé permet une certaine souplesse dans l'organisation du cabinet, une répartition des gardes et des obligations de permanence de soins, et autorise un aménagement plus aisé de son emploi du temps, permettant en conséquence une réduction du temps de travail, sans rupture de soins pour le patient. ⁽¹⁶⁾ Point tout autant important, l'exercice en équipe génère convivialité, émulation intellectuelle, échanges de pratiques et entraide. ⁽¹⁶⁾ En rassemblant les acteurs et les compétences en un même lieu, le travail en équipe permet de répondre de façon plus efficace aux besoins actuels et à venir du nombre croissant de poly-pathologies chroniques. ⁽²⁵⁾ Le travail en groupe permet également de

mutualiser des appareils médicaux onéreux ou encore le personnel, avec notamment la possibilité de partager le coût relatif d'un secrétariat et du personnel de ménage par exemple. ⁽⁸⁾ Tous ces avantages permis par la mutualisation améliorent le confort de travail de toute l'équipe et répondent à la prépondérance actuelle donnée à l'aspect matériel et organisationnel de l'exercice médical par les jeunes générations. ⁽⁸⁾

c. Déterminants secondaires d'attractivité

La diversité de l'exercice en médecine générale et le contact privilégié avec le patient plaisent à la plupart des médecins généralistes. ⁽¹¹⁾ Cette souplesse dans l'activité et le type de population traitée sont intimement liés à la zone d'exercice. Les activités en zone urbaine ne sont pas les mêmes qu'en zone rurale.

Ainsi, le choix du lieu est multifactoriel, le cadre de vie, le type d'activité souhaité, les infrastructures environnantes en place, les contraintes et les attaches familiales, la situation du conjoint et l'opportunité ressortent comme des facteurs pouvant influencer le lieu d'installation. ⁽¹¹⁾ ⁽¹⁹⁾ La présence de services publics dans la commune d'exercice est un facteur primordial quel que soit le statut du médecin, installé ou non. ⁽²⁴⁾ Il en va de même pour la présence impérative d'un réseau de spécialistes riche et diversifié et de structures hospitalières avoisinantes ⁽²⁴⁾, toujours dans le but d'optimiser le confort de travail sans négliger la qualité de la prise en charge. ⁽⁸⁾

La gestion du cabinet, et notamment de la comptabilité est plutôt perçue comme un frein à l'installation en libéral du fait notamment du manque de formation. ⁽¹¹⁾ Les remplacements après l'internat permettent de se projeter et de s'accommoder à différents modes d'exercice à l'image d'une suite à la formation initiale, permettant dans certains cas de lever ce frein. ⁽¹¹⁾

L'indépendance professionnelle avec l'autonomie permise par le secteur libéral est un critère majeur déterminant l'installation parmi cette population, à l'inverse de la population salariée. ⁽¹¹⁾ En revanche, l'exercice libéral est davantage associé à une plus grande charge de travail, surtout en milieu rural. ⁽¹¹⁾ Il a été admis que les zones rurales pourraient devenir attractives à condition que la charge de travail soit raisonnable, ce à quoi peuvent correspondre les centres de santé en zones rurales. ⁽¹¹⁾

III. Conséquences sur les modalités d'exercice

1. Les missions du médecin généraliste

En France, les autorités de santé reconnaissent le médecin généraliste comme le pivot du système de soins. ⁽²⁶⁾ Les missions du médecin traitant, définies par le ministère de la santé, rejoignant également la description qu'en fait la WONCA ⁽⁶⁾, sont d'assurer le premier niveau de recours au soin, d'orienter le patient dans un parcours coordonné, de favoriser la coordination des soins et le suivi du patient, afin de permettre une prise en charge globale et continue de tous. ⁽¹⁶⁾ Les missions du médecin sont représentées sur la figure n°10.

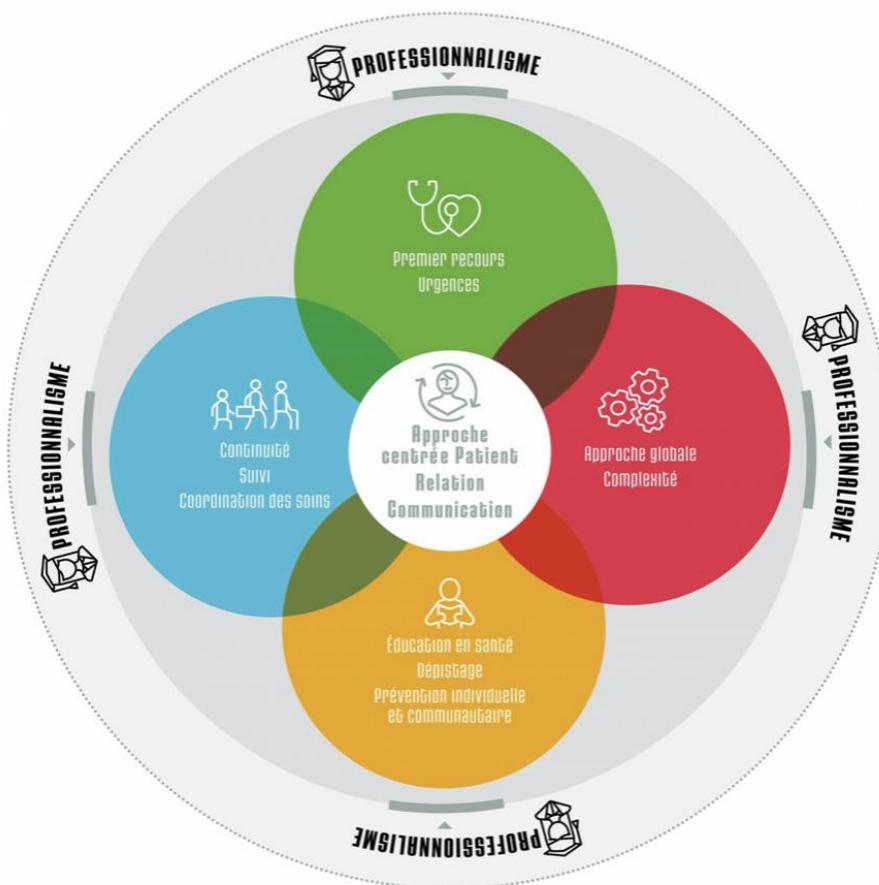


Figure 10 - Marguerite des compétences du médecin généraliste, selon le DUMG de Rouen

La pratique de la médecine générale peut prendre plusieurs formes : en cabinet libéral, en pôle de santé, en maison de santé (MSP), en centre de santé (CDS), à l'hôpital, en clinique. Son activité est variée : polyvalente, ou non, en fonction de formations complémentaires éventuelles, et son mode d'exercice peut s'adapter, allant de l'exercice libéral, à l'exercice salarié ou mixte. ⁽¹⁶⁾

Comme ce que suggère les sections précédentes, une baisse globale de l'offre de soins en médecine générale a tendance à se dessiner pour les dix prochaines années. Parallèlement, en raison du vieillissement de la population, les besoins en soins se majorent et, malgré les réformes de politique de santé, l'offre de soins croît moins vite que la demande. ⁽¹⁴⁾ Il apparaît donc nécessaire d'élaborer des solutions fortes et durables pour améliorer l'organisation même de la santé sur le territoire, afin d'offrir des conditions d'exercice conformes aux besoins de la population ainsi qu'aux attentes des professionnels. ⁽¹⁵⁾ L'exercice regroupé permet une prise en charge globale d'une population sur un territoire donné ⁽¹⁵⁾ et réduit le recours aux soins hospitaliers à moyen et long terme. ⁽²⁵⁾ Or, le désir de travailler en équipe et de manière coordonnée est un facteur d'attractivité que ce soit en libéral ou en salariat. ⁽¹¹⁾ Ainsi, les MSP et les CDS pourraient être des solutions aux enjeux actuels.

2. Les maisons de santé

Le terme de maison de santé est apparu en 2006. ⁽²⁷⁾ Elles sont définies comme des structures visant à offrir à la population un ensemble de services de santé sur un même lieu. Regroupant des activités médicales et paramédicales, elles favorisent la prise en charge coordonnée, et répondent notamment aux soins de premier recours. Elles constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaités par de nombreux professionnels. Elles apparaissent donc comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins dans des secteurs notamment définis comme déficitaires. ⁽²⁵⁾ Néanmoins, 40% des MSP sont implantées en zones non-déficitaires. ⁽²⁷⁾

Elles tentent de répondre à plusieurs objectifs, notamment réduire les inégalités sociales, pérenniser les soins sur un territoire, améliorer le management de la santé et répondre plus facilement aux soins non programmés. ⁽²⁷⁾ Ce mode d'exercice coordonné et protocolisé s'inscrit dans une démarche d'amélioration des pratiques. ⁽²⁷⁾

L'organisation au sein des MSP permet aux médecins de trouver une harmonie entre le temps de travail et le loisir, tout en améliorant l'amplitude horaire des soins à la population. ⁽²⁵⁾ Ce mode d'exercice est vu comme une solution au surmenage des professionnels de santé. ⁽²⁷⁾

La mise en commun rendue possible par le regroupement permet d'élargir l'offre de soins avec mutualisation d'équipements de qualité, ce qui n'était pas réalisable auparavant en médecine générale. ⁽²⁵⁾ De la même façon, le partage des frais de cabinet relatif notamment au secrétariat apparaît comme un bienfait accentuant le confort de travail de tous ⁽²⁵⁾ et n'est possible que grâce à l'exercice partagé. ⁽²⁷⁾ Ainsi, les conditions d'exercice rassemblent un rythme de travail plaisant au

sein d'une équipe permettant des soins adaptés, coordonnés et de qualité dans des locaux agréables.⁽²⁷⁾

Cependant, certaines craintes subsistent, notamment sur la pérennité de ces structures directement liée aux subventions.⁽²⁷⁾ Le coût des charges reste élevé même relativisé par le confort d'exercice obtenu.⁽²⁷⁾ Certaines réformes viennent renforcer l'efficacité de ces MSP. Par exemple, le poste de coordonnateur qui permet de décharger les gérants des MSP ou encore le poste d'assistant médical qui permet par exemple d'augmenter la file active des médecins. Ces dispositifs ont leurs limites et ni le patient ni le médecin ne doivent pâtir de ces conséquences.⁽²⁷⁾

3. Les centres de santé

a. Définition

Les CDS sont définis par la loi HPST de 2009, modifiée en 2011. Ce sont des lieux de soins de proximité, regroupant des professionnels de santé médicaux, dentaires ou infirmiers, tous salariés, prodiguant des soins de premiers recours, sans hébergement. Ils mènent des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique, ainsi que des actions sociales. Ils pratiquent le tiers payant intégral. Ils sont créés et gérés par des organismes à but non lucratifs (collectivités territoriales, établissements de santé, associations par exemple). Ils élaborent un projet de santé incluant des dispositions favorisant l'accès aux soins pour les populations précaires, et permettant une coordination des soins entrepris.⁽¹⁶⁾ Il existe des CDS infirmiers, dentaires, médicaux (avec uniquement des médecins et du personnel administratif) ou encore polyvalents (regroupant des médecins et au moins une autre activité médicale ou paramédicale).⁽¹⁶⁾ Ces différentes caractéristiques sont reprises dans la figure n°11.

Ils doivent remplir un cahier des charges bien précis avant de se voir attribuer le titre de centre de santé, et régulièrement, les caractéristiques les définissant sont réévaluées afin d'en maintenir le statut.⁽²⁸⁾ Ainsi, un engagement de conformité à la réglementation est nécessaire en phase initiale puisque le centre s'engage sur le respect de toutes les obligations légales et réglementaires auxquelles ces centres sont soumis.⁽²⁹⁾ Des mises à jour récurrentes du projet de santé comprenant les éventuelles modifications sont régulièrement réévaluées afin de poursuivre son fonctionnement.⁽²⁹⁾

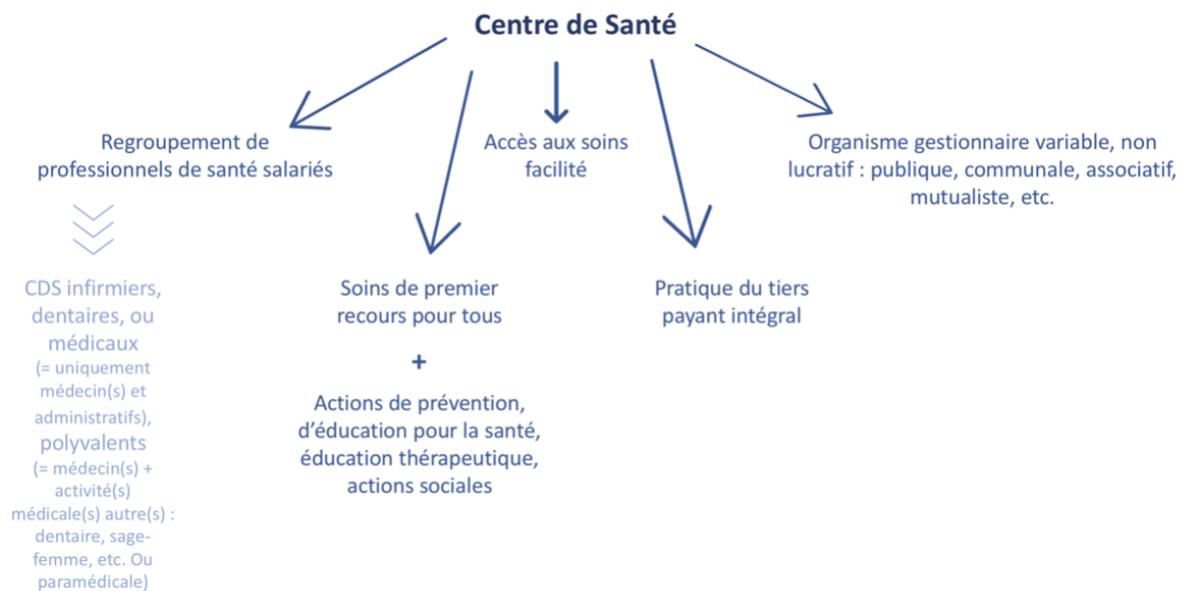


Figure 11 - Caractéristiques des CDS

b. Origine des centres de santé

Ils trouvent leur origine dans les dispensaires d'autrefois, dédiés initialement à l'isolement des maladies contagieuses. ⁽¹⁶⁾ Par la suite, ils ont évolué vers des centres de soins plus polyvalents, permettant notamment un accès géographique et social facilité devant l'expansion des zones urbaines. Le terme de centre de santé n'apparaît qu'en 1991 dans le Code de Santé Publique, bien que son existence soit antérieure comme en témoigne la revue « Le centre de Santé » fondée en 1954 par le Dr Jean Reigner. ⁽³⁰⁾

