



HAL
open science

Difficultés ressenties par les médecins généralistes à diplômes européens installés en Aquitaine : étude qualitative

Hugues Kalozandry

► **To cite this version:**

Hugues Kalozandry. Difficultés ressenties par les médecins généralistes à diplômes européens installés en Aquitaine : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01306096

HAL Id: dumas-01306096

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01306096>

Submitted on 22 Apr 2016

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 Bordeaux

U. F. R. DES SCIENCES MEDICALES

Année: 2016

Thèse n°46

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 mars 2016

Par

Monsieur Hugues KALOZANDRY

Né le 26 juin 1983 à Antalaha, Madagascar

Titre de la thèse:

**Difficultés ressenties par les médecins généralistes à diplômes européens installés en
Aquitaine : étude qualitative**

Directeur de thèse : M. le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Composition du Jury:

Président : M. le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Membres : M. le Docteur Philippe CASTERA

M. le Docteur Christophe ADAM

M. le Docteur Frédéric LAURENTJOYE

M. le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Remerciements

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Professeur de Médecine Générale,

Directeur adjoint du DES de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger ce travail.

Pour votre bienveillance, soyez assuré de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur Associé de Médecine Générale

Coordinateur du DES de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux

Vous nous faites l'honneur de diriger ce travail.

Pour vos conseils avisés et votre expertise dans l'élaboration de ce projet, nous vous faisons part de nos sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

Recevez l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux

Vous nous faites l'honneur de siéger dans le jury de notre thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de nos remerciements les plus sincères.

Monsieur le Docteur Frédéric LAURENTJOYE

Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine

Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury, c'est un grand honneur pour nous que vous soyez juge de notre travail.

Pour votre expertise, recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Denis PASSERIEUX

Maître de stage de Médecine Générale

Nous avons apprécié votre enseignement et votre accompagnement durant l'internat.

Vous nous faites l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse.

Monsieur le Docteur Thierry GOURGUES

Maître de Stage de Médecine Générale

Vous nous avez fait découvrir les valeurs scientifiques et humaines de la médecine générale.

Vous nous avez sensibilisé à l'indépendance de la formation médicale, nous vous en sommes reconnaissant.

Messieurs les Docteurs Jean OSSARD, Jean Michel SEJOURNE et Jean-Michel MAGNAC

Maître de Stage de Niveaux 1 et 2 de Médecine Générale

Vous nous avez fait part de vos expériences au quotidien et vous nous avez permis de partager nos réflexions et nos doutes.

Nous gardons un excellent souvenir de notre stage à vos côtés.

Au Conseil de l'Ordre des Médecins, au Docteur Le Breton-Lerouillois et aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail

Nous vous remercions pour votre disponibilité, sans vous ce travail n'existerait pas.

A ma famille

Ma mère Brigitte, ma grande-sœur Emée, mon grand-frère Ghislin et sa femme, ma petite sœur Mélina, tonton Marcel, Monique, Yoann et Stéphane, Tsapay, dady Bertine, mes oncles et tantes Séraphin, Manga, Michel, Tata, Raymond, Vévé, mon parrain Ta, Nono, Hachette, Virgine, Tresca...

Un grand remerciement pour les soutiens que vous avez apportés depuis mon enfance à Antalaha, Madagascar.

A Anne-France ma fiancée et notre joyau, Noémie

Pour l'amour que vous m'offrez au quotidien, pour les rires et tendresses partagés en famille .

Aux fidèles amis

Julien et Sunara

Merci pour votre sincère amitié et votre accueil chaleureux.

Pierre (le Chef), Edouard, Arnaud, Loïs, Dominique[†], **Myriam**, Jerem, Jorien Wetering, Fanny, Thomas, Perrine, Nicolas, Sandrine, Zeinaba, Mouhamed, Guilou, Aurélie, Guichon, Rajabaly, Maria, Malek, Marjorie, Abdel, Nathalie, Mélanie, Yannick, Gary, Nérimen, Tanguy, Aurélie, Xavier, Antoine, Pascal et Charline

Merci pour les chemins parcourus ensemble et les bons moments passés à l'internat. Je garde l'espoir de vous retrouver plus souvent.

Aux familles

Docteur Pucelle, Docteur Joyeux Alain et Nicole, Docteur Egeley Patrick et Chantal, Docteur Morton

Merci pour vos précieux conseils dans notre exercice.

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	7
I. Introduction	8
I.1. Contextes	10
I.2. Problématiques	15
I.2.1. Manque de données qualitatives.....	15
I.2.1.1. Vécu de l'installation.....	15
I.2.1.2. Formation nécessaire	15
I.2.2. Revue de la littérature.....	15
I.2.2.1. Problèmes européens et internationaux de la démographie médicale	15
I.3. Objectifs de l'étude	17
II. Méthodes	18
II.1. Type d'étude.....	19
II.2. Constitution de l'échantillon	20
II.3. Elaboration du guide d'entretien	23
II.4. Déroulement des entretiens	24
II.5. Codages et analyses.....	24
III. Résultats	27
III.1. Caractéristiques des médecins.....	28
III.2. Analyse des entretiens	30
III.2.1. Difficultés autour de l'administration.....	30
III.2.1.1. Difficultés avec l'Ordre des Médecins	30
III.2.1.2. Difficultés avec la Caisse d'Assurance Maladie	32
III.2.1.3. Difficultés avec l'Agence Régionale de Santé	33
III.2.1.4. Difficultés dans la démarche administrative	34
III.2.1.5. Difficultés dans la gestion et l'organisation	35
III.2.1.6. Difficultés financières	38
III.2.2. Difficultés relationnelles	40
III.2.2.1. Problèmes observés chez les patients	40
III.2.2.2. Retard à constituer la clientèle	41
III.2.2.3. Tensions avec les confrères	42
III.2.3. Difficultés dans le futur	42
III.2.3.1. Perte d'indépendance des médecins et monopolisation du pouvoir.	42

III.2.3.2.	Conséquences négatives de la politique de santé : tiers-payant	43
III.2.3.3.	Dévalorisation de la médecine générale	45
III.2.3.4.	Baisse de la qualité de soins	45
III.2.3.5.	Avenir inconnu	46
III.3.	Choix de la migration	47
IV.	Discussion	52
IV.1.	Intérêt de l'étude.....	53
IV.2.	Force de l'étude	53
IV.2.1.	Choix de la méthode qualitative	53
IV.2.2.	Interprétation des données	55
IV.2.2.1.	Problèmes administratifs	55
IV.2.2.2.	Difficultés avec les patients.....	58
IV.2.2.3.	Préoccupation face à l'avenir	60
IV.3.	Les biais de l'étude.....	61
IV.4.	Perspectives	63
V.	Conclusion.....	65
VI.	Bibliographie	67
	Annexes.....	73
	Annexe 1 : questionnaire quantitatif.....	74
	Annexe 2 : Formulaire de consentement détaillé.	75
	Annexe 3 : Premier guide d'entretien.....	78
	Annexe 4 : Deuxième guide d'entretien.....	81
	Annexe 5 : Formulaire de consentement à signer	82
	Interview : Extrait d'une interview.....	83
	Titre et résumé en anglais.....	92
	Résumé en français.....	93
	Serment d'Hippocrate.....	94
	+ Verbatim sur CD	

Liste des abréviations

- **ADELI :** Automatisation Des Listes des Professionnels
- **ALD:** Affection de Longue Durée
- **ARS :** Agence Régionale de Santé
- **CNG :** Centre National de Gestion
- **CAM :** Caisse d'Assurance Maladie
- **CDOM :** Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- **CEOM :** Conseil Européen d'Ordre des Médecins
- **CNOM :** Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **CPAM :** Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **DAM :** Délégué de l'Assurance Maladie
- **HAS :** Haute Autorité de Santé
- **HPST :** Hôpital Patient Santé Territoire
- **INSEE :** Institut National de Statistique et des Etudes Economiques
- **PTMG** Contrat Praticien Territorial en Médecine Générale
- **RIAP :** Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
- **SROSa :** Schéma Régional d'Organisation de Santé Ambulatoire

I. Introduction

La précarité de l'offre de soins primaires est une préoccupation majeure dans de nombreuses communes en Aquitaine comme dans toute la France (1). L'État a instauré des mesures incitatives pour revitaliser les zones à faible densité médicale (2-4) mais le résultat reste insuffisant pour satisfaire les besoins immédiats de l'ensemble du territoire (5). C'est dans ce contexte que des communes en Aquitaine se sont mobilisées pour recruter des médecins généralistes diplômés hors universités françaises (6, 7).

Ces dernières années, des médecins généralistes diplômés d'universités étrangères, européennes pour la plupart ont choisi d'exercer en France (6, 8). Au premier janvier 2015, 24,1% des nouveaux inscrits au tableau du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ont été formés et diplômés hors universités françaises (9).

Selon les données du CNOM en 2014 (10), 25% des 19 044 médecins titulaires de diplômes étrangers en France, toutes spécialités confondues, ont choisi une activité régulière en secteur libéral. Récemment, les médias se sont fait l'écho de plusieurs cas de changement de lieu d'exercice, voire de retour au pays d'origine, de praticiens généralistes formés à l'étranger et installés en France (11, 12). Plusieurs hypothèses ont été avancées, activité insuffisante, barrière linguistique, sentiment de solitude, mais à notre connaissance aucune étude spécifique n'a été menée.

Une enquête sur les freins à l'installation a été réalisée en 2008 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URLM) de l'île de France, auprès des jeunes médecins généralistes formés dans les universités françaises (13). Cette étude a montré que la lourdeur administrative, l'investissement financier et la gestion comptable du cabinet étaient les principaux freins à l'installation des jeunes médecins.

Mais nous ignorons encore comment les médecins non formés dans les universités françaises surmontent les barrières identifiées chez les jeunes diplômés en vue d'une installation.

Limitées à des valeurs statistiques, les données actuellement disponibles (9, 14) ne peuvent expliquer les contraintes ressenties par les médecins généralistes à diplômes étrangers installés en médecine générale en France.

Dans un contexte de vieillissement de la population, le problème d'accès aux soins de premiers recours va persister. Le recrutement de médecins généralistes à diplôme étranger devrait se poursuivre dans les prochaines années (10). Dans l'intérêt de la santé publique, il semble donc important de mieux appréhender l'expérience de nos confrères à diplômes étrangers installés en Aquitaine afin d'apporter les soutiens nécessaires à un exercice pérenne pour les nouveaux arrivants.

L'**objectif principal** de notre étude est d'analyser les difficultés ressenties par les médecins généralistes à diplômes étrangers installés en Aquitaine.

L'**objectif secondaire** est d'identifier les déterminants qui ont contribué au choix d'exercice libéral en France et en Aquitaine.

I.1. Contextes

a) Démographie médicale en Aquitaine

La région Aquitaine est la troisième région de France en termes de superficie (41 308 km²). Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), sa population a augmenté ces dernières années et comptait 3 335 134 habitants au premier janvier 2014 (15). La même année, le nombre de médecins généralistes libéraux, en activité régulière, s'élevait à 3 786 médecins (16). Cet effectif est en baisse régulière depuis 2007 dans trois des cinq départements : la Dordogne, la Gironde, et le Lot-et-Garonne. La densité moyenne des médecins généralistes en Aquitaine est estimée à 112,2 médecins pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à la moyenne nationale qui est à 96,9 médecins pour 100 000 habitants mais il existe une disparité profonde à l'échelle départementale et à l'échelle des bassins de vie (16).

b) Bassins de vie

Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Il est déterminé à partir de 6 grands domaines: les services aux particuliers, les commerces, l'enseignement, la santé, les transports et les sports et loisirs (17). Cette définition de zone géographique permet à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de mieux identifier les secteurs déficitaires en offre de soins afin d'améliorer la répartition des professionnels de santé (18). La région Aquitaine est divisée en 141 bassins de vie, répartis dans les cinq départements (19). Il existait en moyenne 27 médecins généralistes par bassin de vie avec une densité moyenne de 10 médecins pour 10 000 habitants. Entre 2007 et 2013, en raison des nombreux départs à la retraite et de l'absence de succession systématique, 78 bassins de vie ont connu une baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux. Ainsi, en 2013 près de la moitié des bassins de vie en Aquitaine avaient une densité

médicale inférieure à la moyenne, considérée comme faible et cette situation démographique devrait s'aggraver ces prochaines années (16).

Face à ce constat préoccupant, certaines communes se sont organisées pour recruter des médecins généralistes diplômés hors des universités françaises (6, 20). Elles ont fait appel à des cabinets de recrutement privés chargés de trouver des professionnels médicaux diplômés des pays membres de l'UE (21).

c) Médecins généralistes à diplômes européens en Aquitaine

La mise en application de la directive sur les qualifications européennes de 2005 a permis la reconnaissance automatique des diplômes délivrés dans le pays membres de l'UE (22). Sept qualifications ont été automatiquement reconnues : médecins, dentistes, pharmaciens, personnels soignants, sages-femmes, vétérinaires et architectes. Ainsi les professionnels de santé ont un droit légal d'exercer dans tous les pays membres. Une révision de cette directive a mis à jour la définition de la formation minimale de ces sept professions. Par ailleurs, la mise en application de la convention de Schengen autorise la libre circulation des hommes et des biens au sein des pays signataires en Europe.

Face à la crise économique récente (23), certains états membres ont connu de grandes difficultés pour financer leur système de santé. Cette situation économique a accentué la mobilité des médecins généralistes au sein de l'espace européen (7).

d) Médecins diplômés hors Union européenne

Les conditions d'autorisation d'exercice sont différentes pour les médecins diplômés des pays non adhérents à l'UE. Actuellement, tous les candidats sont soumis aux épreuves de

vérification des connaissances (EVC) pour avoir l'autorisation d'exercice en France (24, 25). Ces épreuves, sous formes de concours et examens, sont organisées par le centre national de gestion (CNG). Dans ces conditions, les médecins généralistes diplômés d'un pays hors UE ne peuvent exercer directement sur le territoire. Cependant, dans l'attente du passage aux épreuves annuelles, ces médecins peuvent exercer dans les hôpitaux publics avec un statut provisoire. Ils exercent en tant que faisant fonction d'interne ou de praticiens associés sous la responsabilité du chef de service de l'établissement où ils exercent. Après validation des connaissances à l'issue des épreuves nationales, ils doivent exercer durant trois ans des fonctions hospitalières dans un service agréé pour les internes. Par la suite ils peuvent se présenter devant la commission d'autorisation d'exercice qui délivre une autorisation définitive.

Compte tenu de ces conditions d'autorisation d'exercice et de formation dans les hôpitaux français, nous n'avons pas prévu d'inclure ces médecins dans notre étude.

e) Démographie des médecins diplômés en Europe

La qualification des diplômes délivrés hors universités françaises relève de la compétence de l'Ordre des Médecins. Chaque candidat est reçu par une commission de reconnaissance de diplômes au sein du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) où il souhaite s'installer. Cette commission évalue entre autres la capacité du candidat à maîtriser la langue française. Les dossiers de candidature sont ensuite présentés au CNOM, qui vérifie la validité et la conformité des diplômes. C'est seulement après la validation des dossiers que les médecins sont autorisés à s'installer.

En 2012, le nombre de nouvelles inscriptions était de 276 médecins toutes spécialités confondues en Aquitaine. Cependant la répartition sur le territoire était inégale. Seuls 8 médecins, soit 2,9% des nouveaux inscrits en Aquitaine, ont choisi d'exercer dans le département du Lot-et Garonne et 7 nouveaux médecins en Dordogne. Parmi les médecins inscrits dans le Lot-et-Garonne, 87% ont été diplômés hors universités françaises (16). Concernant l'origine des diplômes des médecins « étrangers » présents en Aquitaine, 28,7% ont obtenu leur diplôme en Roumanie, 19,8% en Belgique, 17% en Espagne, et 12 % en Allemagne (16).

La moyenne d'âge était de 49 ans chez les médecins généralistes à diplômes européens en exercice (16) contre 52,6 ans chez les médecins généralistes libéraux en exercice régulier dans la région.

En 2014, soixante-treize* médecins généralistes à exercice libéral répertoriés sur le tableau du CDOM en Aquitaine ont obtenu leurs diplômes à l'étranger, ce qui représente 2% des médecins généralistes libéraux en activité régulière dans la région. Durant l'année 2014, parmi les nouveaux inscrits en Aquitaine, 14 médecins ont été diplômés hors universités françaises†.

Cette proportion de médecins généralistes à diplômes étrangers inscrits et installés en Aquitaine témoigne de leur intérêt grandissant pour de nombreuses communes. Au vu du contexte démographique alarmant de la moitié des bassins de vie en Aquitaine (16), il est fort probable que le recrutement des médecins généralistes diplômés à l'étranger se poursuive dans les prochaines années. D'après l'estimation du service démographique du CNOM, la hausse de l'effectif des médecins à diplômes étrangers va se confirmer en jusqu'en 2020 (26).

* *Données fournies par le service démographique du Conseil National de l'Ordre des Médecins*

† *Données communiquées par le service démographique du Conseil National de l'Ordre des Médecins*

f) Conditions d'exercice

Les médias ont souvent rapporté les problèmes liés à l'installation des médecins à diplômes étrangers à plus ou moins long terme (11, 27). Les médecins cités changeaient de lieu d'installation au bout de quelques mois d'exercice. Le manque de patients pour assurer une activité rentable était souvent cité comme un des facteurs expliquant la désinstallation (12). Le nombre de communes préoccupées par le manque de praticiens faciliterait le choix de la mobilité sur le territoire (28).

À noter que lors de la dernière élection des députés européens en 2014, la remise en cause de la souveraineté de la politique européenne notamment sur la libre circulation des hommes a émergé dans les discussions (29). Le résultat de cette élection dans le Sud-Ouest a renforcé l'intérêt de notre étude sur le ressenti des médecins à diplômes européens installés dans la région.

Les jeunes médecins généralistes diplômés des universités françaises sont peu attirés par l'installation en libéral au début de leur carrière (30, 31). Par ailleurs, nombre de médecins généralistes formés en France ont connu le « burn-out » et ont fait l'objet de beaucoup d'études et de préoccupations (32-34). Les causes d'épuisement professionnel les plus souvent évoquées par les praticiens étaient organisationnelles et administratives avec une charge de travail élevée, le poids de l'administration, et les conflits avec les organismes sociaux. Les demandes jugées excessives des patients et de leurs familles étaient également en cause (35). Les praticiens sont exposés à des contraintes réelles, malgré une formation théorique solide reçue dans les universités françaises. Nous avons peu de connaissances sur le ressenti des médecins non formés en France pour l'exercice d'un métier réputé contraignant en termes de temps de travail et de lourdeurs administratives.

