



HAL
open science

Quelles solutions pour favoriser l'installation de médecins généralistes sur le territoire du Havre Seine métropole?

Olivier Afflatet

► **To cite this version:**

Olivier Afflatet. Quelles solutions pour favoriser l'installation de médecins généralistes sur le territoire du Havre Seine métropole?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-03997485

HAL Id: dumas-03997485

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03997485>

Submitted on 20 Feb 2023

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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

Année : 2023

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par AFFLATET Olivier, Michel

Né le 27/10/1992 à Nîmes

Présentée et soutenue publiquement le 02/02/2023

Quelles solutions pour favoriser l'installation de médecins généralistes sur le territoire du Havre Seine métropole ?

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Mathieu SCHUERS (PU-MG)

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Elsa FAGOT-GRIFFIN (MCA)

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Frédéric RENOUE (MCA)

Résumé

Introduction : La démographie médicale est un des défis majeurs de notre système de santé dans les prochaines années. L'attractivité et l'installation de professionnels sur un territoire est complexe. Elle dépend de nombreux paramètres catégorisables en freins, et à l'inverse certains leviers sont parfois utilisés pour les attirer. La région du Havre n'échappe pas à cette réalité malgré de nombreux atouts. Le but de ma thèse est d'apporter des solutions concrètes pour favoriser l'installation des jeunes médecins sur le territoire du Havre Seine Métropole.

Matériel et méthode : À travers des focus groups de médecins nous avons cherché à obtenir des pistes concrètes pour favoriser l'installation sur le territoire du Havre.

Résultats : Les participants ont proposé la valorisation des dispositifs locaux ayant fait leurs preuves comme idée simple de mise en oeuvre. Une évaluation régulière de ces dispositifs est indispensable. Il apparaît ensuite essentiel pour les participants d'entreprendre des actions pour améliorer la qualité de vie du médecin et de sa famille. Les outils proposés sont un accueil spécifique, une réorganisation du temps de travail (délégation de tâches, outils informatiques, efficience des soins), et un meilleur outil de communication. Les éléments nouveaux retrouvés sont la nécessité d'accompagner la transition des cabinets vers les nouveaux modes d'exercice. Le tout grâce à des outils organisationnels comme par exemple : un outil local de remplacement, des référents locaux par thèmes (fiscalité, comptabilité, architecture etc), l'intégration des nouveaux professionnels de santé et la formation des secrétaires. Les événements même informels favorisent les rencontres entre professionnels, ils sont un outil de création de réseaux et d'opportunités. L'étude montre l'intérêt d'impliquer les étudiants dans le tissu professionnel local dès les premiers stages.

Conclusion : L'étude propose des solutions concrètes pour améliorer l'attractivité et l'installation de professionnels sur le territoire du Havre. Malgré des pistes prometteuses, les outils et actions évoqués ne sont pas applicables dans n'importe quel territoire. Les besoins et les actions doivent être territorialisés.

Mots clés : Médecine générale, Qualitatif, Le Havre, Démographie médicale.

AUTEUR : Nom : AFFLATET

Prénom : Olivier, Michel

Date de soutenance : 02/02/2023

Titre de la thèse : Quelles solutions pour favoriser l'installation de médecins généralistes sur le territoire du Havre Seine métropole ?

Thèse - Médecine – Rouen 2023

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Médecine générale, Qualitatif, Le Havre, Démographie médicale.

Résumé :

Introduction : La démographie médicale est un des défis majeurs de notre système de santé dans les prochaines années. L'attractivité et l'installation de professionnels sur un territoire est complexe. Elle dépend de nombreux paramètres catégorisables en freins, et à l'inverse certains leviers sont parfois utilisés pour les attirer. La région du Havre n'échappe pas à cette réalité malgré de nombreux atouts. Le but de ma thèse est d'apporter des solutions concrètes pour favoriser l'installation des jeunes médecins sur le territoire du Havre Seine Métropole.

Matériel et méthodes : À travers des focus groups de médecins, nous avons cherché à obtenir des pistes concrètes pour favoriser l'installation sur le territoire du Havre.

Résultats : Les participants ont proposé la valorisation des dispositifs locaux ayant fait leurs preuves comme idée simple de mise en œuvre. Une évaluation régulière de ces dispositifs est indispensable. Il apparaît ensuite essentiel pour les participants d'entreprendre des actions pour améliorer la qualité de vie du médecin et de sa famille. Les outils proposés sont un accueil spécifique, une réorganisation du temps de travail (délégation de tâches, outils informatiques, efficacité des soins), et un meilleur outil de communication. Les éléments nouveaux retrouvés sont la nécessité d'accompagner la transition des cabinets vers les nouveaux modes d'exercice. Le tout grâce à des outils organisationnels comme par exemple : un outil local de remplacement, des référents locaux par thèmes (fiscalité, comptabilité, architecture etc), l'intégration des nouveaux professionnels de santé et la formation des secrétaires. Les événements même informels favorisent les rencontres entre professionnels, ils sont un outil de création de réseaux et d'opportunités. L'étude montre l'intérêt d'impliquer les étudiants dans le tissu professionnel local dès les premiers stages.

Conclusion : L'étude propose des solutions concrètes pour améliorer l'attractivité et l'installation de professionnels sur le territoire du Havre. Malgré des pistes prometteuses, les outils et actions évoqués ne sont pas applicables dans n'importe quel territoire. Les besoins et les actions doivent être territorialisés.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur SCHUERS Mathieu

Asseseurs : Monsieur le Docteur RENOU Frédéric

Directeur de thèse : Madame le Docteur FAGOT-GRIFFIN Elsa

Contact de l'auteur : olivier.afflatet.pro@gmail.com

Avertissement

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune improbation ni approbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie

Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie

Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Informatique Bio-informatique
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Remerciements

A mon Président de Jury, Monsieur le Professeur Mathieu SCHUERS

Professeur des Universités (PU-MG).

Vous présidez ce jury de thèse et jugez ce travail,

Veillez trouver ici l'expression de mes meilleurs remerciements.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Elsa FAGOT-GRIFFIN

Maître de conférences des universités associé (MCA-MG).

Merci pour ton aide précieuse durant ce travail.

Monsieur le Docteur Frédéric RENOU

Maître de conférences des universités associé (MCA-MG).

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

A Clémentine pour son soutien.

A ma famille, mes parents, Christophe, Antoine, Frédérique, Jean Michel et Charlotte.

A mon parrain Luc, parti trop tôt.

A mes amis de Roumanie, Georges, Dan, Dimtri, Thomas, Julie.

A mes co-internes et à la team de l'internat du Havre, Audrey, Théo, Hasan, Louis, Juliette, Myriam, Frédéric et Camille, Karim, Camille et Blav, Alice, Elena et Clément.

Au Cabinet Flaubert, Apolline, Marine, Florian, Géraldine, Guelha et Cynthia.

Remerciements particuliers à mes maîtres de stages : Dr Dubot-Guais, Dr Blondet,

Dr Lagarde, Dr Hurtel, Dr Laval et Dr Adam.

Serment d'Hippocrate

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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.

Liste des abréviations

APA	Accessibilité potentielle localisé
AGA	Association de gestion agréée
AHFMC	Association havraise de formation médicale continu
AMUH	Association médicale des urgences du Havre
ARS	Agences régionales de santé
CCI	Chambre de commerce et de l'industrie
CEGIDD	Centre gratuit d'information et de dépistage et de diagnostic
CESP	Contrat d'engagement de service public
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordinations des médecins
COTRAM	Contrat de transition
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DAC	Dispositif d'appui et de coordination
DES	Diplôme d'étude spécialisé
DES-MG	Diplôme d'étude spécialisé de médecine générale
ECN	Examen classant national
GEP	Groupe d'échanges de pairs
GHH	Groupe hospitalier du Havre
HAS	Haute autorité de santé
HTES	Hébergements territoriaux des étudiants en Santé
IPA	Infirmière en pratique avancé
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
JMH	Journée médicales havraise
LASS	Licence accès santé
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans les champs de l'autonomie
MCA-MG	Maître de conférences associé en médecine générale
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
MSU	Maître de stage universitaire
MUMA	Musée d'art moderne André Malraux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSNP	Opérateurs des soins non programmés
PAERPA	Coordination territoriale d'appui

PAS	Permanences d'accès aux soins de santé
PASS	Première année de médecine est enfin parcours d'accès spécifique santé
PCEM1	Première année du premier cycle des études de médecine
Pias	Contrat de praticien isolé à activité saisonnière
PREM	Plans régionaux d'effectif médicaux
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTMA	Contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire
PTMG	Contrat de praticien territorial de médecine générale
PTMR	Contrat de praticien territorial de remplacement
ROSP	Revenu sur objectif de santé publique
SAMU	Service d'accueil médical urgent
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
URML	Union Régionales des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionales des Professionnels de Santé médecin
URSAFF	Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales

Table des matières

Résumé	2
Introduction	19
1. Un point territoire et démographie.....	20
1.1. Le territoire et la population.....	20
1.2. La démographie médicale.....	21
1.3. L'offre de soins.....	22
2. Les déterminants à l'installation.....	23
2.1. Le parcours professionnel.....	23
2.2. Les freins	24
2.3. Les leviers.....	28
2.4. Les facteurs d'attractivité du territoire.....	31
3. Les pistes de réflexion dans d'autres régions et à l'étranger	38
Matériels et méthodes	49
Résultats.....	52
Description de la population	52
Analyse des données.....	53
1. Leur vision et leurs idées sur l'installation.	53
1.1. Quel sont les souhaits de ces jeunes professionnels ?.....	53
1.2. Quelles sont les nouvelles pratiques ?	61
2. Leur vision et leurs idées sur les facteurs professionnels.	65
2.1. La réponse aux souhaits des jeunes médecins.	65
2.2. L'organisation du territoire.....	69
Résultats principaux	76
Les solutions.....	77
1. La valorisation des dispositifs existants.	77
2. L'amélioration de la qualité de vie du médecin et de sa famille.	78
3. Faciliter la transition des cabinets vers les nouveaux modes d'exercice.	79
4. Une meilleur connaissance des professionnels du territoire.	81
5. Les mesures indépendantes de l'action du territoire.....	83
Discussion	84
Conclusion	91
Référence bibliographiques	92
Annexe : Guide d'entretien.....	98

Introduction

La démographie médicale est une problématique universelle en France, dans le monde et au Havre. L'accès à un médecin généraliste, maillon essentiel du soin primaire, relève parfois du parcours du combattant. Les conséquences d'un accès de plus en plus difficile aux soins entraînent des retards diagnostics, voire un renoncement aux soins. La démographie médicale est donc un enjeu majeur pour nos sociétés.

Le constat de départ était le manque de médecins généralistes sur le territoire du Havre Seine Métropole en dépit de nombreux atouts. Ce qui nous a mené à réfléchir à de nouvelles actions à mener, à innover pour permettre au territoire de se démarquer. L'idée était, dans une première partie, de se concentrer sur les déterminants, les leviers et les freins à l'installation afin de permettre l'écriture d'un guide d'entretien, puis de solliciter des professionnels de santé du territoire.

Le but de ma thèse est d'apporter des solutions concrètes et de relever les propositions d'actions innovantes pour favoriser l'installation des jeunes médecins sur le territoire du Havre Seine Métropole.

La question de thèse est donc « Quelles solutions pour favoriser l'installation de médecins généralistes sur le territoire du Havre Seine Métropole ? ».

1. Un point territoire et démographie.

1.1. Le territoire et la population.

Le territoire du Havre Seine Métropole correspond à une vaste zone regroupant la rive droite de l'estuaire de la Seine au sud, s'étend à l'est jusqu'à Lillebonne et enfin au Nord jusqu'à Étretat. Le territoire fait partie du département de Seine-Maritime (76) et bénéficie d'une proximité géographique avec Paris et d'une ouverture maritime vers le monde. La ville du Havre, dont le centre-ville est classé au patrimoine mondial de l'UNESCO pour son architecture atypique et fait la fierté des Havrais. La Communauté Urbaine Le Havre Seine Métropole (CU) est née de la fusion des trois anciennes communautés d'agglomérations : Havraise (CODAH), Caux Estuaire et Criqueotot-L'Esneval (Figure 1).

Le bassin de population est de 275 000 habitants. Il s'agit d'une population pour partie en grande précarité. Le taux de chômage est élevé, le revenu médian inférieur à la moyenne régionale, et le taux de pauvreté de 16%. Ce taux de pauvreté est encore plus important dans la ville du Havre avec 21% (1).



Fig 1 : Schéma de la Communauté Urbaine le Havre Seine métropole (2).

1.2. La démographie médicale.

La Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS), dans son dernier rapport de mars 2021, estime que le nombre de médecin en France devrait être stable jusqu'en 2030. Une hausse importante devrait survenir ensuite de 2030 à 2050 (+1,5% de croissance annuelle prévue). Les besoins vont cependant augmenter mécaniquement par le vieillissement de la population et la croissance démographique.

Le paramètre le plus pertinent à titre de comparaison est la densité standardisée de médecins généralistes. Elle est au niveau national de 139 médecins généraliste pour 100 000 habitants. Elle est plus faible au niveau régional (ancienne Haute-Normandie) avec 120 pour 100 000 et encore plus faible sur la CU du Havre avec 81 pour 100 000 habitants. Il y a donc un réel problème local de démographie médicale. La densité médicale standardisée va donc continuer à diminuer au moins jusqu'à 2035 (3). En France, il y a en activité, au 1^{er} janvier 2021, 214 224 médecins de moins de 70 ans, dont 94 538 généralistes. La tendance est à la féminisation de la profession sur la période.

Un autre paramètre important est l'accessibilité potentielle localisée (APL). Il tient compte de l'activité des généralistes y compris des remplaçants (ayant moins de 65 ans), de l'âge et des besoins de la population, et enfin de la possibilité des patients de se déplacer pour accéder à un rendez-vous (dans la limite de 20 min du domicile). Ce chiffre correspond au nombre de consultations annuelles que peut obtenir un patient de ce territoire. Elle est en Normandie en moyenne de 3,7 consultations par an et par personne, alors que la moyenne nationale est de 3,9.

Les données les plus récentes datent de 2018 mais montrent une grande disparité inter communale sur la CU. En moyenne l'APL sur la CU est de 3,11 mais les extrêmes sont Harfleur (4,60) et Octeville (1,90). Il n'existe pas de chiffre régional (4).

Ville	APL
Le Havre	3,5
Sainte Adresse	2,60
Harfleur	4,60
Octeville	1,90
Gonfreville l'Orcher	3
Rogerville	4
Gainneville	3,90
Saint martin du manoir	3,70
Montivilliers	2,50
Fontaine la Mallet	2,50
Fontenay	2,80
Manéglise	4
Épouville	3,50
Rolleville	2,50
Notre dame du bec	3
Mannevillette	2,60
Cauville sur mer	2,3

Fig 2 : Accessibilité potentielle localisée par commune sur la CU en 2018 (4).

1.3.L'offre de soins.

L'hôpital public Jacques Monod (GHH) est le premier employeur sur l'agglomération avec environ 4500 salariés. Il dispose de 1500 lits répartis entre les différents sites et pôles (5) : Un pôle mère-enfant avec une maternité de niveau 3, des urgences gynécologiques, pédiatriques, un service de soins continus ; Un plateau technique qui permet notamment la réalisation de coronarographies et de thrombolyse. L'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales sont représentées à deux exceptions près : la neurochirurgie et la chirurgie cardiothoracique. Il dispose également d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) et une permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Le GHH s'est encore distingué en 2021 pour la qualité de plusieurs de ces services, il est classé parmi les 50 meilleurs hôpitaux français dans différents domaines (6). Il y a également sur le territoire deux cliniques participant à la permanence des soins.

2. Les déterminants à l'installation

2.1. Le parcours professionnel

Les études de médecine sont composées de trois cycles. Les trois premières années de formation correspondent au premier cycle de médecine. L'accès se fait par la première année de médecine, soit par le parcours d'accès spécifique santé (PASS) ou par la licence accès santé (LAS) (7). Elle permet l'apprentissage des matières fondamentales telles que l'anatomie la physiologie, la microbiologie.

Le second cycle correspond à « l'externat », de la quatrième à la sixième année de médecine. L'étudiant effectue des stages à l'hôpital dans différents services afin d'acquérir des compétences cliniques. La sixième année se termine par un examen national - l'examen classant national (ECN) - qui permet aux étudiants de la France entière de choisir une région et une spécialité. Chaque année environ 8500 étudiants terminent le second cycle. Parmi ces étudiants, plus du tiers choisissent la médecine générale, soit 3518 postes en 2021(8).

Le troisième cycle de médecine générale correspond à l'internat ou diplôme d'études spécialisées en médecine générale (DES-MG). Il a une durée de trois ans et se compose de six stages de six mois et d'une activité universitaire parallèle. Les six stages peuvent être effectués dans différentes villes de la région. Enfin après avoir validé l'ensemble des stages et travaux universitaires, l'interne valide son DES et devient médecin remplaçant ou s'installe s'il a soutenu sa thèse et qu'il le souhaite.

2.2. Les freins

Les freins retrouvés dans la littérature sont nombreux, leur importance individuelle est souvent difficile à évaluer. On peut les séparer en freins personnels et professionnels.

2.2.1. Personnels

- a. L'histoire de vie et la famille : L'origine géographique du médecin est un des facteurs majeurs, tout comme la proximité avec la famille et les proches. L'étude de la cohorte de la promotion 2014 de l'université de Rouen le confirme (9). Les données sur l'influence de l'âge du médecin sont discordantes, en revanche les critères prioritaires d'installation sont très différents entre internes, remplaçants et installés (10). Il faut noter qu'il ne semble pas y avoir de différence entre homme et femme (11).

La présence d'enfant en bas âge semble en revanche avoir un impact différent chez les hommes et les femmes. Il semble être un frein temporaire à l'installation chez les femmes (12), il faut cependant souligner que cette notion sort d'une méta-analyse conduite avant la réforme de la couverture maladie et maternité des médecins. Une origine rurale du médecin est associée avec une proportion plus importante d'installation dans ces territoires.