Leur répartition historique est inégale sur le territoire du fait de leur implantation initiale dans les communes antérieurement communistes, à forte motivation sociale où se sont développées les mutuelles pour ouvriers. Par la suite, les centres de soins polyvalents se sont développés dans les zones de fragilité sociale ou de faible densité médicale. ⁽¹⁶⁾

En 2017, devant l'ampleur des créations de centre de santé, une plateforme appelée « Observatoire des Centres de Santé » a été créée afin d'en permettre le recensement et le suivi, ainsi que d'exposer les rapports d'activité conditionnant les aides financières. ⁽²⁹⁾ La Fédération Nationales des Centres de Santé (FNCS) chapeaute cette plateforme.

c. Fonctionnement des centres de santé

Ayant pour vocation de contribuer au maintien ou au développement de soins de proximité tout en y garantissant un accès égal dans un contexte de raréfaction des ressources médicales, ils sont présentés comme attractifs.⁽¹⁶⁾ En effet, les horaires d'ouverture couvrent une majeure partie de la journée, tous les jours de la semaine hormis le dimanche, et parfois sans rendez-vous. La patientèle y trouve une prise en charge globale et l'exercice y est coordonné entre les différents membres de la structure et les hôpitaux avoisinants.⁽¹⁶⁾ Ainsi, ce travail en équipe associe le personnel soignant, social et administratif.⁽³¹⁾

Au sein de l'offre ambulatoire, les CDS se distinguent donc par leur mode de rémunération salarié de leurs professionnels, la pratique systématique du tiers payant avec dispense d'avance de frais, et l'application des tarifs opposables de la sécurité sociale.⁽³²⁾ Les CDS restent néanmoins très hétérogènes, que ce soit par leur taille, leur activité, ou par leur organisme gestionnaire.⁽³²⁾

Sur le territoire français, ces centres ont une réelle utilité sanitaire et sociale en proposant une offre de soins précieuse aux populations parfois très précaires, tout en répondant aux principales attentes des jeunes médecins.⁽³¹⁾ Les CDS plus récents s'éloignent du modèle ancien concentré dans les grands foyers industriels et urbains, et se rapprochent actuellement des cabinets de groupe. Ils sont alors parfois la seule offre de soins sur un territoire et drainent donc tout type de population.⁽³²⁾

Financés principalement par l'assurance maladie sur la base du nombre d'actes accomplis, ils restent financièrement fragiles, et ont la plupart du temps recours à un complément de ressources afin d'équilibrer les comptes.⁽³¹⁾ Dans le but de tendre vers l'équilibre, des efforts de gestion restent nécessaires, comme veiller au bon remplissage des planning, lutter contre l'absentéisme, inclure des consultations non programmées pour compenser les absents ou encore optimiser la gestion du tiers payant. Même avec une gestion optimale, l'équilibre est difficile à atteindre. Certaines pistes mettent en évidence des facteurs économiques de déséquilibre comme le manque de subvention pour certaines tâches remplies par ces centres (gestion totale du tiers payant, actions sociales, pas de forfaits).⁽³¹⁾

La loi de modernisation du système de santé votée en 2016 et mise en application en 2018 a pour principal objectif le renforcement de l'offre de soins ambulatoires, entre autres en favorisant l'accroissement du nombre de CDS.⁽¹¹⁾

d. Avantages accordés aux centres de santé

Le fait d'être une structure salariée de proximité dispensant des soins de premiers recours, de façon égale pour tous, ⁽²⁹⁾ permet aux médecins y exerçant, de conserver une activité de médecine générale tout en étant salarié. ⁽¹¹⁾ L'accès aux soins y est facilité pour les patients. ⁽¹¹⁾

Au-delà de l'activité, le salariat en CDS permet avant tout la maîtrise de l'amplitude horaire en accord avec une vie de famille confortable parallèle à l'activité professionnelle. ⁽³²⁾ L'équilibre hebdomadaire du rythme de travail et la stabilité du revenu offrent un apaisement quant aux difficultés pouvant être rencontrées en libéral. ⁽³²⁾

Par ailleurs, le salariat se caractérise par l'accès à des droits socio-professionnels comme les congés payés, l'arrêt maladie, le congés maternité, etc. ⁽¹¹⁾ Il permet également une sécurité de l'emploi avec les atouts de la retraite des salariés. ⁽¹¹⁾

De plus, le fait d'être sous contrat permet une certaine flexibilité et la mobilité reste possible pour tout médecin, d'autant plus s'il s'agit d'un début d'exercice. ⁽³²⁾

Les médecins y exerçant disposent d'un secrétariat performant et sont déchargés des tâches administratives de gestion du cabinet. ⁽¹¹⁾ Cet aspect améliore le confort de la profession et optimise la prise en charge en axant le médecin essentiellement sur du temps médical auprès des patients. ⁽³²⁾ Ils n'ont donc pas de relation économique avec leur patient, ni avec les autres employés de la structure. ⁽¹¹⁾ Cet aspect reflète une forme de liberté et d'indépendance envers ses patients et face à ses collègues. ⁽³²⁾

Ainsi, les CDS semblent répondre aux attentes des jeunes médecins, non seulement en permettant un exercice regroupé, la décharge des tâches administratives, en proposant aussi des conditions d'exercice préservant la qualité de vie. ⁽¹⁶⁾ La majorité des médecins exerçant en centre de santé sont des femmes jeunes. ⁽¹⁶⁾ Le développement de ces structures pourrait répondre à une éventuelle demande grandissante de postes salariés liée à la féminisation de la profession. ⁽¹⁶⁾ Un tiers des jeunes ne souhaitant pas s'installer en MSP sont attirés par ce mode d'exercice. ⁽¹¹⁾

e. Les limites des centres de santé

L'indépendance et l'autonomie permises par l'exercice libéral s'effacent dans le salariat. ⁽³²⁾ Du même fait, en dépendant d'une entité supérieure, il existe une lenteur dans la prise de décisions, notamment pour les soucis d'ordre matériel et organisationnel. ⁽³²⁾

Par ailleurs, du point de vue du patient, le fait de dépendre d'un centre et non d'un médecin peut atténuer la relation médecin-malade et en perdre les bienfaits. D'autre part, accentuant cet

argument, la mobilité des médecins étant facilitée, le turn-over dans ces centres est un fait et la relation peut d'autant plus en être impactée. ⁽³²⁾

De plus, le développement des CDS aurait été ralenti en raison de leur déficit budgétaire, expliqué notamment par une rémunération insuffisante des activités qui y sont proposées, et par des charges administratives et structurelles plus élevées. ⁽¹¹⁾ De nouveaux modes de rémunération sont à l'étude. ⁽¹¹⁾ En attendant, il est nécessaire de veiller à ce que les conditions de travail ne pâtissent pas des contraintes budgétaires. ⁽³²⁾

IV. Place de l'étude dans le contexte

La médecine générale est décrite comme une discipline d'intégration, prenant en compte un panel complexe allant du soin médical aux problèmes sociaux, passant de l'aigu au chronique, et couvrant à la fois la prise en charge préventive à la prise en charge palliative. Elle est ainsi centrée sur le patient, et cette relation privilégiée est la pierre angulaire de ce métier. ⁽⁸⁾ La médicalisation de la société, ainsi que l'accès facilité à toute information font que le patient devient plus éclairé, documenté, et exigeant à l'égard du savoir médical, mettant parfois à mal cette relation qu'il est nécessaire de préserver. ⁽⁸⁾

La population de médecins généralistes se féminise et rajeunit, renouvelant que partiellement les effectifs des générations plus âgées, ⁽¹⁴⁾ génération à l'image de la population générale, elle-même vieillissante. Une diminution globale de l'offre de soins se poursuit donc au sein de la prochaine décennie. ⁽¹⁴⁾

Dans ce contexte, mêlant évolution de la médecine, évolution sociétale, modification démographique, avancées scientifiques, et réformes de santé, la profession est souvent décrite en crise, marquée par le découragement et une perte de prestige. ⁽⁸⁾ Mais au-delà de ces éléments et des projections démographiques pessimistes, la jeune génération de médecins généralistes constitue un maillon essentiel pour l'avenir de la profession, et n'entend pas abandonner cette filière. Toutefois, il existe un décalage entre le souhait d'installation des internes cité à 80% ⁽³³⁾ et la faible proportion d'installation réelle, et ce malgré le développement des aides à l'installation. En effet, pour 98% des jeunes installés récemment, les aides à l'installation n'ont pas influencé leur choix. ⁽¹¹⁾

Les raisons de la désertion de la profession ne sont donc pas d'ordre financier mais s'inscrivent dans un mouvement plus grand, lié à une génération toute entière, à la recherche d'un épanouissement à la fois dans sa vie privée ainsi que dans sa vie professionnelle. ⁽¹¹⁾ Cette qualité de

vie est permise par de bonnes conditions de travail caractérisées par un rythme de travail raisonnable entraînant une charge de travail maîtrisée dans un cadre confortable en exercice regroupé. Cela peut amener à penser que la revalorisation du métier ainsi que sa réorganisation sont nécessaires. ⁽⁸⁾

Les politiques de santé doivent élaborer des solutions fortes et durables pour améliorer l'organisation même de la santé sur le territoire, afin d'offrir des conditions d'exercice conformes aux besoins de la population ainsi qu'aux attentes des médecins. ⁽¹⁵⁾ Un changement du contenu de l'activité du médecin généraliste, orienté vers une meilleure utilisation des compétences médicales, pourrait ainsi participer à améliorer l'attractivité de la profession et à diminuer l'érosion du choix de cette spécialité chez les nouvelles générations d'étudiants en médecine. ⁽²³⁾ Les modifications des conditions d'exercice vont donc être déterminantes pour l'avenir de la profession. ⁽²³⁾

Le désintérêt croissant pour l'exercice libéral au profit de l'exercice salarié s'inscrit dans la même idée, parce que l'exercice libéral est plus souvent associé à une lourde charge de travail. ⁽¹⁸⁾ Les femmes médecins, sans distinction de spécialité, choisissent davantage le salariat que leurs homologues masculins. ⁽¹¹⁾ L'activité salariée est également envisagée par une grande partie des médecins ayant choisi médecine générale à défaut d'une autre spécialité à l'ECN. ⁽¹¹⁾

Dans ce sens, les centres de santé, offrant des postes de médecine générale salariés, semblent répondre aux contraintes induites par les zones déficitaires en palliant les éventuels freins à l'installation dans ces territoires, et en permettant un équilibre entre la vie personnelle et la carrière professionnelle, tout en apportant une offre de soins de qualité à la population. ⁽¹¹⁾

Qu'en est-il réellement ? Les médecins y exerçant sont-ils satisfaits et épanouis ? Quels sont les aspects positifs de ce mode d'exercice ? Quels en sont les inconvénients ?

L'étude proposée ici vise à évaluer le ressenti après installation des médecins généralistes exerçant en centre de santé, face aux différents déterminants les ayant attirés initialement vers ce mode d'exercice. Ainsi, il sera éventuellement possible d'en tirer des conclusions afin de faire connaître les tenants et les aboutissants de ce mode d'exercice aux étudiants internes de médecine générale, futurs médecins de demain.

PARTIE II : ARTICLE DE RECHERCHE

I. INTRODUCTION DE L'ARTICLE

La médecine générale a connu de profonds bouleversements au cours de son histoire, et ces événements se sont accélérés à partir de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. ⁽²⁾ Actuellement, la discipline structure son identité autour du rôle prépondérant qu'a le médecin traitant au sein du système de soins, et de la relation médecin-patient qui s'inscrit comme le fondement de la profession. ⁽⁸⁾

Cependant, le système de santé français souffre et l'origine de cette détresse est multifactorielle. La crise démographique en est une des raisons principales. En effet, l'offre de soins diminue de façon contraire à la demande en soins qui augmente. ⁽⁸⁾ Le nombre de médecins généralistes en activité régulière ne cesse de diminuer depuis 2010, ⁽¹⁰⁾ et sa population se féminise et rajeunit sans compenser pleinement le nombre de départs en retraite. ⁽¹⁴⁾ À l'inverse, le vieillissement de la population voit progresser les maladies chroniques et le besoin de soins ambulatoires s'amplifie de jour en jour. ⁽⁸⁾

De façon concomitante, les mentalités évoluent et les patients comme les médecins n'aspirent plus aux mêmes désirs qu'autrefois. Le déclin de l'exercice libéral associé à une lourde charge de travail au profit de l'exercice salarié qui la module en est le reflet. ⁽¹⁰⁾⁽¹⁸⁾ À l'heure où le confort de l'exercice de la profession prime sur la hauteur des revenus, les centres de santé, employant des professionnels de santé salariés, peuvent répondre à la double exigence de satisfaire l'offre de soins sur un territoire tout en permettant un équilibre désiré entre la vie personnelle et la carrière professionnelle des médecins y exerçant. ⁽¹¹⁾

Ce mode d'exercice de la médecine générale reste néanmoins méconnu des jeunes médecins, et peu d'études en font leur éloge. Afin d'aider les internes dans leur choix de leur futur mode d'exercice, il semble donc pertinent d'interroger des médecins généralistes déjà installés dans ces centres. Un retour d'expérience pourrait mettre en évidence les avantages et les inconvénients relatifs à la pratique du salariat par rapport à leurs attentes initiales.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Une étude transversale, observationnelle et descriptive a été réalisée. Cette étude a eu lieu en France, entre avril et juin 2022. Pour être inclus dans l'étude, certains critères ont été établis en phase initiale : être médecin généraliste, être salarié, travailler en centre de santé implanté sur le territoire français, et y être installé depuis au moins un an. Ce dernier critère a ensuite été revu, et ne représente finalement pas un critère strict d'inclusion. Les critères d'exclusion regroupent : les autres professions de santé, médicales ou non, l'exercice non salarié, libéral ou bénévole. L'objectif principal est de mettre en évidence la différence de perception des différents déterminants à l'installation avant et après la prise de poste. L'objectif secondaire est d'établir les avantages et les inconvénients de l'exercice en CDS.

2. Source des données

L'étude a été menée sur un échantillon volontaire de médecins généralistes salariés, travaillant dans des centres de santé français. Plusieurs paires de sous-groupes au sein de cet échantillon ont été par la suite constituées : une paire de sous-groupe différenciant le mode de gestion du centre, une autre distinguant les hommes et les femmes, et une dernière paire séparant l'exercice à temps plein du temps partiel.