I.2.Problématiques

I.2.1. Manque de données qualitatives

I.2.1.1. Vécu de l'installation

Au-delà des données statistiques disponibles, il existe peu d'études sur le vécu de l'installation et de l'exercice par les médecins généralistes diplômés à l'étranger. Nous ignorons leurs attentes et leurs difficultés. Or devant la précarité de l'offre de soins primaires, la présence de ces médecins sur le terrain parait importante. En absence de données qualitatives, les situations d'échec risquent de persister et se reproduire.

I.2.1.2. Formation nécessaire

Nous avons vu que la simple possession du diplôme obtenu dans les pays membres de l'UE permettait d'exercer rapidement sur le territoire. Mais nous ignorons comment et dans quels domaines les médecins ont mis à niveau leurs connaissances afin d'exercer dans les bonnes conditions.

I.2.2. Revue de la littérature

I.2.2.1. Problèmes européens et internationaux de la démographie médicale

Le problème de la démographie médicale concerne de nombreux pays en Europe et dans le monde. Au Royaume-Uni, une pénurie des médecins a conduit le gouvernement à mettre en place un programme de recrutement des médecins formés hors de ses frontières dès

2003 (36, 37). Grâce à ce programme, plus de deux milles médecins, principalement des généralistes ont été recrutés en quatre ans pour combler les zones sous-médicalisées. Les médecins font systématiquement l'objet d'une évaluation des capacités linguistiques (38) et d'une remise à niveau sous forme de stage clinique. Actuellement, plus de 30% des médecins en exercice au Royaume-Uni ont été diplômés à l'étranger contre 7% en France (39).

En Australie, on retrouve les mêmes préoccupations qu'en France. Les jeunes diplômés des universités australiennes sont réticents à l'installation dans les milieux ruraux. Pour faire face, le gouvernement a recruté des médecins diplômés à l'étranger (40). Les conditions d'installation y sont imposées. Ces programmes de recrutement ont fait l'objet de nombreuses recherches. Une étude sur l'intégration des médecins étrangers dans le pays a montré que ces derniers regrettaient le manque d'information sur le système de santé avant de venir y exercer, ainsi que le niveau difficile des examens d'évaluation des connaissances (41).

Quel que soit le pays d'accueil, les médecins étrangers qui ont choisi d'y exercer doivent s'adapter au nouveau système de soins. Les médecins généralistes à diplômes européens venus exercer en France ne sont pas soumis à une remise à niveau des connaissances ni des compétences, et peuvent exercer directement après la validation du diplôme par les instances ordinales.

I.3.Objectifs de l'étude

Dans le contexte que nous venons d'évoquer, nous souhaitons analyser les difficultés ressenties par les médecins généralistes à diplômes étrangers qui ont fait le choix d'exercer en soins ambulatoires en Aquitaine. À travers cette étude, nous procéderons à une analyse des attentes et des motivations de ces médecins envers un mode d'exercice manifestement peu attractif pour les jeunes générations de médecins formés en France.

II. Méthodes

II.1. Type d'étude

Nous avons eu recours à la méthode qualitative par entretien individuel semi-dirigé pour identifier les difficultés vécues par les médecins généralistes diplômés à l'étranger installés en Aquitaine. Cette technique nous semble la plus appropriée pour explorer le vécu d'un individu. Elle permet de recueillir des informations variées et approfondies. Elle permet également d'évaluer les besoins, les attentes, les satisfactions pour mieux comprendre les motivations, les opinions ou les comportements.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer (42). Tenant compte de l'absence de données qualitatives sur les médecins à diplômes étrangers en France, cette approche semble la plus appropriée pour recueillir des nouvelles informations.

Cette méthode consiste à recueillir et analyser des données verbales et non verbales. Elle nécessite une démarche interprétative. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer (42). Une seule information extraite au cours de l'entretien peut avoir une valeur équivalente à une information répétée de nombreuses fois dans les méthodes quantitatives. Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet de faire le lien entre la vraie vie et la science dure.

Dans cette approche par entretien semi-dirigé, nous donnons la parole aux médecins. Elle contribue à l'expression de leur vécu et leur représentation. Elle leur permet également d'approfondir la compréhension des difficultés rencontrées au quotidien et de faire le point sur leur participation dans le système de santé. Le caractère individuel et anonyme des entretiens permet aux candidats d'exprimer librement leurs pensées, leurs points de vue, leurs croyances. Nous estimons que ces conditions sont propices à l'émergence de nouvelles idées.

Au vu des informations collectées, des lignes de conduite seront suggérées pour encourager l'orientation en libéral des médecins généralistes.

II.2. Constitution de l'échantillon

Pour évaluer la faisabilité de notre projet, nous avons déterminé le nombre de médecins généralistes à diplômes européens en activité régulière et installés en Aquitaine. Pour cela, le service démographique du CNOM a été sollicité. Nous avons ensuite présenté notre projet auprès des présidents de chaque CDOM en Aquitaine afin de recueillir les coordonnées des candidats potentiels : adresse, mail.

Devant le nombre de candidats potentiellement éligibles pour l'entretien, nous avons prévu de réaliser un échantillonnage par "variation maximale". Cette technique permet de sélectionner les participants en fonction des variables pertinentes pour la question de recherche (genre, âge, sexe, milieu et mode d'exercice...) puis de les scinder en classe (homme, femme, moins de 40 ans, entre 40 et 50 ans, plus de 50 ans...). Il faut ensuite recruter des participants pour chaque classe. Ce type d'échantillonnage permet de diversifier à l'extrême les perceptions et les opinions à recueillir afin d'identifier les idées communes ainsi que les divergences. Notre recherche bibliographique a permis d'établir les variables pertinentes, susceptibles d'influencer les résultats. Ainsi, nous avons déterminé les candidats en fonction de l'âge, le genre, l'origine géographique, et le nombre d'année d'installation en Aquitaine.

Le genre peut influencer la perception de l'activité et la position familiale. Une étude auprès des médecins à diplômes étrangers exerçant en milieu rural en Australie a montré que la question du genre est essentielle dans l'intégration des médecins dans leur milieu (40).

L'âge influence directement la perception puisqu'il conditionne l'expérience et les attentes initiales. Nous avons émis l'hypothèse que les projets diffèrent en fonction de la période d'activité.

L'origine du diplôme devrait également influencer les points de vue car chaque pays membre de l'UE est autonome pour la formation universitaire de ses étudiants. Néanmoins un système d'harmonisation de l'enseignement supérieur a été mis en place depuis 2004.

L'année d'installation est un critère susceptible d'influencer le résultat dans la mesure où les médecins évoluent continuellement à travers l'expérience empirique et la mise en place de la formation continue obligatoire (43).

Nous pensons que la localisation géographique du cabinet médical modifie la perception de l'activité des praticiens. En effet l'Aquitaine est la troisième région métropolitaine française par sa superficie, avant la réforme territoriale (44). Cette région possède une diversité culturelle et historique. En termes de santé publique les caractéristiques de la population varient au sein du territoire. A titre d'exemple, les données concernant la morbidité et la mortalité publiées par l'ARS montre des inégalités territoriales avec :

- un écart de 6% du taux de mortalité générale entre le taux le plus bas relevé dans le département de la Gironde et le taux le plus élevé en Dordogne (45);

- un écart de 10 % entre les taux de mortalité prématurée du territoire de Pau-Oloron et ceux plus élevés du territoire de Bayonne ou de la Dordogne ;

- un écart jusqu'à 20 % pour les taux de décès par cardiopathies ischémiques, les taux les plus bas sont observés dans les territoires des Pyrénées-Atlantiques et le taux le plus élevé dans les Landes.

Les critères d'inclusion étaient l'exercice permanent en soins ambulatoire dans un des cinq départements de la région Aquitaine, une qualification en médecine générale et un diplôme obtenu hors universités françaises.

Ainsi nous avons exclu les médecins à diplômes européens remplaçants ou salariés des hôpitaux, les médecins à exercice particulier. Les médecins diplômés hors union européenne ont été également exclus.

Le premier contact avec les candidats potentiels se faisait par téléphone en expliquant notre démarche et l'objectif fixé. Avec leur accord, un courrier contenant un questionnaire basique (*annexe 1*), un formulaire de consentement (*annexe 2*) ainsi qu'une enveloppe timbrée, était adressé par voie postale à l'adresse du cabinet médical. Nous avons indiqué que la participation à l'étude était tout à fait libre. Cette notion était bien précisée dans le formulaire de consentement ainsi que la liberté d'adhérer ou de se retirer à tout moment sans donner d'explication. Les candidats sollicités devaient retourner le questionnaire par mail ou par l'enveloppe préparée jointe au courrier de départ. C'est seulement dans ce cas que nous allions à la rencontre des candidats sur leur lieu de travail, pour une explication orale de notre projet.

Un temps de réflexion a été laissé aux participants. Ceci leur permettait de poser des questions ou d'exprimer une rétractation. Ce délai a permis également de convenir d'une date et d'un lieu pour l'entrevue.

Les entretiens ont été effectués de janvier en octobre 2015. Nous avons parcouru l'ensemble de la région Aquitaine pour les mener. Bien que la région soit étendue, le déplacement sur le terrain permettait de mieux appréhender le milieu dans lequel évoluaient les médecins étudiés. Une description de chaque cabinet était ainsi possible. Nous avons

choisi de rencontrer les candidats sur leur lieu d'exercice. Cette présence au cabinet du médecin devait permettre également une confiance mutuelle sans crainte d'un rapport de subordination.

A noter que la période de l'étude a été marquée par l'épidémie de grippe hivernale. L'augmentation des activités en cette période rendait les médecins peu disponibles pour l'entretien.

Parallèlement, l'ensemble des médecins libéraux et internes ont massivement participé à un mouvement de grève contre le projet de loi du gouvernement au pouvoir, ce qui a perturbé davantage la conduite de notre étude (46).

II.3. Elaboration du guide d'entretien

Pour conduire l'entretien semi-structuré nous avons élaboré un guide d'entretien contenant des thèmes variés. Nous avons procédé à la recherche bibliographique au sujet des médecins étrangers dans différents pays (40, 41, 47). Nous avons également pris en compte les résultats des études réalisées auprès des médecins et étudiants français dans différents contextes (48). La synthèse des données de la littérature nous a permis de relever les thèmes pertinents pour rédiger les questions. Ces thèmes ont ensuite été exposés et validés par le directeur de thèse. Un test effectué auprès d'un médecin diplômé hors universités françaises à la recherche d'une activité en France, a permis de reformuler certaines questions. Ce guide d'entretien comportait des questions ouvertes avec des annotations pour s'assurer d'aborder les thèmes choisis (*annexes 3 et 4*). Il permettait de veiller à ce que toutes les questions soient soulevées au fur et à mesure de l'entretien. La première question de l'entrevue était qualifiée de "brise-glace" afin de faciliter la réponse du candidat interrogés.

Dans le cadre d'une démarche qualitative, nous avons prévu de faire évoluer le questionnaire au fur et à mesure des nouvelles découvertes sur le terrain. Ainsi après l'analyse du troisième entretien, nous avons pensé que les réponses des participants pouvaient être influencées par les questions et thèmes préalablement sélectionnés, ce qui était susceptible d'empêcher les candidats d'exprimer des nouvelles idées. Nous avons alors reformulé le guide d'entretien avec des questions plus ouvertes, en invitant les participants à exprimer plus ouvertement leurs réponses (*annexe 4*). Des questions de relance étaient secondairement préparées lorsque le candidat n'évoquait pas spontanément un thème que nous avions choisi.

II.4. Déroulement des entretiens

Nous avons ensuite mis en place l'entretien individuel, de façon anonyme. Au début de chaque entretien nous nous présentions de la façon suivante: "*Merci d'avoir accepté l'interview, je suis étudiant à la faculté de médecine de Bordeaux. Le but de cette étude est d'illustrer le ressenti des médecins généralistes installés et en exercice en Aquitaine, avec votre accord je vais enregistrer l'entretien à l'aide d'un dictaphone*". Une prise de notes permettait de recueillir les aspects non verbaux pendant l'entretien. C'est seulement après leur accord oral que nous pouvions débiter l'enregistrement. Un consentement écrit était signé par chaque participant informateur.

II.5. Codages et analyses

a) Respect de la confidentialité et anonymat

Afin de garantir continuellement l'anonymat et la confidentialité des candidats sur les propos recueillis, nous avons volontairement omis toute information susceptible de les identifier directement ou indirectement lors de la transcription. Nous avons choisi de

caractériser les médecins généralistes à diplômes européens par l'acronyme « MGDE » suivi d'un chiffre pour classer les participants. Par exemple le premier participant était identifié par l'acronyme MGDE 1, le deuxième par MGDE 2, ainsi de suite. Le profil démographique des candidats interrogés est exposé ici-bas.

b) Retranscription des données

Après chaque entretien, les enregistrements étaient intégralement retranscrits par l'enquêteur. Les transcriptions du verbatim, fidèlement "mot-à-mot" étaient réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Word 2010. Cette transcription figure en annexe sur CD. Les notes ont été intégrées au fur et à mesure de la retranscription. Le nombre d'entretiens nécessaire a été déterminé par l'obtention de la saturation des données. Elle correspond au stade où les nouveaux entretiens n'apportent plus d'idées complémentaires par rapport aux données recueillies antérieurement.

c) Codages

Pour coder les données recueillies sur le terrain, nous avons eu recours au logiciel NVivo 10, mis à disposition des étudiants par le département de médecine générale de l'Université de Bordeaux. Ce logiciel est la référence en analyse qualitative (49). Pour une raison de faisabilité, nous avons acheté le logiciel pour le coût de 120 euros, qui correspond au tarif étudiant.

d) Analyses

L'analyse thématique du contenu a commencé au premier entretien et s'est poursuivie après chaque recueil de données. Nous avons analysé le verbatim retranscrit complété avec les

notes prises sur le terrain. Une grille de lecture a été établie. Elle contient les thèmes que nous avons sélectionnés initialement. Les mots et expressions porteurs de sens ont été classés en sous catégories, puis regroupés en thème plus général. La triangulation des données recherche une concordance des résultats à partir des croisements de plusieurs chercheurs. Elle été assurée par une double lecture indépendante afin de renforcer la validité de l'étude.

III. Résultats

III.1. Caractéristiques des médecins

Dix médecins généralistes, 7 hommes et 3 femmes, formés hors universités françaises ont été interrogés pour obtenir la saturation des données. Les médecins étaient âgés de 33 à 60 ans avec une moyenne d'âge à 47,3 ans. La durée moyenne d'exercice en France était de 2 ans et 3 mois, soit une période allant de 9 mois à 8 ans. Parmi ces médecins, cinq dont une femme ont été diplômés en Roumanie, deux ont été diplômés en Espagne, deux en Belgique dont une femme, et une femme diplômée en Italie. (*Tableau 1*) Trois médecins ont déclaré exercer en milieu rural, quatre médecins en milieu semi-rural et trois en milieu urbain. (*Figure1*)

Les entretiens ont été réalisés de janvier à octobre 2015. La durée moyenne des entretiens a été de 51 minutes, avec la plus courte à 29 minutes et 10 secondes et la plus longues à 78 minutes et 11 secondes.

Figure 1 : répartition des participants sur la région Aquitaine.

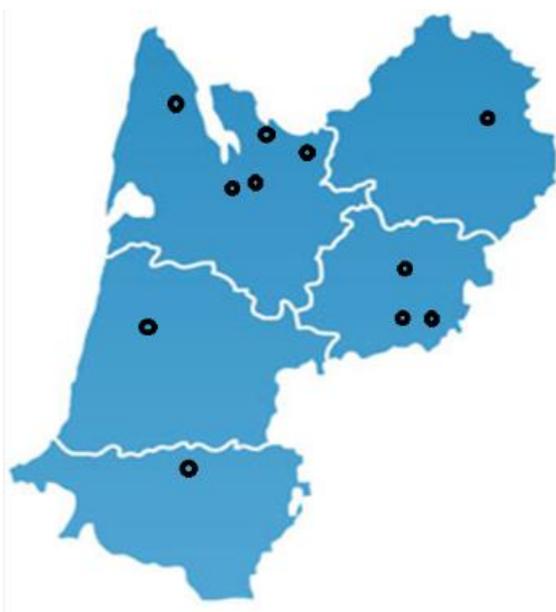


Tableau 1 : *profil démographique des médecins participants*

Médecins	Tranche d'ages	Sexes	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Début d'exercice	Origine du Diplôme
MGDE1	55-60	H	Semi-rural	Seul <i>Succession</i>	2013	Roumanie
MGDE2	40-45	H	Rural	En groupe <i>Création</i>	2007	Belgique
MGDE 3	45-50	F	Semi-rural	Seul <i>Création</i>	2013	Roumanie
MGDE 4	35-40	H	Rural	Seul <i>Création</i>	2014	Espagne
MGDE 5	45-50	H	Rural	En groupe <i>Création</i>	2011	Roumanie
MGDE 6	30-35	F	Semi-rural	En groupe <i>Succession</i>	2013	Italie
MGDE 7	40-45	H	Urbain	Seul <i>Succession</i>	2013	Roumanie
MGDE 8	50-55	H	Rural	Seul <i>Création</i>	2013	Roumanie
MGDE 9	45-50	H	Semi-rural	Seul <i>Succession</i>	2014	Espagne
MGDE 10	55-60	F	Rural	En groupe <i>Succession</i>	2007	Belgique

III.2. Analyse des entretiens

III.2.1. Difficultés autour de l'administration

Pour obtenir le droit d'exercer une activité libérale, les procédures administratives constituent la première démarche concrète et obligatoire. Après avoir identifié clairement le lieu d'installation, chaque médecin devait s'adresser au CDOM.

III.2.1.1. Difficultés avec l'Ordre des Médecins

Si le délai d'attente de rendez-vous auprès de l'Ordre des Médecins était considéré comme rapide, la durée de validation finale du dossier pouvait être très longue pour certains candidats: « *Honnêtement ça m'a pris...six mois en total* » (MGDE 7) ou « *...les papiers c'est un peu long* » (MGDE 4). Le délai d'attente pouvait être retardé par une absence de document. Cette attente requérait de la patience de la part des candidats. Les médecins jugeaient important et nécessaire de garder préalablement leurs activités professionnelles dans l'attente de l'autorisation d'exercice : « *heureusement pour moi* » (MGDE 7). Certains ont rapporté des problèmes de communication sur l'évolution des dossiers entre le Conseil départemental et le niveau national: « *il y avait personne à contacter ...* » (MGDE 7).