- b. La qualité de vie perçue : Elle est subjective, mais des éléments tels que le climat, l'accès aux services publics, les activités culturelles et sportives sont importants (13). La présence d'écoles et de moyens de garde pour les jeunes enfants le sont également. D'une manière générale la ville attire plus.
- c. Les difficultés de logement : Cette problématique est surtout présente dans les grandes villes, mais associée au temps de transport qui en découle, elle peut avoir un impact majeur sur la qualité de vie. Le coût de l'immobilier est un frein à l'installation dans certaines grandes villes en raison des charges de cabinet associées (14).

- d. Le travail du conjoint : La possibilité de trouver un travail dans le secteur de qualification du conjoint est souvent citée parmi les déterminants majeurs. L'âge moyen d'installation en médecine générale est de plus de 30 ans : dans la très grande majorité des cas, le conjoint a donc déjà un emploi au moment du choix du lieu d'installation. Le conjoint influe dans 98% des projets d'après une étude réalisée sur des internes (15). Il est moins déterminants chez les installés avec 67% (10).

2.2.2. Professionnels

a. Les conditions de travail

Elles sont liées à la charge de travail et à l'organisation de l'offre de soin (gardes, astreintes). Les horaires et rythme de travail semblent encore plus déterminants chez les remplaçants (10). Inversement, une faible densité médicale sur un territoire semble être un frein à l'installation. Le travail en groupe, qui favorise la collaboration inter et intra professionnelle, semble être recherché.

b. Liés à la formation

Les lieux de stages, notamment les lieux de « stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé » (SASPAS) et de remplacements, ont un rôle important dans le choix du lieu d'exercice dans plusieurs études dont une de grande ampleur (16,17) (18). Le rôle du SASPAS est à nuancer, dans une autre étude il ne semble pas influencer le projet d'installation, en revanche il donne le sentiment d'être prêt à remplacer (11).

La région de formation semble avoir un impact majeur. La très grande majorité des internes déclare vouloir exercer dans leur subdivision d'internat 79% (19) (13). La revue systématique de littérature de Jacquet et Wallerich (20) nous apporte quelques éléments intéressants à ce sujet. La probabilité de s'installer en zone rurale au Canada semble liée à la durée des stages réalisés dans ces territoires, et de manière très nette au-delà de 3 ans de stages.

Au vu de ces éléments, les internes et les remplaçants apparaissent comme des cibles privilégiées des collectivités afin de promouvoir l'installation sur leur territoire.

c. Le réseau et l'environnement professionnel

La qualité du réseau local de professionnels influence le choix du lieu d'installation. Les plus jeunes souhaitent majoritairement exercer en réseau coordonné et à proximité d'un hôpital. On peut aussi citer le nombres de professionnels, de réseaux de soins, mais aussi la présence de laboratoires et de cabinets d'imagerie (21). Cette connaissance des réseaux de soins apparaît comme déterminante y compris dans les pays anglophones (22).

d. La méconnaissance du libéral

Le libéral est un statut particulier, très différent du statut de salarié dont disposent les étudiants durant leurs études. Il impose un temps administratif, notamment la gestion des cotisations sociales et les rapports avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

e. Le manque de protection sociale

La protection sociale insuffisante est également un frein à l'installation (10). Avant juillet 2021 le délai de carence en cas d'arrêt maladie était de 90 jours. Les évolutions récentes améliorent ce point avec le versement d'indemnités dès le 4^e jour (23).

f. La méconnaissance du processus d'installation et le séminaire de la faculté.

Le parcours d'installation est opaque et complexe et la formation sur le sujet est limitée durant l'internat. Les deux tiers de la formation des internes se déroule en hospitalier. Cela pourrait changer prochainement avec l'ajout d'une quatrième année de formation. La formation semble insuffisante, comme le montre le Syndicat National des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) dans son enquête de 2020 sur l'impact du DES-MG (16). En Haute-Normandie, il existe deux demi-journées organisées par le département de médecine générale et le Syndicat Indépendant de la Région Haute Normandie des Internes de Médecine Générale (SIREHN-IMG). Cette journée est dédiée à l'ensemble des problématiques d'installation, de déclarations, de gestion, et de comptabilité.

g. Les contraintes de l'installation et de gestion du cabinet

L'installation est, sous certains aspects, contraignante. L'intégration d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou la création d'un cabinet participe à la lourdeur administrative ressentie. S'ajoute la participation à la continuité et à la permanence des soins, dont sont en partie exemptés les remplaçants. Un autre frein est la difficulté relative des installés à trouver un remplaçant durant les vacances scolaires.

Le médecin généraliste est un chef d'entreprise. Il gère le paiement des factures, les stocks des consommables, la comptabilité, les fiches de paie du personnel (secrétaires, femme de ménage) etc. Une gestion qui est très éloignée de ses neuf années de formation médicale. Dans son dossier accès au soin de 2019, l'ISNAR-IMG insiste d'ailleurs sur le fait que cette formation théorique de gestion n'est pas suffisante (21). Le SASPAS qui est depuis la réforme de 2017 obligatoire (24), permet à l'interne de se former à ces problématiques grâce à son Maître de Stage Universitaire (MSU). L'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF) estime qu'avant cette obligation, 50% des internes de médecine générale ne réalisaient pas ce SASPAS.

h. La flexibilité du statut de remplaçant

Le statut de remplaçant est avant tout rassurant, il permet d'essayer différents modes et lieux d'exercice sans s'engager. C'est une étape de transition essentielle entre deux mondes radicalement différents : l'internat et l'exercice libéral. Il laisse de plus une plus grande flexibilité dans son emploi du temps. Le nombre de médecins remplaçants a augmenté de 2,1% en 2020 et de 48,9% depuis 2010 d'après l'Ordre des Médecins (25).

i. L'absence d'opportunité professionnelle

La notion d'opportunité professionnelle est citée dans plusieurs études et notamment une revue de littérature française de Lemonnier et Aubry (26). Elle est l'étape ultime lorsque les principaux autres freins ont été levés. Elle correspond à la possibilité d'installation dans un cadre connu et rassurant pour le professionnel (tel qu'un départ à la retraite ou l'agrandissement d'une MSP).

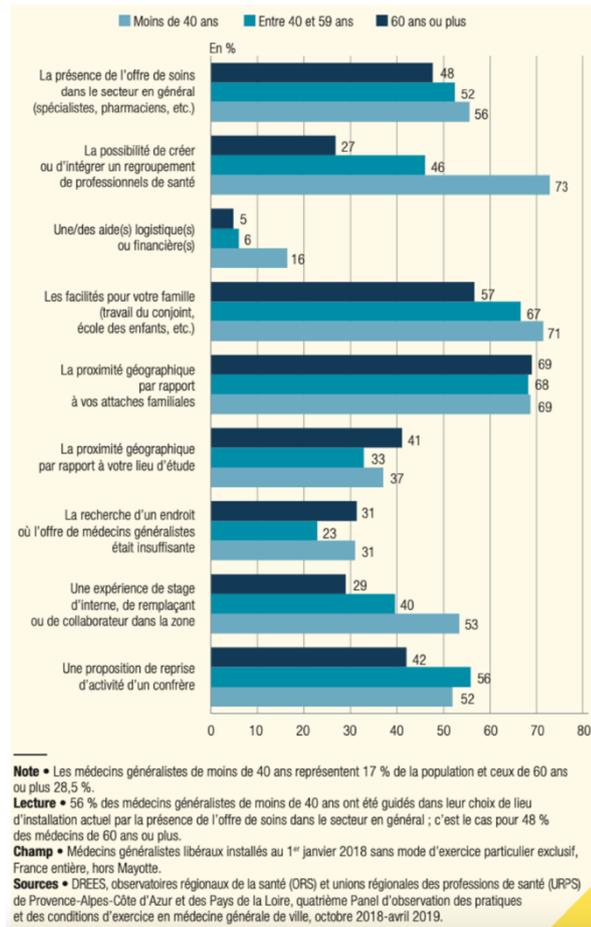


Fig 3 : motivation du choix du lieu d'installation actuel, selon l'âge du médecin (10).

2.3. Les leviers

Une enquête de l'ISNAR montre que l'intervention d'une « aide humaine » dans le processus d'installation est plébiscité par les jeunes médecins. Les remplaçants semblent solliciter leurs pairs majoritairement dans l'esprit de « compagnonnage ». En revanche les internes ont tendance à se tourner vers les collectivités (10).

2.3.1. Leviers personnels

a. L'histoire de vie et la famille :

Il est difficile d'avoir un impact sur ce versant. Favoriser les rencontres entre étudiants, peut cependant être bénéfique. L'amélioration de la satisfaction professionnelle par la reconnaissance du public de leur travail est évoqué comme outils (27). Le coût d'un tel dispositif est faible mais le niveau de preuve l'est aussi.

b. La qualité de vie perçue

Elle passe en premier lieu par une meilleure communication concernant les atouts des territoires. Sur le plan culturel, la ville dispose de nombreux musées, associations, événements culturels et artistiques. Un « été au Havre » en est le parfait exemple, alliant architecture, culture et activité physique. Sur le plan sportif, il existe de nombreux clubs et associations dans de nombreuses disciplines et pour tous niveaux. L'accès privilégié à la mer et aux activités nautiques est également un atout.

L'investissement public dans les infrastructures (écoles, routes) et les services (télécommunications, internet) est insuffisante dans certains territoires. La présence de services publics est l'un des déterminants majeurs cités par les médecins installés (15). Ainsi une amélioration de ces paramètres semble participer à la rétention de ces professionnels sur le territoire. Les habitants du territoire bénéficieront également de ce genre d'investissements.

c. Les difficultés de logement

Les difficultés de logements, dans certaines zones peuvent être atténuées par des aides financières ou le prêt temporaire de logements.

d. Le travail du conjoint

Les leviers pour favoriser l'emploi des conjoints ne sont pas nombreux. Un bassin de population important ainsi qu'une industrie diversifiée sont un atout important de l'Estuaire de la Seine. Une action innovantes est celle du département de l'Eure qui a créé un partenariat avec la plateforme Job 27, afin d'agir sur ce frein.

2.3.2 Leviers professionnels

a. Les conditions de travail

L'amélioration des conditions de travail est un levier important. Les rencontres entre professionnels permettent des échanges autour de la charge de travail et de son organisation.

b. Liés à la formation

Les stages de ville et hors CHU et l'Universitarisation des territoires sont des leviers intéressants. En Haute Normandie le type de SASPAS réalisé par l'étudiant semble lié à un exercice plus fréquent dans ce milieu (9), ce qui confirme l'intérêt des stages hors hôpital dans les territoires les plus touchés par le manque de médecin. La formation universitaire au libéral semble très hétérogène d'une région à l'autre, certaines proposent des séminaires optionnels. Un accompagnement personnalisé de l'étudiant ou du jeunes professionnel est essentiel. Le compagnonnage est une première étape naturelle, mais elle a ses limites. Il faut citer l'initiative de l'Aveyron qui a créé un référent départemental dédié à l'accompagnement des jeune professionnels (21).

c. Le réseau professionnel

La communication passe par la définition du public cible qui ne doit pas se limiter aux internes de SASPAS (stage hospitalier, externes). Cette communication doit être efficace sur les réseaux existants. Sur le long terme, soutenir la création de réseaux et d'associations de professionnels est primordial. Il faut souligner la démarche de la CPTS dans la création de réseaux locaux d'experts comme la télé-expertise en dermatologie (28).

d. La méconnaissance du libéral et du parcours d'installation

Une formation plus pratique et plus longue sur le sujet est nécessaire. Elle passe par une sensibilisation des Maîtres de Stages Universitaire (MSU) à la transmission de cet aspect et à une augmentation du nombre d'heures dédiés durant l'internat. Une communication par les acteurs du territoire peut également s'envisager en complément (13). Il faut souligner la création par l'ARS du portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) qui a pour ambition de regrouper des informations pratico-pratique à destination des médecins (29).

e. Les contraintes de l'installation et de gestion du cabinet

Un compagnonnage peut être envisagé pour mieux comprendre et gérer ces problématiques, ainsi que la délégation de tâches non médicales (secrétariat notamment).

f. Le suivi de patientèle

Le suivi à long terme, la prévention, et la promotion de la santé sont une part importante du métier de médecin généraliste. L'exercice de remplacement est généralement réduit à de l'aiguë et éclipse cette part importante du métier qui participe à l'épanouissement professionnel. Le remplacement implique de se conformer aux pratiques du médecin remplacé, ce qui peut être vécu comme un manque d'autonomie par le remplaçant.

g. Une meilleure connaissance des opportunités professionnelles

Les opportunités professionnelles sont à ce jour souvent partagées par le bouche-à-oreille. La majorité des étudiants souhaite exercer en groupe. Une étude sur un échantillon de grande taille montre que la possibilité d'intégrer une structure existante était un déterminant majeur de l'installation des médecins de moins de 40 ans (10). Une réflexion autour d'un accès plus large à ce type d'informations est nécessaire.

2.4. Les facteurs d'attractivité du territoire

2.4.1 La communauté médicale active

a. Historique

Le Havre a depuis de nombreuses années une gestion singulière de la continuité et de la permanence des soins sur son territoire. Elle est structurée historiquement autour de l'Association médicales des Urgences du Havre (AMUH) qui a en charge ces deux versants. L'AMUH a été créé en 1978 par les généralistes du Havre souhaitant mutualiser leurs efforts pour répondre de manière plus pertinente à la demande de soins non programmés.

La communauté médicale havraise a toujours été en avance sur le plan national dans la manière d'aborder les différentes problématiques d'accès aux soins de la population. Le Havre est notamment la première ville de France à se doter au début des années deux mille d'une maison médicale de garde la Domus médica. Située en plein cœur du centre-ville du Havre, elle est ouverte en semaine de 18h à minuit, et les week-end également en journée. Elle est devenue un des piliers essentiels de l'accès aux soins non programmés en dehors des différents services d'urgence. Les généralistes du territoire participent également aux gardes de visite, qui permettent d'assurer tous les jours des visites au domicile des patients dont l'autonomie est réduite et qui n'ont bien souvent plus de médecin traitant (30).

L'AMUH participe également à la régulation médicale du 116/117 en partenariat avec le SAMU 76B. Cette régulation permet à des patients d'obtenir une réponse adaptée à leur problématique de santé : rendez-vous avec un médecin de garde de secteur, visite à domicile, consultation à la Domus. Les missions remplies par l'AMUH sont dans de nombreuses villes remplies par SOS médecin.

b. Le système d'accès aux soins (SAS) et organisation de la permanence des soins

Le système de santé est mis sous tension par la demande croissante de soins non programmés et une démographie médicale en berne. Les médecins adhérents de l'AMUH se sont d'ailleurs récemment réunis en assemblée générale extraordinaire en fin d'année 2021 afin de réfléchir ensemble à une réorganisation et présenter le SAS. Le territoire a été sélectionné pour être l'un des 22 sites pilotes de ce nouveau dispositif en France (31). Le SAS apporte une réponse de soins adaptée aux besoins de la population à travers un numéro unique d'appel le 116/117. Les patients ont alors :

- Un conseil paramédical ou médical.
- Un rendez-vous avec un médecin généraliste le jour même ou les jours suivants.

Le mode de financement permet le recrutement d'Opérateurs de Soins Non Programmés (OSNP). Le tout ayant pour but de désengorger les urgences et la maison médicale de garde.

c. La formation

La première année de médecine peut s'effectuer à l'université du Havre en partenariat avec la faculté de médecine de Rouen depuis 2016. Le dispositif semble permettre aux étudiants Havrais de travailler dans de meilleures conditions pendant cette première année difficile. La promotion 2021 a un taux de réussite de 34% toutes sections confondues, soit 85 étudiants. Une fois cette année réussie, les étudiants effectuent la suite du premier cycle à Rouen. Ils ont ensuite la possibilité d'effectuer leurs stages sur le territoire.

Le groupe hospitalier du Havre (GHH) compte plusieurs professeurs des universités dans ses rangs qui sont : Pr Bouchra LAMIA (pneumologie), Pr Gisèle APTER (pédopsychiatrie), Pr Marc MURAINÉ (ophtalmologie) et enfin le Pr Vincent COMPERE (anesthésie). En ce qui concerne la médecine générale le territoire compte deux maître de conférences associée (MCA-MG) Dr Elsa FAGOT-GRIFFIN, et le Dr Frédérique RENOU. L'Universitarisation est le reflet d'une dynamique de recherche et d'amélioration de la qualité des soins.

La formation continue est un axe essentiel du développement des compétences des praticiens, et participe à améliorer la coopération entre médecins de différentes spécialités. Nous pouvons citer l'Association Havraise de Formation Continue (AHFMC) active depuis plus de 50 ans (32). Elle organise des séminaires réguliers, et chaque année les journées Médicales Havraise (JMH)(33). Le Quoi de Neuf en Pédiatrie (QNP) est aussi un bon exemple de la coopération ville hôpital dans la formation des professionnels. Les rôles des Unions Régionales des Professionnels de Santé médecin (URPS) et des Union Régionales des Médecins Libéraux (URML) sont multiples et elles participent à l'organisation de l'offre de soin et sont notamment chargées de la mise en œuvre du développement professionnel continu (34) (35).

Il faut souligner le grand nombre de MSU sur le territoire. Ils accueillent et forment des étudiants : externes, internes, et pour certains, les infirmières en pratique avancée (IPA). Lors de la répartition des stages d'hiver 2021, il y avait 3 stages de premier niveau et 8 stages de SASPAS sur le territoire. Il y a également de nombreux stages hospitaliers avec au total 36 postes permettant à l'interne d'effectuer l'ensemble de son internat sur le territoire. La formation en médecine dentaire est un axe central de la politique de santé comme le prouve le partenariat avec la faculté de Lille qui a permis la création de « LH dentaire » en 2012 (36).

d. Les différents statuts d'exercice

Il existe quatre statuts d'exercice libéral différents plus ou moins engageants, les principales différences sont les suivantes :

- Le remplaçant : travaille de manière ponctuelle à la place d'un médecin installé.
- L'adjoint utilise les feuilles du remplacé, mais peut travailler en même temps que celui-ci. Le contrat d'assistant est très proche de celui-ci mais impose d'être thésé.
- La collaboration : correspond à la mise à disposition de locaux, matériels, secrétariat en échange de rétrocession. Il existe également le statut de collaborateur salarié.
- L'installation, qui est la forme la plus engageante.