3. Liste de diffusion

La population d'origine est issue d'une liste la plus exhaustive possible des CDS français. Elle a été constituée *via* une base de données fournie par l'ARS. Il s'agit de la base de données FINISS, Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux. L'outil de recherche avancée a été utilisé afin d'en filtrer les réponses. Une liste brute de tous les CDS français, avec ou sans médecins généralistes y exerçant, a ainsi été obtenue. Elle comportait 3 130 centres. Cette liste a été affinée, dans un premier temps en excluant, selon leur intitulé, tous les CDS monovalents, exclusivement infirmiers ou exclusivement dentaires. Elle ne comportait alors plus que 1 266 centres. Dans un second temps, les secrétariats des CDS de cette liste ont été contactés un à un de février à avril 2022. Le message d'appel à participation présentait en moins d'une minute les responsables et l'investigateur de la thèse, s'assurait ensuite de l'existence de la population cible au sein du CDS concerné, puis exposait l'objectif de l'étude et les modalités de recueil des données. L'obtention

d'une réponse immédiate n'a pas été systématique, et ceux dont l'appel n'aboutissait pas ont été recontactés jusqu'à deux reprises avant abandon et exclusion par défaut. Tous les CDS de la liste d'appel ont donc été contactés. L'appel a abouti pour 832 d'entre eux, mais seulement 321 de ces centres comptaient un ou plusieurs médecins généralistes parmi leurs salariés. Enfin, les adresses mail des secrétariats acceptant la démarche ont été ajoutées une à une à la liste de diffusion, et ces secrétariats ont été chargés de relayer le lien du questionnaire aux différents médecins généralistes de leur CDS respectif. 14 secrétariats ont refusé de transmettre le message, soit parce qu'ils n'avaient pas les contacts des médecins et n'étaient pas sur place, soit parce qu'ils n'avaient pas le temps. 2 de ces secrétariats ont refusé catégoriquement d'écouter la fin du message d'appel. La liste de diffusion comportait donc 307 CDS éparses sur le territoire français, et d'après les affirmations des secrétaires, cette liste ciblait 724 médecins généralistes salariés. En tout, il y a eu 122 participations. Une sage-femme salariée a été exclue du fait de sa profession, et un des médecins a préféré invoquer son droit de retrait en répondant « non » à la proposition de participation. 120 réponses sont donc exploitables. Cette démarche est représentée sur le diagramme de flux de la figure n°12.

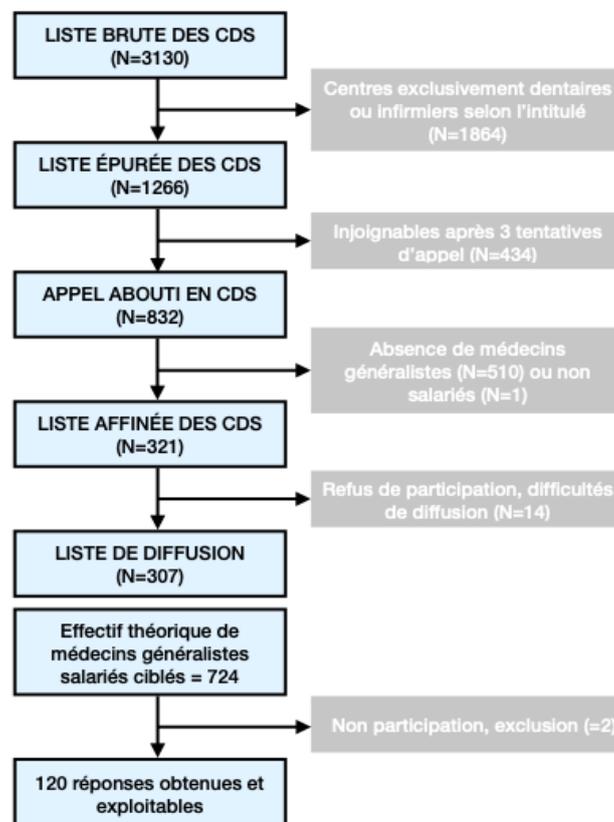


Figure 12 - Diagramme de flux aboutissant à la constitution de l'échantillon

4. Questionnaire

Un questionnaire Google Form a été élaboré fin 2021 avec l'aide d'un assistant chef de clinique du département de médecine générale de Nancy. Il a été composé en trois parties. La première reprenait les critères d'inclusion et d'exclusion. La deuxième caractérisait la population. La troisième recueillait les données motivant l'étude. Le questionnaire a été testé auprès d'une dizaine de personnes, médecins et non médecins, avant sa diffusion, afin d'objectiver les éléments à corriger, rectifier les éventuels oublis, et tester sa durée de réalisation qui était de l'ordre de 5 minutes. Le questionnaire a ensuite été envoyé par vague à la liste de diffusion entre avril et juin 2022. Plusieurs rappels ont été adressés à cette même liste dans le but de majorer l'effectif des participants. Le recueil a été clôturé début juillet 2022 suite à la stabilisation du nombre de participations. Afin de garantir le consentement des participants, un accord préalable au recueil de données a été validé par chacun d'entre eux. Les réponses ont été recueillies de façon anonyme afin de garantir la sécurité des données.

5. Plan d'analyse des données

Les données ainsi recueillies se composaient d'éléments quantitatifs, qualitatifs et semi-quantitatifs. L'analyse des données a été réalisée entre juillet et août 2022 avec l'aide extérieure d'un Maître de conférences de l'Université de Lorraine. Plusieurs axes de recherche ont été explorés. Dans un premier temps, les caractéristiques de l'échantillon ont été relatées dans un tableau, puis elles ont été comparées à la population source afin de s'assurer de la représentativité des résultats. Dans un second temps, les résultats concernant le ressenti face aux différents déterminants à l'installation ont été analysés. Les réponses ont été converties en données quantitatives, puis la moyenne et l'écart-type ont été calculés sur chaque item dans le but de les trier et de les représenter sous la forme d'un histogramme en comparant chacun d'entre eux avant et après installation. Ces résultats ont ensuite été comparés deux à deux dans la paire de sous- groupes distinguant le mode de gestion du centre afin d'y observer des différences significatives ou non. Dans un troisième temps, une analyse comparative parmi chaque sous-groupe a été conduite, dans le but d'objectiver un éventuel bienfait du salariat sur la qualité de vie ressentie professionnelle et personnelle sur chaque sous-population en les comparant deux à deux. Cette mesure s'est effectuée sur une échelle numérique.

6. Calculs statistiques

Pour ce faire, les données sont exprimées comme la moyenne (n=variable selon l'objet d'étude) \pm l'écart-type. Les analyses statistiques pour la comparaison des données ont été réalisées en utilisant l'utilitaire d'analyses d'Excel. Les données ont été analysées en appliquant tout d'abord un test de Fisher, après avoir vérifié la distribution normale des variables. Le test de Fisher permet de tester l'égalité des variances de deux échantillons. L'hypothèse H_0 du test soumet que les 2 échantillons ont des variances égales et suivent donc la même distribution. La valeur-p du test obtenue permet d'accepter ou de rejeter l'hypothèse H_0 . Un intervalle de confiance de 95% a été fixé. Ainsi, si la valeur-p du test est inférieure à la limite de 0,05, l'hypothèse est rejetée. Deux échantillons ont donc des variances égales lorsque la valeur-p du test les comparant est supérieure à 0,05. Une fois la réponse du test de Fisher connue, les moyennes des échantillons sont ensuite comparées. Pour cela, un test de Student est réalisé avec l'hypothèse H_0 soumise que la différence entre les moyennes des échantillons est nulle, à un intervalle de confiance de 95%. Ainsi, si la valeur-p du test est inférieure à 0,05, l'hypothèse H_0 est rejetée, les moyennes des échantillons sont significativement différentes. Enfin, les résultats de ces tests sont présentés à l'aide de lettres. Les échantillons présentant la même lettre ne sont pas significativement différents à la valeur-p $\leq 0,05$.

7. Recherche bibliographique

Plusieurs rendez-vous à la bibliothèque universitaire l'année précédant le début des investigations ont été nécessaires afin d'optimiser la qualité de la recherche documentaire. La recherche bibliographique a été faite *via* plusieurs moteurs de recherche dont Google Scholar, le Sudoc, Ulysse, EM, et Pubmed. La plateforme Google a été utilisée dans le but de trouver des références en passant par des sites officiels tels que celui du ministère de la santé, de l'INSEE, etc. La recherche a surtout été menée en français, étant donné le contexte dans lequel s'inscrit cette étude. Les principaux mots clés utilisés reprenaient les grandes lignes de l'étude : « centre de santé », « médecine générale salariée », « déterminants à l'installation » etc. L'outil de bibliographie Zotéro a été utilisé dans le but d'intégrer et de trier les références.

III. RESULTATS

L'échantillon est décrit dans le tableau n°1. Il comprend 120 membres. Il est majoritairement représenté par des médecins de moins de 35 ans. Les trois quarts de son effectif total sont des femmes. Plus de la moitié des répondants sont en couple avec des enfants. Concernant les modalités d'exercice, le tiers de l'échantillon exerce à temps plein tandis que le travail en temps partiel représente une très grande majorité. Plus de la moitié de l'effectif travaille en zone urbaine.

Tableau 1 - Caractéristiques de l'échantillon

CARACTERISTIQUES	DE L'ECHANTILLON	
	EFFECTIF (120)	%
SEXE		
Homme	30	25%
Femme	90	75%
AGE		
Jusqu'à 35 ans	63	53%
Entre 36 et 40 ans	16	13%
Entre 41 et 50 ans	13	11%
Entre 51 et 60 ans	18	15%
> 60 ans	10	8%
NATIONALITE		
Française	118	99%
Autre	2	1%
STATU FAMILIAL		
Couple avec enfant(s)	64	53,50%
Couple sans enfant avec projet d'en avoir à court terme	20	16,50%
Couple sans enfant sans projet à court terme	21	17,50%
Célibataire avec enfant(s)	2	1,50%
Célibataire sans enfant	13	11%
INSTALLATION		
< 1 an	32	27%
> 1 an	88	73%
GESTION DU CENTRE		
Géré par une commune	40	33%
Géré par une association	32	27%
Géré par une instance publique (université, ...)	27	23%
Géré par un organisme privé	21	17%
MODALITE D'EXERCICE		
Temps plein	41	34%
Temps partiel	70	58%
Retraité	6	5%
Remplaçant	3	3%
TYPE DE MEDECINE		
Urbaine	101	84%
Rurale	19	16%

1. Évaluation globale du ressenti après installation face aux déterminants à l'installation

a. Démarche explicative

Dans l'analyse menée ici, les principaux déterminants à l'installation ont été évalués un à un par tous les membres constituant l'échantillon, avant puis après installation. L'évaluation sur chaque item s'étend entre 1 et 5 selon leur importance ressentie avant puis après installation. Le chiffre 1 correspondant à « pas du tout important » et 5 correspondant à « très important ». Les valeurs 4 et 5 témoignent d'un aspect plutôt positif du déterminant en question. Les valeurs inférieures à 2,5 sont plutôt connotées de façon négative. Ces déterminants ont ensuite été triés selon leur valeur puis inscrits dans un histogramme. Une comparaison entre avant et après installation a été menée sur chaque déterminant afin d'objectiver d'éventuelles différences significatives.

b. Une tendance à la valorisation

Les résultats sont schématisés dans l'histogramme présenté en figure n°13. Seulement 3 déterminants ont une moyenne dépassant 4/5 avant installation, et reflètent un aspect plutôt positif du facteur en question avant installation. Il s'agit de la diminution des tâches administratives, du travail en équipe, et de la stabilité socio-professionnelle. Après installation en revanche, quasiment 6 marqueurs dépassent cette moyenne. Il s'inscrit donc une tendance à la valorisation des déterminants initialement jugés comme ayant peu d'impact mais qui finalement paraissent avantageux à l'usage. D'ailleurs, aucun déterminant ne perd de la valeur de façon significative après installation, ce qui traduit plutôt la satisfaction dans le travail salarié.

c. Différences statistiquement significatives

Après analyse, en comparant statistiquement les valeurs avant puis après installation sur chaque marqueur, il en ressort une différence significativement positive avec une valeur $p < 0,05$ concernant trois d'entre eux. En effet, la facilité d'installation en CDS est significativement plus appréciée après installation qu'il n'y paraît avant installation. Il en est de même pour le fait de ne pas avoir à gérer du personnel ainsi que le type de médecine exercé en CDS. Ces trois déterminants sont significativement mieux notés après, qu'avant installation. Il n'y a pas de différence significative pour les autres déterminants.

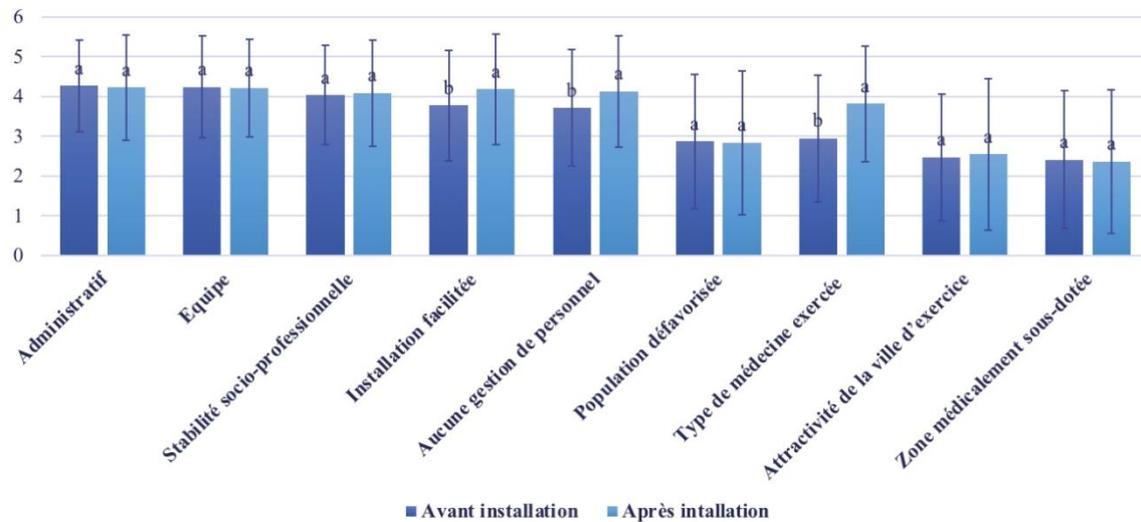


Figure 13 - Histogramme représentant pour chaque déterminant la moyenne et l'écart-type du ressenti face à ce facteur avant et après installation

2. Distinction du ressenti après installation face aux différents déterminants à l'installation selon le mode de gestion du CDS

a. Démarche explicative

De la même façon, la procédure a visé à comparer statistiquement chaque valeur estimée sur chaque déterminant, avant puis après installation, en distinguant les résultats en quatre cohortes selon le mode de gestion du CDS :

- la cohorte 1 correspond à la gestion communale
- la cohorte 2 correspond à la gestion associative
- la cohorte 3 correspond à la gestion par un organisme public
- la cohorte 4 correspond à la gestion mutualiste ou par un organisme privé.

Les résultats obtenus ont été rapportés dans un histogramme pour chacune des quatre cohortes et les valeurs ont été comparées afin de mettre en évidence des éventuelles différences significatives.

b. Cohorte 1 : gestion communale

Au sein de cette cohorte, quatre déterminants sont connotés positivement avant installation, il s'agit de la réduction des tâches administratives, du travail en équipe, de la stabilité socio-professionnelle et de la non gestion du personnel. Il existe également la même tendance à la valorisation des principaux déterminants après installation, comme le montre la figure n°14. Deux

différences positives statistiquement significatives avec un $p < 0,05$ sont mises en évidence, il s'agit des déterminants touchant le type de médecine exercée et la non gestion du personnel.