Au cours de l'entretien avec les membres de l'Ordre des Médecins, la maîtrise de la langue française était un critère majeur pour l'acceptation du dossier de candidature. Les candidats qui avaient échoué au test avaient l'obligation de se mettre à niveau : « *Initialement j'étais euh...euh...pas accepté par l'ordre des médecins* » (MGDE 8). La langue Française était décrite comme difficile pour certains, principalement au niveau de l'expression : « *pour m'exprimer au début c'était beaucoup plus compliqué* » (MGDE 9). Mais en pratique les

candidats ont rencontré peu de remarques de la part des patients : « ...*personne m'a dit jamais rien*» (MGDE 8).

Cette barrière linguistique concernait à l'évidence les candidats issus des pays européens non francophones, comme l'Espagne, l'Italie et la Roumanie. Les difficultés allongeaient le délai d'attente et conduisaient à des frais financiers supplémentaires dans un contexte de changement d'activité avec une baisse de rémunération : «...*un long parcours, mais tout coûte* » (MGDE 8).

Après l'évaluation de la capacité linguistique, l'entretien avec le Conseil de l'Ordre était également marqué par l'évaluation des compétences, à titre systématique. En absence de méthode d'évaluation standardisée sur le plan national, les candidats étaient soumis à des tests qui pouvaient être différents d'un évaluateur à l'autre et d'une région à l'autre. Certains candidats ont évoqué l'existence de pièges lors de leur entretien au Conseil de l'Ordre: « *Il y a des pièges*» (MGDE 3). Les questions ne semblaient pas adaptées aux contextes, puisque qu'elles ne prenaient pas en compte la présence récente des médecins sur le territoire : « *Ils m'ont demandé le protocole de douleurs thoraciques* » (MGDE 3). Ces expériences étaient vécues comme humiliantes : « *ils m'ont cassé (rire) des idées de la France* » (MGDE 3) et également traumatisantes : « *Ça a été dur là-bas* » (MGDE 3). Une des conséquences immédiates a été la remise en cause du projet d'installation en France : « *je vais renoncer* » (MGDE 3). Parfois, des moyens de pression pouvaient être mises en place pour dissuader les médecins de quitter la région. Les papiers étaient confisqués : « *Ils ont refusé de me redonner mes papiers* » (MGDE 3). Pour une minorité de participants, l'Ordre des Médecins apparaissait comme une structure incontestable: « *J'ai voulu riposter mais l'ordre des médecins de B...(autre région au nord de la France) a dit bon ce n'est pas la peine*» (MGDE3).

III.2.1.2. Difficultés avec la Caisse d'Assurance Maladie

Le contact initial avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), donc à l'échelle départementale, n'était pas vécu comme une contrainte particulière. L'Assurance maladie a également pour mission de veiller sur la prescription des médecins. La surveillance étroite de leurs activités était perçue comme une contrainte de plus en plus imposante. Les différends apparaissaient principalement pendant l'exercice. Dans le cadre de la maîtrise du budget de la Sécurité Sociale, malgré une large liberté de prescription, les médecins généralistes ressentaient des freins à la prescription de certains traitements. Cette restriction était ressentie par quelques participants qui ont été avertis pour avoir initié un hypocholestérolémiant, le « Crestor ® ». Cette mise en garde suscitait parfois la frustration de la part des médecins : « *ils vont pas nous traiter comme ça hein* » (MGDE 10).

Quand l'Assurance maladie était sollicitée par les candidats, certains notaient un manque de collaboration, voire une insuffisance : « *moi j'ai demandé ils n'ont pas donné de réponse* » (MGDE 5). Quelques participants ont constaté des difficultés de communication pour résoudre leurs problèmes administratifs : « *c'est un peu compliqué à rejoindre la caisse* » (MGDE 1).

Les médecins recevaient régulièrement leur bilan d'activité professionnelle. Ce bilan pouvait être adressé par courrier postal ou présenté par un délégué de la CPAM. Cette rencontre permettait de faire le point sur l'activité professionnelle des médecins. Elle permettait également d'interroger les délégués sur les sujets qui n'avaient pas été traités par téléphone. Ce bilan reposait sur des données statistiques. Certains médecins regrettaient d'être évalués sur une base de données quantitatives : « *c'est surtout au niveau économique qu'il*

contrôle» (MGDE 9) et non pas sur des données qualitatives : « *Mais ils regardent pas si on connaît le dernier traitement* » (MGDE 9).

III.2.1.3. Difficultés avec l'Agence Régionale de Santé

L'Agence Régionale de Santé (ARS) gère la politique de santé et représente l'État à l'échelle régionale. Elle planifie les installations et assure la gestion budgétaire nécessaire au maintien de l'activité en matière d'offre de soin. La politique de santé ambulatoire de l'ARS est centrée sur les secteurs identifiés comme déficitaires. Nous avons vu que la densité des bassins de vie est déterminée par le Schéma Régional Organisation de Santé ambulatoire (SROSa), qui est défini tous les 4 ans. Or la démographie médicale évolue vite. Le schéma peut ainsi varier sensiblement d'une année à l'autre.

Les perspectives d'évolution d'une maison de santé et les stratégies d'exercice des médecins peuvent être facilitées par le soutien, logistique et financier de l'ARS. C'est dans ce cadre que les praticiens ont sollicité cet organisme. Certains étaient installés dans un secteur perçu comme « fragile » par eux-mêmes et non par le SROSa. Ils ne pouvaient donc pas bénéficier d'aide financière par l'ARS : « *Nous n'avons pas été très aidés* » (MGDE 2). D'autres avaient jugé qu'ils n'étaient pas suffisamment compris par l'ARS et ils réclamaient une discussion plus sérieuse: « *avoir une écoute un peu plus*» (MGDE 6). Quelques-uns ont évoqué les efforts qu'ils ont réalisés et souhaitaient également des efforts du côté des dirigeants : « *il faut que de l'autre côté il y a une écoute aussi* » (MGDE 6)

La majorité des participants avaient déploré le manque de reconnaissance des activités des médecins généralistes de la part de l'administration en général: « *ne se rend pas compte de la place importante de la médecine de première ligne*» (MGDE 10) ou « *la réalité du*

territoire est très mal connue » (MGDE 6). Pour certains médecins, la médecine de première ligne était mise en valeur dans les discours mais pas dans les moyens : « *Après, que les moyens soient donnés...c'est plus compliqué quoi.* » (MGDE 2). Ce décalage entre les attentes des praticiens et la priorité de l'ARS, était une source de tension pour certains: « *nous avons eu des discussions* »(MGDE 2).

III.2.1.4. Difficultés dans la démarche administrative

Les inscriptions constituaient la première démarche obligatoire pour entreprendre une installation en France. Le soutien de certaines agences privées était souvent limité au recrutement des médecins. Elles n'étaient pas impliquées dans les démarches administratives et leur accompagnement était considéré comme insuffisant : « *pour combler les demandes mais pas le reste* ». (MGDE 4). Les candidats auraient souhaité une présence à leur côté pour faciliter les démarches administratives. « *S'il y a quelqu'un qui servait à aider les médecins à leur arrivée, c'est bon* » (MGDE4).

III.2.1.5. Difficultés dans la gestion et l'organisation

Isolement professionnel

À l'évidence les médecins qui avaient fait le choix d'exercer en solitaire étaient les plus exposés à l'isolement professionnel : « *je suis seul, c'est à moi à tout garder à ce moment-là* » (MGDE 9). Cette solitude était d'abord ressentie face aux besoins qualifiés de mineurs : « *tu ne peux pas dépanner vite fait ça* » (MGDE 1) ou « *dépanner une situation euh vraiment simple* » (MGDE 1). Elle était également ressentie dans l'absence de concertation avec les confrères : « *ça me manque aussi des réunions pour parler des patients* » (MGDE 9). Elle était encore plus marquée dans la gestion du cabinet devant la difficulté de trouver des remplaçants pendant les vacances: « *Je cherche une remplaçante ce n'est pas toujours facile* » (MGDE 1). L'absence de remplacement constituait également une contrainte dans la mesure où elle n'autorisait pas les médecins à s'absenter pour une journée de formation. Ils appréhendaient beaucoup l'accumulation des patients après leur absence: « *c'est un peu compliqué, après ça me charge beaucoup* » (MGDE 9).

L'exercice en solitaire exposait donc les médecins à une surcharge d'activité et principalement pendant les épidémies hivernales : « *L'hiver ça a été très dur* » (MGDE 9). Elle conduit à la fatigue, altère la vigilance et accroît les risques d'erreurs. Pour les médecins, le repos était important pour récupérer : « *ça devient trop chargé c'est la fatigue qui s'accumule...* » (MGDE 5). Face à la surcharge d'activité, ils cherchaient du soutien, mais il semblait difficile de trouver des collaborateurs : « *je cherche quelqu'un pour m'associer* » (MGDE 9).

Journées ennuyeuses

L'installation nécessitait une présence permanente au cabinet dans les heures d'ouverture. L'amplitude horaire était importante quelle que soit la densité d'activité. Pour certains, la faible activité en rapport avec le début d'installation constituait une période ennuyeuse, allant d'une simple gêne à la tension nerveuse : « *c'est très dur pour le système nerveux (rire)* » (MGDE 3). D'autres se sentaient « dominés » par le quotidien. L'environnement pouvait influencer également l'humeur pour certains. Quelques-uns installés en milieu rural regrettaient une vie répétitive et monotone : « *tu passes la journée...le jour d'après on recommence* » (MGDE 5). L'installation en groupe ne contribuait pas forcément à améliorer ce ressenti.

De même lorsque l'activité était abondante, la journée était également décrite comme longue et épuisante. Certains médecins, proches de la retraite, n'envisageaient plus d'exercer à un rythme aussi soutenu : « *... onze heures à fond ça fait des grosses journées* ». (MGDE 10).

Abondance des tâches administratives

Les tâches administratives font partie du quotidien en médecine générale. Elle ont surpris quelques médecins initialement : « *quand j'ai vu le...tous les papiers...j'ai dit mais ça C'EST QUOI ?* » (MGDE7). Elles sont indispensables, parfois obligatoires pour la prise en charge des patients : « *je n'aime pas faire mais il faut le faire quand même* » (MGDE 3). Les médecins ont souligné l'omniprésence voire l'accumulation des demandes administratives : « *on est inondé par les papiers tout le temps* » (MGDE 3). Leur gestion était présentée comme difficile : « *un peu difficile* » (MGDE 5) et nécessitait un apprentissage progressif : « *d'un point de vue administratif c'était compliqué* » (MGDE1). Son abondance était décrite comme

chronophage et source de lassitude : « *perdre beaucoup de temps et de nerfs en faisant des papiers.* » (MGDE 5).

L'organisation d'un système de soin a des particularités qui peuvent apparaître paradoxales. Certains médecins ne comprenaient pas la nécessité de refaire une demande de prise en charge pour une pathologie incurable déjà reconnue. Cette incompréhension concernait l'obligation de renouveler la demande d'affection de longue durée (ALD) : « *on commence un traitement après cinq ans il faut renouveler ça* » (MGDE 5).

L'organisation des systèmes de santé diffère d'un pays à l'autre. Tous les participants ou presque ont évoqué cette différence comme déstabilisante : « *ça change beaucoup d'un pays à l'autre* » (MGDE 9), ou « *tu es perdu parce que ce n'est pas la même chose* » (MGDE 1).

Manque de temps

Le manque de temps est régulièrement retrouvé dans les études concernant les médecins libéraux. Il a des répercussions aussi bien sur la vie privée : « *on diminue le temps qu'on peut passer ensemble* » (MGDE 6), que sur la gestion interne des documents administratifs : « *Maintenant je suis débordé de papiers* » (MGDE7). La rémunération augmentait avec l'abondance d'activité, mais les médecins n'avaient pas temps d'en profiter : « *...mais tu n'as pas le temps de dépenser* » (MGDE5).

La formation médicale continue a un caractère obligatoire en France (50). C'est surtout la formation qui est pénalisée par le manque de temps. Différents supports de formation sont mis à dispositions des praticiens. Cependant la majorité ne pouvait pas suivre

une formation régulière. La lecture de magazines de santé spécialisés pouvait être limitée par manque de temps: « *pas le temps de tout lire* » (MGDE10). La gestion de la structure de maison de santé limitait la présence au groupe de pairs : « *formation médicale continue... je n'y vais plus* » (MGDE2).

Le manque de temps concernait également la disponibilité des confrères du secteur. Après l'installation, les médecins s'appuyaient sur les soutiens des professionnels environnants pour progresser. Mais ils sentaient que leurs confrères n'étaient pas toujours disponibles du fait de l'activité de chacun : « *il est bien chargé* » (MGDE 1). Parfois les médecins sollicités avaient déjà des stagiaires, ce qui réduisait davantage leur disponibilité : « *il avait quelqu'un en stage, donc ça a été compliqué pour lui* » (MGDE 5).

III.2.1.6. Difficultés financières

Coûts élevés du quotidien

Le quotidien représentait un coût à supporter pour les médecins, aussi bien dans la vie privée que sur le plan professionnel. Le coût de la vie était considéré comme onéreux, il était important d'avoir des moyens pour faire face : « *Et les frais sont très élevés ici en France.* » (MGDE4). Certains ont eu recours au prêt bancaire pour assurer les dépenses. L'achat de matériel à usage professionnel constituait une charge financière non négligeable pour les médecins : « *Les logiciels médicaux sont très chers maintenant* » (MGDE 8). Pour pouvoir exercer dans de bonnes conditions l'investissement a un coût, en général cher : « *ça coûte cher* » (MGDE5), mais les frais semblaient surmontables. Néanmoins, il restait difficile de financer du personnel pour les praticiens exerçant seuls. Cela représenterait une dépense

importante et ne pourrait être supportée par un seul médecin, alors que le besoin d'aide était réel : « *pour avoir une secrétaire, coûte cher.* » (MGDE 8).

La pratique d'une activité libérale est soumise à des charges financières particulières. Il s'agit des cotisations qui ont un caractère obligatoire. Les médecins jugeaient les charges comme excessives, puisqu'ils estimaient que les cotisations n'apportaient aucune garantie pour eux : « *l'URSSAF tout ça je le trouve que c'est très élevé* » (MGDE 3). À noter que la cotisation obligatoire augmentait avec l'intensité de leurs activités : « *j'ai vu que plus que tu travailles plus tu payes* » (MGDE 3) mais ils n'en tireraient pas plus d'avantage. Les médecins arrivés en France à un âge avancé estimaient que la durée de leur cotisation ne serait pas suffisante pour avoir droit à la retraite : « *ce sont les années de cotisations que je n'arrive pas de le faire* » (MGDE 3). Certains ont reçu des courriers qualifiés de « *rigolos* » qui indiquaient que la caisse serait en défaut dans les prochaines années : « *dans 20 ans la caisse de retraite des médecins va être en faillite* » (MGDE 3). La plupart des médecins ont reconnu qu'ils ne pouvaient pas changer le système: « *ce sont des choses que je ne peux pas changer* » (MGDE 3).

Faible rémunération des médecins

L'ensemble des médecins interviewés ont exprimé leur satisfaction sur le plan financier : « *on a un revenu...qui correspond à ce que je veux, quoi* » (MGDE 10). Néanmoins certains ont émis des critiques sur la valeur des actes réalisés. Ils estimaient que l'acte n'était pas suffisamment rémunéré par rapport aux efforts fournis : « *ça c'est pas rétribué* » (MGDE 6). Ils jugeaient que la médecine à l'acte était moins valorisée : « *la médecine à l'acte elle n'est plus valorisée* » (MGDE 10). Une partie des médecins proposait

un modèle qui valoriserait les travaux réalisés sur le dossier des patients : « *valoriser...le temps qu'on passe dans les dossiers, à bien travailler, à faire...* » (MGDE 10).

III.2.2. Difficultés relationnelles

III.2.2.1. Problèmes observés chez les patients

L'attitude des patients vis à vis de médecins formés à l'étranger semblait normale. Toutefois certains participants ont noté des réactions surprenantes chez les patients. Ces derniers pouvaient manifester des signes d'inquiétudes face aux médecins étrangers : « *ils sont peut-être un peu inquiets* » (MGDE 1), des sentiments de rejet : « *Tu peux avoir comment on dit une espèce de rejet* » (MGDE 1). Les patients pouvaient également adresser des reproches aux médecins : « *ils me reprochent* » (MGDE 9). Une partie des candidats interrogés avait évoqué un ressenti plus dur des patients envers les médecins "étrangers" : « *ils sont peut-être un peu racistes* » (MGDE 3).

Ces actes ont marqué quelques participants au point de modifier leurs organisations. Certains ont renforcé leur présence au cabinet afin de mieux servir les patients. Les conditions d'installation contribueraient plus facilement aux réactions négatives des patients, celles-ci concernant principalement les médecins installés en solitaire : « *Comme je suis seul...c'est un peu compliqué,* » (MGDE 9). Ces attitudes se manifestaient davantage chez les personnes âgées, qui observaient d'abord si les médecins allaient rester : « *Plutôt les personnes âgées qui ont resté un peu* » (MGDE 3).

III.2.2.2. Retard à constituer la clientèle

La méfiance des patients que nous venons de souligner était marquée chez les médecins en début d'activité. Elle se traduisait par une limitation du nombre de patients vus en consultation et cela générait une préoccupation chez certains praticiens: « *Au début... je voyais que je voyais UN patient par jour* » (MGDE 4) ou « *Au début... j'avais deux trois patients par jour* » (MGDE 9). Cette tendance apparaissait essentiellement chez les médecins qui avaient fait le choix de débiter une activité seul et sans reprise immédiate de clientèle. Quelques médecins avaient repris une activité à distance du départ à la retraite d'un confrère, et constataient l'absence des patients : « *les patients...ils n'étaient plus là* » (MGDE 4). Ils étaient déjà orientés auprès des autres médecins du secteur. Face à cette absence de clientèle, certains médecins ont remis en cause leur projet d'installation: « *j'ai voulu renoncer* » (MGDE 3). Cependant ils ont persévéré au vu du contexte démographique de leur secteur. Cette stratégie s'est avérée efficace puisque après onze mois d'installation, les patients commençaient à affluer : « *Ça commence à monter* » (MGDE 4).

La plupart des médecins pensaient que l'activité allait être rapidement rentable comme promis par les agences de recrutements. « *On me disait qu'il y avait assez de patients là-bas* » (MGDE 9) ou « *je pensais que les choses sont très rapides* » (MGDE 3). Une fois installés, certains ont constaté qu'il y avait peu d'activité. Ils apprenaient ensuite la présence d'un confrère à proximité du lieu d'installation. Cette mise en concurrence pouvait créer une tension dans la relation professionnelle.