Les postes partagés libéral et hospitalier : le GHH propose des postes de médecin hospitalier notamment dans ses services de médecine polyvalente. Cette proposition ne semble cependant pas attirer les générations sortant de la faculté.

Le salariat en structure privé : une filiale du groupe SAGEO propose des postes de médecins généralistes salariés depuis septembre 2020 (37). A ce jour, trois médecins généralistes y travaillent, mais la structure espère attirer de nouveaux médecins d'ici peu.

e. La CPTS

Contrairement aux idées reçues, la coopération intra et inter professionnelle est en fait très ancienne. Elle est également en perpétuelle construction, comme nous allons le démontrer. Historiquement les professionnels se sont réunis en Équipe de soins primaire (ESP), puis en MSP. La création de l'association « Sextant 76 » en 2019 a permis d'étendre la réflexion et la coopération entre professionnels.

Sur ces bases le territoire est ensuite devenu l'un des premiers de la région et même de France à disposer d'une Communauté Professionnelle de Territoire « CPTS Grand Havre » qui porte le « Dispositif d'Appui et Coordination » (DAC 76). Le rôle d'un DAC est de rassembler et coordonner les acteurs du social et du médico-social autour d'une approche globale de la santé d'un patient (38). La CPTS a d'ailleurs eu un rôle essentiel dans la création et la gestion du grand centre de vaccination covid « Stade Océane » durant la crise sanitaire COVID (39).

f. La proximité ville hôpital et les réseaux de soins

La communauté médicale Havraise s'appuie également sur de nombreux réseaux de soins ; citons le réseau de soins palliatifs « Respect », l'éducation thérapeutique avec Planeth Patient et enfin Normandie Pédiatrie. La plateforme territoriale d'appui (PTA) océane, à travers du personnel dédié, intervient dans les situations complexes à la demande des médecins généralistes (pour les patients de moins de 65 ans). A l'été 2022 devrait entrer en vigueur le DAC fusionnant les dispositifs suivants (40) : La PTA, les réseaux de santé, la Coordination Territoriale d'Appui (PAERPA), la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans les champs de l'Autonomie (MAIA) et les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).

2.4.2 Le dispositif logement

Comme décrit précédemment, l'internat implique un changement d'affectation des internes tous les 6 mois, ce qui rend la problématique du logement très difficile. La Communauté Urbaine le Havre Seine Métropole met à disposition des internes de médecine générale en stage non hospitalier sur le territoire des logements à tarifs préférentiels (une centaine d'euros par mois) (41). Les appartements sont situés en plein centre-ville et permettent de profiter notamment des commerces, activités culturelles et de la plage. L'impact de ce genre de mesures n'a été que peu étudié. Il existe déjà plusieurs territoires ayant des dispositifs similaires. L'ISNAR-IMG propose d'ailleurs de créer des hébergements territoriaux pour les étudiants en santé afin améliorer le logement de ces étudiants.

2.4.3 Les soirées attractivité

a. La journée d'accueil des internes de médecine générale (JAI)

La journée d'accueil des internes est organisée deux fois par an, au début de chaque semestre et ce depuis trois ans. Elle permet à travers des activités ludiques la présentation des principaux atouts du territoire à la fois culturels, sportifs, et professionnels. La première édition a rencontré un franc succès comme le décrit Joumana Chirara dans sa thèse (42).

b. Soirées jeunes remplaçants

La première édition de la « soirée des remplaçants » a eu lieu en novembre 2021 et a rencontré un vif succès. Elle a permis d'aborder certaines thématiques d'installation entre jeunes remplaçants et remplaçants plus expérimentés avec le soutien de la communauté urbaine. Les thématiques abordées sont retrouvées dans la littérature, à savoir :

- Un manque de connaissances des démarches administratives spécifiques des remplaçants. L'élaboration d'un livret d'accueil du remplaçant semblait pertinente.
- La difficulté à se créer un réseau professionnel. Il est intéressant de noter qu'aucun des intervenant n'a évoqué l'existence de la PTA, ce qui souligne le manque de communication autour de ses actions.
- La difficulté de trouver des remplacements. Il existe pourtant de nombreux sites de remplacements comme « monrempla-normandie ». Ils semblent cependant très peu utilisés sur l'agglomération Havraise, et le bouche à oreille semble de mise.
- Le travail des conjoints revient également comme une préoccupation centrale.
- Le logement a également été évoqué comme une problématique par certains remplaçants.

c. Les soirées d'accueil des internes d'autres spécialités

Elle s'articule sur le même modèle que les journées d'accueil des internes de médecine générale. La première édition a eu lieu en été 2022.

2.4.4 La communication

Les outils de communication 2.0 ont également une place essentielle dans cette construction. Il faut différencier les différents modes de communication et le type d'informations échangées, car le niveau d'exigence de sécurité est différent.

Il y a d'abord le partage d'informations médicales entre professionnels :

- La télé médecine au sens large : devant un besoin grandissant de partage d'informations de manière sécurisée et simple, les acteurs du territoire se sont réunis pour tester différentes solutions proposées. Il en est ressorti que la plateforme « IDOMED » était la plus adaptée. Elle permet le partage d'ordonnances, d'informations nominatives entre médecin, infirmier et pharmacien. Ce dispositif permet d'économiser du temps de soins à l'ensemble des acteurs.
- La télé expertise : s'est développée pour pallier le manque de professionnels dans certaines spécialités. La plateforme OMNIDOC permet de solliciter l'avis d'un dermatologue, d'un pédiatre ou d'un cardiologue du territoire. Ce dispositif implique le partage de données également sensibles comme le numéro de sécurité sociale du patient.
- Il y a ensuite la communication n'ayant pas besoin de répondre à des normes de sécurité aussi importantes. L'écho du Stetho, lettre d'information locale hebdomadaire (courriel) en est un bon exemple. Elle décrypte les informations nationales et locales, relaie les différents événements. Le projet est porté par l'association Sextant.

Le partage d'informations non médicales : via messagerie principalement WhatsApp© avec deux principales : les « irréductibles Havrais » et une seconde : « jeunes médecins généralistes du Havre ». Ils sont surtout utilisés pour partager des annonces de remplacement, des contacts et parfois de clarifier des recommandations.

En conclusion, au vu de ces éléments, il semble adapté de parler d'une véritable culture de coopération sur le territoire entre les différents intervenants professionnels médicaux paramédicaux, et les structures publiques et privées.

3. Les pistes de réflexion dans d'autres régions et à l'étranger

3.1. Les recommandations de l'organisme mondial de la santé (OMS)

L'OMS a émis des recommandations pour lutter contre les déserts médicaux ruraux en 2010 avec une mise à jour en 2021. Les démarches doivent être globales et couvrir la production (formation), l'attraction, le recrutement et la fidélisation. Peu de pays prennent en compte toutes ces dimensions (43).

a. La formation :

- Le recrutement d'étudiants d'origine rurale semble être la mesure qui a le plus grand impact (haut niveau de preuve).
- Localiser des écoles de professionnels de santé en dehors des grandes villes.
- Promouvoir les stages cliniques dans les zones rurales.
- Adapter les programmes d'études aux problématiques de santé en zone rurale.

b. Amélioration de l'attractivité : conditions de travail, salaires, service obligatoire.

c. La fidélisation : par une amélioration des conditions de travail, favoriser un développement professionnel et plus généralement un soutien tout le long de la carrière du professionnel.

d. Les méthodes d'évaluation des dispositifs : les dispositifs doivent être évalués régulièrement. L'OMS recommande de questionner la pertinence des mesures, l'acceptabilité, leur coût, effet et enfin efficacité (27). Cette évaluation nécessite des indicateurs qui doivent être pertinents, objectifs et surtout être décidés en amont de l'application des mesures, ce qui est en pratique rarement fait. Les mesures se cumulent, il est donc très difficile de les évaluer séparément.

3.2. Le guichet unique

Conscients du problème de démographie médicale, certains départements ou régions ont créé des lieux de rencontre où les professionnels peuvent rencontrer des représentants des principaux acteurs, comme l'Ordre des Médecins, ou bien l'Agence Régionale de Santé (ARS) et enfin l'Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF). Le dispositif « Accueil unique des médecins généralistes » a été créé sur ce principe dans l'Eure en 2018 (44). Il semble avoir permis de nombreuses installations, mais il est impossible de démontrer que ces installations n'auraient pas eu lieu sans lui. L'idée est également d'accompagner de manière plus individualisée le jeune professionnel.

Le dispositif « passerelle » de la faculté de Nancy mérite d'être souligné : ce projet d'accompagnement se définit comme un « laboratoire d'aide à l'installation » il a la particularité de s'adresser en priorité aux étudiants. Cette aide passe concrètement par un chargé de mission présent au sein du département de médecine générale qui accompagne de manière personnalisée les étudiants (informer sur les lieux et types d'exercice sur le territoire, les aides, répondre aux questions etc).

3.3. Les centres de santé

Les centres de santé sont nombreux dans le monde. L'exercice isolé tend à disparaître. La France a choisi d'inciter à l'exercice plutôt que d'y contraindre. La Finlande, a contrario, a décidé dans les années 1990 que les soins primaires devaient exclusivement avoir lieu en centre de santé. En Allemagne, il existe des centres de soins pluridisciplinaires « Medizinische Versorgungszentren » (MVZ) ce sont des structures proches de nos MSP françaises. Elles ont en revanche vocation à assurer des soins de second recours comme l'accès à des spécialistes ou à des soins ambulatoires nécessitant du matériel coûteux. Elles donnent lieu à de meilleures rémunérations pour les médecins, et permet le choix d'un exercice libéral ou salarié. Elles semblent également réduire le temps consacré par les médecins aux tâches administratives (augmentation de la proportion de secrétaires) (45).

3.4. Le salariat

L'exercice libéral semble se raréfier ces dernières années y compris en médecine générale (2). La part d'exercice mixte (libéral/salarié) a doublé en dix ans comme le souligne la DRESS. Ce type d'exercice a donc ses adeptes mais ne représente que 12% de l'effectif de médecins généralistes (3). Il faut souligner une discordance avec l'étude à 4 ans de la cohorte normande de 2017 qui retrouve une proportion de salariés en augmentation avec 22% bien qu'issue d'une cohorte de petite taille (46).

La part de salariés exclusifs est en revanche stable depuis 2012. Cela ne semble donc pas être un exercice plébiscité. Il semble que les médecins salariés soient plus mobiles que les libéraux, comme le montre une étude de cohorte britannique de deux ans (47) (20). Cette étude montre que les salariés avaient plus de huit fois plus de risque de changer de cabinet durant la période de suivi que les libéraux.



Fig 4 : répartition des médecins par mode d'exercice entre 2012 et 2021 en France (2).

3.5. Le travail inter professionnel

La croissance des besoins de santé et le manque de personnel médical et paramédical conduit inévitablement à se poser la question de l'élargissement des compétences des différentes professions. La notion de délégation de tâches est largement documentée dans la littérature, il semble qu'elle soit plus importante en milieu rural comme le souligne une méta-analyse (48). Elle est efficace et pertinente si elle est construite de manière réfléchie et pluridisciplinaire. Lors d'une consultation de médecine générale la promotion de la santé nécessite un temps important, ce qui pose un problème dans le cadre d'une consultation classique. La délégation de tâches peut être administrative, médico administrative ou bien médicale, elle fait partie des objectifs de « ma santé 2022 ». Concernant la partie administrative, elle est possible grâce à l'aide de nombreuses professions tel que secrétaires, gestionnaires, comptables, prestataires informatiques et autres.

Les Infirmiers jouent un rôle important dans le suivi du diabétique, de l'hypertendu, gestion des décompensations de pathologies chroniques en ville et à l'hôpital. Ils sont d'ailleurs impliqués depuis de nombreuses années dans la rédaction de protocoles et leur application sur le terrain. La formation d'infirmières Asalée et plus récemment de celle d'IPA a permis d'augmenter leur champ d'action et de compétences et de permettre la délégation de compétences autrefois médicales (comme la prescription). Les assistants médicaux ont aussi un rôle à jouer. Il faut noter que les dentistes, et vétérinaires ont des assistants depuis de nombreuses années. Aux États-Unis la plupart des médecins de premier recours disposent de ce type d'aide.

La délégation de tâches peut également toucher certains gestes réservés habituellement à d'autres spécialités. Le Mozambique a par exemple formé des médecins avec des compétences chirurgicales supplémentaires (27). L'éducation thérapeutique des patients atteint de pathologies chroniques passe aussi par la coopération avec des associations. A travers un temps dédié, elles permettent notamment de sensibiliser les patients à l'alimentation et à la pratique d'activités sportives (tel que « Planeth patient » sur le Havre).

Un référent clairement identifié sur ces thématique au niveau de l'ARS est indispensable.

3.6. Aides financières et avantages en nature

3.7.1. En France

Il existe de nombreuses aides financières, pour la plupart non connues des étudiants. Cette méconnaissance est frappante. En 2011 92,5% des internes interrogés répondaient ne pas connaître les aides existantes (19). Une étude plus récente montre qu'elles ne font pas partie des principaux déterminants d'une installation (10). Cependant on observe un gradient d'intérêt entre les jeunes générations et les plus anciennes. Ainsi près de 70% des installés pensent que ces aides n'ont aucun impact. A contrario, seulement 48% des internes ont le même avis. Il paraît donc essentiel d'en rappeler les principales :

a. Les aides financière de l'état

- La première dont peut bénéficier l'étudiant est le dispositif « contrat d'engagement de service public » ; le CESP. Il a été créé en 2009 permet aux étudiants de recevoir un complément de salaire à hauteur de 1200€ par mois et un choix de stage privilégié (49). En échange l'étudiant s'engage à exercer dans une zone sous dotée en médecins pour une durée correspondante à celle de perception de l'aide. Il est accessible dès la deuxième année et jusqu'à la fin de l'internat. Le nombre de CESP signé a fortement augmenté entre 2011 et 2018.
- Le contrat de début d'exercice : permet un certain nombre d'avantages pour les praticiens s'installant en zone sous dense. Il comprend une rémunération complémentaire la première année mais aussi une protection sociale étendue et un accompagnement renforcé dans la gestion (comptabilité, fiscalité). Il a été créé fin 2020 et correspond à une fusion de certaines aides préexistantes : contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA), de Médecine Générale (PTMG), de Remplacement (PTMR) et de Praticien Isolé à Activité Saisonnière (Pias) (50).

b. Les aides financière de l'Assurance Maladie

- Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) : aide financière de 50 000€ versée en deux fois, elle aide à faire face aux frais d'investissement de début d'activité. Les conditions pour être éligible à cette aide sont d'exercer dans une zone sous dotée et de faire partie d'une CPTS. (51)
- Le contrat de stabilisation et de coordinations des médecins (COSCOM) : une aide annuelle de 5000€ qui peut être majorée de 1250€ en activité partielle hospitalière. Une majoration est également prévue pour l'accueil des étudiants. En échange, le praticien s'engage à une prise en charge coordonnée des patients (faire partie d'une CPTS), et à être maître de stage universitaire.
- Le contrat de transition (COTRAM) : est une aide financière pour les médecins de plus de 60 ans exerçant en zone sous dense qui accueille un jeune médecin collaborateur durant au minimum 3 ans. L'idée est de favoriser une transition progressive entre le futur retraité et le jeune praticien.
- Le contrat de solidarité territorial médecin (CTSM) : c'est une aide visant à favoriser l'exercice ponctuel en zone sous dense.

c. Les aides financières des collectivités territoriales

Elles sont nombreuses et très hétérogènes. Au niveau local il faut souligner l'aide de 200€ mois du département de l'Eure à destination des internes. Il suffit d'effectuer un stage dans ce département pour l'obtenir, il n'y a pas de contrepartie ou d'engagement d'installation.

d. Les exonérations d'impôt

Elles ne sont pas spécifiques aux médecins mais à l'ensemble des sociétés qui s'installent en zone franche, les Zones de Revitalisation Rurales (ZRR) et les Zone Franche Urbaine (ZFU).

La plupart de ces aides financières existent depuis de nombreuses années mais il est là aussi difficile d'évaluer leur efficacité.

3.7.2. En Europe et dans le monde

Le montant de ces aides et les conditions d'obtention sont très différentes, ce qui rend une comparaison entre les différents pays difficile. Il existe parfois même des spécificités régionales au sein d'un même pays, comme en Espagne. Il est ensuite difficile d'évaluer l'efficacité des dispositifs à cause de multiples couches d'aides complémentaires. Chez nos voisins Belges par exemple, un fond d'aide à l'installation a été créé, complété ensuite par une aide spécifique pour les médecins exerçant seuls (Fonds Impulseo) et par un allègement de charges salariales. La qualité des études est très hétérogène et les paramètres étudiés ne sont pas comparables, certaines étudient les intentions d'installation, d'autres l'installation à court terme (2 ans).

En Australie un dispositif équivalent au CESP Français semblait être efficace. D'après une étude les médecins ayant bénéficié de ce dispositif avaient six fois plus de chance de s'installer et de rester en zone rurale (52). Il faut souligner que certains pays ciblent particulièrement les médecins proches de la retraite à travers des aides financières spécifiques (Danemark). Les pays anglo-saxons parlent de zones rurales et non de zones sous-dotées, une différence qui est intéressante étant donné que la problématique ne touche pas que la ruralité.

Les nombreuses aides financières présentes sur le territoire Français ont déjà été présentées dans les chapitres précédents. L'impact de la prime de 50 000 euros à l'installation semble n'avoir qu'un faible effet. L'attribution des aides locales se font parfois en dépit du zonage prévu, par des élus qui s'en affranchissent rendant le dispositif global d'aides incohérent (13). Des aides qui peuvent parfois être équivalente aux 50 000 euros prévus par l'état.