Un seul déterminant perd de la valeur après installation mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Il s'agit du travail en équipe.

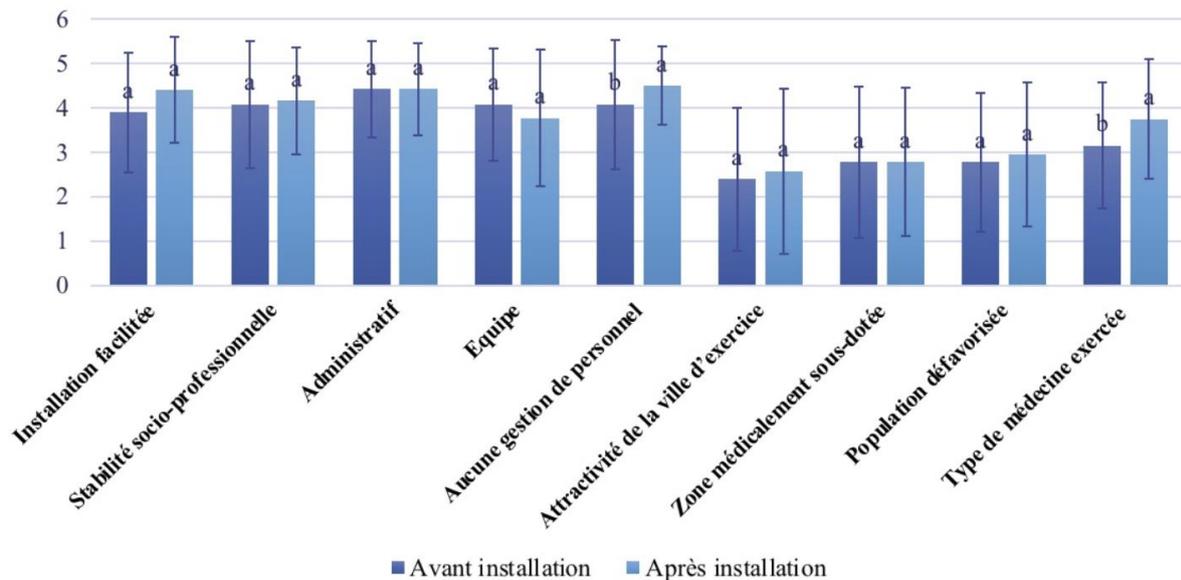


Figure 14 - Histogramme de la moyenne et de l'écart-type des déterminants avant et après installation au sein de la cohorte à gestion communale

c. Cohorte 2 : gestion associative

Au sein de cette cohorte, trois déterminants sont connotés positivement avant installation, il s'agit de la réduction des tâches administratives, du travail en équipe et de la stabilité socio-professionnelle. il existe également une tendance à la valorisation des principaux déterminants après installation comme le montre la figure n°15. La seule différence positive statistiquement significative avec un $p < 0,05$ concerne le type de médecine exercée.

Un déterminant perd néanmoins de la valeur, de façon non significative, il s'agit de la réduction des tâches administratives.

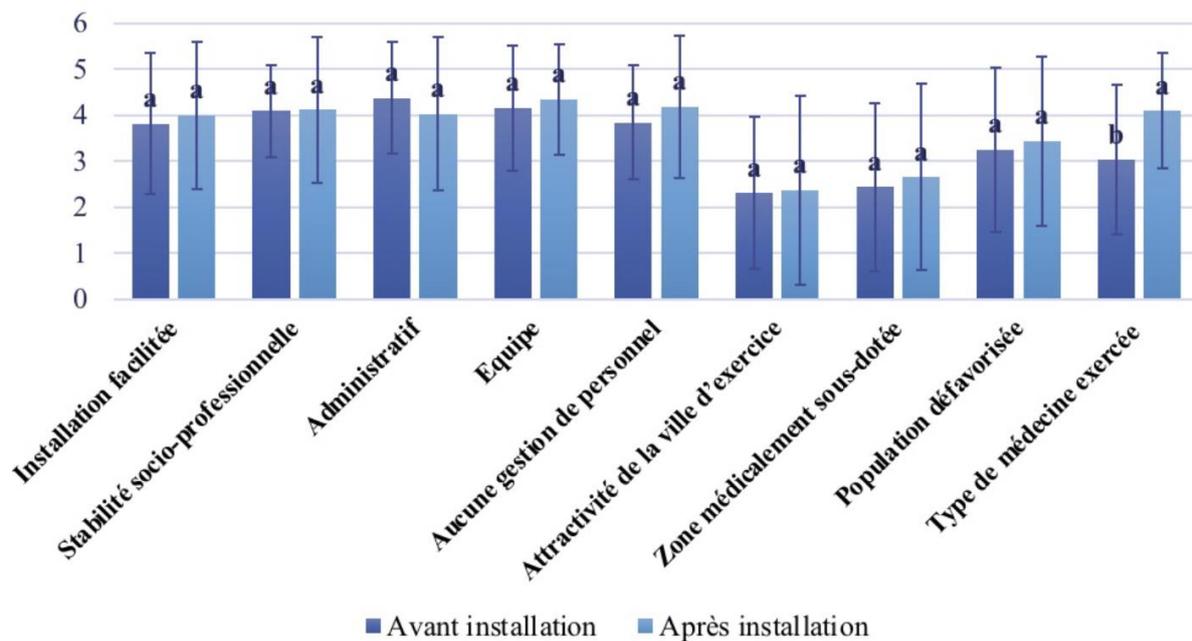


Figure 15 - histogramme de la moyenne et de l'écart-type des déterminants avant et après installation au sein de la cohorte à gestion associative.

d. Cohorte 3 : gestion par un organisme public

Un seul déterminant dépasse la moyenne de 4/5, il s'agit du déterminant concernant le travail en équipe. C'est au sein de cette cohorte que ressortent les plus nettes différences entre les moyennes avant puis après installation comme le montre la figure n°16. En effet, outre la tendance semblable à la valorisation plus marquée que celle des autres cohortes, il est mis en évidence quatre différences positives statistiquement significatives avec un $p < 0,05$. Il s'agit de l'installation facilitée, de la réduction des tâches administratives, de la non gestion du personnel, et du type de médecine exercée. Ces quatre points sont donc plus appréciés qu'initialement espérés.

Un seul déterminant perd de la valeur mais de façon non significative. Il s'agit de la situation en zone médicalement sous dotée.

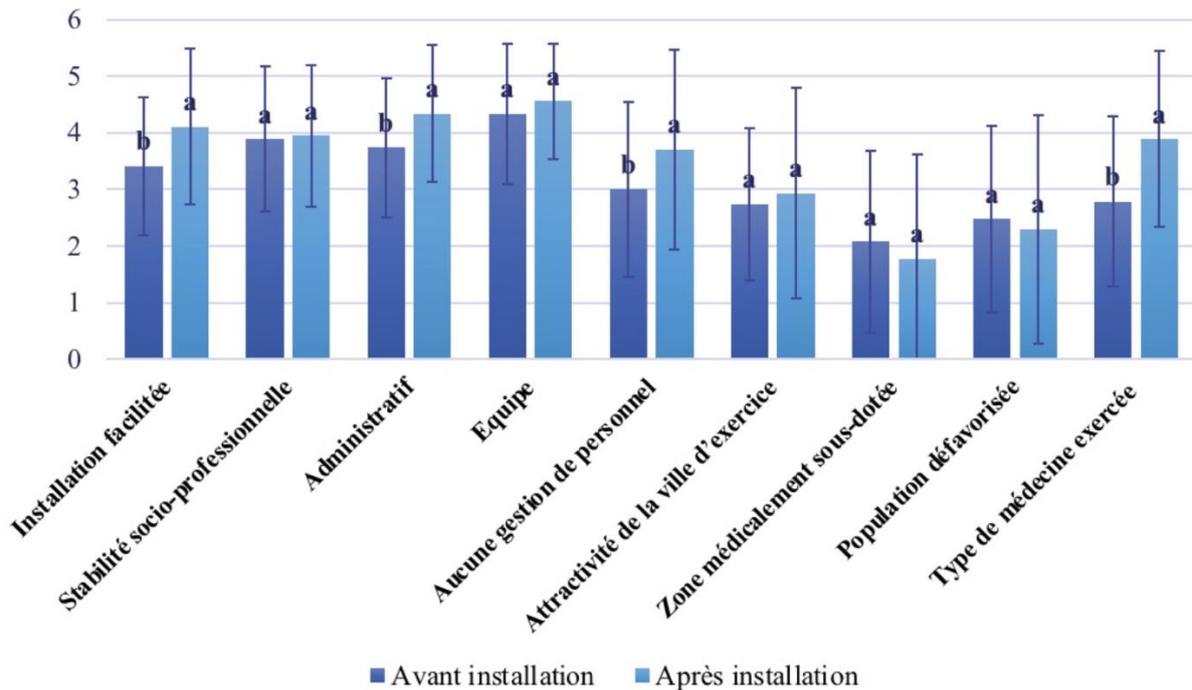


Figure 16 - histogramme de la moyenne et de l'écart-type des déterminants avant et après installation au sein de la cohorte à gestion par un organisme public

e. Cohorte 4 : gestion mutualiste ou privée

Premièrement, les valeurs classant les déterminants avant installation sont similaires à celles de la population de l'échantillon global. Néanmoins, les valeurs après installation n'évoluent pas avec la même tendance que précédemment. En effet, une seule différence positive statistiquement significative ressort, il s'agit du type de médecine exercée. Deux déterminants perdent en valeur après installation. Il s'agit de la population défavorisée et de l'aspect concernant la réduction des tâches administratives, ce dernier ayant une différence négative statistiquement significative avec un $p < 0,05$. Il n'y a pas de différence significative pour les autres déterminants. Tous ces éléments sont représentés sur la figure n° 17.

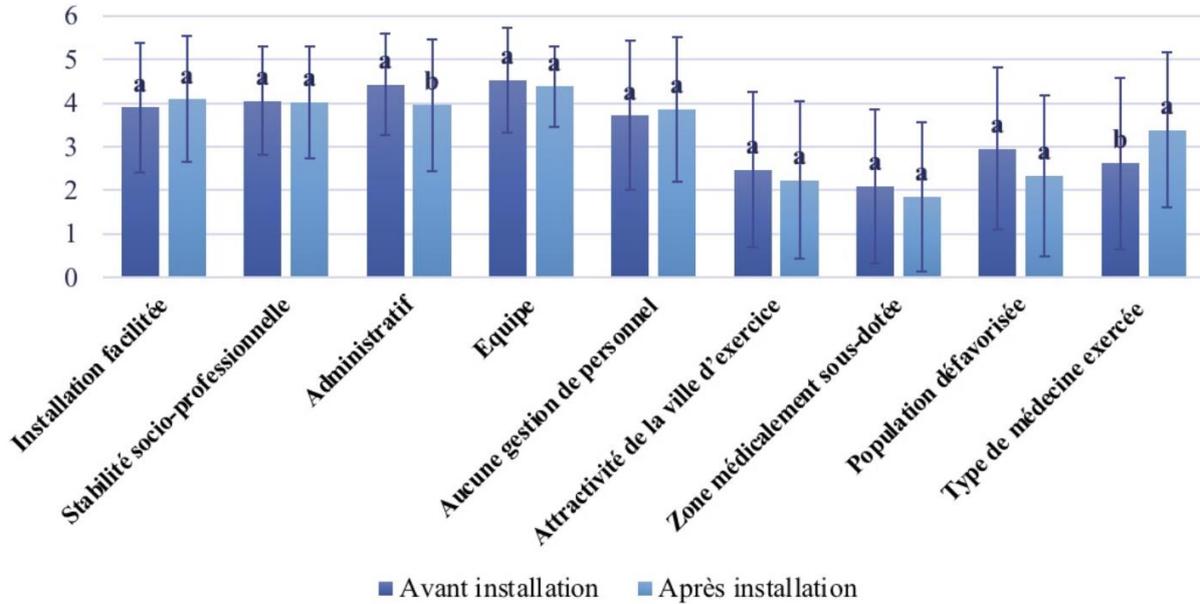


Figure 17 - histogramme de la moyenne et de l'écart-type des déterminants avant et après installation au sein de la cohorte à gestion mutualiste ou privée

3. Évaluation de la qualité de vie selon les différentes paires de sous-groupes

a. La paire de sous-groupes distinguant la gestion du centre

La cohorte représentant la gestion privée reste identique et devient dans cette nouvelle analyse la cohorte n°1. Les trois premières cohortes initiales, représentant la gestion communale, associative et publique ont été rassemblées dans la nouvelle cohorte n°2 et analysées ensemble. Les membres de l'échantillon global ont évalué leur épanouissement professionnel et leur épanouissement personnel en rapport au fait d'exercer en CDS, sur une échelle de 1 à 5, 5 étant la meilleure évaluation.

La nouvelle cohorte n°2 obtient une moyenne significativement plus haute que ce soit en rapport à l'épanouissement professionnel ou personnel avec un $p < 0,05$, comme le montre la figure 18. Donc les membres rassemblés dans la deuxième cohorte se sentent significativement plus épanouis dans leur vie professionnelle et personnelle.

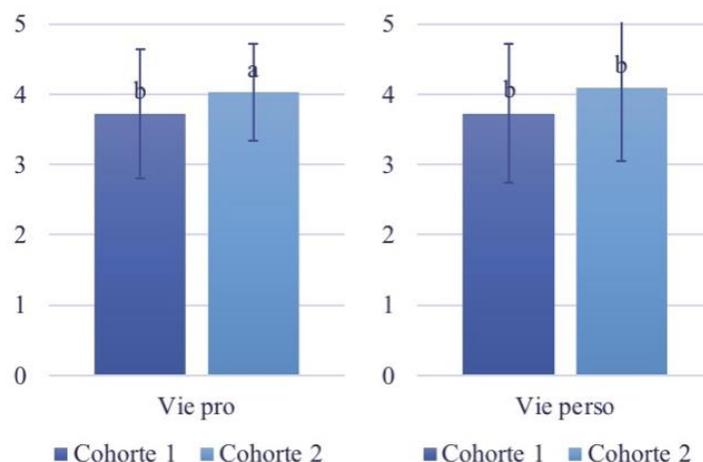


Figure 18 - Histogramme représentant l'épanouissement professionnel et personnel en fonction des deux nouvelles cohortes

b. La paire de sous-groupes distinguant les hommes et les femmes

De la même façon, une analyse a été menée sur une autre paire de sous-groupes distinguant le genre. Ce qu'apporte le fait de travailler en CDS dans l'épanouissement personnel et professionnel a été comparé au sein de ces deux groupes, hommes et femmes.