III.2.2.3. Tensions avec les confrères

Les installations de médecins interrogés étaient parfois mal acceptées par les confrères des communes avoisinantes: « *un seul confrère qui n'est pas content* » (MGDE 3). Il y avait peu de soutien entre eux. La préoccupation principale des médecins déjà installés était la perte de patients et ils tentaient de les retenir par différents moyens: « *limiter leur droit de quitter leur liste* » (MGDE 8). Certains garderaient par exemple des documents afin d'éviter le départ des patients. Cette hypothèse était suggérée par les médecins interrogés devant les difficultés qu'ils rencontraient pour renouveler les demandes d'ALD chez les nouveaux patients, sans le volet qui leur est destiné: « *pratiquement pour moi c'est impossible de refaire à zéro* » (MGDE 8).

La relation avec l'hôpital pouvait également être conflictuelle et plus particulièrement avec les médecins urgentistes. Certains participants constataient que leurs instructions n'étaient pas toujours prises en compte par leurs confrères urgentistes. Ils évoquaient « *...une petite dispute avec un urgentiste* » (MGDE 1). Le manque de considération envers les généralistes était révoltant pour d'autres: « *on nous considère comme des in...des personnes qui connaissent rien quoi* » (MGDE 10).

III.2.3. Difficultés dans le futur

III.2.3.1. Perte d'indépendance des médecins et monopolisation du pouvoir.

La plupart des médecins interrogés ont remarqué des changements dans la médecine générale. Selon certains, le système de santé évoluerait progressivement et donnerait un statut de fonctionnaire aux médecins libéraux, sous la tutelle de l'état. Cela pourrait conduire à une perte d'indépendance des médecins libéraux : « *Ça glisse fort vers une médecine tout à fait*

fonctionnarisée» (MGDE 10). Quelques-uns regrettaient cette perte d'autonomie qui leur semblait essentielle à la fonction libérale : « *Il faut quand même qu'on ait une autonomie*» (MGDE 10). L'omniprésence de la charge administrative participerait selon eux à cette perte d'autonomie. Certains ont déclaré que les tâches administratives s'accumulaient dans leur quotidien: « *on rajoute effectivement des complications administratives* » (MGDE 6). Les participants ont évoqué la menace de monopolisation devant l'instauration du tiers-payant dans un futur proche : « *ça va générer un petit peu un monopole*» (MGDE 7).

III.2.3.2. Conséquences négatives de la politique de santé : tiers-payant

En septembre 2013, le projet de loi de modernisation du système de santé, soutenu par la Ministre de la Santé, prévoyait l'instauration du tiers-payant généralisé et obligatoire en 2017. Dans cette perspective, quelques médecins y voyaient d'abord un intérêt financier : « *Au contraire ça peut être favorable (rire)* » (MGDE 4) avant d'évoquer les préoccupations face à cette mesure. D'autres y attribuaient fatalement des complications en pratique : « *La réalisation est forcément compliquée* » (MGDE 6).

Beaucoup de participants ont évoqué l'échec du tiers payant dans leurs pays respectifs. Les médecins diplômés et qui ont longuement exercé en Roumanie ont émis des doutes sur la pérennité de ce projet, en faisant référence à leurs expériences : « *j'ai eu l'expérience de travailler sur un système de soin gratuit pour tout le monde* » (MGDE 1) ou « *le tiers payant qui ne marche pas là-bas, il est copié ici (rire)* » (MGDE 3). Ils envisageaient cette perspective et regrettaient le retour au régime qu'ils avaient connu antérieurement : « *ça ne me plaît pas (rire) de revenir au régime de travail que j'ai eu avant* » (MGDE 3)

Une autre conséquence de cette loi, préoccupant les médecins, était l'afflux potentiel de patients. Pour ceux qui avaient exercé en Espagne, avec ce système, les médecins manquaient de temps pour s'occuper des patients et cette situation risquait de se produire en France : « *avoir le même problème que là-bas.* » (MGDE 9) ou « *mon expérience en Espagne, chargé un peu plus les consultations* » (MGDE 4). Certains semblaient tellement remontés contre ce projet de loi qu'ils ont préféré ne pas le commenter « *Euh je préfère ne pas commenter sur ce sujet (rire)* » (MGDE 7). Tous étaient favorables au mouvement de contestation que menaient les médecins en France.

Quelques-uns ont remis en cause leur choix de venir travailler en France et auraient préféré attendre : « *si j'ai su ça antérieurement j'aurais été probablement plus prudent d'abord, de venir ici,* » (MGDE 8). D'autres ont développé des stratégies d'opposition en déclarant qu'ils refuseraient de payer la différence : « *...mais nous faire payer nous la différence on n'est pas d'accord quoi...* » (MGDE 10).

La principale difficulté envisagée était l'absence de contrôle de rémunération auprès de la caisse complémentaire : « *l'impossibilité de notre part de vérifier des remboursements* » (MGDE 7). Les agences de complémentaire santé compensent une partie des frais de santé non pris en charge par la Sécurité Sociale. Ces organismes sont privés. Dans le cadre de la mise en place du tiers-payant, quelques médecins ont rencontré des retards de rémunération par les mutuelles et des difficultés pour les joindre : « *j'ai eu des problèmes avec les mutuelles* » (MGDE 5). Ils n'envisageaient pas de réclamer les différences aux patients par manque de moyens : « *on n'a pas les moyens de vérifier* » (MGDE 10).

Certains participants ont tenté d'apporter les arguments à l'élaboration de cette loi de santé. L'hypothèse avancée était d'ordre électoral, en privilégiant un grand nombre de voix potentielles : « *il y a un vote par patient* » (MGDE 8).

Au final, le choix du tiers-payant obligatoire n'a pas été compris par l'ensemble des médecins interrogés: « *je n'ai pas compris le principe de changement* » (MGDE 4). La majorité s'accordait à penser qu'il s'agissait d'une décision absurde. Il n'y avait aucun intérêt pour les médecins libéraux qui le pratiquaient déjà : « *je ne vois pas l'intérêt...* » (MGDE 4) ou « *aucun intérêt de généraliser un tiers-payant à tout le monde qui n'a pas besoin* » (MGDE 4). Quelques-uns se sont indignés en déclarant que : « *c'est une folie pour la classe médicale et c'est une folie pour l'État* » (MGDE 1).

III.2.3.3. Dévalorisation de la médecine générale

Certaines idées reçues préoccupaient également les médecins sur l'avenir de cette discipline. Ils revendiquaient par exemple une meilleure image de la médecine générale : « *qu'on soit un peu moins déconsidérés* » (MGDE 10). Il y avait un sentiment de pessimisme dans l'avenir de la médecine générale : « *des patients seront saucissonnés par rapport aux pathologies* » (MGDE 10).

III.2.3.4. Baisse de la qualité de soins

Selon une partie des médecins interrogés, la situation démographique s'aggraverait si la tendance se poursuivait au même rythme. La population médicale est vieillissante et cela préoccupait les médecins encore en activité : « *les confrères que je l'ai euh...ils sont pas loin du...de retraite* » (MGDE 5). La charge du travail allait s'accroître davantage et aurait un impact majeur sur la qualité de soin. Pour certains, l'augmentation de l'activité aurait fatalement un impact négatif sur la qualité de prise en charge : « *C'est pas bien d'avoir trop de patients pour la qualité du service médical* » (MGDE 5). Il était admis que les

changements de politique de santé allaient forcément surcharger les médecins : « *automatiquement ils viennent pour n'importe quoi* » (MDGE 3).

III.2.3.5. Avenir inconnu

L'exercice de la médecine générale dans le futur suscitait des interrogations chez les médecins rencontrés. Ils exprimaient des sérieux doutes sur l'avenir des médecins généralistes : « *Je ne sais pas du tout, c'est l'inconnu* » (MGDE 7). Ce doute se focalisait principalement sur le mode de rémunération : « *au niveau des remboursements je ne sais pas* » (MGDE 7). Il s'agirait pour certains, d'un moyen susceptible de dissuader l'installation des jeunes médecins : « *ça va dissuader des jeunes euh de s'installer* » (MGDE 6).

III.3. Choix de la migration

Impulsion du projet

Les médecins généralistes interrogés provenaient des grandes villes d'Europe voire des capitales. Tous étaient en exercice stable avant de quitter leur pays. Certains avaient des activités humanitaires, « *j'ai travaillé que en étranger euh aussi pour une équipe médicale d'urgence* » (MGDE 5) ou « *puis je suis partie cinq ans en Afrique* » (MGDE 10). D'autres exerçaient dans les hôpitaux « *j'étais directeur médical en clinique universitaire* » (MGDE 1), dans des cabinets de ville comme médecins de famille « *J'ai continué de faire la médecine de famille* » (MGDE 3). Le projet d'exercice hors du pays de formation, a été impulsé par des contraintes financières et des mauvaises conditions de travail.

Moyens facilitants

Les agences de recrutement ont été citées par la majorité des candidats comme le moyen facilitant la destination à l'étranger : « *Dans mon cas c'était un chasseur de tête,* » (MGDE 4) ou « *j'ai déposé mes...mon curriculum,[...] dans une...bureau de recrutement* » (MGDE 8). Leur service permettait d'identifier directement les communes à la recherche de médecins. Le transport était souvent à la charge du postulant. L'avion était le moyen de transport emprunté par la majorité. Toutefois les déplacements en voiture n'étaient pas rare : « *moi j'ai eu la chance j'ai ma voiture je pouvais me déplacer* » (MGDE 4). Il facilitait le déplacement sur le territoire, quand plusieurs visites étaient prévues. Plusieurs allers-retours ont été nécessaires pour concrétiser le projet.

De nombreux pays en Europe souffrent de problème de démographie médicale, notamment pour assurer les soins de premiers recours. Ces pays recrutent également des médecins formés hors de leurs frontières.

Certains gouvernements empêchaient le départ des médecins vers d'autres pays. Ils pouvaient attendre jusqu'à deux ans les documents administratifs nécessaires : « *j'ai attendu mes papiers presque deux ans* » (MGDE 8). Quitter le pays d'origine constituait une vraie difficulté qui ne permettait forcément le retour : « *C'est dur de quitter l'activité de là-bas* » (MGDE 8).

Orientation en France

Parmi les nombreuses destinations proposées par les agences de recrutement, la France constituait un choix intéressant pour la plupart. Le projet d'exercice dans ce pays résulte d'un concours de nombreux facteurs, parfois diamétralement opposés mais qui contribuent à la décision finale. La France renvoie à une image d'un pays socialement et financièrement stable. Elle permettrait une bonne condition d'exercice avec une liberté d'entreprendre « *ici vous avez la liberté de prescrire* » (MGDE 3), autorisant ainsi une vision concrète de l'avenir.

Cette vision idéaliste s'oppose avec la représentation négative du système de santé du pays d'origine « *la médecine générale n'est pas développée euh du tout en Italie* » (MGDE 6), liberticide « *je ne peux pas exercer en toute liberté* » (MGDE 1) ou « *tu ne peux pas prescrire les choses quand tu veux* » (MGDE 3), sur un fond de crise financière « *la situation des médecins c'est très dure en ce moment, le système est à peu près en faillite* » (MGDE 3), limitant ainsi les perspectives professionnelles « *des débouchés professionnels limités à Madrid* » (MGDE 4).

La France est donc présentée comme une alternative avantageuse, une garantie accessible contre une situation antérieure menaçante « *il y avait des contraintes plutôt financières* » (MGDE 7) et hostile « *surtout à cause du climat vous connaissez comment euh...à Londres c'était mauvais* » (MGDE 9). Le problème de démographie médicale est considéré comme une promesse d'activité à la fois lucrative « *je vais aller très vite de gagner comme il faut* » (MGDE 3) et durable, répondant aux besoins financiers difficiles de quelques-uns. Les médecins y trouvent leur compte puisque le système de soin est compatible avec leur aspiration de la médecine de premier recours : « *ici je peux faire le métier comme il faut* » (MGDE 3) ou « *c'est un système très bon celui qu'il y a en France* » (MGDE 6). De plus, les agences de recrutement offre l'opportunité de concrétiser le projet et relancer sa carrière : « *il y a possibilité de progresser, il y a un futur...* » (MGDE 4).

Plusieurs propositions de cabinets ont été faites: « *ils ont donné des renseignements par rapport à tout ce qu'il y a disponible* » (MGDE 5). Certains ont évoqué le lien historique de la France avec leur pays, c'est le cas de la Roumanie « *on a eu des amis en Alsace* » (MGDE 1). D'autres ont mis en avant leur éducation à la Française. « *Mais mon éducation de base est française et je dis je m'en vais en France* » (MGDE4). La France apparaissait comme un modèle en termes d'éducation. Le choix du pays avait aussi pour objectif d'inculquer les valeurs françaises à la famille, souvent aux enfants, à travers l'éducation: « *et j'ai voulu que les enfants aient l'éducation française* » (MGDE 4).

Le contact avec des connaissances a été évoqué par quelques-uns pour l'orientation en France. Certains avaient des liens avec sur le territoire, un chef d'établissement, un compatriote, créant ainsi une sorte de réseaux : « *il y a quelqu'un qui travaille pas loin d'ici, roumain aussi et qui m'a...raconté* » (MGDE 7). Mais ces informations semblaient peu pertinente car elles provenaient d'un tiers : « *Donc c'est pas forcément un choix bien documenté avant* » (MGDE 7).

Parallèlement les candidats faisaient également des demandes dans d'autres pays. Quelques-uns avaient été acceptés au Royaume-Uni « *moi j'étais déjà accepté à Londres* » (MGDE 4). Ils y ont exercé avant de s'orienter en France pour différentes raisons. Ils auraient préféré y rester : « *j'aimais beaucoup de rester là-bas* » (MGDE 9) mais des préférences familiales ont motivé la venue en France. Parfois le mode d'exercice ailleurs ne convenait pas : « *Et mais finalement ce n'était pas, pas forcément ce que je voulais faire* » (MGDE 7).

Orientation en Aquitaine et sur le lieu d'exercice

Très peu de candidats avaient connaissance de la région avant de s'y installer « *le choix de la région était aléatoire* » (MGDE 4) ou « *nous avions le souhait également de descendre vers le sud* » (MGDE 2). Une minorité avait passé des vacances en Aquitaine et a été séduite par le climat. D'autres ont préalablement « visité » les villes proposées par les agences de recrutement. La proximité d'un compatriote participait au choix du lieu d'installation pour quelques-uns : « *la distance peut-être, la distance entre moi et le confrère* » (MGDE 7). Pour la plupart, la décision finale appartenait aux membres de la famille, souvent des épouses sinon des enfants « *J'ai laissé ma femme de se décider* » (MGDE 8).

La situation géographique a également influencé le choix du lieu d'installation des médecins. C'est le cas des milieux ruraux. Le mode de vie y serait plus paisible pour certains car le contact avec la population serait plus chaleureux qu'en ville « *c'est la nature humaine qu'on le trouve ici* » (MGDE 5). Toutefois un lien avec les grandes villes était conservé notamment pour les sorties en famille.

L'existence d'avantage en nature a contribué au choix de quelques-uns « *ils en ont offert...offris l'exonération à l'impôt... 5 ans* » (MGDE 5). Toutefois cet argument n'était pas

toujours prioritaire pour la plupart. Certains privilégiaient au contraire la proximité d'une grande ville propice aux liens sociaux : «...*tu dois avoir une vie sociale et si tu ne connais aucune personne là c'est un peu difficile* » (MGDE 3).

IV. Discussion

IV.1. Intérêt de l'étude

L'étude de l'évolution de la démographie médicale montre une baisse de la densité des généralistes en France. Cette situation fragilise l'offre de soin de premiers recours. Pour pallier au manque de médecins généralistes, des communes ont recruté des médecins formés dans les pays membres de l'UE. Ces médecins ont le droit d'exercice en France. Cependant certaines installations ne sont pas pérennes, aboutissant à un changement fréquent de lieu d'exercice (12). Notre étude s'intéresse aux difficultés vécues par les médecins généralistes formés hors universités françaises, installés en libéral en France. Nous avons ciblé les médecins qui ont choisi d'exercer en Aquitaine. À notre connaissance, cette population n'a jusqu'à présent pas fait l'objet d'étude en France. Nos résultats viennent en complément des données statistiques publiées régulièrement par l'Ordre des Médecins.

Nous avons utilisé la méthode qualitative pour étudier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes non formés en France. Cette méthode a permis de recueillir des données verbales ainsi que des nouvelles idées. Malgré une forte demande de soin de la population en Aquitaine, notre étude a retrouvé trois grands domaines où des difficultés ont émergé. D'abord sur le plan administratif avec les difficultés de communication, puis au niveau humain avec le retard à constituer une clientèle suffisante, enfin des préoccupations pour l'avenir face au changement de mode de rémunération des médecins.

IV.2. Force de l'étude

IV.2.1. Choix de la méthode qualitative

Pour répondre à la problématique que nous avons posée, la méthode qualitative était le meilleur moyen car elle permet l'expression libre et spontanée des opinions. L'entretien semi-

dirigé permettait de garantir que les points essentiels soient abordés. Par son approche intuitive, elle autorise l'émergence des nouvelles idées. Une méthode quantitative par questionnaires fermés aurait limité la variété des réponses obtenues. Elle n'autoriserait pas l'émergence de nouvelles idées dans cette population.

Nous avons pu rencontrer des médecins diplômés de différents pays européens. La diversité des parcours permettait d'obtenir des points de vue différents et de couvrir un maximum de problématiques. Le profil des participants était également varié en termes d'âge, de durée d'exercice en France, et de lieu d'installation (rural, semi-rural et urbain).

Nous avons tout mis en œuvre pour mettre en confiance les participants, en garantissant l'anonymat et en choisissant de mener les entretiens sur leur lieu d'exercice. La région Aquitaine est une des plus grandes régions de France. La distance nord-sud est de 390 km. Au sein de cette région il existe une variation géographique avec un côté littoral à l'ouest, un relief montagneux au sud, et un territoire vallonné au nord et à l'est de la région (51). L'effectif des candidats ciblés par notre étude était de 73 médecins généralistes en 2014. Ils étaient répartis sur l'ensemble du territoire que nous venons de détailler. L'accès à chaque médecin a mobilisé beaucoup d'effort, et occupait au moins une journée d'activité. L'entretien téléphonique aurait pu nous affranchir du problème de distance, mais elle posait suffisamment de limites en termes de pertinence des données recueillies pour que nous la rejetions. Il nous semblait plus approprié de rencontrer les médecins sollicités et d'avoir ainsi une description précise du lieu et des conditions d'exercice. Un des inconvénients de cette méthode a été l'annulation de rendez-vous au dernier moment : un médecin nous a convoqué à deux reprises et annulé l'entretien une fois que nous étions dans la salle d'attente. Ces contraintes géographiques nous ont incité à privilégier les médecins plus faciles d'accès.