La prise en charge par les régions des dettes des étudiants venant s'y installer a été débattue dans certaines zones comme au Pays de Galles. La mesure reste débattue et n'est pas effective. L'idée d'améliorer les conditions de travail dans ces zones est mis sur la table afin d'attirer de nouveaux professionnels (53).

En France, les avantages en nature sont fréquents, il n'y a pas grand intérêt à les lister région par région, territoire par territoire. Leur impact est difficile à évaluer et on assiste parfois à la surenchère d'élus locaux qui sont prêt à dépenser sans compter pour offrir un médecin à leurs administrés. Le Collège Royal de Médecine Urgentiste propose par exemple de donner plus de jours de congés dans les zones peu attractives (53).

Les logements sont souvent mis en avant, partiellement financés, ou bien mis à disposition gratuitement sur une période donnée. Les Hébergements Territoriaux des Étudiants en Santé (HTES) ont été créés afin de lutter contre le mal logement de cette population. L'objectif de ces HTES est de permettre une rencontre entre étudiants de santé de toutes filières et de lutter contre l'isolement social, le tout au cœur des territoires et à proximité de leur lieu de stage. Une charte a été réalisée par différents syndicats d'étudiants afin d'aider les territoires souhaitant développer ce genre de projets.

La mise à disposition à tarif préférentiel de locaux, de voitures, d'équipements est également parfois mise en avant pour attirer des médecins généralistes. Le Québec attribue même des billets d'avion aux médecins exerçant dans les territoires reculés afin qu'ils puissent revenir régulièrement dans les grandes métropoles. Ce dispositif Québécois est à mon sens un aveu du manque d'attractivité économique, culturel de ces territoires.

Les aides financières semblent universelles et ciblent particulièrement les zones moins attractives, à savoir les zones excentrées des métropoles. Ces aides semblent avoir à l'international un effet faible si prises séparément (13).

3.7. Favoriser la délocalisation des études

La délocalisation des études est souvent évoquée dans la littérature pour améliorer la densité médicale des zones sous-dotées. L'idée étant que les personnes ayant le plus de chance de rester sur un territoire périphérique peu doté en infrastructures et services sont celles y ayant un ancrage familial. Il paraît donc logique de permettre à des natifs de ce territoire d'effectuer des études de médecine. L'Australie envisage de créer de nouvelles universités dans ces territoires. Le Japon possède un cursus de formation spécifique à la médecine rurale (Université de Médecine Jichi). En Ecosse, zone très rurale, une formation spécifique aux « conditions de la ruralité » a été créée (53).

L'Universitarisation des territoires est dans la même lignée beaucoup plus simple à mettre en œuvre. Il est plus simple de former des MSU, MCU, que de construire une université. L'enseignement à distance et le téléapprentissage permet aux étudiants de rester sur le territoire et évite les déménagements vers les grandes villes.

Un quota d'étudiant ruraux est utilisé en Australie. Les universités de médecine disposent d'un quota de 25% réservé aux étudiants venant de ces territoires ruraux (20). En France, il existe des dispositifs en amont des études de médecine comme les années de remise à niveau des étudiants de zones précaires, comme en Seine-Saint-Denis. Elle permet d'améliorer l'accès aux études de médecine des personnes issues de ces territoires. Il est évidemment trop tôt pour évaluer l'efficacité de ces dispositifs.

3.8. Limite de liberté d'installation et coercition

La démographie médicale étant un sujet régulièrement mis sur la table par les politiques. La coercition à l'installation a été brandie à diverses reprises par certains politiques. La dernière proposition récemment votée par les sénateurs était de contraindre le conventionnement des jeunes médecins à la condition d'exercer au moins 6 mois dans un désert médical (54). La proposition a été finalement rejetée par l'Assemblée Nationale en relecture, mais quelques semaines plus tard des propositions de conventionnement sélectif font à nouveau surface au Sénat (55). Il faut noter l'ajout d'une quatrième année au DES de médecine générale, l'objectif initial est une amélioration de la formation des jeunes généralistes. Il semble être présenté plutôt comme un outils d'amélioration d'accès aux soins par nos politiques.

Le conventionnement sélectif est un outil utilisé en Allemagne, pour essayer de favoriser l'installation en zone sous-dense. Il empêche certes les nouvelles installations là où la densité médicale est la plus élevée mais il ne semble pas résoudre le problème des zones les moins pourvues (56). Les études sur l'impact de cette réglementation semblent montrer une amélioration de la densité médicale en milieu rural (villes < 5000 habitants), mais une diminution dans les villes petites et moyennes. Les effets pervers de ce système qui sont observés sont d'une part que certains praticiens changent de mode d'exercice (pour échapper à ces restrictions) ou s'installent en limite des zones restreintes.

Autres pistes d'amélioration de l'attractivité

Les actions sur les jeunes retraités : encourager la reprise ou le maintien d'activité des jeunes retraités est une mesure évoquée durant la pandémie covid en France. Il existe dans certaines régions d'Espagne (Andalousie) un report de l'âge légal de départ à la retraite de 5 ans pour les médecins.

L'obligation d'exercer dans la région de formation initiale, est appliquée par l'Espagne. Elle permet de limiter les flux de praticiens vers les régions les plus attractives. Seule une poignée d'autorisation de changement de région est accordé par an. En France 79% des internes souhaitent exercer dans la région où ils ont effectué leur internat.

La coercition pure et dure est appliquée dans certains pays (70 pays) mais son efficacité est difficile à évaluer car aucune statistique sur le sujet n'est publiée par les autorités. Les durées et conditions sont aussi très différentes (allant de 1 à parfois 9 ans au Japon). Le Québec par exemple contraint l'installation des généralistes nouvellement formés dans des zones sous dotées pour une durée de 3 ans. Le dispositif se nomme Plans Régionaux d'Effectifs Médicaux (PREM) et a clairement l'objectif de « répartir équitablement les effectifs sur le territoire » (57). Je n'ai trouvé aucune statistique sur le taux de rétention dans ces zones des médecins ayant été affecté par ce dispositif. Ce genre de dispositif semble favoriser la rotation des professionnels, ce qui ne favorise pas la qualité des soins.

3.9. L'immigration

L'immigration organisée de médecins étrangers est parfois utilisée de manière ponctuelle comme c'est le cas en Grande Bretagne. Ils semblent d'ailleurs exercer plus fréquemment dans des zones sous-denses et travailler plus que la moyenne des médecins ayant étudié en Grande Bretagne (58). L'Australie a recours à l'immigration massive de médecins, et les contraint à travailler en zone sous-dotée (59). La Roumanie a à l'inverse de grandes difficultés à retenir ses médecins. Le pays a subi un exode massif de médecins depuis la fin des années quatre-vingt-dix (60). Les conditions de travail sont difficiles et les salaires très bas. Le processus s'accélérait ces dernières années, le gouvernement a massivement revalorisé le salaire des internes et des praticiens hospitaliers. En France 10% des médecins exerçant au 1^{er} janvier 2021 ont un diplôme obtenu à l'étranger.

3.10. La communication

La communication a également son importance. Les élus de terrain l'ont bien compris, certains n'hésitent pas à distribuer des plaquettes par voie postale à l'ensemble des médecins de France. Ils y font la promotion de leur maison de santé, de leur territoire et propose même du salariat.

L'ensemble de ces éléments nous mène au constat que le territoire du Havre Seine Métropole a besoin d'attirer des médecins. Les solutions nationales à cette problématique ne semblent pas suffisantes et la littérature bien que très importante n'apporte pas de solutions probantes applicables localement. Le territoire a au fil des années entrepris des actions visant les jeunes professionnels en formation afin de toujours innover. Nous avons choisi d'interroger des médecins installés, des remplaçants et des internes sur d'autres action à mener sur le territoire.

La question de recherche est la suivante : **Quelles actions concrètes innovantes mettre en œuvre pour attirer les jeunes professionnels ?**

Matériels et méthodes

Type d'étude :

L'étude est une étude qualitative, utilisant la théorie ancrée et les entretiens par « focus groups ». La méthodologie focus group a été choisie pour ses avantages, à savoir la confrontation de profils hétérogènes sans hiérarchie entre participants, ce qui permet la production de données inédites par l'effet « dynamique de groupe ». Les limites de cette méthode sont nombreuses, la principale est la production de données imprécises et non généralisables. Il est impossible de toucher l'ensemble de la population cible dans notre cas, nous nous sommes attachés à obtenir un échantillon le plus représentatif possible.

Elle a été réalisée dans le respect de la réglementation en vigueur sur la protection des données personnelles, le recueil des consentements et l'information des participants. Le délégué à la protection des données de l'université a validé l'ensemble de ces éléments avant le début de l'étude. Les participants ont été contactés via leur adresse électronique professionnelle, ou sur leur téléphone professionnel.

Contexte de l'étude :

- L'étude est monocentrique.
- Dates : le recrutement a eu lieu, de décembre 2021 à février 2022.
- Un guide d'entretien a été rédigé afin d'avoir des questions standardisées.

Population :

- Critères d'inclusion : médecins exerçants, ou ayant exercé sur le territoire de la Communauté Urbaine Le Havre Seine Métropole.
- La population cible est celle des médecins du territoire. La population étudiée se veut la plus représentative de celle-ci. Elle comprend de jeunes médecins installés, des médecins remplaçants, des internes en SASPAS, des médecins expérimentés et une représentante de la CU. Le tout permettant de confronter leurs points de vue et leurs idées.
- Critères d'exclusion : ne pas répondre favorablement à l'invitation, avoir un exercice hospitalier à plus de 50%.
- L'animation des groupes : a été réalisé par moi-même accompagné d'un animateur expérimenté (ayant déjà participé à des focus groups).

Matériel et recueil de données :

- Les entretiens ont été enregistrés avec un appareil dédié à cet usage (Sony Voice tracker DVT1150) non connecté à internet.
- L'écoute des fichiers a été fait sur mon ordinateur personnel MacBook pro avec toutes les mises à jour de sécurité faites. Les fichiers ont été supprimés dans les 3 mois de l'enregistrement conformément à la réglementation.

Les variables :

- Les données recueillies concernant les participants sont les suivantes :
 - La durée d'exercice sur le territoire.
 - Le type d'exercice : libéral/salariat MSP, PMI.
 - Lieu où ils ont réalisé leurs études et leur région d'origine.
 - Le métier du conjoint, s'ils ont des enfants et leurs centres d'intérêts.

Le but de ce recueil est d'essayer de mettre en perspective les éléments rapportés aux caractéristiques socio-démographiques du participant. Les freins décrits dans la littérature étant liés à ces caractéristiques. Elles ont été recueillies en respectant la protection des données (Accord du délégué à la protection des données de l'université).

- Le Guide d'entretien est disponible en annexe (1). Les grandes lignes directrices sont les suivantes : état des lieux (choix du lieu d'installation, et difficultés), les objectifs à fixer, quelles actions et outils ? Les relances ont un peu évolué dans le second groupe si la discussion survolait un thème. Le but étant de permettre d'aborder l'ensemble des thématiques sans orienter la discussion.

Analyse des données :

- La retranscription a été faite avec l'aide de la reconnaissance vocale du logiciel Word dans sa version 2022 (16.62). Une double lecture avec correction humaine a ensuite été effectuée.
- Le codage a quant à lui été réalisé avec Nvivo version étudiant 2022 1.6.2 (4831). Il y a eu un double codage indépendant, par deux personnes différentes sur la première partie de l'entretien n°1. Les discordances étant faibles la suite a été réalisée en codage simple.
- L'analyse a ensuite été faite par thèmes (thematic analysis).

Résultats

Description de la population

Parmi les 181 médecins généralistes du territoire 18 ont été contactés et finalement 11 ont participé au Focus Groups les sept et dix avril 2022. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	Temps d'exercice		Type d'exercice	Havrais avant études	Métier conjoint	Loisir
	Début	Havre				
P1	36 ans	36 ans	Libéral, MSP secrétaire, Assistante	Non	Sage-femme	Lecture Vélo
P2	5 mois	5 mois	Salarié, PMI	Non	Célibataire	Danse
P3	22 ans	10 ans	Libéral, MSP, Projet d'assistant	Oui	Sage-Femme	Jardinage
P4	32 ans	30 ans	Libéral	Non	Médecin	Jardinage
P5	19 ans	6 ans	Salarié	Non	Employé	Jardinage
P6	5 mois	5 mois	Libéral, MSP, secrétaire	Non	Médecin	Vélo
Pa	26 ans	25 ans	Libéral, MSP, secrétaire Projet d'assistant	Oui	Médecin	Tennis
Pb	X	X	X	Oui	Industrie	Mer
Pc	5 mois	5 mois	SASPAS	Non	Industrie	Lecture
Pd	11 mois	11 mois	Remplaçant	Non	Médecin	Basket
Pe	18 ans	18 ans	Libéral, MSP, secrétaire	Non	Artisan	Sport aquatique
Pf	2 ans	2 ans	Libéral, MSP, secrétaire	Oui	Institutrice	Vélo
Pg	9 ans	7 ans	Libéral, MSP, secrétaire	Oui	Célibataire	Jeux de société

Tab 1 : Caractéristiques de la population des focus groups

Les participants sont majoritairement en couple avec enfants et d'origine Normande (5 Havrais et 4 Normands). Leurs loisirs semblent être principalement la pratique du sport et étonnamment le jardinage. Les exercices étaient très largement libéraux en MSP ce qui semble être la tendance nationale. Il y avait quelques salariés dont un en PMI. Le temps moyen d'exercice était d'environ 13 ans et celui d'exercice sur le territoire de 10 ans.

Analyse des données

1. Leur vision et leurs idées sur l'installation.

A la question globale sur l'attractivité les participants s'accordent pour parler des internes et des remplaçants. Il n'a pas été évoqué d'aller débaucher des médecins dans d'autres territoires. Un des participants avance que son cabinet est attractif car il s'est adapté aux souhaits des jeunes et aux nouvelles pratiques.

1.1. Quel sont les souhaits de ces jeunes professionnels ?

a. La proximité de la famille et les amis.

Les médecins interrogés pensent que la famille, le conjoint et les amis sont une priorité :

- « En étant une famille chez moi la priorité c'est tes enfants et ton conjoint et pas ton boulot ». « Je ne suis pas Havraise mais j'ai de la famille »
- « J'ai rencontré une Havraise » « Je me suis fait un bon groupe d'amis ».

L'accueil des familles et du professionnel sur le territoire apparaît donc naturellement comme essentielle. La communauté urbaine (CU) a pour projet la création d'un nouveau dispositif d'accueil qui entre en phase finale. Il inclura un « package accompagnement » pour trouver : un logement, un travail au conjoint, une place en crèche.

Le tout grâce à la Chambre de Commerce et d'Industrie (CCI). Le financement sera partagé à parts égales entre CU, CPTS et le professionnel de santé. Les participants du groupe ont trouvé cette initiative intéressante et le reste à la charge était jugé acceptable.

- « Quand tu visites trois nounous, cinq crèches qu'on vous dit bah non c'est pas avant huit mois et que c'est demain que vous avez besoin et que vous arrivez. Bah forcément que même si vous devez mettre un peu la main au porte-monnaie (vous le faites) ». « Si c'est pour simplifier les démarches ».

b. Le travail du conjoint, et la réduction du temps de trajet.

- Le travail du conjoint était qualifié de « facteur limitant » et « principale difficulté » dans le groupe deux. Il a même donné lieu à une réinstallation pour suivre son conjoint dans le groupe un et à la modification d'un projet professionnel pour une autre participante.
 - « Je n'ai pas d'enfant et mon conjoint travaille dans l'automobile d'où la raison de mon départ. Mon conjoint a pas trouvé de boulot c'est ça mon problème majeur (...) On m'a dit d'en changer mais je l'aime bien » [rire].
- Le lieu d'habitation était déterminant dans le choix du lieu d'installation :
 - Habiter à proximité du cabinet est indispensable pour un participant, « comme ça tu peux manger avec tes enfants le midi ». Ce qui relance la problématique de logements adaptés en localisation, et taille notamment.
 - Un autre participant : « j'ai choisi le Havre parce que c'est très proche de mon domicile et voilà principalement sur le plan géographique ».

c. Le mythe de la peur du libéral.

Ont été relevé comme problématique la lourdeur administrative contrebalancée par une liberté jugée totale. Le libéral fait peur, il était pourtant une évidence pour un jeune participant : « C'est vrai que je ne me suis jamais posé la question [d'un autre exercice] ».

Les avis étaient pourtant partagés sur le sujet :

- « Je pense qu'il fait peur aux jeunes, parce qu'ils n'y voient que les contraintes ».
« Moi je leur dis attendez les gars vous achetez votre liberté ! ».
- La lourdeur administrative : était un sujet relevé unanimement. Elle est un sujet majeur et représente près de 3% du codage. Les termes employés étaient très durs :
 - « Montagne de trucs administratifs ».
 - « L'administratif me faisait peur ». Un installé sur son choix du salariat
- L'installation : nécessitait de nombreuses démarches, surtout dans le cas d'un projet immobilier associé. Une jeune participante résume :
« L'installation ça a pas l'air si simple que ça je trouve, je sais pas c'est peut-être une idée reçue ? Mais je trouve qu'il y a beaucoup de démarches... ». Les participants plus

expérimentés confirmaient cette impression dans l'ensemble sauf une qui trouvait le processus plus simple que lors de sa première installation.

- « Quand je me suis installée il y a 22 ans maintenant il fallait vraiment aller physiquement dans chaque établissement prendre rendez-vous à l'URSSAF, prendre rendez-vous au conseil de l'ordre, avec la CPAM etc. On avait un entretien avec le médecin de la sécu etc. Enfin c'était vraiment compliqué ».
- « En 2014 ça a été d'une simplicité moi je trouve. Je trouve ça archi simple quoi, j'ai juste téléphoné : alors je m'installe telle date à tel endroit. Je me suis dit bon ben si ça avait été comme ça 15 ans auparavant j'aurais apprécié. Voilà donc je ne suis pas d'accord ».
- La comptabilité : était rapportée comme fastidieuse, et nécessitant un comptable. A la surprise générale un des participants affirmait faire toute sa comptabilité seul, sans comptable et aimer ça !
 - Un des participants évoquait « l'électrochoc des premiers remplacements ». Cette période était pour lui la conséquence de l'absence brutale de débrief, et de la place prépondérante que prend le versant non médical : télétransmissions, rapports avec la sécurité sociale, comptabilité etc.