Il est d'abord mis en évidence que la satisfaction dans l'une ou l'autre des cohortes est importante que ce soit sur le plan professionnel ou personnel.

Lors de cette analyse, une moyenne significativement plus haute est obtenue pour les hommes concernant l'aspect professionnel, avec un $p < 0,05$, comme représenté en figure 19. Du fait du salariat en CDS, les hommes sont significativement plus épanouis dans leur vie professionnelle que les femmes.

On ne constate pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant l'aspect personnel.

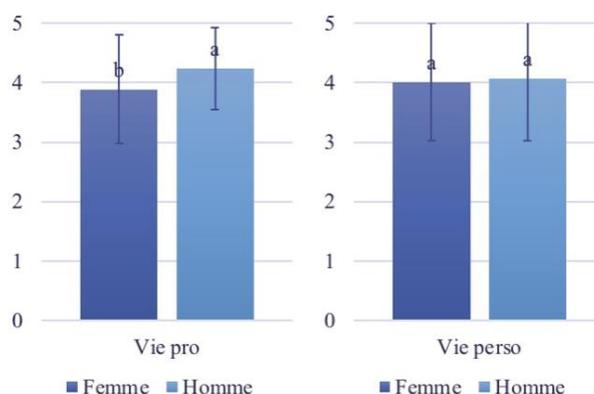


Figure 19 - histogramme représentant l'épanouissement professionnel et personnel en fonction du genre

c. La paire de sous-groupes distinguant le temps de travail effectif

De façon similaire, une analyse a été menée sur un autre couple de sous-groupes distingué par leur modalité d'exercice. Ce qu'apporte le fait de travailler en CDS dans l'épanouissement personnel et professionnel a été comparé au sein de ces deux groupes, temps plein et temps partiel, comme le montre la figure 20. Il est d'abord mis en évidence que la satisfaction dans l'une ou l'autre des cohortes est importante que ce soit sur le plan professionnel ou personnel.

Une évaluation significativement meilleure est constatée concernant l'épanouissement personnel au sein du sous-groupe exerçant à temps partiel, avec un $p < 0,05$.

Aucune différence significative n'a été constatée concernant l'épanouissement professionnel au sein de ces deux sous-groupes.

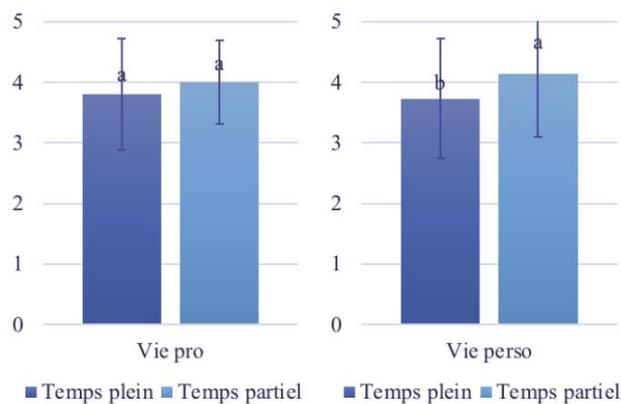


Figure 20 - histogramme représentant l'épanouissement professionnel et personnel en fonction du temps de travail

4. Conclusion des résultats

Statistiquement, de façon générale, il semblerait que travailler en CDS convienne et satisfasse à la globalité des médecins généralistes salariés, et que les déterminants les ayant influencés dans leur choix d'exercice soient tous au moins à la hauteur de leurs attentes. La non-implication dans la gestion du personnel, le type de médecine exercée et l'installation clé en mains sont les trois déterminants dont les bienfaits sont supérieurs à ceux escomptés avant installation.

Ces résultats sont néanmoins à nuancer, car la formation de cohortes selon la gestion du centre au sein de l'échantillon met en évidence d'autres différences. En effet, il semblerait plus appréciable de travailler dans un CDS dont la gestion est communale, publique ou associative. Les CDS à gestion privée semble moins appréciés à l'usage. Le tableau 2 reprend la synthèse de ces éléments.

Tableau 2 - Synthèse des résultats

	AVANT INSTALLATION: facteurs > 4/5	Facteurs importants APRES INSTALLATION	Facteurs >3/5 perdant de la valeur après installation	Facteurs jugés comme des inconvenients après installation
EN GENERAL N=120	Pas d'administratif Stabilité socio-pro Travail en équipe	Pas d'administratif Stabilité socio-pro Travail en équipe <u>Installation facilité</u> <u>Non gestion du personnel</u> <u>Type de médecine</u>	X	Zone médicalement sous dotée
GESTION COMMUNALE N=40	Pas d'administratif Stabilité socio-pro Travail en équipe Non gestion du personnel	Pas d'administratif Installation facilitée Stabilité socio-pro <u>Non gestion du personnel</u> <u>Type de médecine</u>	Travail en équipe	X
GESTION ASSOCIATIVE N=32	Pas d'administratif Stabilité socio-pro Travail en équipe	Stabilité socio-pro Travail en équipe Installation facilité Non gestion du personnel <u>Type de médecine</u>	Pas d'administratif	Attractivité de la ville d'exercice
GESTION PUBLIC N=27	Travail en équipe	<u>Installation facilité</u> <u>Non gestion du personnel</u> <u>Type de médecine</u> <u>Pas d'administratif</u>	X	Zone médicalement sous dotée
GESTION MUTUALISTE N=21	Travail en équipe Pas d'administratif Stabilité socio-pro	Stabilité socio-pro <u>Type de médecine</u>	<u>Pas d'administratif</u> Travail en équipe	Population défavorisée Zone médicalement sous dotée Attractivité de la ville d'exercice

IV. DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

a. Validité interne

- Intérêts de l'étude

Aucune autre étude à notre connaissance n'a été réalisée au sein de cette population de médecins généralistes salariés en centre de santé éparses sur tout le territoire français. Souvent, il s'agit d'études portant sur une région en particulier ou sur le salariat hospitalier, ce qui n'est pas comparable à l'exercice de la médecine générale en ambulatoire, que ce soit en libéral ou en salariat.

Afin de se projeter dans un type d'exercice, il est nécessaire d'y être sensibilisé de manière adaptée. Pour rappel, un tiers des jeunes médecins ne souhaitant pas s'installer en MSP seraient intéressés par ce mode d'exercice.⁽¹¹⁾ Or, ils sont peu connus des jeunes générations.⁽³²⁾ Pour illustrer ce propos, dans l'étude présentée ici, seulement 19% des médecins y exerçant avaient entendu parler des centres de santé à la faculté. Leur existence s'est faite pour 35% d'entre eux grâce au bouche à oreille, 28% les ont découverts via leurs propres recherches d'offres d'emplois, 13% les ont connus en y remplaçant, et les publicités n'ont touché que 3% d'entre eux.

Cette thèse a donc un intérêt sur le fond : établir les aspects positifs et négatifs de la pratique de ce mode d'exercice, et sur son application future comme guide de présentation des centres de santé aux étudiants de médecine générale, futurs médecins généralistes de demain.

b. Biais de sélection et d'information

Dans cette étude, une grande partie des centres de santé médicaux ou polyvalents ont été visés, le travail en amont a donc été méticuleux et pointilleux par rapport aux données disponibles. L'Observatoire des centres de Santé recense en 2019, 610 centres de santé sur le territoire français employant des médecins généralistes salariés. La liste de diffusion en ciblait 307 soit environ 50% d'entre eux. Il existe une discordance entre le nombre théorique de médecins généralistes salariés fournis par l'Observatoire des centres de santé, qui recense en 2019, 2930 médecins généralistes salariés sur le territoire, et le nombre de médecins ciblés au sein des centres participants, soit environ 724 médecins, ce qui correspond à 24% de la population source. En ciblant la moitié des CDS, seulement le quart des médecins est concerné. Cela met en évidence une éviction involontaire

des CDS à forte activité. D'autre part, le taux de réponse malgré les relances pour cette étude avoisine les 16% de la population participante, ce qui limite la puissance de l'étude.

Par ailleurs, la méthode de recueil des contacts est loin d'être idéale. Les standards de ces centres sont souvent surchargés et parfois injoignables. Ces derniers ont donc été exclus par défaut et constituent un premier biais de sélection, assimilable à un biais de recrutement. Peut-être que l'activité au sein de ces centres est plus intense et que le fait de les inclure dans notre étude aurait permis de cibler plus de médecins et de nuancer les réponses obtenues.

Le fait de multiplier les étapes avant la transmission du questionnaire a majoré le taux de non-réponse. Certaines adresses mail ont été mal recopiées, certains secrétariats n'ont pas relayé le message à participation aux médecins, certains médecins ne se sont pas sentis concernés du fait de la sollicitation indirecte, certains n'ont pas jugé leur participation comme utile, ou certains de ceux n'ayant pas répondu ne l'ont peut-être pas fait par manque de temps, il s'agirait donc de médecins généralistes ayant une moins bonne qualité de vie. Ils s'intègrent également aux biais d'information en ignorant ce que ces données nous auraient apportées.

A l'inverse, les médecins enclins à répondre sont probablement ceux trouvant un intérêt à leur statut de salarié, et constituent donc un biais de volontariat.

Un biais de mesure est également à considérer. En effet, la mesure de la qualité de vie et du ressenti étant une mesure subjective et évolutive, une exagération des réponses afin de valoriser son statut ou d'exacerber sa souffrance est à prendre en compte.

2. Validité externe

En conséquence du manque de données disponibles dans la littérature, il est difficile de comparer efficacement les caractéristiques de notre échantillon à la population source. La représentativité de l'échantillon n'est donc pas complètement vérifiable, et les résultats sont généralisables sous réserve de cette représentativité.

a. Représentativité de l'échantillon de médecins

Dans l'échantillon, la moyenne d'âge est de 41 ±12 ans, témoin d'une bonne répartition de l'âge de la population. Le ratio homme:femme est de 1:3. La moyenne d'âge des médecins généralistes salariés en CDS est inconnue. Certains textes suggèrent que de façon générale, plus de 60% des médecins généralistes de moins de 40 ans sont des femmes.^{(10) (13) (16)} Il est aussi indiqué qu'un peu plus de 60% des médecins généralistes salariés sont des femmes⁽¹⁶⁾ et qu'il existe un attrait de ces CDS pour les populations féminines et jeunes.^{(16) (32)} Il est affirmé que 60% des jeunes

médecins sont salariés.⁽¹²⁾ Or, dans l'étude présentée ici, 66% de l'échantillon à moins de 40 ans. Finalement, en liant toutes les données, la même tendance s'inscrit dans cette étude. Plusieurs raisons peuvent expliquer la composante féminine écrasante parmi les participants. Il est possible que ce pourcentage puisse correspondre au pourcentage de médecins généralistes féminins exerçant en centre de santé. Il est également possible que les femmes médecins se sentent plus concernées par l'objet de l'étude.

Le statut familial de l'échantillon comprend en majorité des médecins en couple avec enfants. Encore une fois, il est retrouvé dans la littérature cette notion d'attrait pour les médecins qui sont également parents de jeunes enfants.⁽¹⁶⁾ ⁽³⁴⁾ Les caractéristiques de notre échantillon restent conformes aux tendances retrouvées dans la littérature.

Le travail à temps partiel représente la grande majorité de notre échantillon, et cela semble également être le cas dans la population source, parce qu'en effet, selon l'Observatoire des CDS, les 2 930 postes de médecins salariés représentent environ 1 300 équivalents temps-plein.⁽³⁵⁾

b. Représentativité des CDS sélectionnés

Concernant les caractéristiques des centres échantillonnés, 16% des CDS sont situés en zone rurale contre 8% seulement parmi l'ensemble des CDS français en 2019. La majorité se situe effectivement bien en zone urbaine ou semi-rurale, la distinction n'est pas faite dans le rapport d'activité.⁽³⁵⁾

L'organisme gestionnaire majoritaire des CDS échantillonnés est de nature communale à hauteur de 33%, ce qui représente 7% de plus que la globalité des CDS communaux sur le territoire. La part des CDS gérés par des associations est semblable dans l'étude à la réalité où elle comprend 29% des CDS. Sur le territoire français, un tiers des CDS sont gérés par un organisme public tandis que ce taux n'est qu'à 23% dans l'étude, ces CDS n'ont pas été assez atteints par le recrutement. Les organismes gestionnaires privés sont minoritaires et représentent 17% dans l'étude contre 9,5% sur toute la France.⁽³⁵⁾ Ils sont donc surreprésentés dans l'étude par rapport à leur proportion au niveau national.

V. Place dans la littérature

1. Satisfaction globale des salariés en centres de santé

Des études suggèrent des résultats similaires à ceux de l'étude soumise ici concernant l'évaluation d'une meilleure qualité de vie globale chez les hommes salariés que chez les libéraux.⁽¹⁶⁾ Une hypothèse sur l'origine de cette différence est d'ailleurs soulevée mettant en cause le temps de travail. En effet, les hommes libéraux travaillent plus que les femmes libérales tandis que cette différence de genre est quasi inexistante chez les salariés avec un temps de travail déjà nettement plus faible que la moyenne des libéraux.⁽¹⁶⁾ D'après les données trouvées dans la littérature, le temps de travail moyen s'élève à 57 heures hebdomadaires pour un libéral et à 35 heures hebdomadaires pour un salarié.⁽¹⁶⁾

La qualité de vie est ainsi négativement influencée par le temps de travail et la surcharge de travail risque d'entraîner un épuisement professionnel.⁽¹⁶⁾ La corrélation entre la charge de travail et la qualité de vie est visible. En réduisant la charge de travail, le sujet dispose de plus de temps pour sa vie privée et ce temps est de meilleure qualité. Sur le plan professionnel, la diminution de la charge de travail permet de travailler dans de meilleures conditions, et d'être ainsi plus efficace.⁽¹⁶⁾ Par ailleurs, une surcharge de travail est associée à une diminution du bien-être psychologique, à un désinvestissement émotionnel, à des troubles de la concentration et tous ces facteurs nuisent à la relation de soins.⁽¹⁶⁾ Au-delà d'une certaine limite, la surcharge de travail est nuisible aux médecins en réduisant leur qualité de vie, ainsi qu'aux patients en altérant la qualité de prise en charge. Dans cette étude, au-delà de 43 h hebdomadaires pour les libéraux et de 35h pour les salariés, la qualité de vie devient inférieure à celle de la population générale.⁽¹⁶⁾

Dans l'étude présentée ici, 70% des médecins interrogés indiquaient que leur conjoint avait eu une influence concernant leur choix d'exercer en centre de santé. Dans la question ouverte recherchant la raison de cette influence, la grande majorité des réponses tend vers la même origine. Il s'agit d'une nécessité devant le temps de travail massif du partenaire, hospitalier ou libéral. Le compromis du salariat en centre de santé pour l'un et une carrière professionnelle prenante pour l'autre. La plupart des interrogés semblent satisfaits de ce choix.