Chaque participant a signé le formulaire de consentement et la confidentialité était respectée (*annexe 5*).

IV.2.2. Interprétation des données

Cette étude a permis de faire une analyse des difficultés d'exercice en soin primaire vécues par les médecins généralistes diplômés hors universités françaises, installés en Aquitaine. La double analyse basée sur des codages indépendants a renforcé la fiabilité de l'interprétation. Dans notre résultat, nous avons identifié trois thèmes principaux : les difficultés liées à l'administration, les difficultés d'ordre relationnel et les préoccupations concernant l'avenir.

IV.2.2.1. Problèmes administratifs

Quel que soit le corps administratif rencontré, chaque candidat a vécu au moins une difficulté dans son parcours.

a) Difficultés avec l'Ordre des Médecins

Le délai de validation du diplôme auprès des Conseils de l'Ordre témoigne d'une certaine lenteur dans l'administration, souvent décriée en France. Entre 2007 et 2014, le nombre de médecins à diplôme européen et extra-européen a augmenté de 60 % selon le CNOM (26). Il est probable que le nombre des demandes adressées chaque année soit trop important pour être traité rapidement. Compte tenu du nombre d'intermédiaires entre les Conseils départementaux et le Conseil national dans la gestion des dossiers, les documents peuvent se perdre entre plusieurs conseillers, ce qui contribue à ralentir le processus d'inscription. Nous avons vu que certains pays étaient réticents au départ de leurs médecins et

sont par conséquent susceptibles de ralentir également la coordination au niveau des instances ordinales. La mise en place du Conseil Européen d'Ordre des Médecins (COEM) devrait faciliter ces tâches. Face à cette lenteur, les candidats interrogés ont pris les précautions nécessaires en gardant leur poste dans le pays où ils exerçaient avant de venir en France. Pendant cette période d'attente, il y a un enjeu financier avec une diminution des revenus et une augmentation des investissements nécessaires au changement de condition de vie, comme les trajets entre deux pays et les hébergements. Dans le contexte démographique actuel, avec une faible densité de médecins généralistes dans certaines régions, il serait souhaitable que les dossiers soient traités plus rapidement tout en étant vigilant sur la validité des diplômes.

Il faudrait donc plus d'efforts pour assurer une bonne coordination entre le Conseil Départemental et le CNOM. L'augmentation du nombre de demandes nécessiterait par exemple la création d'un poste de référent au niveau de l'Ordre des Médecins. Ce dernier pourrait assurer le suivi et informer plus rapidement les candidats sur la progression des dossiers.

b) Difficultés avec l'Agence Régionale de Santé

La mission de l'ARS est d'assurer, à l'échelle régionale, le pilotage du système de santé (52). Elle est responsable de la planification de l'offre de soins en fonction des besoins de la population. Cette agence régionale assure une organisation plus cohérente et plus efficace de la politique de santé menée sur un territoire. Elle peut apporter un financement dans le but de revitaliser les secteurs où l'offre de soins est identifiée comme fragile par le SROS ambulatoire.

Dans notre étude, l'ARS a été sollicitée à plusieurs reprises devant des difficultés financières, mais les demandes n'ont pas abouti. Nous pensons que les médecins interrogés

n'avaient pas connaissance, avant leur installation, des zonages définis par l'ARS et pouvant bénéficier de prestations. D'après la thèse de A. Jardel sur la connaissance et la perception des mesures incitatives à l'installation, le niveau moyen des connaissances n'était pas bon chez les internes de médecine générale de Haute-Normandie (53). Son travail incitait à renforcer la politique d'information auprès des futurs médecins généralistes pour promouvoir l'installation. Par extrapolation, il est légitime de penser que la connaissance d'aide à l'installation est également limitée chez les médecins à diplômes étrangers interrogés dans notre population d'étude. Il serait donc nécessaire de mieux informer les candidats à diplômes étrangers lors de l'inscription au niveau de l'Ordre des Médecins ou de la CPAM. Les médecins qui se plaignaient d'avoir peu de patients auraient pu bénéficier des compléments de rémunération dans le cadre du contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG). La mise en place de ce contrat nécessite cependant une connaissance préalable des lieux choisis.

Nous avons vu qu'il y avait un décalage entre la qualification d'une zone déficitaire selon le médecin en exercice et le schéma de SROSa. Les médecins sollicités à l'étranger devaient sûrement penser que les communes qui recrutaient étaient situées dans un secteur identifié comme déficitaire par l'ARS. Or en réalité le SROSa est défini tous les quatre ans et ne tient pas compte de l'évolution rapide de la démographie médicale avec les nombreux départs à la retraite. Les médecins qui n'avaient pas obtenu de financement par l'ARS avaient pourtant ressenti le manque d'offre de soin sur leur territoire, compte tenu de l'intensité de leurs activités ou de la saturation de leurs confrères. Les études menées auprès des médecins libéraux formés en France n'ont pas mis en évidence les mêmes difficultés sur le plan administratif (48) : les principales plaintes de ces derniers concernaient la surcharge d'activité et la charge financière liée à leur activité.

c) Difficultés avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) assure le financement d'une partie ou de la totalité des actes réalisés par les médecins. Avant l'installation, ceux qui s'engagent dans le secteur 1 signent une convention avec l'Assurance Maladie. Ensuite, ils reçoivent tous les trois mois un bilan d'activité, le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription (RIAP), établi par la CPAM. Ce document retrace la pratique des médecins: nombre de consultations, prescriptions de médicaments, d'analyses de laboratoire et nombre d'arrêts maladie prescrits, etc. Il est comparé à l'activité des confrères de la région. En cas d'écart avec la moyenne, les médecins peuvent recevoir une visite de contrôle. Dans le cadre de cette mission, un Délégué de l'Assurance Maladie (DAM) rencontre les médecins pour présenter leur bilan. Dans notre étude, certains avaient le sentiment d'être surveillés et ressentaient un manque de liberté dans la prescription. L'intérêt d'une évaluation des données statistiques a été remis en cause par quelques médecins interrogés. Dans la thèse de S. Samir, les médecins généralistes interrogés partagent le sentiment que l'uniformisation des pratiques par comparaison statistique des activités des médecins n'est pas pertinente (54). Dans notre étude les médecins avaient l'expérience d'autres méthodes d'évaluation qui reposaient sur l'appréciation de la qualité du travail effectué. Mais dans un contexte de maîtrise budgétaire, ils ont bien compris que la priorité de la CPAM était de limiter les dépenses liées aux soins.

IV.2.2.2. Difficultés avec les patients

Les médecins interrogés ont décrit des réactions négatives venant des patients. Ces réactions témoignent d'une prise de distance de certains patients envers les médecins. Selon la théorie proxémique de E. T Hall, la distance choisie entre médecin et patient dépend du rapport individuel des sentiments et des activités des individus avec un mode proche et éloigné (62). Dans notre étude, les patients donnent l'impression de manquer de

reconnaissance. Le sentiment de « rejet » qu'ils manifestent les éloigne du médecin. Ce contexte ne facilite pas la relation médecin-malade. Cette prise de distance à travers la méfiance ou le rejet ne donne pas confiance aux praticiens. Il faudrait plus d'ouverture sans jugement de valeur ni préjugés de la part des patients.

La quantité d'annonces de recherche de médecins généralistes diffusées sur internet reflète une forte demande de soins en France. Il est probable que l'idée d'une activité rapidement lucrative soit acceptée comme une évidence par les médecins qui souhaitent venir exercer en France. Or, nous avons observé dans cette étude que le choix d'installation conditionnait l'importance de l'activité. Ceux qui ont fait le choix de s'installer seul, sans succéder, ont eu plus de difficulté à constituer une patientèle que ceux qui sont en groupe ou qui ont repris directement une succession.

Les jeunes médecins généralistes diplômés des universités françaises font le choix de remplacer avant de s'installer (32). Cette période leur permet de renforcer la formation initiale et de garantir une patientèle suffisante avant l'installation définitive.

Chez les médecins recrutés à l'étranger, nous avons vu que l'idée d'une activité rapidement lucrative était promise par les agences de recrutement. L'objectif était de convaincre les médecins de venir exercer en France. Les agences de recrutements privés sont des organismes à but lucratif. La recherche d'un professionnel de santé constitue une ressource financière. L'arrivée d'un nouveau médecin dans une commune à faible densité médicale représente un bénéfice pour la population. D'après notre étude, le début d'activité de certains était décrit comme difficile par manque de patients. Ce constat ne serait pas isolé selon les médias. Plusieurs cas de défaut de clientèle ont été répertoriés et souvent responsables d'instabilité pour les médecins (12, 56). Dans cette optique, l'État devrait participer davantage au recrutement, cela permettrait ainsi de mieux contrôler les informations

délivrées aux candidats et d'assurer une meilleure intégration. Dans les pays comme l'Australie, le Canada, les États fédéraux gèrent le recrutement des médecins étrangers. Les conditions d'installation y sont souvent imposées et les médecins semblent s'intégrer dans le système de santé (40, 47).

IV.2.2.3. Préoccupation face à l'avenir

Force est de constater que la médecine générale évolue sur plusieurs points. Nous avons abordé les problèmes de la démographie avec le vieillissement du corps médical et la féminisation des jeunes médecins généralistes (9). Les progrès scientifiques impactent forcément sur la pratique comme la mise à jour des recommandations. Sur le plan financier, des restrictions budgétaires apparaissent par exemple avec le déremboursement de molécules estimées moins efficaces (57). L'organisation de la santé suit cette évolution. Au niveau national, le ministère des Affaires Sociales et de la Santé a proposé une loi sur la modernisation du système de santé (58). Parmi les mesures phares, l'article 18 qui prévoit l'instauration du tiers-payant généralisé, est vivement contesté par les professionnels libéraux. Des mouvements de contestation ont émergé. Les médecins libéraux ont massivement manifesté à Paris en Mars 2015 (46) et les appels sporadiques à la grève des médecins généralistes persistent (59-61). Les médecins que nous avons interrogés avaient émis des opinions très critiques sur le sujet et avaient fait part des difficultés de ce système qu'ils avaient déjà rencontré dans leurs pays d'origine. Les préoccupations reposaient donc sur l'expérience antérieure. Toutefois aucun n'envisageait d'arrêter son activité. Dernièrement, le résultat de l'étude nationale « la Grande Consultation » menée par l'Ordre des Médecins a révélé que 55% des médecins interrogés sont inquiets face à leur propre avenir professionnel (62). Ce résultat est similaire au ressenti des participants que nous avons sollicité. Dix propositions ont été faites par le CNOM à la suite des résultats de l'enquête.

IV.3. Les biais de l'étude

a) Définition du terme difficultés

Ce terme s'explique à lui tout seul. Le dictionnaire Larousse® donne la définition suivante : « caractère de ce qui est difficile ». Ce qui est difficile est « ce qui n'est pas facile à réaliser, qui exige des efforts importants ». De ce point de vue, ce terme a un caractère arbitraire, relatif à chaque chercheur. Pour une raison pratique, après l'analyse des données recueillies, nous avons classé comme « difficultés » les situations éprouvantes où les participants ont évoqué spontanément une contrainte, une plainte. Cette interprétation peut être discutable.

b) Biais internes

Nous avons mené les entretiens seul. Notre expérience en matière de recherche qualitative est limitée, malgré les conseils avisés de notre directeur de thèse et des maîtres de stage. Les candidats interrogés ont parlé sans difficulté dans un langage médical ce qui a permis un discours plus spontané. Cependant nous pensons que notre statut de médecin généraliste formé dans la région pouvait influencer leurs discours. En effet certains participants n'ont montré que les aspects positifs et irréprochables de leur parcours, probablement de peur d'être jugés. Ils se limitaient à un discours purement scientifique. D'autres ont donné l'impression de se sentir évalués.

c) Biais externes

Les interviews ont été réalisées sur le lieu de travail du médecin. Elles ont eu lieu en début de journée, voire en début d'après-midi. Les médecins ont pris soin de choisir un

moment où ils étaient le moins dérangés. Toutefois des interruptions téléphoniques ont été constatées pendant certaines séances. Des médecins nous ont reçus avant de débiter leur consultation. Nous devons respecter des limites imposées par les rendez-vous. Ceux-là donnaient l'impression d'être pressés et vouloir en finir. Leurs réponses étaient concises. Un des participants avait décompté le temps d'entretien sur son téléphone, une alarme imposante a sonné au bout de 30 minutes. Les relances n'ont pas permis d'approfondir certaines idées.

Malgré tous nos efforts de confidentialité, la présence du dictaphone a certainement perturbé les déclarations de certains participants. Deux médecins m'ont demandé de parler hors microphone à la fin de l'interview. L'entretien étant un moment de rencontre entre deux individus qui ne se connaissent pas, il est probable que les participants aient volontairement évité des sujets sensibles. Nous pensons que les informations susceptibles de porter préjudice dans leurs carrières étaient volontairement omises.

Nous avons recueilli et étudié les récits de vie. Toutefois nous ne pouvons pas vérifier si les médecins ont réellement vécu les événements déclarés.

d) Biais de recrutement

Pour identifier nos candidats nous avons fait appel au conseil de l'Ordre des Médecins de chaque département d'Aquitaine. Les cinq conseils départementaux n'ont pas tous communiqué les coordonnées des médecins que nous avons sollicités. Pour compléter la liste partielle obtenue, nous avons eu recours à la technique de recrutement par boule de neige (63). Nous avons demandé à chaque candidat contacté de nous orienter vers un confrère également diplômé à l'étranger.

Quel que soit le mode d'identification des candidats, nous pouvons supposer qu'il y ait un biais de sélection. La participation était volontaire et le consentement éclairé était exigé. Cependant il est probable que les médecins les plus satisfaits de leur situation professionnelle aient davantage répondu que les insatisfaits. Les participants ont eu différents parcours avant l'installation en France, ce qui permettait de garantir une diversité culturelle des candidats. L'âge moyen des candidats interrogés dans notre étude était de 47,3 ans. Ils étaient plus jeunes que l'âge moyen des médecins à diplômes étrangers, qui était de 49,6 ans selon les données publiées en 2014 par le CNOM (27).

IV.4. Perspectives

Le résultat de cette étude met en évidence les difficultés rencontrées par les médecins non diplômés en France et installés en soins primaires. Les médecins interrogés avaient sollicité les confrères environnants, mais certains n'étaient pas disponibles. Ces contraintes peuvent entraîner le changement de lieu d'exercice, avec des conséquences financières pour les médecins et l'aggravation de l'offre de soins pour la population.

Afin d'éviter les situations d'échec, des mesures peuvent être instaurées. Chaque médecin généraliste à diplôme étranger qui s'installe devrait bénéficier d'un accompagnement plus étroit par un confrère de son secteur d'activité. Ceci permettrait d'améliorer les démarches administratives et de diminuer l'isolement ainsi que les contraintes quotidiennes.

Nous avons noté que la communication est identifiée comme une des faiblesses du système. Compte-tenu de la situation démographique actuelle, les demandes d'installation en soins primaires devraient être prises en considération quel que soit le secteur d'activité.

Sur le plan relationnel, le comportement de certains patients, en particulier la méfiance, ne semble pas justifié. Ces médecins sont des professionnels de santé diplômés des grandes universités européennes, et surtout riches d'une expérience humaine, comme nous venons de le découvrir.

Enfin la loi de modernisation de la santé n'est pas ressentie par les participants comme la meilleure solution pour promouvoir l'exercice libéral de la médecine générale. Compte tenu du contexte démographique actuel, son application devrait être retardée afin de rassurer davantage les praticiens.

V. Conclusion

Cette étude qualitative par entretien semi dirigé a été menée auprès des médecins généralistes formés à l'étranger, installés en Aquitaine. Notre population d'étude était variée, avec une expérience antérieure diversifiée. Dans l'ensemble, les médecins interrogés étaient satisfaits de leur situation professionnelle. Nous avons identifié les facteurs qui les ont orientés vers un exercice en Aquitaine. L'argument financier a été souvent cité mais n'apparaissait pas comme la principale priorité des médecins. Les conditions d'exercice en France, avec une liberté d'entreprendre, étaient très souvent évoquées comme source d'attractivité pour notre système de soin réputé comme l'un des meilleurs du monde.

Néanmoins nous avons identifié trois domaines où existaient des difficultés. Sur le plan administratif, les problèmes de coordination entre les différentes structures, locales, régionales et nationales, ont été ressentis comme majeurs. Les demandes des médecins n'apparaissaient pas comme une priorité des instances administratives. En termes d'activité, la constitution de la « clientèle » était vécue comme lente, principalement pour ceux qui avaient fait le choix de s'installer seul sans prendre de succession. Ce résultat contrastait avec l'espérance d'une activité rapidement lucrative en France. Au-delà de ces difficultés vécues, la principale préoccupation dans notre étude concernait le devenir de la médecine générale compte-tenu des changements en cours, de l'aggravation de la démographie médicale et de l'appréhension du nouveau mode de rémunération. L'instauration du tiers-payants obligatoire représentait un retour dans le passé pour les médecins qui avaient vécu les dysfonctionnements de ce système dans leurs pays d'origine.

Les domaines identifiés comme difficiles dans notre étude pourraient être surmontés avec une meilleure concertation du médecin avec population locale, les acteurs régionaux de santé et les acteurs politiques au pouvoir. L'aide d'un médecin généraliste de proximité, proposé

comme référent ou tuteur, pourrait favoriser l'installation durable des médecins à diplômes étrangers.

Les médecins généralistes à diplômes étrangers installés dans la région d'Aquitaine sont confrontés aux mêmes difficultés que les médecins libéraux diplômés en France, mais font également face à d'autres contraintes. Un accompagnement plus étroit et plus ciblé améliorerait l'installation des nouveaux arrivants.