Cette charge administrative est mise en balance par une liberté perçue comme totale. Choix du lieu d'installation, du type d'exercice, des locaux, des salariés, des collaborateurs et associés. « Vous choisissez tout ! ».

- La liberté dans son emploi du temps et rythme de travail :
 - « Pouvoir programmer sa semaine comme on l'entend ».
 - « Par exemple si tu as décidé de faire du long côté où les horaires de marée sont très aléatoires tu fais ce que tu veux ».
- La liberté dans la durée et le choix des congés :
 - « Je prends 12 semaines par an » « Quand j'ai des vacances à prendre je demande à mon chef et il est toujours d'accord ! [rires général] ».

d. La multiplicité des types d'exercice.

Les participants s'accordaient sur le fait qu'il n'y a pas d'exercice unique standardisé. Les participants jugent qu'il faut diversifier les types d'exercices, pour s'adapter aux demandes des jeunes. Le tout pour que chacun puisse trouver chaussures à son pied du point de vue du statut (libéral ou salarié) comme du type d'exercice (PMI, exercice à orientation spécifique) etc.

- L'exercice seul sans secrétariat physique semblait devenir minoritaire. Parmi les participants un seul exerce seul et sans secrétariat physique.
 - « Ah ben pour moi ça fait peur. Alors on leur explique, on montre comment on fonctionne ». [Il fonctionne pourtant comme cela].
 - « 90% de votre génération à envie de travailler en groupe, ça on l'a bien compris, mais il y en a encore quelques-uns qui sont intéressés pas cet exercice ».
- L'exercice mixte : libéral avec une activité complémentaire salarié.
- Le salariat en MSP : cette possibilité n'était pas connue de la majorité des participants.
 - « On peut être salarié d'un cabinet de médecine générale. On peut être embauché par la SCM ».

e. Le temps de travail

Les participants ont relevé que les jeunes ne souhaitent pas travailler autant que les générations précédentes. La réduction du temps de travail était jugée nécessaire et normale.

- « La journée commençait à 7h et finissait à minuit » « Comme par hasard les jeunes ils n'ont pas envie de travailler comme nous ! et c'est normal ! ».

La réduction du temps de travail était décrite comme bénéfique sur la vie personnelle, et sur la vie professionnelle sur le long terme. Un participant estimait avoir trouvé son équilibre à 4 jours par semaines (80%), un autre autour de 3 jours et demi (60%), aucun ne déclarait être à temps plein (5 jours par semaine).

- « Et ben ça fait une vraie équipe [...] ce qui nous permet d'être là tous les deux, on est là ce matin mais y en a deux autres qui bossent ».

Un des outils proposés est de communiquer sur la viabilité économique et organisationnelle de ce genre de pratique.

f. Une bonne connaissance des outils du territoire.

La nécessité de découverte, de création d'un réseau territorialisé est revenue à de nombreuses reprises, le SASPAS semblait être une étape décisive. Une participante le soulignait bien :

- « Je connais un peu plus les médecins, je sais à qui parler quand j'ai une question. C'est quand même beaucoup plus attractif » (à propos du SASPAS).
- « Les remplaçants en général ils ont déjà leur réseau ».

g. Les outils numériques et la fluidité de la communication.

Les outils numériques étaient décrits comme indispensables notamment ceux permettant des échanges d'informations médicales tel que Omnidoc et idomed. La tenue de dossier informatisé était décrite comme la norme, pourtant un participant indique que son associé est encore sur feuille Bristol pour la tenue de ses dossiers.

- « Non ils sont encore à la pierre, ils ont un scribe. (Rire) ».

Le numérique a montré ses limites dans la communication non médicale en termes de lisibilité, et de propreté des échanges. Les conversations WhatsApp jusque-là utilisées étaient décrites comme non pertinentes, hors sujet, et les informations utiles rapidement noyées.

- « Pendant la crise COVID c'était un peu trop lourd, il y avait un peu trop de messages, un peu trop tout le temps », « Moi je ne suis pas connecté ».

Cette communication non médicale (sans partage de données patients) est donc un point à améliorer :

- Il reste à définir le support : un outil à développer ? Cahier des charges à définir ? avec moteur de recherche ? Facebook ?
- L'aspect confidentialité et restriction d'accès peut être difficile : « un groupe Facebook c'est visible de tous » souligne un participant.

h. Une ville moderne et ouverte sur le monde.

Les avis sont unanimes au premier abord : « La ville est pas forcément attirante au départ ».

- Une ville dynamique : mise en lumière pour ce participant l'événement les 500 ans du Havre en 2017, « on parle du Havre maintenant ».

- L'accessibilité et le manque de transports sont pointés du doigt :
 - « Venir c'est compliqué »
 - Le manque de transport vers et au départ du Havre comme « facteur limitant ».
 - Un participant à l'inverse pointe la proximité avec Paris comme facteur d'attractivité.

- L'image : le cliché du climat et de l'industrie.
 - « Le Havre traîne une sale réputation. Fin ce n'est pas le bon terme, [hésitation] enfin si. Avec l'entrée de la ville, Total, Exxon, cette ville industrielle... Qui en rebute certain ».
 - « Avec la montée des eaux en 2050 on devra tous déménager [rires] ».

- L'insécurité dans certains quartiers : décrite par deux participants différents :
 - « J'ai retrouvé deux fois ma voiture cassée ».
 - « On m'a volé la lunette des WC » « J'ai eu régulièrement peur au Havre quand j'étais dans le quartier X ». Contrasté par des quartiers très calmes :
 - « Là où je suis actuellement il n'y a pas de problème ».

- Les participants du deuxième groupe ne sont pas d'accord sur l'existence réelle de zone ayant une densité médicale excessive. Ce cliché du sud qui attire a été balayé :
 - « Il y a du monde à Nice ; Mais autour y a des endroits c'est désert, des déserts désertiques ! [Rire] ».
 - « J'ai une patiente qui fait ses études à Toulouse, elle n'a pas trouvé de médecin traitant. Je pense que c'est une légende urbaine ». [Le sud saturé].

La conclusion était que la problématique de densité médicale n'était pas un problème spécifique au nord de la France. Il existe des zones sous-denses dans le sud également.

i. Les aides financières.

Les participants ne connaissaient pas les modalités d'information sur les aides financières. Ils soulignaient :

- Le manque d'informations à jour des différentes aides disponibles par territoires.
 - « C'est à se tirer les cheveux pour trouver les informations ».
 - « On arrête pas d'envoyer des messages partout et ils se renvoient la balle ».

Un des participants soulignait que ces éléments sont accessibles mais effectivement évoluent régulièrement. « Les deux interlocuteurs c'est la CPAM et l'ARS. Il y a un zonage extrêmement précis. Et nouvelle charte qui vient d'être signée ».
- Le traitement différent des collectivités telles que les mairies et les structures privées :
 - « Si c'est la mairie qui construit, pas de souci ils peuvent avoir les financements, alors que sinon il faut s'y prendre très longtemps en avance, ça ajoute beaucoup de temps ».
 - « En gros en privé y a pas d'aides ».
- Les CESP : n'étaient pas jugé déterminant pour ce jeune installé :
 - « Non [le CESP] n'a pas été déterminant [dans mon lieu d'installation] ».
 - Un manque d'encadrement des bénéficiaire durant la crise covid a été évoqué :
« On avait un interlocuteur à l'ARS pour orienter sur le lieu d'installation [à notre époque] » Une autre participante : « Écoute je sais pas je les ai jamais vu... mais il y a eu le covid ».
- Les aides financières à l'installation :
 - A propos de l'aide de 50 000€ perçue par son jeune associé « je pense pas que ça a été le truc le plus déterminant. Je pense qu'il est resté car il était bien avec nous, il est resté pour ça. Mais bon c'est la cerise sur le gâteau ! »
 - Une mairie proche du territoire propose une aide de 10 000 € supplémentaire. Elle peine pourtant à trouver preneur. « Donc 60 000 € c'est pas un levier qui fonctionne très bien pour l'instant sur l'installation ».

- Les zones franches : non spécifique à l'installation ni au milieu médical.
 - « Bah quand je me suis réinstallé c'était déterminant ! Pourquoi je me suis installé là c'est pas par hasard... » Ce qui est paradoxal c'est qu'elle était jugée déterminante par cette participante alors qu'elle jugeait l'aide à l'installation de 50 000€ dont a bénéficié son jeune associé non déterminante.
 - « Le cabinet tu le montes et tu vas y rester très longtemps donc tu te dis pour 50 000 € est-ce que vraiment je vais m'installer dans un endroit qui me plaît pas ? Je ne suis pas sûre »

Les aides financières n'étaient pas jugés déterminantes par les participants.

1.2. Quelles sont les nouvelles pratiques ?

a. Le travail en équipe.

Les participants reconnaissent que les jeunes veulent travailler en équipe. Un des participants le résumait bien : « D'abord l'équipe humaine après les murs. Si l'équipe humaine est forte les projets vont naître tout seul ». Il ressortait qu'une bonne ambiance et entente au sein du cabinet était indispensable. A la fois avec les confrères, secrétaires, les autres professions médicales et paramédicales.

- « Je crois que c'est le plus important (l'entente) ».
- « L'ambiance est bonne comme par hasard ça attire ».

La rencontre et le choix des futurs associés n'étaient donc pas évidents :

- « Il faut s'installer avec des gens avec qui on se sent bien ».
- « Tu rencontres quelques personnes avec qui t'as l'impression que ça match. Plus que réellement le lieu ».

On constate que la notion d'opportunité apparaissait comme préalable à une installation. Une idée avancée est de multiplier les occasions de se rencontrer (professionnelle et non professionnelle) en agrandissant le panel des activités afin de « créer l'opportunité ».

Les grandes lignes étaient les suivantes :

- Des rencontres physiques, l'humain avant tout.
- Les événements conviviaux montrent un dynamisme, une bonne ambiance. Ils doivent être transgénérationnels (inclure tout le monde).
- La multiplication des événements favorise la sérendipité.
- Le facteur temps est une limite « les semaines sont déjà très chargées ».

Il est essentiel de trouver un équilibre entre événements formels et informels.

« mes associés ne sont pas mes meilleurs potes [rire] ».

▪ Événements formels :

- Des ateliers gestes pratiques : tel que l'utilisation de la mallette de développement moteur.
- Le speed meeting entre jeunes médecins et installés : durée de 7 min, questions uniquement professionnelles.
- Sans oublier les nombreux événements existants.

- Événements informels : permettraient de lâcher prise et de vite se connaître.
« Quand tu fais du lancer de hache et que t'es nul après il y a plus de ridicule quoi ».

Les participants proposent :

- La création d'un « LH tour médical à vélo » avec découverte des différents cabinets et pratiques.
- La création d'un jardin partagé médical.
- Sortie bowling, cinéma, match de foot etc.
- Le brassage de la bière médicale Havraise avec soirée dégustation.
- Des soirées jeux de plateau et échecs sont aussi évoquées.

b. La délégation de tâches.

- Les assistants médicaux : ce point a été abordé par un praticien ayant une assistante médicale et deux avec un projet en cours de réflexion.
 - « Parce que là en plus il y a une secrétaire, il y a un assistant médical, il y a quand même des choses de topissimes ».
 - « Un cabinet déjà structuré en MSP avec un fonctionnement avec des assistants médicaux je pense que ça va être plus attractif »

Les assistants font partie intégrante des nouvelles pratiques. Ils étaient cités comme un outil permettant de dégager du temps médical. Il faut cependant noter qu'aucun des jeunes médecins présents ne projette un exercice avec une assistante contrairement aux plus expérimentés.

- Les secrétaires : elles étaient décrites comme un moyen de gagner du temps en s'occupant de la part administrative comme la gestion des consommables, des fournitures etc.
 - « Là où j'exerce j'ai pas cette contrainte là parce que ce sont des secrétaires qui s'occupent de ça » « ça permet de dégager plus de temps médical ».
 - Les besoins de secrétariat étaient différents selon les médecins. Parfois au sein du même cabinet. Les participants soulignaient la plus-value du secrétariat physique « c'est essentiel » « A la limite un cabinet sans (sous-entendu avec moins de) médecin avec une bonne secrétaire ça tourne ».
- Les infirmiers et les pharmaciens.

c. La MSP n'est pas un modèle unique.

La MSP n'était pas un modèle unique pour les participants :

- « il y a 20 ans je me suis dit que les structures à une ou deux ça n'existera plus, mais c'est pas vrai ! Ça continue ».

d. Le statut de remplaçant.

Les remplacements étaient vus comme une porte ouverte à des opportunités et comme préalable à une installation : « Ça permet de découvrir divers endroits ».

e. Le salariat

Était un élément central de la discussion, il représente 7,5% du codage ce qui est de loin le sujet le plus récurrent. Il ne semblait pourtant ne pas intéresser les participants et être une solution uniquement pour certains profils.

- « Je ne suis pas sûre que ce soit la solution seule et unique mais ça peut être quelque chose d'intéressant ».

Les différents modes de salariat évoqués :

- Le modèle privé : a été un choix fait par un participant, par manque de connaissance et peur du libéral. Il correspond à une opportunité qui s'est présentée à lui :
 - « J'ai quitté l'hôpital pour aller en ville et j'ai trouvé ce poste. Mais à la base l'objectif c'était de m'installer en libéral ».
- Le modèle municipal et la PMI : l'exemple a été donné de la ville de Dieppe où les médecins ont le choix et une grande liberté dans leur organisation. Le modèle pose la question de la liberté du praticien, dans une autre municipalité c'est régulièrement l'objet de tension entre médecins et mairie.
 - « Le maire tape régulièrement du poing sur la table en disant c'est moi le chef c'est moi qui décide ».
- Le modèle salariat par une SCM a été évoqué mais non connu de la très grande majorité.

Les avantages du salariat étaient rapportés comme multiples :

- La diminution de la charge administrative :
 - Un des participants salarié dans une structure privé : « je ne fais rien du tout (juste le médical), il y a le secrétariat, la plateforme, je gère pas la comptabilité et j'ai mon salaire à la fin du mois ».
 - Un autre participant a échangé avec deux médecins salariés d'une municipalité, pour lui le constat est clair : peu voire pas d'administratif.
« La mairie s'occupe de tout, et ils sont salariés territoriaux ».

- La protection sociale du salariat : « il y a quand même des gens qui ont besoin d'être salariés notamment quand il y a des problèmes de santé ».

Les inconvénients du salariat qui ont été cités sont :

- Le manque de liberté : une des participantes parle de son exercice partiel en salariat il y a quelques années. Le cadre de ce genre de structure impose des contraintes énormes. « Tu as toujours quelqu'un au-dessus de toi qui t'impose des choses ».

- Un impact sur l'exercice et la médecine pratiquée : « on m'imposait un budget par problème, ou un temps dédié par problème... c'est la manière dont tu travailles qui est impacté en plus des libertés ».

- Un manque d'implication par les gestionnaires des médecins : les projets sont parfois imposés, sans même une discussion ou un échange. Un participant assure avoir découvert au dernier moment un projet de commande de vaccins en son nom sans son accord.

- Les congés limités : « tu ne fais pas ce que tu veux quand tu es salarié » « j'ai que 5 semaines de congés, au-delà il faut négocier et c'est du sans solde »

2. Leur vision et leurs idées sur les facteurs professionnels.

2.1. La réponse aux souhaits des jeunes médecins.

a. Le plein emploi des médecins.

C'est un facteur qui peut paraître évident mais qui a été souligné. Les opportunités hospitalières ont été citées par un des participants comme déterminant initial de son installation sur le territoire. Il s'est ensuite orienté vers le salariat en médecine générale. Un autre participant ayant un projet d'installation imminent :

- « Il y avait pas mal de départs à la retraite qui étaient prévus, on s'est dit que c'était pas mal dans ce coin-là ».
- « Il suffit de se baisser pour travailler. Du boulot y en a plein » par un participant proche de la retraite.

b. La qualité de vie.

La qualité de vie n'était pas bien définie par les participants et pourtant tous s'entendent pour dire que la qualité de vie y est bonne. Ils n'ont pas développé les déterminants.

- « Je pense que ce n'est pas le soleil qui attire mais la qualité de vie qui est peut-être plus importante ».
- « Le Havre c'est le paradis ! ».

Le climat était qualifié de particulier, initialement il peut être un frein pour au final y découvrir un climat doux et la présence d'une façade maritime.

- « Il fait doux ici, jamais chaud, jamais froid ».
- « Il y a des choses très jolies, la qualité de vie et on est près de la mer ! ».

c. La présence de stages de qualité.

Les stages étaient pour les participants un moyen de découvrir le territoire.

- « L'avantage c'est qu'on peut s'installer et pendant 6 mois on découvre la région c'est super intéressant. Ça donne envie d'y aller ».
- Le stage de SASPAS : permet la création de réseaux et la connaissance de l'organisation de l'offre de soins locale.
 - « Il permet de connaître comment fonctionne toute la ville, l'organisation des médecins, l'AMUH »
- La maîtrise de stage : est un élément essentiel pour deux des maîtres de stages :
 - « Je pense que ça a forcément un impact, je pense plus les internes que sur les externes [...] Sauf s'il y a un autre projet ! ».
 - « Je pense que la maîtrise de stage c'est très important ».
- Les stages d'externes : semblent avoir un effet modeste, du fait du mode de sélection de l'internat. Il y a quand même quelques belles histoires qui confirment la notion d'équipe :
 - « Moi j'ai une externe qui était venue chez moi il y a quelques années. Avec qui on s'était bien entendu, on croise les doigts mais normalement elle devrait revenir en SASPAS en novembre ».
- Les stages hospitaliers : les participants ont cité les urgences adultes, et pédiatriques comme des stages reconnus sur la région. Il faut noter que cette notion a été soulignée par des participants de promotions et de générations différentes. Ils ont été évoqués dans les deux groupes.
- Les pistes d'amélioration proposées sont l'ouverture de terrains de stages sur le territoire. C'est le « levier principal » pour un participant.
 - « C'est quand même le fait de venir au Havre qui finalement pérennise le truc, c'est la clé probablement ».

d. Le manque de formation au libéral.