2. Les aspects positifs des centres de santé

L'objectif principal de l'étude était de mettre en exergue les différents déterminants à l'installation vécus effectivement de façon positive avec la pratique en centre de santé. Les résultats obtenus rejoignent ceux de la littérature. Les facteurs d'installation initiaux sont au moins autant appréciés qu'espérés, il s'agit notamment de la réduction des tâches administratives, du travail en équipe, et de la stabilité socioprofessionnelle. Ces trois avantages sont également présentés comme tels dans la littérature.^{(11) (16) (32)} Des déterminants moins attendus initialement se retrouvent finalement grandement appréciés d'après les résultats des analyses présentés ici. Il s'agit notamment de la facilité d'installation, de la non gestion du personnel et du type de médecine exercée. Ces trois marqueurs semblent également être valorisés dans la littérature.^{(11) (16) (32)}

Le questionnaire de l'étude permettait d'annoter librement, les autres avantages perçus sur le fait d'exercer en centre de santé. Plusieurs réponses rejoignent les grands items cités précédemment. Les citations reprenant « salaires fixes, pas de comptabilité », « congés payés », « couverture en cas d'arrêt de travail » reflètent la stabilité socioprofessionnelle permise par le salariat. Les termes « tranquillité d'esprit », « moins stressant » se rapportent plutôt aux conditions de travail. L'aspect administratif est souligné par l'expression « zéro démarche administrative », « pas de remplaçant à chercher », « rapport médical pur avec le patient ». Il est effectivement à noter que le thème du type de médecine exercé au sein d'un groupe est le plus souvent cité, on relève : « approche globale, détachée de l'acte », « activité partagée facilitée », « intégration à un réseau de santé », « interprofessionnalité » « création de projet sans contrainte », « prévention et promotion de la santé », « projet de santé publique, d'éducation à la santé sans impact sur la structure », « prise en charge globale avec l'appui des structures publiques partenaires », « temps d'équipe hebdomadaires », « regards croisés sur les patients », « esprit d'équipe avec tous les corps de métier sans que la question financière ne serve de liant ». Quelques remarques portent sur l'aspect financier et sur les bienfaits apportés par l'absence de relation d'argent entre les différents membres du centre : « moins de conflits entre collaborateurs », « pied d'égalité avec les collègues non médecins ». D'autres réflexions tournent autour de la sphère organisationnelle : « temps partiel idéal avec des enfants », « temps partiel plus avantageux qu'en libéral », « avantage financier pour un retraité ». La « possibilité de partir à tout moment (CDD) » peut être perçue comme un avantage ou un inconvénient par la conséquence que cette flexibilité engendre.

3. Les inconvénients des centres de santé

Le questionnaire de l'étude n'a pas mis en évidence de déterminants jugés négativement à la pratique alors qu'il était perçu initialement comme avantageux de façon global. Cependant certains déterminants perdent en valeur après installation selon le mode de gestion du centre.

Le questionnaire permettait de relater les éventuels inconvénients des centres de santé. On retrouve parmi les principales idées : le « Turn-over important » implicitement lié à la flexibilité d'exercice. Les propos rapportent plusieurs inconvénients liés à la gestion et à l'administration en général : « problème de secrétariat », « lourdeur de l'administration dans les prises de décisions », « municipalité peu aidante », « limite du budget de fonctionnement », « être tributaire d'une hiérarchie non médicale ». Ces points sont également cités dans la littérature.^{(11) (32)} Une importance semble donnée à la rémunération, certes fixe mais à priori peu valorisée : « salaires plafonnés », « salaires bien en dessous des revenus libéraux », « mauvaise rémunération ». Ces remarques se rapprochent de celles trouvées dans d'autres études.^{(16) (32)} Il semblerait que certains aspects d'allure positive permis par le salariat ne soient pas toujours appréciés. En effet les remarques : « seulement 5 semaines de congés par an », « isolement si recrutement compliqué », « moins de liberté », « manque de flexibilité », « manque de souplesse », « bureau non personnel », « non choix de l'équipe », viennent nuancer les remarques contraires citées comme positives. Dans la littérature, il est établi que certains profils ne peuvent pas correspondre à un poste en salariat et vice versa.⁽¹¹⁾ Par conséquent, le « manque d'investissement par les professionnels » qui se sentent parfois moins impliqués auprès de leurs patients, ou simplement surmenés par la « nécessité de faire du chiffre pour la survie de la structure », avec une « pression sur le nombre de consultations » peut ternir l'image des conditions de travail idéales. La « précarité de la population » a été citée une fois comme étant un inconvénient. Un point intéressant à évoquer est la réflexion autour de la perception des médecins généralistes salariés par les libéraux, ils souffriraient de « préjugés négatifs de la part des médecins libéraux ».

4. Sur-risque de souffrance psychologique quel que soit le mode d'exercice

Les salariés sont globalement en meilleure santé physique que leurs confrères libéraux mais il n'y a pas moins de souffrance psychologique.⁽¹⁶⁾ L'exposition au risque d'épuisement psychologique est similaire quel que soit le mode d'exercice, mais il existe un soutien social protecteur pour les salariés.⁽¹⁶⁾ Il est démontré que la charge de travail et une mauvaise relation médecin patient sont les deux principales causes de burn-out dans cette profession, déjà plus à même de développer une souffrance psychologique.⁽³⁶⁾ L'ère d'internet implique des patients plus

au fait de leur pathologie, en demande constante d'examens, de conseils, de prise en charge médicale, psychologique et sociale. ⁽³⁷⁾ De nos jours, il est devenu par ailleurs impératif de guérir la maladie sinon la mort. ⁽³⁸⁾ Cette confrontation quotidienne à la souffrance, à certains comportements agressifs, ou manipulateurs, à la mauvaise compliance des actions instaurées, finit par épuiser les soignants ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾. Ce métier demande une grande disponibilité, de la tolérance et l'acceptation presque inconditionnelle de l'autre. ⁽³⁸⁾ Il existe donc parfois une distorsion entre le niveau d'exigence du patient, et la capacité du médecin à y répondre, ce qui est source d'épuisement. ⁽⁴⁰⁾ Tout ceci s'inscrit dans une modification de la société, ⁽³⁶⁾ 60% des généralistes se sentent menacés par le burn-out. ⁽⁴¹⁾ Les facteurs de risquent comprennent l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, le manque de soutien social et de reconnaissance au travail, les conflits de valeurs et l'insécurité de l'emploi. ⁽⁴¹⁾ Le taux de suicide global est deux fois supérieur qu'en population générale, le taux de suicide chez les femmes médecins représente quatre fois celui des femmes en population générale. ⁽⁴⁰⁾ L'augmentation de la demande de soins, l'allongement de la durée de vie, la baisse de la démographie médicale, la perte de reconnaissance sociale, la remise en question des compétences par le patient, la culture de la faute, participent à la liste non exhaustive des facteurs de stress chronique chez les médecins. ⁽⁴¹⁾

VI. Hypothèses et perspectives

1. Quelles solutions pour l'avenir de la profession ?

Il existe une désertion de la profession. Plusieurs arguments sont soulevés : la méconnaissance du métier, le manque de perspectives et de possibilités d'évolution, la pénibilité du métier. ⁽³⁴⁾ En comprenant comment les jeunes générations souhaitent s'investir dans la profession, il est possible d'en tirer des conclusions et de façonner le mode d'organisation du travail afin de répondre à leur exigence tout en palliant cette pénurie qui ne cesse de s'accroître. ⁽¹⁷⁾ Il existe d'autres façons d'envisager la carrière de médecin généraliste, et cette volonté est partagée par les deux sexes. ⁽¹⁷⁾ Le contenu de l'activité reste le même : souhait d'une prise en charge globale, à taille humaine, en partageant une relation privilégiée avec le patient, tout en se préservant, avec des bonnes conditions de vie. ⁽¹⁷⁾

Il a déjà été montré que le bien-être des médecins généralistes influence de façon positive la qualité du système de soins. ⁽⁴²⁾ La qualité de vie des médecins généralistes se présente aujourd'hui

comme un enjeu indirect pour préserver l'avenir du système de santé français et doit donc être prise en compte dans les décisions politiques. ⁽¹⁶⁾

Les propositions coercitives reviennent systématiquement comme la solution miracle pour résoudre les problèmes. ⁽¹⁹⁾ Les déserts médicaux sont plurifactoriels et se mêlent avec la raréfaction globale de l'offre de services publics dans un contexte de grandes inégalités territoriales. ⁽¹⁹⁾ Il est difficile de résoudre une inégale répartition d'autant plus qu'elle s'inscrit dans un contexte de pénurie globale. ⁽¹⁹⁾ De plus, le ressenti du manque réel de médecin est accentué par les inégalités sociales, l'accroissement et le vieillissement de la population impliquant d'avantage la progression des maladies chroniques. ⁽¹⁹⁾ Occulter les aspirations des jeunes médecins n'est donc pas une solution viable pour le métier. ⁽¹⁹⁾ Les conditions d'exercice doivent évoluer avec les mœurs. ⁽⁸⁾

A court terme, l'organisation des soins doit être pensée avec le résultat de la démographie actuelle. Cependant, à plus long terme les capacités de formation sont un levier majeur des politiques de santé. ⁽¹³⁾ Or elles sont jugées insuffisantes, notamment dans le domaine financier, administratif et juridique. ⁽¹¹⁾ La diversité des terrains de stage permet de multiplier les opportunités professionnelles et de découvrir les différents lieux et modes d'exercices de la médecine générale. ⁽¹⁸⁾ L'expérience lors des stages influence également le mode d'exercice. Mais peu de stages sont pratiqués en ambulatoire alors qu'ils sont pourvoyeurs d'opportunités à l'installation. ⁽¹¹⁾ De nombreux stages hospitaliers, de la même façon, attirent les médecins même généralistes vers ce secteur au détriment du premier recours. ⁽¹¹⁾

Plusieurs solutions semblent se dessiner pour tout d'abord augmenter l'offre de soins : promouvoir la formation au métier de médecin généraliste au sein même de la formation théorique, décentraliser la formation médicale avec des centres de formations ruraux, promouvoir et majorer le nombre de maîtres de stage ambulatoires, diversifier le choix des modes d'exercices, favoriser le développement de structures d'accompagnement à l'installation, etc. ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁹⁾ Ces mesures permettraient d'améliorer l'attractivité de la médecine générale, de revaloriser la profession et d'en adapter la rémunération. ⁽¹⁵⁾

D'autres idées sont envisageables pour limiter la demande : éduquer la population sur les motifs de consultation, limiter le consumérisme et le mésusage médical, augmenter le budget alloué à la prévention afin d'impacter le nombre de pathologies chroniques évitables, etc. ⁽¹⁹⁾

La jeune génération, quel que soit le sexe, envisage un exercice professionnel permettant un épanouissement personnel. ⁽¹⁸⁾ Et dans ce contexte où sont recherchées des formes d'exercice regroupé et coordonné de la médecine ambulatoire, ainsi que des réponses aux inégalités

territoriales et sociales d'accès aux soins, les centres de santé méritent une attention particulière.⁽³¹⁾
Ils pourraient apporter une solution parmi d'autres.⁽³²⁾

2. Promotion de ce travail de thèse auprès des étudiants

Les centres de santé, comme il a été cité plus en amont dans ce travail, sont peu connus et la prise de poste au sein de ces structures s'apparente plutôt à un effet d'opportunité.⁽³²⁾ Il pourrait être intéressant de pouvoir présenter un résumé de ce travail comme un retour d'expérience de la pratique en centre de santé aux jeunes étudiants de médecine générale. Comme toute pratique de discipline, ce type d'exercice présente ses avantages et ses inconvénients, mais les percevoir en amont permettrait d'anticiper afin de s'en accommoder ou non et de se projeter plus sereinement. L'idée générale n'étant pas de dissuader de l'exercice libéral mais de permettre à ceux envisageant un poste en salariat non axé sur la médecine générale, de considérer éventuellement ce mode d'exercice salarié en CDS, permettant alors de rester dans la discipline.

On pourrait d'ailleurs imaginer cette formation sous forme d'ateliers où chaque étudiant découvre le travail en MSP dans un premier atelier puis celui en CDS au sein d'un deuxième. Des médecins généralistes exerçant dans chacune de ces structures pourraient être présents afin de répondre aux questions plus précises sur la pratique, et un débat constructif pourrait être organisé à la fin de la séance. Chacun repartirait avec une idée claire sur chacun de ces deux modes d'exercice, pouvant répondre chacun à la problématique d'accès aux soins ambulatoires actuelles.

Faire connaître les CDS est le travail en amont, par la suite il serait judicieux d'accompagner les jeunes dans leur installation, que ce soit en MSP ou en CDS, et donc de développer des dispositifs relais de la faculté favorisant les remplacements ou les installations de façon progressive et encadrée.

VII. CONCLUSION DE L'ARTICLE

Intriquée à la fois dans un contexte sociétal, économique et démographique compliqué et soumise à la volonté politique, la pratique de la médecine générale est évolutive et se trouve être au cœur du système de santé français. L'évolution même des mentalités face à la sphère professionnelle implique une réorganisation en profondeur de ce système afin de l'optimiser. Le but étant de satisfaire à la fois à la demande croissante de soins dans cette période de pénurie médicale, tout en respectant le concept grandissant de bien-être au travail, et en recherchant l'équilibre adéquat entre la vie personnelle et la carrière professionnelle des acteurs de santé. Actuellement, la jeune génération se féminise et trouve de plus en plus cet équilibre dans des activités salariées. Le développement de la pratique de la médecine générale en centre de santé pourrait donc être une solution à la problématique actuelle.

D'après cette étude, les médecins y exerçant en sont globalement satisfaits. Les différents déterminants les ayant influencés initialement dans ce choix sont généralement connotés positivement avec la pratique. Ces éléments décisifs en phase initiale concernent notamment la réduction des tâches administratives, le travail en équipe, et la stabilité socio-professionnelle. Une nuance est néanmoins apportée par ce travail en mettant en évidence de nettes variations dans les appréciations des différents facteurs initiaux jugés finalement de façon positive ou négative avec la pratique selon le mode de gestion du centre.

En effet, la gestion par un organisme public semble procurer plus de satisfaction qu'espéré concernant plusieurs déterminants. La gestion associative et communale apportent également un bon ressenti après installation. La gestion par un organisme privé ou par une mutuelle semble en revanche moins favorable qu'escompté initialement après installation notamment concernant la réduction des tâches administratives.

Il serait toutefois intéressant de réaliser cette étude en ciblant et en sensibilisant plus de médecins salariés afin d'obtenir des échantillons plus conséquents et plus représentatifs de la population source. Une autre piste envisageable serait aussi de déterminer plus de facteurs afin d'affiner les résultats. Plusieurs applications pourraient alors être initiées en améliorant les points connotés négativement après installation, ou sélectionner et cibler des profils types pouvant correspondre à tel type d'exercice selon les critères recherchés par les professionnels. Dans tous les cas, cette étude pourrait être présentée aux étudiants de médecine générale afin d'élargir leurs options concernant le panel des différentes modalités envisageables de leur future installation.