VI. Bibliographie

1. Chasles V, Denoyel A, Vincent C. La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise [Internet]. Géoconfluences. 2013[cited 2015 Feb 12]. Available from : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html>
2. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales. Paris : JORF 2010
3. Décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale. Paris : JORF 2013.
4. Agence Régionale de Santé. Aides à l'installation en Aquitaine [Internet]. Bordeaux : ARS 2013 [cited 2015 Mar 28]. Available from: <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Etat-de-sante.128350.0.html>
5. Guichard G. Déserts médicaux : bilan plus que mitigé [Internet]. Le Figaro; 2013 [cited 2015 Feb 6]. Available from: <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2013/12/13/20002-20131213ARTFIG00259-deserts-medicaux-bilan-plus-que-mitige.php>
6. Bernard A. L'Espagne au chevet des patients lot-et-garonnais [Internet]. SudOuest.fr. 2014 [cited 2014 Oct 1]. Available from: <http://www.sudouest.fr/2014/07/22/l-espagne-au-chevet-des-patients-lot-et-garonnais-la-lauzun-la-deception-est-grande-1621546-3740.php>
7. Séchet R, Vasilcu D. Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice. *Norois Environ Aménage Société*. 2012 Mar 30;223:63–76.
8. Mon docteur est roumain. Viva Presse 2014. [Internet]. [cited 2014 Jun 13]. Available from: http://www.viva.presse.fr/Mon-docteur-est-roumain_11136.html
9. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale. Situation au premier janvier 2015[Internet]. Paris:CNOM; 2015 [cited 2015 Sep 23]. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
10. Ordre National des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014 [Internet]. Paris: CNOM; 2014 [cited 2015 Jan 24]. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472>

11. Le départ du médecin les rend malades [Internet]. L'union l'ardennais. 2012 [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://www.lunion.presse.fr/article/aisne/le-depart-du-medecin-les-rend-malades>
12. Merly M. Salviac. Le médecin roumain rentre dans son pays faute de patients [Internet]. LaDépêche.fr. 2012 [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://www.ladepeche.fr/article/2012/01/30/1273138-cahors-salviac-privee-d-un-medecin.html>
13. Bonnaud F, Haiat R. Paris : Recherche médecin désespérément ! Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. Paris: URML Ile de France; 2008.
14. Ordre National des Médecins. L'atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2007 [Internet]. Paris: Ordre National des Médecins; 2007. [cited 2015 feb 13]. Available from : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472g>
15. Insee. Population : Évolution de la population au 1er janvier 2014 [Internet]. [cited 2015 May 23]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=4&ref_id=poptc02101.
16. Hammel B. La démographie médicale en Aquitaine [Internet]. Bordeaux 2013 : Conseil Régional de l'Ordre des Médecin d'Aquitaine. [cited 2014 oct 23]. Available from: <http://ordre-medecins-aquitaine.org/page.php?nom=conseil-regional-demographie>
17. Insee. Définitions et méthodes de Bassin de vie [Internet]. [cited 2015 May 23]. Available from: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/bassin-de-vie.htm>
18. Codelfy M, Lucas-Gabrielli V. Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. Prat Organ Soins. 2010;41(1):73.
19. Agence Régionale de Santé Aquitaine. Territoires de santé et territoires de proximité [Internet]. Bordeaux : ARS ; 2014[cited 2015 Sep 23]. Available from: <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Territoires-de-sante-et-territ.77816.0.html>
20. Riboulet M. Lafox (47) : un médecin, enfin [Internet]. SudOuest.fr. 2013 [cited 2015 Jun 2]. Available from: <http://www.sudouest.fr/2013/04/08/un-medecin-enfin-1017507-3603.php>
21. Cathiard C. Recrutement de médecins à l'étranger : la loi de la jungle. Actualités recruteurs [Internet]. Emploi Public. 2013 [cited 2015 Jun 16]. Available from:

<http://infos.emploipublic.fr/2013/05/03/recrutement-de-medecins-a-letranger-la-loi-de-la-jungle/>

22. Directive Européenne 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.
23. Michel P-AD, Claire Gatinois. La crise financière en questions [Internet]. Le Monde.fr 2008 [cited 2015 Jun 16 ;]. Available from: http://www.lemonde.fr/economie/article/2008/09/16/la-crise-financiere-en-questions_1095762_3234.htm
24. Article L4111-2 du code de la Santé publique. Autorisation d'exercice des professions médicales. Code de la santé publique.
25. Procédure d'Autorisation d'Exercice [Internet]. Paris : CNG 2010. [cited 2015 Sep 23]. Available from: <http://www.cng.sante.fr/-Procedure-d-Autorisation-d-.html>
26. Ordre National des Médecins. Etude du CNOM sur les flux migratoires et trajectoires des médecins [Internet]. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2014. [cited 2015 Jan 16 ;]. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1531>
27. Tenza D, Aurenche S. Médecin roumain interdit d'exercer : le problème de la langue est récurrent, selon un médecin [Internet]. RTL [cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://www.rtl.fr/actu/medecin-roumain-interdit-d-exercer-le-probleme-de-la-langue-est-recurrent-selon-un-medecin-7766308074>
28. Démographie médicale : les départements les plus touchés d'ici 5 à 10 ans [Internet]. La Gazette des Communes. [cited 2015 Jul 6]. Available from: <http://www.lagazettedescommunes.com/328769/demographie-medicale-les-departements-les-plus-touches-dici-5-a-10-ans/>
29. Sud-Ouest : résultat des élections européennes 2014 [Internet]. Le Monde ; 2014. [cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://www.lemonde.fr/resultats-elections-europeennes/sud-ouest-4eme-circonscription/c>
30. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale. Thèse d'exercice : Nantes : 2012 ; n°71
31. Salmon J-L. Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est. Thèse d'exercice. Reims : 2009. n°60

32. Dusmesnil H, Serre BS, Régi J-C *et al.* Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. 2009 Oct 5;21(4):355–64.
33. Burn out : les conclusions et les conseils d’une généraliste sur le stress de ses confrères [Internet]. Le Généraliste. 2011. [cited 2015 Mar 31]. Available from: http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/03/09/burn-out-les-conclusions-et-les-conseils-dune-generaliste-sur-le-stress-de-ses-confreres_237131
34. « La souffrance du médecin » : thème de la journée organisée par l’Ordre des médecins à Lyon [Internet]. AtouSante. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/souffrance-travail/souffrance-medecin-ordre/>
35. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. [Internet]. Em-consulte. 2008 Jan 3 [cited 2015 Jun 18]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/102123>
36. Patel V. Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery? BMJ. 2003 Oct 18;327(7420):926-8.
37. Campbell D, Siddique H, Kirk A, Meikle J. NHS hires up to 3,000 foreign-trained doctors in a year to plug staff shortage [Internet]. The Guardian. 2015 [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://www.theguardian.com/society/2015/jan/28/-sp-nhs-hires-3000-foreign-doctors-staff-shortage>
38. McManus IC, Wakeford R. PLAB and UK graduates’ performance on MRCP(UK) and MRCGP examinations: data linkage study. BMJ. 2014 Apr 17;348(apr163):g2621–g2621
39. General Medical Council. List of Registered Medical Practitioners statistics [Internet]. London: GMC 2013.[cited 2015 Nov 13;]. Available from: http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp
40. Duff J. Australie occidentale. Les médecins généralistes étrangers et leurs conjoints dans les zones rurales. Hommes Migr. 2008 Mar;(1272):68.
41. McGrath P, Henderson D, Phillips E. Integration into the Australian health care system-insights from international medical graduates. Aust Fam Physician. 2009 oct;38(10):844–8.
42. Aubin I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;142–5.

43. Le développement professionnel continu (DPC) : une démarche innovante au service des patients - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/le-developpement-professionnel-continu-dpc-une-demarche-innovante-au-service-des-patients.html>
44. La réforme territoriale. [Internet]. Gouvernement.fr [cited 2015 May 25]. Available from: <http://www.gouvernement.fr/action/la-reforme-territoriale>.
45. Agence Régionale de Santé. État de santé de la population de l'Aquitaine [Internet]. Bordeaux : ARS ; 2014.[cited 2015 Mar 28]. Available from: <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Etat-de-sante.128350.0.html>
46. Forte mobilisation contre le projet de loi santé [Internet]. Le Monde.fr 2015. [cited 2015 Mar 15]. Available from: http://www.lemonde.fr/sciences/article/2015/03/14/forte-mobilisation-contre-le-projet-de-loi-sante_4593562_1650684.html
47. Bardai A. L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants. Mémoire. Montreal : 2010.
48. Allemand H, Teitelbaum J, Lévy D, Doan. Les médecins libéraux en Île de France: pratiques, difficultés, attentes et propositions. Paris : URLM ile de France ; 2003.[Internet]. 2003 [cited 2015 Sep 23]. Available from: http://urml-idf.org/upload/evenement/0304_CSDM_r.pdf
49. Frappe P. Initiation à la recherche. Paris : GMS Santé ; CNGE. 2011
50. Ordre National des Médecins. Article 11 : Développement professionnel continu. [Internet]. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235>
51. Insee Aquitaine Insee Aquitaine. Présentation de la région d'Aquitaine [Internet]. INSEE. 2014 [cited 2015 Nov 6]. Available from: <http://www.insee.fr/fr/regions/aquitaine/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>
52. Code de la santé publique. Article L1434-7. Relatif au Schéma Régional de Soins. Code de la santé publique. Paris. 2012.
53. Jardel A. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands. Thèse d'exercice. Rouen : 2013.

54. Samir S. Représentations et ressenties des médecins généralistes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés. Thèse d'exercice. Versailles : 2012.
55. Hall E. Proxémique. In : la nouvelle communication. Paris : Editions du Seuil ; 1981. p : 191-221.
56. Loubet C. Le médecin généraliste recruté manque de patients [internet]. Ladépeche.fr. 2015 [cited 2015 Nov 30]. Available from : <http://www.leprogres.fr/ain/2015/10/02/le-medecin-generaliste-recrute-manque-de-patients>
57. Haute Autorité de santé. Fiche Avis nouveau médicament : synthèse antiarthrosique [Internet]. Paris: HAS 2013 [cited 2015 Nov 9]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/antiarthrosique_09012013_synthese_2013-05-17_13-12-47_208.pdf
58. Béguin F. Première étape législative pour le tiers payant généralisé [Internet]. Le monde 2015.[cited 2015 Oct 29]. Available from: http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/03/19/premiere-etape-legislative-pour-le-tiers-payant-generalise_4596424_1651302.html
59. Les médecins libéraux en grève, week-end de mobilisation pour le monde de la santé [Internet]. Le Monde 2015 [cited 2015 Mar 14]. Available from: http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/03/13/les-professionnels-de-sante-dans-la-rue-dimanche_4592794_1651302.html
60. MG de Roanne : « Nous sommes épuisés, nous n'en pouvons plus » [Internet]. Medscape.fr. [cited 2015 May 25]. Available from: http://www.medscape.fr/voirarticle/3601500?nlid=81688_2401
61. Agence France Presse. Projet de loi santé: appel à la grève des médecins libéraux le 13 novembre [Internet]. SudOuest.fr. 2015 [cited 2015 Nov 9]. Available from: <http://www.sudouest.fr/2015/10/29/projet-de-loi-sante-appel-a-la-greve-des-medecins-liberaux-le-13-novembre-2169724-705.php>
62. Ordre National des Médecins. Résultats de la grande consultation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Paris 2015. [Available from] : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1671>
63. Goodman LA. Snowball Sampling. Ann Math Stat. 1961 Mar 1;32(1):148-70.

Annexes

Annexe 1 : questionnaire quantitatif

Annexe 1

université
"BORDEAUX"

Difficultés ressenties par les médecins généralistes à diplômes européens installés en Aquitaine : étude qualitative

Investigateur : M KALOZANDRY Hugues

Médecin spécialiste en médecine générale

Tel : 06 [REDACTED]

Courriel : kalos.andros33@gmail.com

Cher confrère,

Ce questionnaire est **confidentiel** et strictement **anonyme**. Je vous invite à cocher votre réponse et à compléter l'espace **surligné** après les questions.

- Vous êtes ? Femme Homme
- Votre année de naissance : [REDACTED]
- Année d'obtention du diplôme de doctorat de médecine : [REDACTED]
- Votre situation conjugale : Marié(e) Concubinage Célibataire(e)
- Vous vivez : Seul(e) En famille SANS enfant
 En famille AVEC enfant, combien? [REDACTED]
- Pays d'obtention du diplôme de doctorat: - pays _____
- Au début de votre projet de migration, quel était le pays où vous aviez envisagé d'exercer ?
Pays : [REDACTED]
- Comment étiez-vous orienté(e) sur votre lieu d'exercice initial en France, si différent du site actuel?
 par agence de recrutement
 autres moyens : précisez [REDACTED]
- Depuis votre arrivée en France, aviez-vous vécu d'autres installations que celle que vous exercez actuellement : Non
 Oui, précisez combien? [REDACTED]
- Quel est votre mode d'installation ? seul(e) en groupe
- Dans quelle situation géographique se situe de votre cabinet : *répondez selon votre convenance*
 rurale semi-rurale urbaine
- Acceptez-vous de participer à un entretien avec l'étudiant chercheur,
 Oui, veuillez-vous référer aux documents suivants
 Non

Je vous remercie de votre collaboration.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature ultérieurement.

Titre du projet: Difficultés ressenties par les médecins généralistes à diplômes européens installés en Aquitaine : étude qualitative

Cette recherche est réalisée par:

Hugues Kalozandry
Spécialiste en médecine générale
Université de Bordeaux
Courriel: kalos.andros33@gmail.com
Téléphone: 06 [REDACTED]

Sous la direction de :

Jean-Philippe Joseph
Professeur associé de médecine générale
Département de médecine général de Bordeaux.
Courriel: [REDACTED]
Téléphone: 05 [REDACTED]

Organisme de subvention: aucun

Description du projet:

Cette étude a pour objectif d'analyser les ressentis des médecins généralistes formés et diplômés à l'étranger, dans l'exercice de la médecine de premiers recours en Aquitaine. En effet, l'exercice de cette discipline requiert des connaissances préalables spécifiques à chaque pays. Selon les données du conseil de l'ordre, seul un tiers des médecins à diplômes étrangers s'engagent en secteur libéral. Nous constatons notamment, que les premières installations sont parfois instables pouvant aboutir au changement de lieu d'exercice. A ce jour, aucune étude n'a analysé les conditions d'exercice contribuant à cette instabilité initiale. Il nous paraît nécessaire de mettre en place une investigation méthodique pour répondre à cette problématique.

Cette étude repose une méthode exploratoire qualitative, basée sur des entretiens individuelles ou en

groupe avec les médecins généralistes diplômés hors universités françaises, actuellement installés en Aquitaine, et en exercice permanent dans les soins primaires.

Procédure:

Votre participation à l'étude consiste à une entrevue individuelle d'environ une demi heure au cours de laquelle les thèmes suivants seront abordés: familiaux, sociaux, culturels, structurels, administratifs, financiers, discriminatoires. L'entrevue se déroulera au **moment et à l'endroit qui vous conviennent**.

Avec votre accord, nous enregistrerons l'entrevue sur une bande audio, puis son contenu sera retranscrit pour fin d'analyse. Cette transcription sera faite par l'étudiant-chercheur. Si vous ne souhaitez pas que l'entrevue soit enregistrée nous prenons des notes afin de retenir les éléments essentiels.

La participation au projet de recherche est volontaire. A tout moment vous serez libre de mettre fin à l'entrevue ainsi que de vous retirer de l'étude sans que cela ne vous porte préjudice.

Avantage et bénéfice:

Votre participation n'entraînera aucun avantage personnel et direct. Votre participation et celles de vos collègues permettront toutefois de faire avancer les connaissances et contribueront éventuellement à une meilleure compréhension du parcours des médecins généralistes formés hors universités françaises, les difficultés ressenties afin de faciliter l'intégration des futurs prétendants nécessaires aux besoins de la population. Sur simple demande de votre part nous vous transmettrons les résultats de cette recherche une fois l'étude terminée.

Risque et inconvénients:

votre participation à l'étude ne vous causera aucun inconvénient.

Critères de sélection:

Pour pouvoir collaborer au projet, vous devez: être diplômé(e) hors université française, inscrit(e) au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, et exercer en permanence la médecine de premiers recours en Aquitaine.

Confidentialité:

Les renseignements personnels recueillis lors de l'entrevue individuelle demeureront **anonymes** à l'aide d'un système de codification. Toutes les données obtenues au cours de l'entrevue, incluant l'enregistrement audio, seront **confidentielles** et ne seront utilisées par une personne autre que l'étudiant-chercheur sous la supervision de directeur de thèse. Les bandes audios seront détruites dès que les transcriptions auront été réalisées. Votre nom n'apparaîtra dans aucune publication et ne sera

mentionné dans aucune discussion. Les originaux des formulaires de consentement seront conservés dans un classeur sous clé pendant dix ans, après quoi ces documents seront détruits de même que les transcriptions électroniques de l'entrevues. Les données liées à l'étude seront conservées par le directeur de recherche dans une armoire sous clé au département de médecine générale de Bordeaux durant ces dix années, après quoi ces documents seront détruits. A des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de recherche de la faculté de médecine de l'université de Bordeaux. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude:

Votre participation à cette étude est tout à fait **volontaire**. Vous êtes donc **libre d'accepter** ou de **refuser** d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses:

Aucune indemnité n'est rattachée à votre disposition.

Personnes-ressources:

Pour toute question ou commentaire concernant le projet, vous pouvez contacter le directeur de recherche ou moi-même:

Monsieur Jean-Philippe Joseph,
professeur associé de médecine générale
DMG de Bordeaux
Téléphone: 05 [REDACTED]
Courriel: [REDACTED]

Monsieur Hugues Kalozandry
spécialiste en médecine générale
Université de Bordeaux
téléphone: 06 [REDACTED]
Courriel: kalos.andros33@gmail.com

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée au comité d'éthique du centre hospitalier de Bordeaux.
Téléphone: 05 57 81 76 07

Numéro MG

université
de BORDEAUX

GRILLE D'ENTREVUE

**Exercice en soins primaires
par
les médecins généralistes diplômés hors universités françaises:
analyse des points de vu et contraintes ressenties des médecins en Aquitaine.**

Merci d'avoir accepté l'entrevue

Expliquer le but de l'étude: analyser les points de vue des médecins formés à l'étranger sur le système de soins en France et identifier les principales difficultés d'exercice rencontrées en soins primaires en rapport avec la formation et le diplôme étrangers.

Décrire le déroulement de l'entrevue: une dizaine de thèmes sera approfondie par les participants pendant une demi-heure, l'entrevue est enregistré par un dictaphone avec votre accord.

Démarrage de l'entrevue par une question ouverte en générale "brise glace":

- Parlez moi de votre parcours professionnel. Comment êtes vous devenu médecin?
Relance: motivation, déterminant, formation, stage

Recherche de nouveau thème émergeant:

Dans les questions suivantes il faudra approfondir chaque nouveau thème abordé par le participant.