Ils étaient unanimes sur le manque de formation même si le ressenti est différent en fonction de la génération des participants. « Une chose est sûre c'est que dans nos études la formation par rapport à notre futur statut de libéral elle est à néant. Alors ils font un séminaire si je me souviens bien... ».

Le séminaire organisé par le département de médecine générale était bien connu des participants mais était jugé à la fois trop dense et insuffisant sur certains points.

- La journée était trop dense « c'était assez noyé, il y avait vraiment beaucoup d'informations (...) c'était des présentations donc assez passives comme trucs, ce n'était pas concret » « ça manque un peu de pratique ».
 - Le sujet des SCM, SCI, comment fonctionner avec des salariés « c'est des choses qui sont pas du tout évoquées ».
 - L'ancienne version d'il y a plus de 15 ans était jugée comme très largement insuffisante et consistant à une rencontre avec des entreprises privés du secteur (assureurs et comptables).
 - Il était décrit comme évoluant dans le bon sens, et abordant plus de thématiques, notamment « les contrats d'adjoint et assistants » et « l'exercice coordonné ». Il semble aussi plus indépendant des sociétés privées.
 - La 4^e année professionnalisante de médecine générale n'a pas été évoqué comme un outil.
- Le manque de formation et d'intégration des praticiens ayant réalisé leur internat à l'étranger était souligné. « J'ai eu peur de me lancer. Je ne connais pas du tout ce que vous êtes en train de dire » par un participant ayant effectué ses études en Algérie.

e. La contrainte à l'installation.

La coercition ne fait pas partie des actions envisageables à l'échelle locale, étant une prérogative nationale. La contrainte à l'installation n'était pas une solution viable pour les participants. Elle est bien résumée par ces deux participants :

- « Je pense qu'on peut pas imposer ça après 10 ans d'études voilà ».
- « Si t'as pas de possibilités pour ta famille, pas de service public minimum, on peut t'imposer autant de truc tu restes juste le temps minimum et tu t'en vas. ».

Les participants étaient en revanche unanimes sur la mise en place de restrictions de nouvelles installations en zone « sur-dotée ». L'argument principal était l'efficacité de ce système de régulation chez les pharmaciens. La limite évoquée à un tel système est la difficulté d'évaluation des besoins d'une population donnée. Les caractéristiques socio-démographiques des patients et des médecins étant propres à chaque territoire.

En moyenne les jeunes médecins travaillent moins que les plus âgés, il ne suffit donc pas de remplacer les départs en retraite par de jeunes médecins. Il est donc difficile de simplement fixer une densité médicale cible. Cette proposition a soulevé beaucoup d'interrogations. L'effet pervers potentiel évoqué de ce système est qu'il pourrait créer de la mobilité ou des installations transitoires avant d'avoir l'opportunité d'aller dans une zone sur-dotée. Une autre personne a soumis l'idée qu'actuellement ce genre de zone s'autorégule, aller s'installer dans une zone sans travail n'aurait pas de sens. Certains participants étaient dubitatifs sur ce point ainsi que sur l'existence de telles zones.

2.2. L'organisation du territoire.

a. Développer les atouts du territoire.

- La communauté médicale active: la longue histoire médicale havraise a été soulignée surtout dans le deuxième groupe.
 - Le Havre est pionnier en matière de permanence et continuité des soins avec la maison médicale de garde : « C'était la 1^{ère} et la seule en France pendant près de 15 ans » Plus récemment le numéro distinct des soins de ville 116/117.
 - Les échanges étaient décrits comme faciles entre professionnels : « au Havre c'est une ville à part. N'hésite pas, c'est un honneur quand un confrère nous appelle. Tu vois même à l'hôpital (...) tu es toujours bien reçu ».
 - L'universitarisation du territoire et la présence de directeur de thèse sur le territoire a été évoquée. A propos des sujets de thèse « c'est parce que tu aimes le territoire que tu vas te pencher sur un sujet local et pas l'inverse ».
 - Les rencontres informelles : « la JAI ce concept est super intéressant, ça permet encore une fois de rencontrer des gens, de faire un réseau et de découvrir des activités ». « On a fait des coupes du monde de foot tous ensemble » pour lui c'est en multipliant les événements qu'on arrive à trouver des solutions aux différents problèmes « c'est la sérendipité ! ».
- Une culture de coopération
 - Le travail d'équipe au sein du cabinet : permet une répartition de la charge de travail et des contraintes comme les astreintes de samedi matin.
 - « Ça fait une vraie équipe, on est un sous-marin il y a plus de marins que de manette, donc ça veut dire qu'il y en a deux qui dégagent tout le temps ».
 - Le compagnonnage : des plus jeunes par les plus expérimentés.
 - « On a du monde qui nous a aidé, plusieurs médecins ».

- Le logement : est un élément qui est revenu à de nombreuses reprises.
 - La possibilité de trouver des logements adaptés en taille et localisation.
 - L'implication de la CU était saluée : « le dynamisme de la codah qui nous aide à arriver. Et puis derrière on a bien envie de rester ! ». C'est une référence à la mise à disposition de logements situés en centre-ville à tarif préférentiels aux étudiants venant sur le territoire.
 - La proximité du logement et du cabinet est un moyen d'avoir une vie de famille la plus normale possible pour un des participants « tu peux déjeuner avec tes enfants ». Cette opinion n'était pas partagée par d'autres.

La communication du territoire est un levier soulevé, les propositions à ce sujet sont à la fois à destination des professionnels et des patients :

- Mieux communiquer sur les atouts professionnels du territoire. Pour certains c'est le rôle des maîtres de stages, pour d'autre il serait souhaitable de dédier un temps à cela.
 - Présentation aux étudiants du réseau local.
 - L'outil « feuille de correspondants » : une des participantes a créé un document listant l'ensemble de ses correspondants d'autres spécialités. Cette initiative permet à ses étudiants d'être guidés dans l'adressage de certains patients.
- Mieux communiquer sur les modalités de maîtrise de stage/accueil des étudiants. Une intervention en ce sens aurait été faite il y a de nombreuses années dans le cadre des JMh.
- Mieux mettre en valeur les projets de santé émergents comme la création de MSP, de nouveaux locaux etc.
 - Le format : un site internet à accès restreint ? Une base de données hors ligne ? Les avis divergent.
 - La création d'un poste de référent local ? La CPTS a pour projet de créer un accompagnement individuel des professionnels de santé souhaitant s'installer sur le territoire.
- Une meilleure communication à destination des patients sur l'organisation de la permanence de soins et le 116/117.

b. Les soins non programmés.

Les créneaux de soins non programmés mis en place par le SAS apparaissent comme un outil pour désengorger le système de garde.

c. L'attractivité des cabinets.

- La création : la difficulté à trouver des informations. Les différentes entités juridiques, les statuts, etc. Ce ne sont pas des problèmes spécifiques au milieu médical mais bien à toutes les entreprises.

- « Il faut aller chercher l'info un peu par-ci, un peu par-là ».
- « Quand tu construis ça fait encore plus de choses à savoir ».

La communauté urbaine n'est pas sollicitée pour les constructions, mais ce n'est pas leur domaine de compétence. L'idée de formation extra-professionnelle a été soulevé comme outil concret. La mise en relation pour ceux qui le souhaitent avec des professionnels compétents : comptable, architectes etc.

- La gestion du cabinet : était un frein rapporté : « Ça fait peur ce côté chef d'entreprise ». « Je crois que ce côté chef d'entreprise on le montre pas assez à nos étudiants ».

La gestion administrative :

- Une partie correspond à la coordination des projets de MSP, elle nécessite un coordinateur. Un des participants pointe le manque de formation en ce sens.
- La partie administrative doit être déléguée au maximum : « Moi ça me fait chier ce genre de papier. Je leur dis (aux internes) aller voir la secrétaire ».
- Une participante insiste sur le manque de formation à la gestion des salariés (contrat, congés, fiche de paie...), durant le cursus médical.

Le matériel et les consommables : une participante soulignait parfois une grande difficulté à obtenir des feuilles de soins ou des ordonnanciers. Ce qui rajoute une charge mentale.

- « Recevoir des feuilles de soins papier ça prend 3 semaines. Tu fais quoi en pratique ? (D'un air dépité) ».

L'idée d'un compagnonnage et la création de personnes référentes par domaines sur le territoire a été avancé. L'exemple d'un référent comptabilité, assistant médical, normes d'accessibilité etc.

- Les locaux : il existe déjà de nombreuses structures, chacune ayant des avantages et des contraintes. « De belles structures, il y en a partout ».

Les nombreuses contraintes architecturales, ont été évoquées :

- L'accessibilité et les normes handicapé qui ont fait couler beaucoup d'encre, elles ont été un véritable coût pour les petites structures.
- « Maman avec une poussette c'est une grande handicapée ! ».
- La problématique du partage des salles d'attente avec les paramédicaux, et les non professionnels de santé comme les ostéopathes.

Les locaux étaient rapportés comme moins déterminant que l'équipe qui va avec. Cela souligne l'intérêt des jeunes pour les échanges et pas simplement un partage des charges.

- « Partager des locaux [simplement] n'a aucun intérêt ».
- « L'équipe plus que les locaux ».

La possibilité de faire évoluer les locaux était en revanche soulignée, permettant de s'adapter aux nouvelles pratiques et aux pratiques futures. En revanche, de beaux locaux ne semblent pas compenser un territoire qui n'attire plus par sa localisation ou son isolement.

Cette participante le soulignait implicitement :

- « Sinon ils vont monter une maison de santé à X. (rire de tout le monde) ». Sous-entendu jamais j'irai vivre et m'installer là-bas.

- Les logiciels : sont un des premiers éléments évoqués dans les annonces de remplacement pour un participant. Il est pourtant évolutif, loin d'être figé.

- « Nous ça fait quand même trois fois qu'on change et c'est à chaque fois une décision commune donc (...) si l'année prochaine on me dit bah ça nous convient pas on voudrait évoluer changer pourquoi pas... C'est encore une réflexion de qualité pour moi ».

Il semble ne pas être un frein pour les internes : « on s'adapte (au logiciel) ».

Le logiciel métier, parfois absent ou sous-utilisé :

- « Mon associé est en feuille Bristol (et n'utilise que très peu le logiciel) ... la précédente remplaçante a refusé d'utiliser les feuilles Bristol ».

- Le secrétariat : est un élément important parfois sous-estimé. Le fait de ne pas avoir de secrétariat physique est rapporté comme un frein par un des participants expérimentés point
 - « C'est un frein énorme pour les jeunes ».
 - « On a un super secrétariat mais alors monstrueux, trois secrétaires : une de direction, deux intermédiaires plus un secrétariat téléphonique ».
 - « Tu gagnes suffisamment d'argent pour payer une secrétaire ».
 - « C'était une des raisons en plus de l'entente et de la localisation, avoir de super secrétaires ».

Les formations à destination des secrétaires comme outils d'efficience du cabinet. Il a été évoqué l'idée de créer une fiche de poste, fiche de compétence qu'elles doivent remplir. Les participants sont arrivés au constat que les secrétaires n'ont pas toutes les mêmes compétences et fonctions. En tant qu'employeur c'est au médecin de les définir et s'il le souhaite de leur proposer des formations.

- En l'état actuel les Association de gestion agréée (AGA) leurs proposent des formations gratuites. Elles sont peu connues.
- La création d'outils pour les secrétaires a été évoqué : ressources vidéo, documents par thèmes (gestion de l'agressivité, organisation des soins etc). L'idée étant de donner des outils clé en mains aux médecins qui souhaitent améliorer les compétences de leurs secrétaires.
- La formation intra professionnelle : l'idée de journée ou demi-journée de formation entre secrétaires du territoire.

L'attractivité des cabinets : apparaît comme l'outil principal de cette catégorie de freins. Cela passerait par des locaux adaptés, rénovés, voici quelques éléments évoqués :

- De la place dans les cabinets (donc de grands cabinets).
- Une salle commune pour des échanges et réunions.
- Un cabinet évolutif, permettant une transformation progressive, ayant au minimum une pièce supplémentaire. L'importance d'un cabinet à son goût.
 - « Quand c'est sympa t'as quand même envie de bosser. J'ai connu les cabinets médicaux où il y avait une espèce de de moquette et des chaises de jardin... ».
 - « Il vaut mieux une belle installation chez toi qu'un gros chèque à Bercy ».

d. Le remplacement.

La problématique des remplaçants était un point important, codé à plus de 3,5%. La situation semble pourtant s'améliorer depuis quelques années :

« Il y a 7 ans on y arrivait pas. Mais c'était pas un frein. Je partais moins souvent 3 semaines que ce que je peux faire maintenant. Mais c'était pas un frein sur ma quantité de vacances ».

Les méthodes de recherche rapportées étaient variées : le bouche à oreille, contact personnel, maîtrise de stage, annuaire de l'AMUH et enfin groupes WhatsApp.

- Le site « mon rempla Normandie » était jugé « mal fichu » et non adapté. Les propositions sont souvent très éloignées géographiquement des domiciles. Aucun des participants n'avait trouvé chaussure à son pied via ce site.
- Le groupe WhatsApp montre ses limites en n'incluant que les jeunes installés et les remplaçants. Le groupe était initialement un moyen d'échanger autour des problématiques des jeunes installés/remplaçants. Il semble se transformer en bourse au remplacement :
 - « Nous on est exclus » synthétise un participant expérimenté.
 - « Moi j'aimerais pouvoir les contacter plus facilement ».

Il existe une grande disparité entre les participants, certains allant jusqu'à ne pas se faire remplacer faute de candidats : « Je ne cherche même plus, car je ne sais même plus comment ça marche. Avant j'utilisais le bouche à oreille (ça ne marche plus) ».

La maîtrise de stage permet d'avoir un carnet d'adresses important :

- « J'ai jamais eu de problèmes, mais je suis maître de stage depuis longtemps, je trouve que du coup on trouve plus facilement ».
- La création d'un outil local de remplacement est une proposition concrète proposée. Une esquisse du cahier des charges est apparue à travers les échanges. Les points essentiels ont émergé :
 - Inclure tous les professionnels (médecins généralistes).
 - Être simple d'utilisation « quelque chose de pratico-pratique ».
 - Être loco-régional, limité à un périmètre de 20 à 30 km.
 - Un outil numérique peut être la solution mais avec une conversation dédiée.
 - La création d'une rencontre physique type « bourse aux remplaçants ».

e. La valorisation des outils existants.

Les participants ont évoqué de nombreux outils et actions possibles. Ils étaient unanimes sur la nécessité de valoriser les outils déjà existants. Les accompagner et les amplifier. Les principaux événements évoqués étaient les suivants :

- La journée d'accueil des internes :

- « l'accueil c'est très important ! ».
- « Cette journée marque à chaque fois les esprits ».

Un point d'amélioration était de permettre une participation à la fois aux activités ludiques et professionnelle (impossible sur les éditions précédentes).

- La découverte de la CPTS : de son rôle et de ses missions.

- Les journées médicales Havraises.

- Le « Quoi de neuf en pédiatrie ».

- Les soirées :

- Les soirées jeunes médecins qui sont informelles.
- Les soirées jeunes remplaçants avec une activité de cohésion et un temps professionnalisant.

- La télémédecine : avec notamment « Omnidoc ».

Résultats principaux

Les principaux facteurs d'attractivité retrouvés dans cette étude sont :

- La **proximité familiale** et la **qualité de vie** (façade maritime et climat doux).
- L'**attractivité des cabinets** médicaux.
- Le **dynamisme** professionnel, des échanges facilités, « une bonne ambiance ».
- Les **terrains de stage de qualité** qui permettent de découvrir le territoire.
- Le **dispositif logement** et la journée d'accueil des internes.

Les autres facteurs importants retrouvés sont :

- La **notion de liberté** dans l'exercice et l'organisation du travail est mise en avant.
- La **lourdeur administrative** :
 - o Du libéral en général, avec un désaccord sur la procédure d'installation.
 - o De la création et gestion du cabinet rapportées comme chronophage.
 - o La difficulté ressentie dans les tâches administratives. Le séminaire organisé par la faculté été jugé trop dense, insuffisant sur certains points et surtout manquer de pratique. Le rôle central des maîtres de stages est souligné.
- Un point important relevé est le **manque d'intégration des praticiens formés à l'étranger** dans les formations au libéral et à la gestion d'entreprise.
- Les **assistants médicaux** sont plébiscités par les praticiens les plus expérimentés.
- Les participants s'accordent sur la nécessité d'un **secrétariat physique** efficace.

- La **problématique des remplacements**, est un autre point majeur. Il est difficile pour certains praticiens de trouver des candidats et pour les remplaçants de trouver du travail. Les maîtres de stages se disent moins touchés. Il émerge le besoin d'un outil local.
- Le **salarial** est un des thèmes majeurs évoqués. Les avantages rapportés étaient la protection sociale et la diminution ressentie de la charge administrative. Les inconvénients étaient quant à eux un manque de liberté, des congés limités, et surtout l'impact parfois négatif sur l'exercice médical.
- Les **aides financières** n'étaient pas jugées déterminantes par les participants à l'exception des zones franches. Un manque de ressources simples sur le sujet a été souligné.