PARTIE III : CONCLUSION

La médecine générale connaît de profonds bouleversements depuis le milieu du XXème siècle, que ce soit pour sa quête identitaire, la représentation que le public s'en fait, ses missions, ou ses modalités d'exercice. La pénurie médicale actuelle reflète les difficultés rencontrées par le système de soin d'autrefois qui peine actuellement à trouver l'équilibre. Les nombreux départs en retraite ne sont que partiellement compensés par l'arrivée des nouvelles générations de médecins. Celles-ci concourent tout de même au rajeunissement teinté fortement d'une féminisation de la profession. Parallèlement à ces phénomènes démographiques, il se dessine depuis quelques années une demande grandissante des besoins en soins ambulatoires, notamment suite au vieillissement de la population et à la progression des maladies chroniques. Il devient donc primordial de renforcer la discipline en la revalorisant et en la restructurant.

Or, il se trouve que de plus en plus de médecins font le choix d'opter pour un mode d'exercice leur permettant de concilier vie personnelle et carrière professionnelle. Ainsi, la plupart d'entre eux délaissent le libéral au profit de l'exercice salarié, offrant une stabilité, une certaine sérénité ainsi qu'un compromis jugé favorable pour le confort d'exercice accordé par cette pratique.

En définitive, en comprenant ce qui détermine le choix du type d'installation des nouvelles générations, il est possible d'anticiper et de promouvoir des structures satisfaisant à la fois leur volonté d'exercer dans de bonnes conditions de travail tout en palliant le souci de la demande croissante de soins. C'est pourquoi, il paraissait intéressant de se pencher sur l'exercice en centre de santé qui s'avère répondre à cette double problématique.

Cet exercice salarié de la médecine générale accorde une satisfaction globale face aux déterminants influençant initialement les médecins vers ce choix. Le mode de gestion du centre nuance néanmoins cette analyse en soulevant certains aspects plus ou moins appréciés par les médecins après installation. L'exercice en centre de santé semble effectivement mieux vécu lorsque la gestion est publique, communale ou associative.

Quoi qu'il en soit, ce mode d'exercice reste peu connu des étudiants et il apparaît capital d'en faire la promotion auprès de cette population afin d'y attirer les futurs médecins de demain.

PARTIE IV : BIBLIOGRAPHIE

1. Centre National d'Histoire des Sciences. Histoire de la médecine de l'Antiquité au XIXe siècle [en ligne]. 2010 [Consulté le 12 août 2022]. Disponible sur : http://www.astrolabium.be/IMG/pdf/histoire_de_la_medecine.pdf
2. Rougeron Claude. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui : la métamorphose. *Ethics, Medicine and public health*. 2015 ; 1(2) : 283-8
3. Université de Rouen. DUMG. Un peu d'histoire. [en ligne]. 2021 [Consulté le 09 septembre 2022]; Disponible sur : <https://dumg-rouen.fr/p/un-peu-dhistoire>
4. Schweyer FX. Histoire et démographie médicales. *ADSP*. 2000 ; 32 : 16-9
5. Confédération des Syndicats Médicaux Français. Les grandes dates de la CSMF [En ligne]. 2022 [Consulté le 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.csmf.org/la-confederation/son-histoire/>
6. WONCA. La définition européenne de la médecine générale en 2002 [en ligne]. 2002 [Consulté le 16 août 2022]; 36-37. Disponible sur : https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
7. Université de Rouen, DUMG. Les 11 critères définissant la médecine [en ligne]. 2021 [Consulté le 13 septembre 2022]. Disponible sur : <https://dumg-rouen.fr/p/les-11-criteres-definissant-la-medecine-generale>
8. Chevalier Julia. Évolution des conditions de travail en médecine générale : points de vue de médecins de médecins généralistes installés depuis au moins dix ans dans les Alpes-Maritimes, recueillis lors d'entretiens individuels. [Thèse de doctorat]. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis ; 2016. 122 p.
9. Ministère de la santé et de la prévention. L'historique depuis 1945 [en ligne]. 2019 [Consulté le 12 août 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/les-usagers-et-leurs-representants/article/l-historique-depuis-1945>

10. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2021. L'activité régulière par groupe de spécialités [En ligne]. 2022 [Consulté le 28 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
11. Boukhors Gary. Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Étude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde. [Thèse de doctorat]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2014. 185 p.
12. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projection d'effectifs de médecins [En ligne]. 2018 [Mis à jour le 21/12/20 ; consulté le 28 septembre 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/demographie-des-professionnels-de-sante-qui-sont-les-medecins-en-2018-quelle>
13. Anguis Marie, Bergeat Maxime, Pisarik Jacques, Vergier Noémie, Chaput Hélène. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. Les dossiers de la DREES [En ligne]. 2021 ; 76 : 3-64. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
14. Bachelet Marion, Anguis Marie. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée, et plus souvent salariée. Études et résultats DREES. 2017 ; (1011) : 1-6.
15. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. États généraux de l'organisation de la santé (EGEOS) : synthèse des travaux des deux journées nationales [En ligne]. 2008 ; Paris. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_revue_GPC_o6o2o8_.pdf
16. Lemaignan E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ? [thèse de doctorat]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2017. 99 p.

17. Bonnet Marie-Violaine. L'installation des jeunes diplômés en médecine générale : enquête qualitative auprès de quatorze médecins installés en Lorraine dans les trois ans suivant la fin de leur internat. [Thèse de doctorat]. Nancy : Université de Lorraine ; 2012. 125 p.
18. Munck Stéphane, Massin Sophie, Hofliger Philippe, Darmon David. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. SFSP. 2015 ; 1(27) : p.49-58.
19. Association Nationale des Étudiants en Médecine de France, ISNAR IMG, REAGJIR. Contre la fin de la liberté d'installation, jeunes et futurs médecins proposent des solutions [En ligne]. 2022 [Consulté le 05 octobre 2022]. 22 p. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Contre-la-fin-de-la-liberte-dinstallation-jeunes-et-futurs-medecins-proposent-des-solutions.pdf>
20. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude sur l'installation des jeunes médecins [En ligne]. 2019 [Consulté le 05 octobre 2022]. Disponible sur : https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf
21. Cusset P.Y. Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France. France stratégie. 2017. 7-35.
22. Ministère de la Santé et de la Prévention. Diabète [En ligne]. Mars 2022 [Consulté le 15 octobre 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>
23. Rakotoarivonina Solomampinina. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral ; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. [Thèse de doctorat]. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis ; 2015. 90 p.
24. Ordre National des Médecins. Étude sur l'installation des jeunes médecins [En ligne]. 2019 [Consulté le 06 octobre 2022]. 27 p. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf

25. Clément Marie-Caroline, Couralet Pierre-Emmanuel, Mousquès Julien, Pierre Aurélie, Bourgueil Yann. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. SFSP. 2009 ; 21 : 79-90.
26. Delest C. Création des centres de santé communautaire en France : freins et leviers : Étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès de créateurs en France. [Thèse de doctorat]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2019. 73 p.
27. Zalmaï David. Maisons de santé pluri professionnelles : attentes, réalités et perspectives. Étude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains [Thèse de doctorat]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 169 p.
28. Haute Autorité de Santé. Référentiel d'évaluation des centres de santé [En ligne]. 2007 [Consulté le 24 octobre 2022]; 71 p. Disponible sur : http://www.centres-sante-auvergnerrhonealpes.org/production/wp-content/uploads/2016/03/referentiel_evaluation_centres_sante1.pdf
29. Ministère des solidarités et de la santé, DGOS. Guide relatif aux centres de santé [En ligne]. 2018 [Mis à jour 03/03/2022 ; consulté le 21 octobre 2022]. 21p. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_centre_sante_010319.pdf
30. Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé. Disparition du Dr. Jean Reigner, visionnaire et fondateur du mouvement des centres de santé [En ligne]. 2017 [Consulté le 21 octobre 2022]. Disponible sur : <https://lescentresdesante.com/disparition-dr-jean-reigner-visionnaire-fondateur-mouvement-centres-de-sante/>
31. Georges Philippe, Waquet Cécile. Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain [En ligne]. IGAS ; 2013 [Consulté le 01 novembre 2022]. 138 p. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
32. Ridard Elise, Somme Dominique. Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. SFSP. 2018 ; 30 : 361-70.

33. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [En ligne]. 2011 [Consulté le 07 novembre 2022]. 30 p. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>

34. Lapeyre Nathalie, Robelet Magali. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Presses de Sciences Po. 2007 ; 1(14) : 19-30.

35. Fédération Nationale des Centres de Santé. Rapport d'activité FNCS 2020 [En ligne]. 2020 [Consulté le 24 octobre 2022]. 43 p. Disponible sur : https://www.fncs.org/sites/default/files/Rapport_dactivite_2020_CA_29_06_2021.pdf

36. Brilu A. Ces patients qui vous prennent la tête. Les Généralistes CSMF. [En ligne]. 2013 [Consulté le 08 novembre 2022]. Disponible sur : <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2013/09/17/ces-patients-qui-vous-prennent-la-tete/>

37. Le quotidien du médecin. Burn out : la charge de travail et les exigences des patients en cause [En ligne]. 2013 [Consulté le 08 novembre 2022]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/burn-out-la-charge-de-travail-et-les-exigences-des-patients-en-cause>

38. Delbrouck M. Le burn out du médecin soignant. Sens Dessous [En ligne]. 2017 [Consulté le 08 novembre 2022] ; 1(19) : 5-18. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sens-dessous-2017-1-page-5.htm>

39. Prigent Anne. Burn out des médecins : la relation avec le malade au cœur du problème. Le Figaro [En ligne]. 2018 [Consulté le 05 novembre 2022]. Disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/article/burn-out-des-medecins-la-relation-avec-le-malade-au-coeur-du-probleme/>

40. Gaspard P. Médecine générale : des professionnels souvent épuisés. Généraliste en France [En ligne]. [Mis à jour Mai 2022 ; Consulté le 08 novembre 2022]. Disponible sur : <http://www.generaliste-en-france.fr/index.php?id=28>

41. Conseil départemental du Val de Marne de l'ordre des médecins. Burn out : médecins en difficulté? [En ligne]. 2018 [Consulté le 07 novembre 2022]. Disponible sur : <https://conseil94.ordre.medecin.fr/content/burn-out-medecins-difficulte>

42. Wallace Jean E, Lemaire Jane, Ghali William. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet Lond Engl.* 14 nov 2009;374(9702):1714-21.

PARTIE V : ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire de thèse

THESE DE MEDECINE GENERALE

Je suis Ophélie UHRIG, actuellement médecin remplaçant dans les Vosges, j'effectue ma thèse sur le ressenti après installation des médecins généralistes salariés par rapport aux différents déterminants les ayant influencés initialement à exercer en centre de santé.

Ce questionnaire est anonyme et les données ne seront utilisées qu'à des fins d'études de thèse(s).

La durée moyenne pour y répondre est de 3 à 5 minutes, merci pour votre temps.

***Obligatoire**

1. Consentez-vous à participer à la présente étude? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passer à la question 21*

INCLUSION

2. Etes-vous médecin généraliste salarié dans un centre de santé? *

Une seule réponse possible.

- Oui (plein temps)
 Oui (temps partiel)
 Oui, en tant que médecin remplaçant (thésé ou non)
 Oui, en tant que retraité
 Non *Passer à la question 21*
 Autre : _____

3. Y travaillez-vous depuis plus d'un an? *

Une seule réponse possible.

- Oui (temps plein, temps partiel, remplaçant ou retraité)
- Oui, mais de façon discontinue (périodes cumulées > 1 an)
- J'y travaille depuis moins d'un an

4. Le centre est : *

Une seule réponse possible.

- Géré par une commune
- Géré par une mutuelle
- Géré par un organisme privé autre que mutuelle
- Géré par un établissement de soins
- Géré par un organisme universitaire
- Autre : _____

CARACTERISTIQUES

5. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Un homme
- Une femme
- Autre : _____

6. Quelle est votre nationalité?

Plusieurs réponses possibles.

- Française
- Autre : _____

7. Quel est votre age? *

Une seule réponse possible.

- Je ne souhaite pas donner mon age
- <28
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57

- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- >67

8. Combien de temps mettez vous pour vous rendre sur votre lieu de travail? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 30 minutes
- Plus de 30 minutes

9. Estimez-vous que votre commune d'exercice est attractive? (Services publics, transports, culture, loisirs, ...)

Une seule réponse possible.

- 1 2 3 4 5
-
- Très Non attractive

10. Quelle type de médecine y exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

11. Lors de votre installation, vous étiez : *

Une seule réponse possible.

- En couple, marié(e), ou pacsé(e) AVEC enfant(s) à charge
- En couple, marié(e) ou pacsé(e), SANS enfant, SANS projet de parentalité à court terme
- En couple, marié(e), ou pacsé(e), SANS enfant, AVEC projet de parentalité à court terme
- Célibataire ou divorcé(e) AVEC enfant(s) à charge
- Célibataire ou divorcé(e) SANS enfant à charge

12. Votre conjoint(e) a-t-il/elle eu une influence dans le choix de votre mode d'exercice? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Pas concerné(e) (pas de conjoint(e))

13. Si oui, pourquoi?

14. Comment avez-vous connu l'existence des centres de santé?

Plusieurs réponses possibles.

- à la fac
- en remplaçant
- bouche à oreille
- en cherchant des offres sur un secteur
- via un réseau social
- par démarchage (pub, courrier, ...)
- Autre : _____

DETERMINANTS DE L'INSTALLATION

Les deux tableaux suivants concernent les éléments vous ayant fait initialement choisir le salariat plutôt que le libéral, donc votre perception du salariat AVANT installation PUIS votre ressenti face aux mêmes items APRES installation.

DETERMINANTS DE L'INSTALLATION

Les deux tableaux suivants concernent les éléments vous ayant fait choisir le salariat plutôt que le libéral, donc votre perception du salariat AVANT installation puis votre ressenti face aux mêmes items APRES installation.

15. AVANT VOTRE INSTALLATION en salariat, quelle importance chacun de ces déterminants représentait-il pour vous?

Une seule réponse possible par ligne.

	Très important	Important	Plutôt important	Peu important	Pas du tout important	Indifférent
Installation clé en main, sans démarche majeure (matériel fourni, logiciel déjà souscrit...)	<input type="radio"/>					
Stabilité socio-professionnelle (horaires fixes, salaire fixe, congé maternité, arrêt de travail, ...)	<input type="radio"/>					

Moins de tâches administratives (pas de déclaration URSSAF, CARMF, ...)	<input type="radio"/>					
Exercice en équipe (groupe de professionnels déjà en place)	<input type="radio"/>					
Aucune gestion de personnel (géré par l'employeur)	<input type="radio"/>					
Attractivité de la ville d'exercice (services publics, transports, ...)	<input type="radio"/>					
Zone médicalement sous-dotée	<input type="radio"/>					
Population défavorisée	<input type="radio"/>					
Type de médecine exercée (que ce soit rurale, semi-rurale, ou urbain)	<input type="radio"/>					

16. Finalement, APRES INSTALLATION en salariat, quelle importance chacun de ces mêmes déterminants représente-t-il pour vous au quotidien actuellement?