Facteur décisionnel:

- Concernant le choix de départ (du pays de formation), qu'est ce qui a déterminé votre orientation vers la France?
Relance: Une fois sur place, pouvez-vous exposer votre parcours? orientation, facteurs facilitants, obstacles

Aborder les différents thèmes de la littérature scientifique tout en continuant la recherche de thème émergeant:

Facteur social:

- Vous avez intégré le système de santé français, parlez nous de ce que vous pensez de ce système?
Relance: expérience d'adhésion

Stratégie de recrutement:

- Pour palier à la pénurie des médecins, de nombreuses communes font appel aux médecins diplômés à l'étranger, que pensez-vous de leur stratégie de recrutement?

Numéro MG

Relance: agence, accessibilité des informations, accueil sur place, aide immédiate et autres mesures d'attractivité, prise en compte du genre et les besoins familiaux.

Relance: point à améliorer

Facteur structurel:

- Vous exercez les soins primaires en Aquitaine, quel regard portez vous sur cette discipline?

Relance: liberté d'exercice

- Qu'est ce qui a déterminé votre mode d'installation?

Relance: libérale, seul, en association, géographie

Evaluation des connaissances:

- Dites nous comment a-t-on évalué votre compétence et connaissance?

Relance: principales obstacles

Facteur administratif:

- Etant omnipraticien en exercice libéral, que pouvez vous nous dire sur la charge administrative dans le système de soin français?

Relance: temps passer pour les taches administratives

Facteur relationnel:

- Comment appréciez-vous la relation entre professionnel de santé, *dans le cadre d'une coordination des soins* ?

Relance: sentiment d'hierarchie,

Relance: exemple de l'environnement du médecin

- Dites-nous comment voyez-vous les préoccupations de soins des patients sur leur santé?

Relance Exigente, fréquence, appropriée

- Avez-vous fait l'objet d'une discrimination directe ou indirecte en rapport avec votre formation "étrangère"?

préciser qui sont les principaux auteurs Patients, médecins, les paramédicaux, l'administration.

Relance: réaction

Facteur financier:

- Sur le plan financier, dites nous comment estimez-vous le rapport entre la charge du travail dans les soins primaires et les avantages financiers?

Investissement retour sur investissement capitalisation

relance:

Hierarchisation des thèmes:

- Parmi les thèmes abordés, dites nous les principales difficultés que vous avez

Numéro MG

rencontrées dans votre parcours en rapport avec la formation "étrangères".

Suggestions:

- Avez-vous des suggestions, remarques et autres thèmes à aborder en rapport avec de notre sujet d'étude?

L'interview arrive à son terme, me permettez-vous de vous recontacter pour compléter ou vérifier l'interprétation des données? Je vous remercie de votre participation, vous recevrez prochainement par courrier ou par mail une transcription de notre conversation.

Annexe 4 : Deuxième guide d'entretien

Guide d'entretien

Bonjour, merci d'avoir accepté l'entrevue.

Je suis étudiant à la faculté de médecine de Bordeaux et je recueille des données pour une thèse à propos de jeunes médecins qui ont fait le choix de s'installer en Aquitaine et leur expérience en soins primaires.

Nous allons aborder certains thèmes autour de l'installation et votre ressenti et l'entretien, si vous le voulez bien, sera enregistré dictaphone .

(Données épidémiologiques)

1-Pouvez-vous vous présenter ? (age , situation familiale , université de formation , diplômes complémentaires , mode d'exercice (groupe , seul , MSP), lieu (rural, semi rural, urbain), installation (date et délais depuis la thèse) .

(demande de précision si oublié d'un paramètre important)

2-Pouvez-vous me raconter votre installation ?

Possible relance : «Ca s'est plutôt bien passé ? »

3-Pouvez-vous me préciser les aspects facilitants de votre installation ?

(Si info semblant incomplète et pertinente, ne pas hésiter à reformuler le propos de l'interlocuteur)

4- Pouvez-vous me préciser les difficultés rencontrées lors de votre installation ?

5- Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

Relances : charge de travail, charges administratives, Rapports avec les collègues, les patients, les habitants

6- A votre avis que pensent vos collègues et patients de votre installation ?

7-A votre avis, les médecins formés en France ont-ils les mêmes conditions d'exercice ?

Relance: et conditions d'installation ?

8- Et si c'était à refaire ? Que changeriez-vous ?

Annexe 5 : Formulaire de consentement à signer



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet:

Analyse de l'expérience vécue en soins primaires par les médecins généralistes à diplômes européens, installés en libéral en Aquitaine.

Adhésion au projet et signature:

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie que l'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

Nom du participant

Date

Signature

.....

.....

.....

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre une terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présents formulaire.

Nom de l'étudiant chercheur

Signature de l'étudiant chercheur

.....

.....

Interview : Extrait d'une interview

9ème interview

Contexte : 1er juillet 2015, forte chaleur à midi, la salle d'attente du cabinet médical au centre-ville est bondée. J'ai rendez-vous à 12h45.

13h : Après un court échange sur sa recherche d'un associé en médecine générale, et de remplaçants, je débute l'interview.

Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Je suis le docteur S S I..., je viens d'Espagne, ma formation en Espagne, une partie de ma formation c'était en Espagne et une autre partie en Angleterre, donc j'ai fait le diplôme je l'ai fait en Espagne, après les spécialisations je faisais de la pédiatrie en Angleterre pendant quatre ans, après je suis rentré en Espagne pour faire une autre spécialisation qui s'appelle médecine de famille, c'est une spécialisation qui n'existe pas ici, existe en Amérique, ici ça...aussi en Angleterre et bon...c'est à peu près comme...euh la spécialisation pour être généraliste donc j'étais pas trop content de...la médecine en Espagne, ça change, c'est différents c'est pas comme ici, la médecine en Espagne, donc j'étais pas trop content donc j'ai décidé de partir en Angleterre, mais parce que je connaissais les moyens, les...comment c'est les choses là-bas, mais ma femme a préféré de rester un petit... près de l'Espagne, surtout à cause du climat vous connaissez comment euh...à Londres c'était mauvais, le climat là-bas c'était pas trop (rire) donc j'ai préféré rester ici, c'est pour ça que j'ai choisi euh, j'ai choisi la France, pour être plus prêt, pour l'instant je suis content, ça marche au niveau du cabinet donc...

Et dites-nous comment avez- vous choisi cette ville ici ?

C'était un peu voilà. Au début je suis venu ici avec quelqu'un qui m'a amené pour travailler à...une petite commune dans le nord de département, c'est une petite commune à côté de M d G, me disait qu'il y avait assez de patients là-bas parce que ça faisait quelques années qu'il n'y avait personne mais ça a pas marché au niveau des patientèles au bout de deux (2) mois j'ai décidé de changer, parce que il y avait déjà un confrère tout à côté, au début je savais pas ça, donc je suis...je m'installais le mois de février l'année dernière en 2014. Donc au bout d'un mois, un mois et demi, je voyais que ça marchais pas donc j'ai demandé au conseil de l'ordre, j'ai demandé un rendez-vous avec le docteur L, au conseil de l'ordre ici à ... (ville) pour savoir qu'est-ce qu'il pourrait faire. Il m'a donné des adresses un partout dans le département pour demander. Finalement j'ai trouvé un docteur ici le docteur F...qui était prêt de prendre sa retraite donc il a pris sa retraite au mois de mars et j'ai continué chez lui en mois d'avril, donc après la ville ça a été ça. Ça a été euh...le patient sur la ville, la ville ça a été ça. C'est tombé comme ça.

Etait-il ici ce médecin (en indiquant le lieu du doigt) ?

Il était dans sa maison, que c'est...c'est à côté. Il avait son cabinet dans sa maison... donc euh... après je suis assis ici aussi parce que comme il était tout à côté pour les patients il était euh...il était facile.

Vous avez fait le choix de travailler seul ?

Euh ça a été un peu aussi (le téléphone portable sonne très fort, le médecin s'excuse, et regarde son iPhone puis l'éteint)... ça a été...ça a été aussi euh...au début je pensais que c'était bien de travailler seul mais après, je trouve qu'il y a aussi des défauts à travailler seul. C'est vrai que en Espagne j'avais l'habitude de travailler à l'hôpital donc j'avais l'habitude de travailler avec plusieurs confrères, maintenant ça me manque j'ai l'impression que voilà je suis seul, il y a des choses à laquelle j'aimerais demandé au confrère donc j'ai pas le choix je suis seul, c'est à moi à tout garder à ce moment-là. Après euh...bon c'est tombé comme ça. Maintenant je cherche quelqu'un pour m'associer ça sera plus simple pour moi, surtout au niveau des...des vacances au niveau de ça, ça sera plus simple, c'est vrai que il y a un confrère aussi que ça vient de s'installer à B...(village voisin) ça va être elle qui va me remplacer à...dans les mois de vacances, mais ça sera mieux de rester sur le même cabinet avec quelqu'un d'autre mais pour l'instant c'est compliqué, j'ai mis une annonce au conseil de l'ordre à Madrid, pour trouver quelqu'un pour l'amener ici (rire), mais pour l'instant j'ai pas de réponse donc...l'annonce je l'ai mise, ça fait déjà quelques mois, au mois de...l'année dernière je pense, c'était au mois de novembre, donc euh ... mais c'est compliqué.

Peu après votre installation, comment a démarré votre activité (en nombre de patient) ?

Au début, c'était le...pas comme maintenant. C'est vrai que la plupart des patients du docteur F...ils sont restés avec moi, c'est vrai qu'il avait déjà réduit sa patientèle parce que il était déjà prêt de la retraite donc petit à petit il a donné des dossiers aux patients, donc au début ça a été plus dure, beaucoup mieux qu'au « début » bien sûr beaucoup mieux que dans les petites communes, mais ça a été tranquille pendant l'été ça a été aussi tranquille mais à partir de mois de septembre ça a commencé à monter petit à petit. J'ai pris presque tout la... patientèle du docteur F...plus et de plus en plus j'ai de nouveau patient et ça fait une semaine que j'ai dit à une secrétaire, secrétaire téléphonique, un plateau téléphonique qui m'aide pour les rendez-vous et quelque chose comme ça et j'ai dit au secrétaire de ne pas prendre des nouveaux patients, parce que c'est vrai que maintenant il est dit aussi que je suis dans la moyenne haute au niveau des patients. Euh pour l'instant ça va, maintenant ça va.

Après moins d'un an (d'exercice) vous n'acceptez plus de nouveaux patients...

Parce que surtout, c'est surtout à cause des « domiciles » j'ai beaucoup de domicile tous les jours parce que la plupart des patients du docteur F...il était des patients âgés, de son âge à peu-près et plus âgé en même temps donc il y avait beau de patients à domicile qui ne pourraient pas venir ici. Comme j'ai pris sa patientèle j'ai presque tous les jours huit (8), six à huit visites à domicile, aujourd'hui ça va être que six (le médecin me montre son écran avec six patients noté pour le domicile) mais normalement j'ai plus que ça, donc c'est vrai que ça charge la journée, donc je fais des visites tous jours à cause de ça, donc euh , et ensuite après

bon j'ai des consultations ici au cabinet mais ça va m'occuper rapide, c'est pas comme les...les domiciles.

Vous avez dit qu'au début c'était « dur », mais qu'est-ce ce qui était dur ?

C'était dur le nombre de patients, au début c'était dans une petite commune, donc le temps passait j'avais deux trois patients par jour, donc c'était dur ça, c'était l'idée de...pas avoir assez de patients pour gagner ma vie, c'était surtout à ce niveau-là. Après ça a été un moment dans laquelle j'ai commencé à apprendre un peu les choses, les papiers toutes les choses qu'il faut refaire pour, parce que ça change beaucoup d'un pays à l'autre, toute la bureaucratie ça change, donc il y a beaucoup de papiers qu'il faut faire ici que on peut le faire là-bas, donc ça. Ça a été bien à ce niveau-là parce que dans ce temps il y avait pas assez de patients mais par contre j'avais le temps de lire les papiers de voir les choses qu'il faut refaire... donc au niveau des bureaucraties ça me fait gagner dès que je suis arrivé ici à V...j'avais un peu plus de patients j'avais aussi plus l'habitude de faire les papiers normalement.

Avez-vous bénéficié d'une aide financière de la part de l'état ?

Non, non parce que c'était une commune qui n'était pas sur la zone, donc il y avait... c'était le maire qui devrait demander ça, je pense qu'il a pas réussi à recevoir l'aide, donc j'ai pas eu l'aide. C'était comme ça.

Et pour la part administrative comment vous a-t-on aidé ?

Ça c'était surtout dans la commune, à L... au nord du département, j'étais avec...c'est un cabinet dentaire avec un cabinet pour moi, dont la secrétaire c'était pour les dents, et la secrétaire me donnait des conseils mais en plus il y a avait un cabinet médical pas loin dans une autre... c'était dans la Dordogne mais tout à côté, donc les confrères là-bas ils m'ont donné beaucoup de conseil, donc ça a été un peu ça.

Au niveau de la charge du travail comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

Comme ça, ça va. L'hiver ça a été très dur, je finissais, il y avait des jours dans lequel je finissais vers onze (11) heure parce que après les consultations il y avait beaucoup de visites supplémentaires on a eu des jours avec treize (13) visites à domicile, plus le cabinet donc ça a été, ça a été long. Maintenant ça commence un peu descendre l'intensité donc maintenant je suis beaucoup plus tranquille, je commence à... mais même durant l'hiver que c'était dure, j'étais quand même parce que c'est vrai que j'avais l'habitude de travailler avant en Espagne c'est différent, en Espagne je travaillais beaucoup et j'avais aussi des gardes à l'hôpital, je travaillais toute la journée plus deux jours par semaine une garde, donc ça faisait toujours une garde les week-ends, les moments les samedis de vingt-quatre heure une garde entre semaine normalement les mercredi, le mercredi c'était les cabinets plus la garde à l'hôpital donc c'était un peu chargé aussi, donc dès que je suis arrivé à ici j'ai plus des gardes, bon les gardes elles ont rien à voir avec les gardes dans lesquelles je suis habitué, donc c'est beaucoup plus commode. Donc au niveau du travail je pense que je suis chargé mais comme ça je suis

content parce que c'est moins, beaucoup moins chargée qu'avant. Donc à ce niveau-là. J'ai les week-ends, j'ai quelques vendredi aussi que je prends, donc il y a une semaine dans le week-end je peux prendre trois jours comme ça. Et ça avant je ne pouvais pas donc à ce niveau-là, ça marche mieux.

Quand vous êtes arrivé ici qu'ont pensé les confrères de votre secteur ?

C'était comme une aide, ça a été, j'ai été très bien accueilli ici. C'est vrai que d'avoir le président de conseil de l'ordre d'A..., il y a son cabinet ici à V... donc euh, il m'a donné surtout des adresses à V... parce qu'il connaissait que c'était nécessaire d'avoir quelqu'un d'autre. Après vous connaissez que les laboratoires parfois ils vous invitent à des petites expositions, donc ça a été le moment dans lequel j'ai connu les confrères à V... pas tous mais la plus part, il était bien plus après eux ils m'ont aidé aussi. Si j'ai eu aussi des moments dans lequel j'ai eu besoin de quelqu'un pour m'aider, j'ai téléphoné j'ai toujours de bonnes réponses, donc à ce moment-là ici ça marche bien.

Et racontez-moi comment les patients ont réagi sur votre succession ?

Il y a des patients qui sont partis, partis pas beaucoup c'est vrai mais il y a aussi. C'est vrai que j'ai essayé de rester avec ses habitudes, j'ai essayé de... mais il y avait des choses que pour moi ça fonctionnait pas bien, il y avait des journées dans lesquelles il prenait des patients sans rendez-vous et moi j'ai décidé de prendre tous les jours sur rendez-vous. Ça m'aide à contrôler un peu plus le temps que je reste avec les patients. Donc il y a des patients qui trouvaient... parce que parfois il y a d'attente, pas cette semaine, depuis le temps ça va mieux on peut avoir le rendez-vous le même jour, mais l'hiver c'était pas comme ça, donc j'ai eu deux-trois jours d'attente, donc c'est vrai que il y a des patients qui n'étaient pas... conforme avec ça donc ils ont essayé de changer. Donc ça je trouve que c'est normal aussi c'est vrai que ça a changé, peut-être ils ont testé avec moi et si il sont pas content après ils sont sortis, mais par contre j'ai eu aussi des nouveaux patients des patients qui viennent à cause de quelqu'un qui est déjà chez moi, on a conseillé de venir chez moi donc d'un autre côté ça équilibre un peu les choses.

Est-ce que les patients portent une attention particulière du fait de votre formation en Espagne ?

Non, peut-être au début, parce c'est vrai que maintenant je commence à parler un petit peu mieux mais au début ce n'était pas pareil, je vais mieux, donc j'ai compris d'ailleurs le français depuis le début, mais pour m'exprimer au début c'était beaucoup plus compliqué, maintenant ça va un peu mieux, donc personnes m'a dit jamais rien à ce niveau-là. Mais je sais pas si je ... après ils viennent, c'est vrai qu'ici il y a aussi beaucoup de famille deux cent mille espagnol, il y a beaucoup de nom espagnol, après la guerre d'Espagne il y avait beaucoup de gens qui sont venu ici donc je pense qu'ici il y a aussi une tradition à ce niveau-là, au niveau de ça. Donc moi ici j'étais bien accueilli aussi.

Pensez-vous que les médecins formés en France exercent de la même façon que ceux qui sont formés ailleurs ?