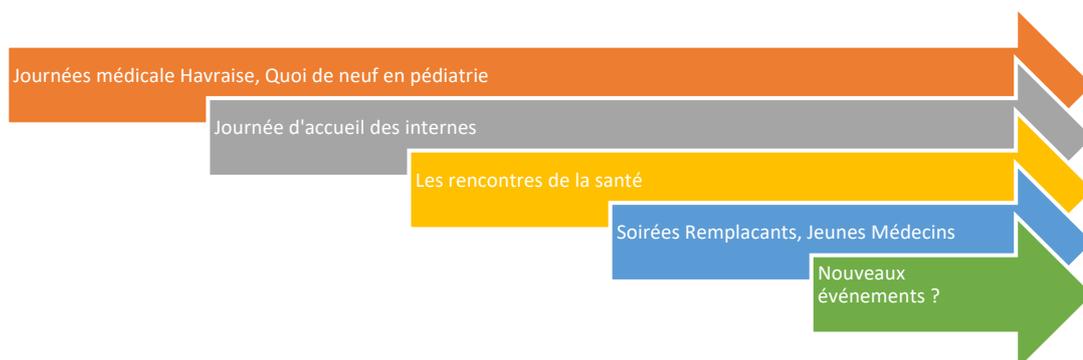
Les principaux freins retrouvés sont la problématique du **travail du conjoint**. Les autres points concernent la ville, à savoir le manque de transports et l'insécurité dans certains quartiers.

Les solutions

1. La valorisation des dispositifs existants.

L'organisation du territoire, les événements, les actions et outils professionnels sont peu connus. Il apparaît pertinent et peu coûteux de les valoriser.

- a. La communication autour des atouts professionnels du territoire doit être améliorée. Pour certains c'est le rôle des maîtres de stages, pour d'autres il faut un temps dédié sur un des événements existants. Un travail d'information autour des modalités de maîtrise de stage et d'accueil des étudiants.
- b. La valorisation des événements existants : ils sont nombreux et résumés par ordre chronologique dans la frise n°1.

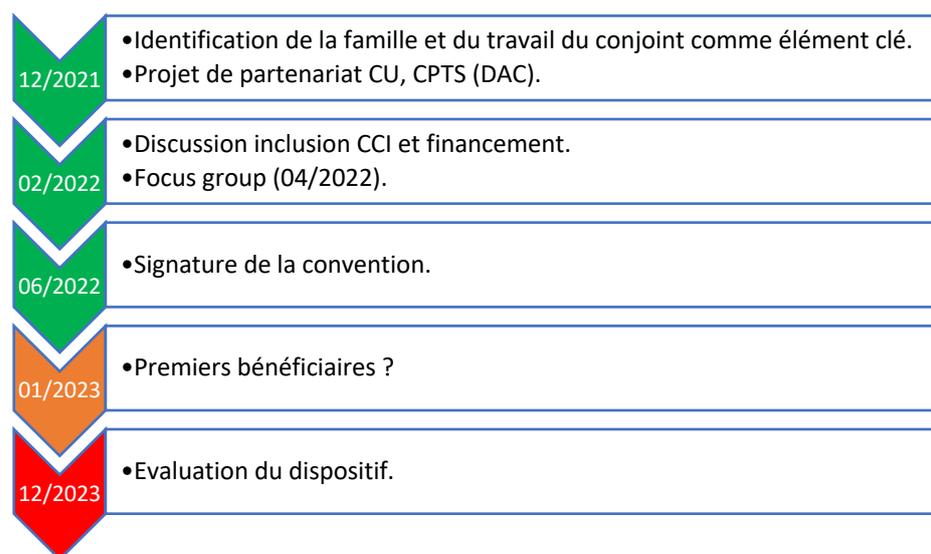


Frise n°1 : Processus d'amplification des événements du territoire.

- c. La valorisation de l'organisation de soins : un des outils proposés est de faire découvrir le rôle de la CPTS (DAC), ses missions et surtout ses actions (intérêt en pratique).
- d. La valorisation des outils informatiques : avec notamment Omnidoc et idomed.
- e. Un travail spécifique de valorisation à destination des étudiants : un point d'amélioration proposé de la journée d'accueil des internes est de permettre une participation à la fois aux activités ludiques et professionnelles (impossible jusqu'à présent). La soirée d'accueil des internes d'autres spécialités est aussi un dispositif à amplifier.

2. L'amélioration de la qualité de vie du médecin et de sa famille.

- a. L'accueil des familles : avec le projet d'un dispositif d'accueil qui entre en phase finale. Il inclura un accompagnement dans la recherche de logement, un travail au conjoint, une place en crèche. Le tout grâce à un partenariat CU, CCI et CPTS. Le reste à charge de 30% pour le médecin était jugé acceptable par les participants.



Frise n°2 : Projet d'accueil global du médecin et de sa famille.

b. Les conditions de vie du médecin.

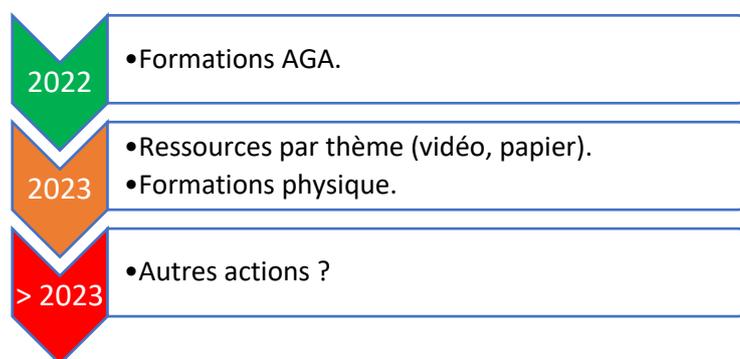
- Le temps de travail : l'équilibre est individuel mais un consensus est évoqué autour d'un 80% (4 jours par semaine). Une communication autour de la viabilité de cette organisation est une solution proposée. Le moyen et le calendrier restent à définir.
- La réduction des temps de trajet : proposition d'habiter proche du cabinet, mais sans proposition concrète. Faut-il inclure un partenariat bailleurs dans le dispositif d'accueil ?
- Les différents mode d'exercice comme outil d'épanouissement professionnel : le salariat, l'exercice partagé etc.

3. Faciliter la transition des cabinets vers les nouveaux modes d'exercice.

Les participants s'accordent sur l'absence d'exercice unique. Il existe pourtant une tendance qui semble s'amorcer (locaux, MSP, assistants, secrétariat physique etc). Une des idées évoquées par les participants est d'accompagner les médecins dans l'adaptation de leur outil de travail. Les outils proposés sont les suivants :

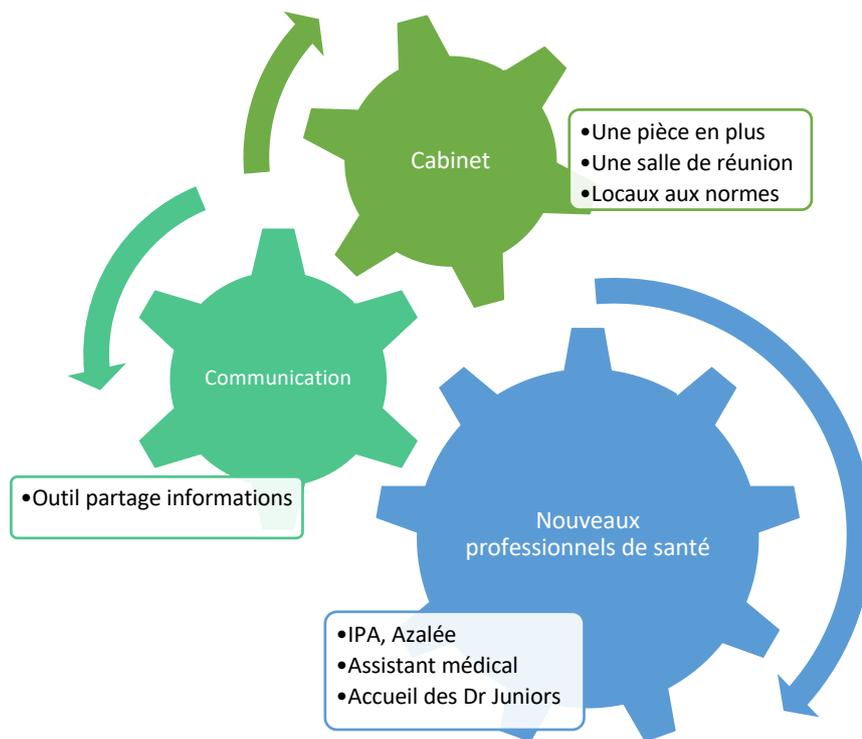
- a. La délégation de tâches : est multiple, et cumulable :
 - Administratives : via un gestionnaire administratif au sens large « super secrétaire », avec gestion des feuilles de paies, des devis, consommables, paiement des factures etc.
 - Médico-administratives : avec le secrétariat physique (plus-value dans ce domaine).
 - Médicales et paramédicales :
 - o Les IDE et pharmaciens, la rédaction de protocoles (exemple cystite simple).
 - o Les nouveaux professionnels de santé : assistant médical, IPA.

- b. La formation des secrétaires : celles dispensées par les AGA sont peu connues. Les participants ont proposé les outils suivants :
 - Des formations physiques territoriales intra ou inter professionnelles : avec la création de journées ou demi-journées de formation.
 - La création de ressources fiables à fournir au médecin employeur. Les supports proposés sont multiples ; vidéos, documents par thèmes etc. Les exemples proposés sont : une fiche gestion de l'agressivité, organisation des soins.



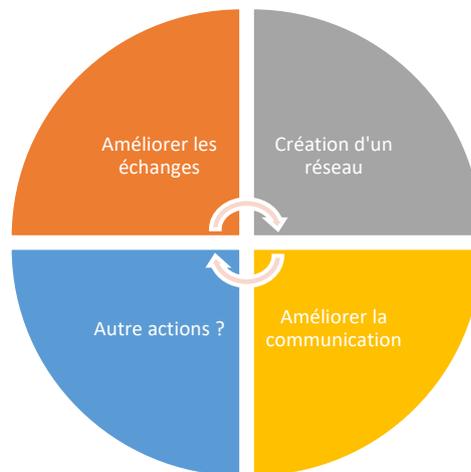
Frise n°3 : Outils de formation des secrétaires.

- c. L'informatique : un besoin de mise en valeur des projets de santé émergents a été relevé (création de MSP, de nouveaux locaux, un départ à la retraite etc). L'outil informatique (site internet) a été évoqué mais il reste à définir les modalités pratiques (accès libre, retraits etc).
- d. La transition architecturale : les contraintes dans le domaine sont importantes et très spécifiques (normes handicapés, salle d'attente, etc). L'outil évoqué est le compagnonnage et la création d'un référent local. La question du financement de cette transition est centrale mais il n'y a eu aucune proposition en ce sens.



Frise n°4 : Outils d'attractivités des cabinets.

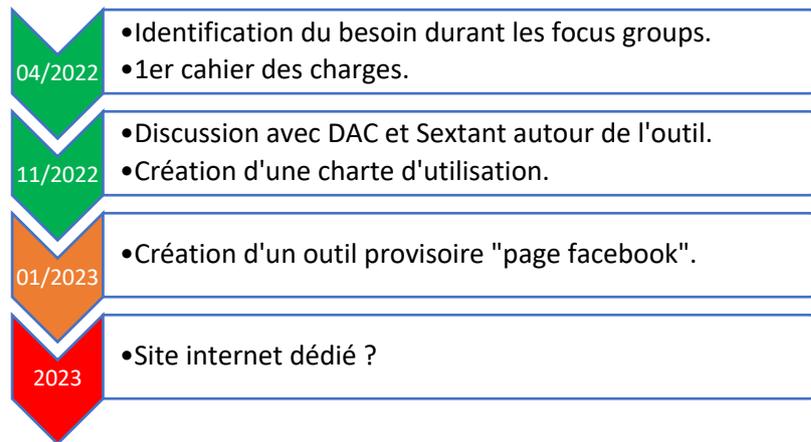
4. Une meilleure connaissance des professionnels du territoire.



Frise n°5 : Les objectifs à atteindre pour faire découvrir les atouts du territoire.

Les solutions pratiques sont la création d'outils à destination des professionnels comme :

- a. Un outil d'échange entre professionnels (sans données patients) : en incluant mieux les plus expérimentés qui se sentent exclus. Le format numérique semble une option mais l'aspect de confidentialité et d'accès inquiète.
- b. La feuille « correspondants » : mise en place de feuille correspondants, et d'annuaires des acteurs du territoire comme outils. Cela permettra aux étudiants d'être guidés dans l'appropriation du réseau local de soin.
- c. Un outil local de remplacement : c'est une proposition concrète apparue à travers les échanges. Voici le résumé du premier cahier des charges :
 - Inclure tous les professionnels (médecins généralistes).
 - Être simple d'utilisation « quelque chose de pratique ».
 - Être local régional, limité à un périmètre de 20 à 30 km.
 - Un outil numérique peut être la solution mais avec une conversation dédiée.
 - La création d'une rencontre physique type « bourse aux remplaçants ».



Frise n°6 : Projet d'outil local de remplacement.

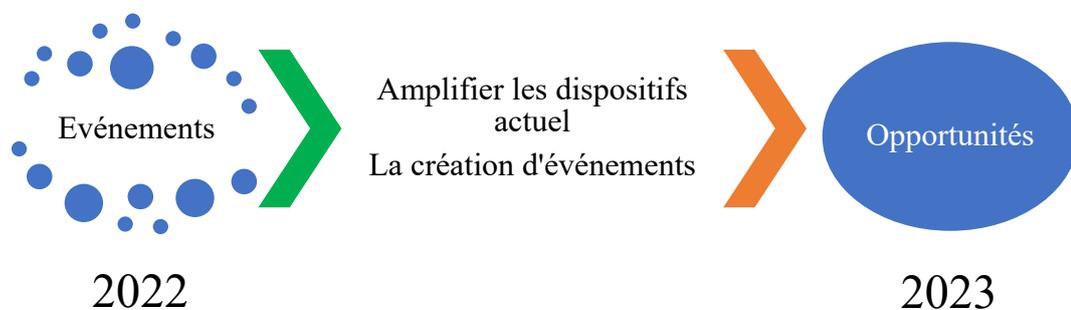
d. Favoriser l'opportunité des rencontres : en multipliant les événements, les formations. Ces événements montrent le dynamisme et la bonne ambiance locale. Les formations des médecins sont aussi des opportunités de rencontres. Il est proposé la création de référents locaux bénévoles par thème sur la base du compagnonnage. Les thèmes majeurs décrits sont la fiscalité, l'architecture, et la gestion. Il peut s'agir de rencontres formelles et informelles :

Formelle : avec une activité professionnelle au centre de l'événement.

- Des ateliers gestes pratiques.
- Le speed meeting entre jeunes médecins et installés.

Informelle : avec une activité ludique et un cadre moins rigide et plus convivial.

- L'organisation de bowling, cinéma, match, soirée jeux de plateau, échecs etc.
- Le brassage de la bière médicale Havraise avec soirée dégustation.
- La création d'un « LH tour médical à vélo » avec découverte des différents cabinets et pratiques.
- De manière plus anecdotique : la création d'un jardin partagé médical.



Frise n°7 : Processus de création d'opportunités professionnelles.

5. Les mesures indépendantes de l'action du territoire.

- a. La contrainte à l'installation est jugée non viable.
- b. Les restrictions à l'installation en zone sur-dotée sont plébiscitées par certains.
- c. La 4^e année du DES de médecine générale n'a pas été évoquée.

Des solutions locales innovantes à des problématiques nationales sont de nature à attirer les professionnels vers le territoire.

Discussion

Quelques mots sur la représentativité des participants. Ils sont très largement libéraux en MSP, ce qui semble être la tendance locale et nationale. L'âge des participants n'a pas été recueilli lors des entretiens. Le temps d'exercice a été préféré pour des raisons de confidentialité. La moyenne d'exercice des participants est de 13 ans (et 10 ans sur le territoire). L'échantillon est donc plus jeune que la population de médecins du territoire, l'âge moyen étant de 59 ans, 2 participants dépassent cet âge de peu. Il faut souligner la proportion plus importante d'homme que la moyenne régionale. Les femmes représentent la moitié des participants.

Concernant les principaux facteurs d'attractivité du territoire, nous avons mis en évidence des notions largement retrouvées dans la littérature à savoir la proximité familiale, la qualité de vie et le dynamisme professionnel, les réseaux de soins et la présence d'hôpitaux. Ils apparaissent comme facteurs déterminant chez les jeunes professionnels (10).

- La **qualité des stages** est un facteur décrit comme déterminant dans le parcours du jeune médecin. Il y a dans la littérature de nombreux liens entre stages et installations (9) (20), cependant jamais la qualité des stages n'a été étudiée dans l'équation. L'étude souligne que la qualité des stages favorise la « création d'un réseau professionnel » qui est déterminant dans le choix du lieu d'installation. La formation et la promotion de stages ruraux fait notamment partie des recommandations de l'OMS en la matière (43).

- Le **dispositif logement** et la **journée d'accueil des internes** sont plébiscités et largement connus. C'est ce que retrouve Pauline Langlois (61) dans sa thèse. En revanche le dispositif logement n'a jusqu'à présent pas été évalué, un travail de thèse est en cours.

- La **notion de liberté** dans l'exercice est jugée importante, voire « totale ». Elle apparaît comme élément nouveau non retrouvé dans la littérature. Elle semble dépasser les inconvénients pour plusieurs des participants.

- La **lourdeur administrative** du libéral confirme la littérature. Le ressenti semble être différent pour les participants de l'étude mais il semble que la procédure d'installation se soit simplifiée. Il reste du travail à effectuer dans ce domaine. Le manque de formation dans ce domaine est souligné. Le séminaire organisé par la faculté est jugé insuffisant, cependant il a beaucoup évolué depuis que les participants y ont participé. Notre étude révèle en particulier un manque d'intégration des praticiens formés à l'étranger dans cette formation universitaire au libéral (séminaire). Ce propos est à nuancer car provient de l'expérience unique d'un des participants. Il apparaît donc légitime de proposer un accès à cette journée aux médecins formés à l'étranger qui le souhaitent. Les problématiques apparaissent souvent au moment des remplacements et de l'installation, une formation post-universitaire est donc nécessaire. La quatrième année de médecine générale peut permettre de répondre à ces problématiques mais l'URML et l'URPS régionale doivent se saisir du problème.