Une seule réponse possible par ligne.

	Très avantageux / très plaisant	Avantageux / plaisant	Peu avantageux / peu plaisant	INCONVENIENT	Indifférent
Installation clé en main	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stabilité Socio-professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moins de tâches administratives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercice en équipe déjà constituée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aucune gestion du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attractivité de la commune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zone médicalement sous dotée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population défavorisée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Type de médecine exercée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Finalement, APRES INSTALLATION en salariat, quelle importance chacun de ces mêmes déterminants représente-il pour vous au quotidien actuellement?

Une seule réponse possible par ligne.

	Très avantageux / très plaisant	Avantageux / plaisant	Peu avantageux / peu plaisant	INCONVENIENT	Indifféren
Installation clé en main	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stabilité Socio-professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moins de tâches administratives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercice en équipe déjà constituée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aucune gestion du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attractivité de la commune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zone médicalement sous dotée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population défavorisée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Type de médecine exercée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Y-voyez vous d'autres avantages? Si oui, lesquels?

18. Y-voyez vous des inconvénients? Si oui, lesquels?

19. Vous sentez-vous épanoui(e) dans votre vie professionnelle? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Pas Parfaitement

20. Le fait d'exercer en centre de santé vous permet-il d'être plus épanoui(e) dans votre vie personnelle?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Pas Parfaitement

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Voici mon mail si besoin : [ophelie.uhrig@orange.f](mailto:ophelie.uhrig@orange.fr)

21. Si vous souhaitez obtenir les résultats concernant les retombées de cette thèse, vous pouvez me laisser votre email :

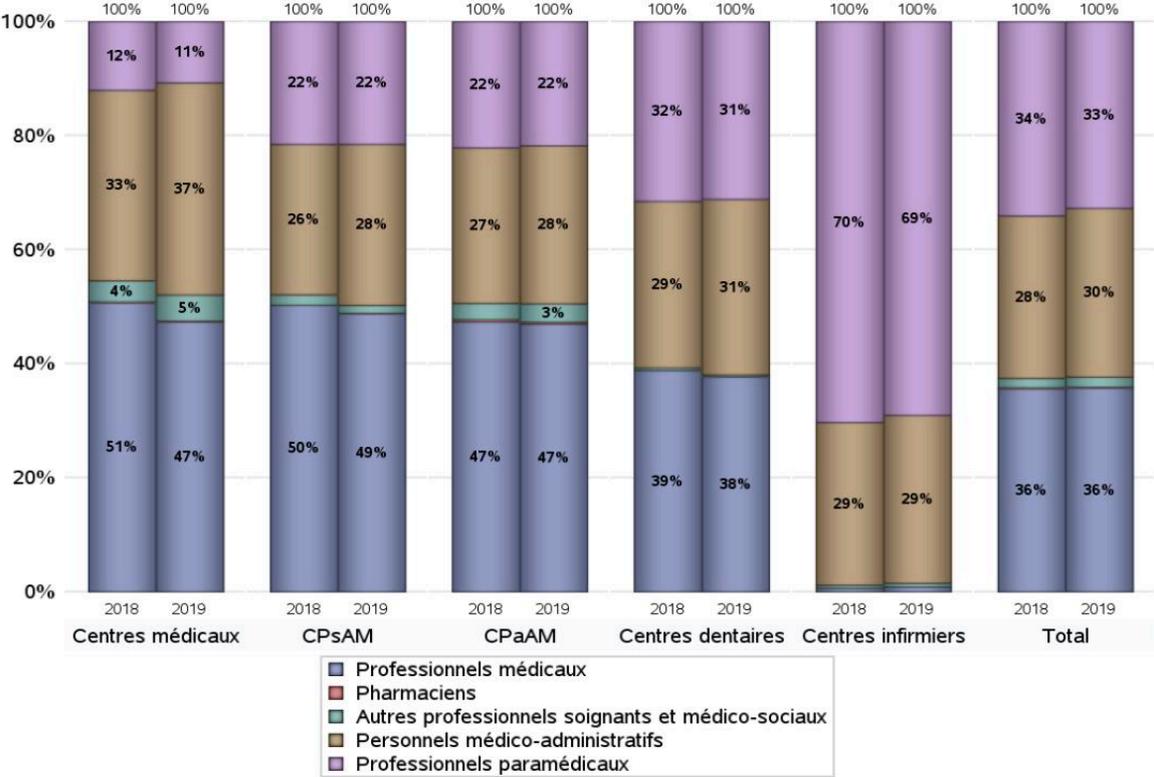
Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

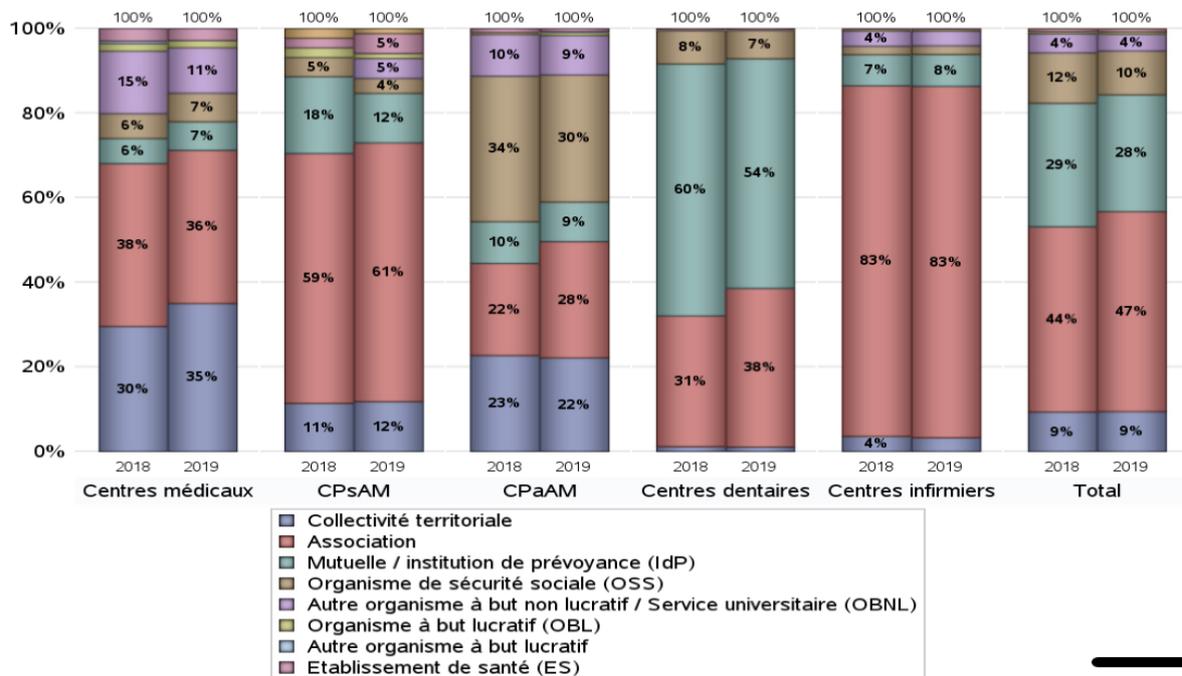
ANNEXE 2 : Tableau recensant les CDS français en 2020 selon le rapport d'activité de la FNCS

EFFECTIFS DES CENTRES							
	centres médicaux	Centres de santé polyvalents sans auxiliaires médicaux CPsAM	Centres de santé polyvalents avec auxiliaires médicaux CPaAM	Total centres à activité médicale	Centres de santé dentaires	Centres de santé infirmiers	Grand Total
Professionnels médicaux (1)	934	705	6841	8480	4719	57	13256
Dont Médecins généralistes	494	139	2243	2876	35	19	2930
Dont Autres médecins spécialistes	284	148	3075	3507	141	3	3651
Dont Sages-Femmes	46	16	122	184	5	4	193
Dont Chirurgiens dentistes	106	402	1339	1847	4532	1	6380
Dont Autres professionnels médicaux	4	0	62	66	6	30	102
Professionnels paramédicaux (2)	212	311	3172	3695	3899	4550	12144
Dont Infirmiers	51	6	1031	1088	21	4490	5599
Dont Assistants dentaires	81	298	963	1342	3771	2	5115
Dont Autres	80	7	1178	1265	107	58	1430
Pharmaciens (3)	3	1	48	52	3	0	55
Total Professionnels de santé (1)+(2)+(3)	1149	1017	10061	12227	8621	4607	25455
Autres professionnels soignants et médico-sociaux (4)	90	20	468	578	38	42	658
Personnels médico-administratifs (5)	734	408	4039	5181	3851	1941	10973
Total (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	1973	1445	14568	17986	12510	6590	37086

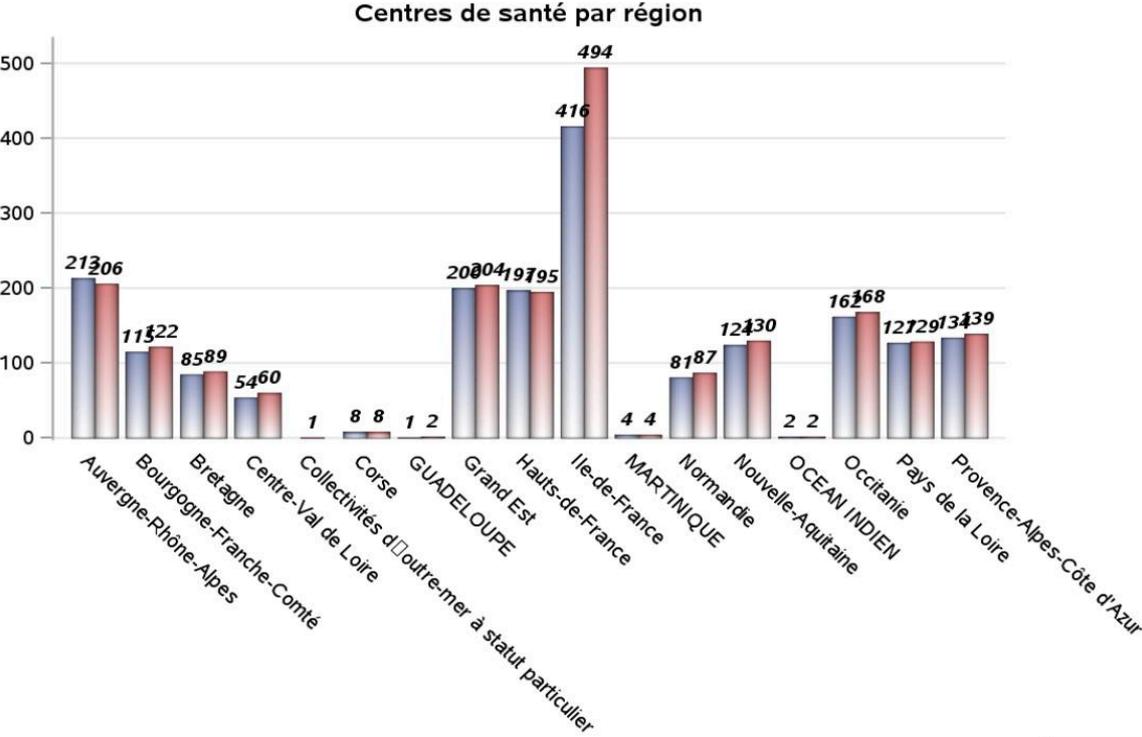
ANNEXE 3 : diagramme de répartition des différents professionnels exerçant en CDS en 2020 selon le rapport d'activité de la FNCS



ANNEXE 4 : diagramme reprenant la répartition des organismes gestionnaires des différents CDS français en 2020 selon le rapport d'activité de la FNCS



ANNEXE 5 : diagramme de répartition des CDS français par région selon le rapport d'activité de la FNCS de 2020



VU

NANCY, le **11 janvier 2023**
Le Président de Thèse

NANCY, le **11 janvier 2023**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12845C**

NANCY, le **23 janvier 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RESUME DE LA THESE

Face aux difficultés actuelles alliant pénurie de l'offre de soins et hausse de la demande en médecine ambulatoire, le système de santé français est en souffrance. Parallèlement à ce constat se dessine un rajeunissement et une féminisation de la profession de médecin généraliste de plus en plus attirée par l'exercice salarié. Ainsi, il devient primordial d'offrir à la jeune génération des conditions de travail leur permettant de s'épanouir professionnellement et personnellement en recherchant la conciliation entre la carrière professionnelle et la vie personnelle. L'exercice en centre de santé semble répondre à cette exigence tout en apportant une prise en charge optimale de la population.

L'objectif de cette étude vise à mettre en évidence les aspects positifs de ce type d'exercice, en analysant le ressenti, avant et après installation, face aux différents déterminants ayant initialement influencé les médecins généralistes français dans leur choix d'exercer en centre de santé. L'objectif secondaire est d'en explorer les éventuels aspects négatifs.

Cette étude observationnelle quantitative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire diffusé par voie électronique après recueil téléphonique des centres de santé participants. La liste de diffusion comportait 307 centres de santé recensant 724 médecins généralistes salariés. Le recueil de données a été effectué d'avril à juin 2022.

Au total, 120 participants ont pu être inclus dans les analyses. Les principaux résultats montrent une satisfaction globale quant à ce type d'exercice, notamment en ce qui concerne la stabilité socio-professionnelle apportée par le salariat, le travail en équipe permis par le regroupement, la réduction des tâches administratives par rapport à l'exercice libéral, la non gestion du personnel qui incombe à l'employeur, l'installation facilitée clé en mains, et le type de médecine exercé. Néanmoins, la création de cohortes selon le mode de gestion du centre soulève des différences de connotations face à certains de ces critères.

Il pourrait être intéressant de connaître ces données avant installation. Or très peu d'étudiants sont informés à propos de ce mode d'exercice. Une formation de découverte des différentes modalités d'exercice de la médecine générale avec un atelier dédié aux centres de santé pourrait être une façon d'attirer les jeunes vers ce mode d'exercice.

TITRE EN ANGLAIS : STUDY OF HOW NEW FRENCH GENERAL PRACTITIONERS, POST INSTALLATION, FEEL ABOUT THEIR SITUATION BASED ON THE KEY INDICATORS WHICH INFLUENCED THEM INTO WORKING IN HEALTHCARE FACILITIES.

THESE : MEDECINE GENERALE - Année 2023

MOTS CLES : Médecine générale, exercice salarié, centre de santé, déterminants à l'installation.

ADRESSE ET INTITULE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, Avenue de la Forêt de Haye BP 20199

54505 Vandoeuvre-les-Nancy CEDEX