C'est différent, les types de médicament que l'on a ici ils ne sont pas tout à fait les mêmes que je connais je commence à connaître les noms, et il y a aussi des médicaments que je connais depuis l'Angleterre depuis l'Espagne, qui ne sont pas encore arrivés ici je veux dire qu'il y a au niveau des médicaments, ça va pas à la même vitesse que le reste ça prend beaucoup plus de temps pour m'habituer des médicaments, peut-être que c'est ma politique aussi parce que comme ça dès que on commence à avoir un nouveau médicament ils sont déjà testés donc, j'ai l'impression que peut-être comme ça c'est la cause. Il y a aussi des dosages qui ne sont pas tout à fait pareils, et donc au niveau des médicaments c'est comme ça. La façon de travailler avec les patients ça change beaucoup et j'ai eu la chance de rester à peu-près un mois, un mois et demi avec le docteur F... j'ai vu comment travailler, il m'a donné aussi des conseils, qu'est-ce que je devrais faire et parce que en Espagne en Angleterre c'est beaucoup plus rapide qu'ici, on a cinq à sept minutes par patient, donc ça va beaucoup plus rapide, ici c'est différent, on a beaucoup plus de temps, on peut travailler beaucoup plus sur les patients on les connaît beaucoup mieux et la façon de travailler aussi avec les spécialistes c'est différent et là-bas si on envoie quelqu'un chez le spécialiste il leur donne le compte-rendu à lui et c'est le patient qui vous amène le résultat ici c'est le circuit c'est différent et là-bas l'information médicale ça appartient au patient et aussi au confrère mais surtout au patient. Ici parfois j'ai l'impression que c'est, surtout les confrères, un peu moi et les patients, parce que parfois le patient il n'a pas le droit d'avoir ses radios, ils n'a pas le droit de...donc ça c'est un peu différent et donc je commence m'habituer à ça. Donc ça c'est une façon différente de faire les choses le résultat après c'est le même, mais voilà ça change un petit peu la façon de...de faire. Le patient ici il attend beaucoup plus de...de...proposition que là-bas, c'est-à-dire que il téléphone souvent, on est ...ici on est plus près des patients, parce qu'il peut nous contacter par téléphone il viennent chez nous même si c'est pas l'horaire donc ça...ça c'est différent. Là-bas c'est pas comme ça, là-bas c'est plutôt être fonctionnaire, on travaille, on a nos horaires et après c'est fini. Ici c'est pas comme ça. Je finis ici les cabinets mais parfois j'ai des appels à faire, il y a aussi les papiers à faire donc ça prend beaucoup plus de temps, ça prend beaucoup plus de temps pour chaque patient, mais après je pense que au niveau des patients on les connaît mieux.

Peut-on dire alors qu'il y a un système (de soins) mieux que d'autres ?

Je trouve que pour l'instant c'est mieux. La peur que j'ai eu c'est les...si ça devient gratuit (pour les patients) je veux dire avec le tiers-payant on risque toujours d'être pris, donc en Espagne c'est comme ça déjà c'est gratuit depuis des années, donc et ça, ça fait que l'on a beaucoup moins de temps pour les patients, les patients ils viennent beaucoup plus, de façon beaucoup plus rapide, il vient en vitesse, dès que ça commence il arrive déjà chez nous parfois on n'a pas le...et parfois il visite plusieurs confrères pour le même problème, parce que ça leur coûte rien. J'ai peur que dans quelques années si ça commence ici à être gratuit d'avoir le même problème que là-bas. Là-bas on est surchargé, on n'a pas le temps, pour s'occuper vraiment des patients. Là-bas, c'était la pédiatrie j'avais des journées avec quarante enfants à voir que le matin, donc c'était en vitesse avec les enfants parfois ils ...voilà. L'hiver c'était beaucoup, beaucoup plus dur, parce que en plus il faut déshabiller toujours les enfants pour les...donc ça prenait aussi de temps et parfois on les laissait de s'habiller à côté parce qu'il

n'y avait pas le temps. C'est vrai que c'était une façon de travailler tout à fait différente. Ici j'ai beaucoup plus de temps, je trouve que ça c'est beaucoup mieux, pour moi et pour les patients. Je parle de ça, tiers-payant, ça fait aller dans ce sens là-bas aussi il y a des patients qui demandent comme s'ils étaient à la charcuterie, ils demandent les choses aux médecins. Ils se donnent le droit de demander ça, plus ça, plus ça, et après c'est à nous d'essayer de...dans cinq (5) minutes parce que le temps que l'on a parfois, c'est pas évident. Ici c'est différent, c'est le patient qui demande il attend la réponse, là-bas c'est...c'est une autre façon de travailler, il n'y a plus le respect, pour le médecin. Ici il y a beaucoup de respect pour le médecin que là-bas. Là-bas voilà euh...c'est vrai que ça change, je trouve qu'ici à ce niveau-là c'est beaucoup mieux.

Il arrive que le patient demande un traitement face à un symptôme débutant, par exemple la demande d'antibiothérapie en début de rhinite.

Oui c'est vrai que de toute façon ici...après on a le temps de parler de s'expliquer, voilà on peut faire ça, on va commencer avec ça, après parce qu'on a le temps, là-bas, on a cinq minutes, on connaît qu'il y a encore beaucoup plus qui attendent, on le fait en vitesse on dit « ok, d'accord je vous donne ça, allez fffuit ! » c'est « on demand » donc commence à être comme lucide ; parfois on n'a pas le temps même de réfléchir, donc j'ai eu des moments dans lesquels, on fait une exploration sur un enfant (geste d'auscultation sur un nourrisson allongé) j'entendais quelques choses et je pensais à faire quelques choses suite à ça ; mais après je l'ai oublié parce qu'on a commencé à perler d'autres choses après trois ou quatre enfants après, j'ai pensé « ah, ah bon j'ai oublié de faire ça » donc j'étais obligé de téléphoner donc, parce que, on n'a pas le temps, c'est trop vite, ici on peut réfléchir, on peut...aussi au niveau des tests qu'on peut faire ici on a beaucoup plus de moyen à ce niveau-là. Je peux demander un IRM, je peux demander électro myogramme, il y a des preuves que je peux demander ici, que là-bas je peux pas. Donc à ce niveau-là je peux arriver jusqu'au bout de...de la maladie. Si finalement j'ai besoin de envoyer quelqu'un chez le spécialiste, le spécialiste il aura déjà tout, donc là-bas c'est différent : je connais les preuves qu'il faut faire mais j'ai pas le droit de les demander. Donc ça c'est aussi à ce niveau-là ça change beaucoup.

Face à l'intensité des activités, certains médecins généralistes font un « burn-out ». Comment vous sentez-vous actuellement ?

Pour l'instant ça va. Je suis content parce que je pense (rire) toujours à les horaires que j'avais avant pour moi d'avoir les week-ends, pour moi c'est, c'est déjà (rire)... donc pour l'instant ça va, je suis loin de ça. C'est pas sûr dans quelques années... je l'aurais. Je suis ravi parce que j'ai le temps, j'ai les week-ends, je peux faire voilà les choses que j'aime. Avant j'avais pas le temps et le temps que j'avais j'étais fatigué, parce que les week-ends, le samedi j'étais...de garde, là-bas les gardes c'est vingt-quatre heures, et à l'hôpital, elles sont vraiment importantes, donc on dort parfois deux ou trois heures, donc les dimanches j'étais vraiment fatigué j'avais pas, envie de rien faire. Maintenant c'est différents, donc j'ai l'impression que c'est toujours une comparaison, je les compare avec... peut-être dans quelques années je vais changer, j'évoluerai ça et je penserai que ça marche pas mais pour l'instant je suis content,

l'heure dans l'hiver que j'ai fini ici assez tard, j'étais content parce que après les week-ends ils étaient pour moi donc.

Actuellement que trouvez-vous difficile en soins primaires ?

Réflexion...j'ai l'impression que c'est plutôt c'est...c'est tous les papiers qu'il faut faire, il change...les imprimés il faut...il faut changer la façon de remplir les papiers maintenant il faut le faire aussi avec l'ordinateur, et voilà c'est, j'ai l'impression... pour moi le plus dur c'est ça, c'est les papiers à faire. J'avis pas l'habitude, en Angleterre c'est pareil, on le faisait sur l'ordinateur, après il faut, c'était pas nécessaire d'envoyer les papiers...mais bon j'ai pas...aussi la façon de...parce que la caisse (délégué de la CPAM) il vient il faut changer ça, vous savez ici euh, ça c'est votre statistique : « vous êtes sur la moyenne, vous êtes, nous souhaitons ça... » Ça voilà c'est nouveau aussi pour moi parce que...voilà là-bas c'est pas comme ça, on ne mesure pas ça, pas pour l'instant peut-être dans quelques années ça va être pareil mais, c'est qu'ils me donnent des statistiques de dire « vous sur la moyenne, vous êtes un peu plus haut... » bon...

Dites-moi ce que vous pensez de cette évaluation régulière ?

Non mais ça c'est bien, en Angleterre c'était...c'était différent parce que c'était pas sur les données économiques c'était sur les résultats donc pour...pour être réadmis au conseil d'ordre là-bas il faisait d'examen tous les cinq ans, d'examen de connaissance, donc au niveau des médecines, donc ça je trouvais bien parce que au niveau de médecine on était obligé toujours d'être à jour. En Espagne on est aussi obligé de faire... il n'y a pas d'examen, il y aussi des choses à ce niveau-là. Ici on a la formation qu'il faut faire, on a la formation obligatoire qu'il faut faire mais j'ai l'impression que c'est surtout au niveau économique qu'ils contrôlent, ils contrôlent la durée des arrêts (de travail), ils contrôlent le nombre de génériques que l'on donne. Je trouve que c'est logique, c'est vrai que c'est pas le moment de...voilà de perdre de l'argent avec ça. Mais j'ai l'impression que ça sera mieux de essayer aussi de...de avoir au niveau de la médecine mais avoir un contrôle, ici on a des contrôle des diabétiques il faut voir certains nombres de diabétiques dont les fonds d'œil, les contrôler l'hypertension, mais ils regardent pas si on connaît le dernier traitement si on fait les choses dans les protocoles, s'il faut les faire, chez le patient diabétique, il faut commencer avec ça, après c'est là...donc ici c'est pas comme ça, je peux choisir, commencer avec un traitement que c'est pas (indiqué) en première intention. Je peux commencer en deuxième intention, ça c'est bon. Mais parfois c'est mieux aussi de...au moins de savoir qu'il faut le faire dans cet ordre parce qu'il y a beaucoup d'études qui nous disent que c'est mieux cet ordre après on aura des meilleurs résultats, ici j'ai l'impression que ça, ça manque, ça me manque aussi mais ça c'est une question d'être seul, et ça me manque aussi des réunions pour parler des patients. A Madrid, on avait...on avait aussi ça. Il y avait toutes les semaines la réunion, on donnait des cas cliniques, on parlait des cas cliniques sans donner les noms des patients bien sûr, mais ça c'était bien... ça stimulait aussi pour étudier pour rester à jour, ici euh voilà, le problème c'est que je suis tout seul donc j'ai pas...parce que j'ai parlé les confrères que je connais en Dordogne il faisait ça, il faisait euh...c'était tous les quinze jours, ils faisaient comme ça, ils parlaient des patients, j'ai trouvé ça stimulant, mais ici, le problème c'est que...moi...je ne

peux pas faire ça, il y aurait besoin de...voilà, mais ça c'est comme ça. C'est quelque chose que je ne pourrais pas changer lorsque je serai tout seul encore.

Et comment assurez-vous votre formation continue obligatoire ?

C'est ça c'est surtout internet qu'on peut faire, parce que j'ai des...comme je suis seul, de fermer le cabinet un jour pour me déplacer pour faire le pion, c'est un peu compliqué, après ça me charge beaucoup, les jours que je suis ici, c'est surtout ça que j'aime pas trop, bon après voilà. Maintenant ça va mieux mais avant ils me reprochent, ils me disent « euh voilà, vous étiez pas là, je suis obligé de... » donc j'aime pas ça du coup, donc c'est vrai que, dès que les patients il est hospitalisé et c'était pas moi qui l'ai envoyé à l'hôpital j'aime pas trop ça. J'ai la sensation de pas être dans le endroit que je devrai être. Donc c'est vrai que un jour que ça manque je suis pas là, parfois ça me donne des choses comme ça, après je ne suis pas contre. C'est un peu ça.

Si c'était à refaire dans votre parcours professionnel, que changeriez-vous ?

Oui j'aimais beaucoup la formation en Angleterre, j'aimais beaucoup de rester là-bas, donc peut-être si c'était pour moi j'étais déjà là, dire que pour moi l'Angleterre c'était bien au niveau de la médecine, je travaillais à l'hôpital c'était commode, mais c'était surtout à cause de ma femme, elle a demandé de rentrer en Espagne, elle était en Espagne pendant ma formation là-bas. Donc elle est médecins aussi, c'est pas facile, elle est restée avec moi quelques moi mais après elle est rentrée. Et ensuite j'ai fait une deuxième spécialisation en Espagne donc c'était bien, mais après le travail, j'étais pas content, l'idée c'était de revenir en Angleterre mais finalement elle a préféré de rester ici c'est vrai que le temps, c'est pas ... pour Moi c'est pareil, je préfère plutôt le temps froid le temps humide et j'aime pas la chaleur, ok pour moi c'était mieux (rire). Mais pour elle, c'est pas le cas donc ça a été surtout ça, ici je suis surtout content, je suis plus content qu'en Espagne mais si j'aurai eu l'opportunité de rester là, c'était à cause de la famille, c'est surtout ça, j'aurai resté là, en Angleterre à Londres.

Vous y retournez à Londres?

Oui j'ai des confrères là-bas, cette année je passerai une semaine là-bas. Après je vais aller en Espagne aussi.

Avez-vous des remarques, des suggestions que je n'aurai pas abordées à propos des soins primaires ?

Non c'est une spécialité très... que je trouve très intéressante parce qu'on touche un peu tout on peut faire un peu de chirurgie, au début en Angleterre j'ai commencé avec une rotation chirurgicale donc j'ai l'habitude aussi de faire des petites choses, ici même ici au cabinet donc des chose pas trop grand, après on a la cardiologie, la rhumatologie, il y a beaucoup de chose à faire, et surtout on peut arriver lorsqu'on connaît pas dans lequel on va, on peut suivre les patients et on peut faire un peu les contrôles, le global, ça j'aime bien pour moi la médecine générale c'est beau à cause de ça je sais pas si pour vous c'est pareil ou pas, mais j'ai l'impression de ça donne beaucoup de, beaucoup de chose à faire, c'est intéressant, chaque

patient il a un problème différent, c'est pas comme chez un diabétologue, que c'est toujours la même situation, bon il faut changer de temps en temps mais c'est toujours dans le même domaine, chez nous c'est différent on a l'opportunité de faire différentes choses et après on peut étudier pour arriver de faire plus de chose dans ce domaine. Donc ça je le trouve très intéressant pour moi ça...ça me donne beaucoup de joie aussi pour moi donc, pour moi c'est intéressant pour ça.

Que pensez-vous du fait que peu de nouveaux médecins choisissent de s'installer ?

C'est compliqué je trouve que ça c'est aussi normal, la façon de travailler dans la médecine libérale en France c'est compliqué, les papiers à faire tout ça, ça prend beaucoup de temps, et je trouve normal à cause de ça j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de papiers à faire, beaucoup de choses à faire, beaucoup de choses à s'occuper. Maintenant on a envie d'avoir le travail et dès que l'on arrête le travail voilà c'est fini jusqu'au lendemain. Dès qu'on est dans la médecine libérale, c'est différent il y a toujours des choses à faire après, donc le travail, la journée de travail ne finit pas dès que le patient sort du cabinet, ça je pense que c'est une raison de ça. Euh c'est pas comme, c'est la solution à ça, il y a aussi des confrères qui s'installent ensemble, ils ont quelqu'un qui les aide à ce niveau-là, donc ça c'est un choix de faire des grands cabinets avec plusieurs confrères, pour pas avoir trop de papiers à faire, j'ai l'impression que ça c'est une alternative à ce problème. Je sais pas si c'est la raison que tous les...la plupart des confrères ils décident de ne pas s'installer. Et je pense que c'est le poids de ça.

Titre et résumé en anglais

Difficulties experienced by Europeans General Practitioners who choose to work in Aquitaine, France: qualitative study

Background: Many areas in France have a critical shortage of general practitioners (GPs). Those municipalities consider foreign GPs as a mean for improving the shortfall. However some GPs retire, move, and leave their practice after few months. But little is known about the failure to maintain those GP workforces.

Aim: To explore the difficulty confronted by foreign GPs graduated from European countries, who choose to work in Aquitaine, France.

Methods: A qualitative study with semi-structured interviews. All interviews were recorded, transcribed and coded with N-Vivo program. Participants gave a written informed consent and agreed to the recording of interview.

Results: Ten GPs graduated from European country participated in the face-to-face interviews. Aged from 33 to 60 years old, with an average age of 47,3 years old. In the analysis process, three themes were identified. Problems with administrations were seen as a major difficulty. Despite of the shortage of health workforce, many respondents complain about the low number of customer base. The concern about the future was seen as a real desperation, a query to face in French health system.

Discussion: This study was the first qualitative study conducted among GPs trained abroad, located in primary care in Aquitaine, France. Recruitment by volunteering has probably led to a candidate's selection bias with greater participation of doctors satisfied with their employment situation.

Conclusion: This study identified issues that affected foreign GPs, who work in Aquitaine. Problems with administrations are regularly mentioned in many French studies. Shortages of health workforce in numerous regions in our country should lead us to give more attention of foreign GPs who work in primary care. Better supports to overcome difficulties should involve French GPs to integrate their colleagues from Europe.

Key words: overseas general practitioner, deprived areas, primary care, difficulties

Résumé en français

Introduction : En Aquitaine, de nombreuses communes souffrent du manque de médecins généralistes (MG) pour assurer les soins de premier recours. Pour faire face, des médecins généralistes à diplômes étrangers sont recrutés. Cependant nous avons constaté plusieurs cas de changement de lieu d'exercice à travers les médias. L'objectif de cette étude est d'analyser les difficultés ressenties par les MG à diplômes européens installés en Aquitaine.

Méthode : Cette étude qualitative par entretien semi-dirigé a été menée auprès des MG non diplômés des universités françaises, installés en libéral. Les candidats ont été sélectionnés en variation maximale. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à la saturation des données. Les données verbales ont été enregistrées par un dictaphone, retranscrites, codées et analysées. Tous les médecins ont signé leur consentement éclairé.

Résultats : Au total dix médecins ont été interrogés. La moyenne d'âge était de 47,3 ans. Les pays d'obtention des diplômes étaient la Roumanie, l'Espagne, la Belgique et l'Italie. Tous les médecins étaient satisfaits de leur situation professionnelle. Cependant notre analyse a révélé trois catégories de difficultés: les problèmes liés à l'administration, des difficultés pour constituer une patientèle et une préoccupation marquée de l'avenir. L'analyse des résultats a été soumise à la triangulation des données.

Conclusion : Les MG à diplômes européens, installés en libéral font face non seulement aux mêmes problèmes ceux qui sont formés en France mais également à d'autres difficultés. Un meilleur accompagnement devrait être mis en place dans le contexte de pénurie de médecins dans de nombreuses régions en France.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS-CLÉS : médecine générale, difficultés, soins primaire, diplômes étrangers, pénurie de médecins

INTITULÉS ET ADRESSE DE L'U.F.R. : UFR DES SCIENCES MÉDICALES.
Université de Bordeaux. 146, rue Léo Saignat. 33076 Bordeaux Cedex

Serment d'Hippocrate

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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