- La **problématique des remplacements**, est étonnamment un sujet majeur. Il apparaît parfois impossible pour certains praticiens de trouver des candidats et pour les remplaçants de trouver du travail. Les maîtres de stages se disent moins touchés. L'explication simple semble être un carnet d'adresses simplement plus important, ce qui montre un réel problème de communication. Cette difficulté à trouver des remplaçants n'est pas retrouvée dans la littérature. J'ai contacté l'ensemble des syndicats d'internes de médecine générale de France pour connaître leur mode d'organisation préalablement à l'étude. Il n'y a pas de solution idéale, mais ils utilisent quasiment exclusivement des groupes privés « Facebook » par territoire. Cette solution a été proposée aux participants lors des entretiens. La notion de confidentialité et de traitement des données inquiète.

- Le **salariat** fait débat. Les avantages et inconvénient rapportés ont été largement décrits précédemment. Le point que je trouve le plus intéressant est l'impact négatif ressenti sur l'exercice médical. Le salariat permet entre autres d'obtenir une meilleure couverture sociale. C'est une sécurité appréciable pour certains professionnels. Les données démographiques de nos participants montrent que deux sont salariés sur 11 participants. Soit un total de 18% de salariés, c'est moins que la moyenne nationale qui est de 43% selon la DREES en 2017 (62). Ces chiffres sont difficilement comparables à celui de la DREES car il inclut l'ensemble des médecins en exercice et pas seulement des généralistes (et les autres spécialités sont majoritairement hospitalière). Il sont en revanche proche de ceux obtenu à 4 ans dans la cohorte normande de 2017 (46).

- Les **aides financières** n'étaient pas jugés déterminantes à l'exception notable des zones franches. Un des participants juge la zone franche comme ayant un impact sur son installation mais estime que l'aide de 50 000€ pour une installation en zone sous-dotée n'était pas déterminante. On peut imaginer que l'imposition a un impact plus important qu'une aide ponctuelle. Il est difficile de comparer ces deux dispositifs. En revanche, la littérature retrouve des données similaires, à savoir que l'impact des dispositifs financiers est plus important chez les jeunes. Les aides financières sont sans influence pour 69% des installés comparativement aux remplaçants exclusifs où elle est de 22% (seulement 10% pour les internes) (10) (13).

Les **principaux freins** sont le travail du conjoint, et les services publics qui sont tous les deux des points majeurs dans la littérature (10). Concernant la ville, les points relevés sont le manque de transports et l'insécurité dans certains quartiers. La discussion concernait les transport régionaux à destination du Havre et non ceux de la ville. Ils ne relèvent donc pas du niveau local mais plutôt de la région (SNCF). L'insécurité relative est à nuancer, les événements relatés sont anciens de l'aveu des participants. D'autres participants ont également cité les crèches, les activités pour les enfants etc. Les services publics au sens large sont donc des déterminants majeurs. La thèse quantitative de Atlan. M (63) met également en évidence la qualité des transports et des services public comme déterminants.

L'objectif principal de l'étude était de trouver des outils et actions pour améliorer la démographie médicale sur le territoire du Havre seine métropole.

« **Quelles actions concrètes innovantes mettre en œuvre pour attirer les jeunes professionnels ?** »

- La **valorisation des dispositifs existants** est une solution simple peu coûteuse qui fait consensus. Elle semble pertinente à condition de continuer une évaluation régulière. Les JMH, les rencontres de la santé, les QDN en pédiatrie et les soirées jeunes médecins sont des spécificités Havraises non retrouvées dans la littérature. La JAI existe sous des formats un peu différents notamment dans l'Eure avec les « matinées territoriales ».

- L'amélioration de la **qualité de vie** du médecin et de sa famille est un point à améliorer. La proposition d'un dispositif d'accueil de la famille est une initiative innovante. Elle est plus large que celle imaginée dans l'Eure avec Job 27. L'amélioration des **conditions de vie du médecin** est un autre point important retrouvé. L'augmentation des congés est souvent décrit comme un outil (53), en revanche l'idée de communiquer autour des différents modes d'exercice et sur la viabilité d'une organisation à 80% n'a pas été retrouvée dans la littérature. La CPTS locale organise dans ce sens des soirées efficience des soins depuis quelques mois (64). Les pistes soulevées sont intéressantes, comme reprendre le contrôle de son planning, utiliser l'outil téléconsultation, mieux informer le patient sur les méthodes personnelles de travail (exemple le motif unique par consultation).

- La **transition des cabinets** vers les nouveaux modes d'exercice. Une réflexion doit être faite sur les modalités de cette transition, financement ? Quelles priorités ?

a. La **délégation de tâches** comme outil est une évidence au vu de la littérature. Les modalités sont en revanche très différentes. Le secrétariat physique est perçu comme plus efficace que le télésecrétariat. Les assistants médicaux sont plébiscités par les praticiens les plus expérimentés. Deux participants disposent d'un assistant médical dans notre étude (en excluant les remplaçants, internes et médecin de PMI). En revanche aucun des jeunes praticiens de l'étude n'a d'assistant médical ou projette d'en engager. Localement l'engouement autour de cette évolution des pratiques a été réaffirmé (64).

- b. La **formation** des médecins et des secrétaires : la création de référents **locaux bénévoles** par thème sur la base du compagnonnage est un élément nouveau de cette étude tout comme la place importante des locaux et de l'architecture du cabinet. Il existe des référents dans certaines régions comme en Aveyron (21). L'originalité est la proposition de partage des différentes thématiques de formation (fiscalité, etc). Il ne suffit pas d'avoir un bureau de libre pour attirer un jeune médecin.

La proposition de **formation des secrétaires** est un point peu abordé dans la littérature. Les modalités proposées dans ce travail sont novatrices ; création d'outils clé en main et formations entre secrétaires.

- Une **meilleure connaissance des professionnels** du territoire passe par l'amélioration de la **communication**. La réorganisation des échanges entre professionnels est indispensable, les plus expérimentés et moins technophiles se sentent exclus. La création d'un outil de communication à destination de l'ensemble des professionnels est une idée nouvelle. Les outils évoqués comme la feuille de correspondants, et l'annuaire des acteurs du territoire favorisent la communication et participe l'appropriation du réseau professionnel local. La création de nouveaux événements **conviviaux transgénérationnels** participent à la création d'un réseau professionnel. Les modalités proposées sont multiples et montrent une inventivité Havraise, notamment avec le « Brassage de la bière médicale » et le « LH tour médical à vélo » avec découverte des différents cabinets et pratiques. Tous cela **favorise l'opportunité** des rencontres et possiblement professionnelles. Cette notion d'opportunité est centrale (10) (26).

Les problématiques autour du remplacement sont peu évoquées dans la littérature. La **création d'un outil local de remplacement** est une réponse à un problème national.

- Les **mesures indépendantes de l'action locale** (nationale) : elles ne relèvent pas des outils à la portée des acteurs locaux. La contrainte à l'installation est jugée non viable. Elle est effective au Québec depuis plusieurs années et ne semble pas être particulièrement efficace (57). La restriction d'installation en zone sur-dotée est plébiscitée par certains. Elle est jugée inutile pour d'autres qui soulignent une autorégulation actuelle suffisante. Il faut souligner l'effet potentiellement pervers observé notamment en Allemagne où un dispositif similaire existe (56).

Forces et limites de l'étude

Les Forces de l'étude :

- La corrélation à la littérature sur de nombreux points :
 - Les jeunes remplaçant et internes doivent être les cibles principales des actions.
 - La famille est un déterminant essentiel du lieu d'installation. Le choix d'un lieu de vie apparaît comme prioritaire sur le travail.
 - La nécessité de dégager du temps médical (délégation et outils numériques).
 - La formation apparaît comme un point clé.
 - Le faible impact des aides financières pourtant peu évalué dans les études.

- Les divergences avec littérature :
 - La transition des cabinets apparaît nécessaire mais un accompagnement technique et financier est indispensable.
 - Les difficultés rencontrées autour du remplacement et le manque d'outils.
 - La nécessité d'encourager, promouvoir et créer des événements permettant la rencontre des différents professionnels.
 - La formation continue des secrétaires comme outil d'efficience des soins.
 - L'idée de créer des quotas d'installation dans les zones surdotées.

Les limites de l'étude :

- Une méthodologie à faible niveau de preuve.
- Le biais de sélection notamment du fait du grand nombre de non réponders. L'échantillon est plus jeune et comporte moins de femmes que la population de médecins du territoire ce qui questionne sur sa représentativité.
- Le sexe peut également être considéré comme un facteur de confusion.
- Le biais d'observation lié à la méthodologie focus groups :
 - Les participants peuvent être influencés par les idées des autres (effet de soumission au groupe). Afin de le limiter il a été rappelé que les avis peuvent diverger et qu'il n'y a pas de jugement des réponses formulés.
 - Ils peuvent également adopter une position extrême pour se démarquer. Nous avons fait attention au temps de parole afin que chacun puisse s'exprimer. Les participants les moins actifs étaient relancés par des questions directes.

- L'observateur peut influencer l'enregistrement des données. L'utilisation stricte du questionnaire permet de limiter ce biais (standardisation des instruments de mesure).
 - L'implication de deux des participants dans la CPTS pose question sur l'orientation de leurs réponses. Ils ont cependant une expertise et une connaissance des dispositifs locaux qui a permis d'amener certains éléments pertinents aux échanges.
- Un questionnaire trop rigide ou mal construit peut entraîner une biais de confirmation. La trame du questionnaire a été réfléchi pour limiter cet effet.
L'effet de primauté du premier entretien peut également avoir influencé certaines relances dans le deuxième groupe. Ces relances étaient cependant nécessaires pour confronter les propositions des deux groupes.

Les perspectives ouvertes par cette étude :

- Encourager la transition des cabinets vers les nouvelles pratiques.
 - Quels outils ?
 - Quel financement ?
- Encourager les dispositifs de rencontre entre médecins.
 - Quels moyens ?
 - Évaluation régulière de l'impact de ces événements.
- La nécessité d'améliorer la formation post-universitaire notamment en matière administrative et de gestion.
- Une étude similaire dans un autre territoire ? Une autre région ?

Les résultats de l'étude montrent l'intérêt d'impliquer les étudiants dans le tissu professionnel local dès les premiers stages. Sur le plan de recherche, elle montre la nécessité de territorialiser les besoins et les actions.

Conclusion

L'étude propose des solutions concrètes pour améliorer l'attractivité et l'installation de professionnels sur le territoire du Havre. Malgré des pistes prometteuses, les outils et actions évoqués ne sont pas applicables dans n'importe quel territoire. Les besoins et les actions doivent être territorialisés.

Référence bibliographiques

1. Lechat L, Yon A. ORS-CREAI Normandie. Appui à l'actualisation du Contrat Local de Santé - Diagnostic local de santé. Le Havre Seine Métropole; 2020.
2. Desse N. Infographie. Le Havre veut élargir son intercommunalité : quels avantages ? [Internet]. Ouest-France.fr. 2018 [cited 2022 Feb 20]. Available from: <https://www.ouest-france.fr/normandie/le-havre-76600/le-havre-veut-elargir-son-intercommunalite-quels-avantages-5766890>
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
4. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cited 2022 Nov 6]. Available from: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes-de-moins-de-65-ans>
5. Présentation du Groupe Hospitalier du Havre [Internet]. Groupe Hospitalier du Havre. [cited 2021 Dec 19]. Available from: <https://www.ch-havre.fr/le-ghh/presentation-du-groupe-hospitalier-du-havre/>
6. Le GHH classé parmi les 50 meilleurs hôpitaux de France en 2021 par le palmarès Le Point [Internet]. Groupe Hospitalier du Havre. 2021 [cited 2021 Dec 19]. Available from: <https://www.ch-havre.fr/classement-du-magazine-le-point-hopitaux-et-cliniques-le-palmares-2021/>
7. Thales C. La réforme des études de médecine : le PASS remplace la PACES [Internet]. Remede.org. [cited 2021 Nov 14]. Available from: <http://www.remede.org/documents/la-reforme-des-etudes-de-medecine-le-pass-remplace-la-paces.html>
8. Internat : 239 postes supplémentaires en 2021 (hors CESP), la médecine intensive en forte hausse [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cited 2021 Nov 14]. Available from: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/internat/internat-239-postes-supplementaires-en-2021-hors-cesp-la-medecine-intensive-en-forte-hausse>
9. Servain L. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Suivi à 2 ans de la cohorte Haut-normande ECN 2014. :100.
10. CNOM. Dossier de presse Enquête déterminants installation CNOM CJM1 [Internet]. [cited 2021 Feb 18]. Available from: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAte-d%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>
11. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique Rev Multidiscip Pour Rech Action. 2015 Mar 18;27(1):49–58.
12. Rasse C - Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en

France : une revue systématique de la littérature - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cited 2022 Dec 2]. Available from: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/57484>

13. Augros S. Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. [Internet]. [cited 2021 Nov 14]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf

14. Castelbajac O de R de M de. Besoins des médecins généralistes du 13ème arrondissement de paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale. 2016 Sep 29;86.

15. CNOM. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cited 2022 Mar 27]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>

16. ISNAR. Impact du DES de MG sur l'installation des jeunes MG [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-linstallation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf>.

17. Brument J, Marguerite M. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes français. Reconstitution d'une cohorte nationale rétrospective. :78.

18. Boussuge C. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes issus de l'Université de Rouen: cohorte ECN 2014. :86.

19. ISNAR. Souhaits exercice img.pdf [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>

20. Jacquet PM, Wallerich C. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes: une revue systématique de la littérature anglophone. :158.

21. ISNAR. Accès aux soins dossier de l'ISNAR IMG mars 2019.pdf [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/190304-Acc%C3%A8s-aux-soins-Dossier-de-lISNAR-IMG-Mars-2019.pdf>.

22. Szafran O, Crutcher RA, Chaytors RG. Location of family medicine graduates' practices. What factors influence Albertans' choices? Can Fam Physician. 2001 Nov;47:2279–85.

23. AMELI. Création d'un dispositif d'indemnités journalières pour les professionnels libéraux [Internet]. [cited 2022 Mar 13]. Available from: <https://www.ameli.fr/le-havre/medecin/actualites/creation-dun-dispositif-dindemnite-journalieres-pour-les-professionnels-liberaux>.

24. ANEMF. Loi Santé : Verdict de la Commission Mixte Paritaire [Internet]. [cited 2021 Nov 28]. Available from: <https://www.anemf.org/blog/2019/06/22/loi-sante-verdict-de-la-commission-mixte-paritaire/>.

25. CNOM. Atlas de démographie médicale 2021.pdf [Internet]. [cited 2022 Mar 27]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
26. Lemonnier R, Aubry P. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France: une revue systématique de la littérature. :89.
27. World Health Organization. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale. 2010;73.
28. Test L. Télé-expertise en dermato [Internet]. CPTS Grand Havre. 2021 [cited 2022 Dec 4]. Available from: <https://cptsgrandhavre.sextant76.fr/tele-expertise-en-dermatologie/>
29. Portail d'accompagnement des professionnels de santé Normandie [Internet]. [cited 2022 Nov 19]. Available from: <https://www.normandie.paps.sante.fr/ars/home>
30. L'AMUH A 40 ANS ! [Internet]. Le Stétho. 2018 [cited 2021 Dec 18]. Available from: <https://lestetho.fr/lamuh-a-40-ans/>
31. Service d'accès aux soins (SAS) : deux sites pilotes retenus en Normandie [Internet]. [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://www.normandie.ars.sante.fr/service-dacces-aux-soins-sas-deux-sites-pilotes-retenus-en-normandie>
32. Association Havraise de Formation Médicale Continue [Internet]. [cited 2021 Dec 19]. Available from: <https://www.ahfmc.fr/>
33. Association havraise de formation continu [Internet]. Site officiel de la Ville du Havre – Le Havre. 2016 [cited 2021 Dec 19]. Available from: <https://www.lehavre.fr/annuaire/association-havraise-de-formation-medicale-continue>
34. Unions régionales des professionnels de santé (URPS) en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/unions-regionales-des-professionnels-de-sante-urps-en-nouvelle-aquitaine>
35. Missions | [Internet]. [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://www.urml-normandie.org/votre-urml/urml-normandie-missions/>
36. LH dentaire : l'opération séduction de l'agglomération du Havre pour attirer les dentistes [Internet]. actu.fr. [cited 2021 Dec 13]. Available from: https://actu.fr/normandie/le-havre_76351/lh-dentaire-loperation-seduction-lagglomeration-havre-attirer-dentistes_19597363.html
37. Pénurie de médecins au Havre : Sagéo ouvre un nouveau centre de santé et « ça ne désemplit pas » [Internet]. actu.fr. [cited 2022 Feb 5]. Available from: https://actu.fr/normandie/le-havre_76351/penurie-de-medecins-au-havre-sageo-ouvre-un-nouveau-centre-de-sante-et-ca-ne-desemplit-pas_35978381.html
38. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

39. Un grand centre de vaccination contre la Covid-19 au Stade Océane [Internet]. Site officiel de la Ville du Havre – Le Havre. 2021 [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://www.lehavre.fr/actualites/ouverture-dun-grand-centre-de-vaccination-contre-la-covid-19-au-stade-oceane>
40. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les dispositifs d'appui à la coordination - DAC [Internet]. [cited 2022 Mar 8]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>.
41. Le Stétho 2019. Oyez, Oyez, jeunes internes ... et vous leurs maîtres de stage ! [Internet]. [cited 2021 Dec 13]. Available from: <https://lestetho.fr/logement-des-internes-la-communaute-urbaine-peut-aider-vos-stagiaires/>.
42. Joumana C. La journée d'accueil des internes de médecine générale du 13 juin 2019 : une étude recherche-action. 2020 Mar 12;67.
43. World Health Organization. Lignes directrices de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées ; 2021. 116 p.
44. Guichet unique dans l'Eure [Internet]. [cited 2021 Nov 28]. Available from: <http://www.normandie.ars.sante.fr/guichet-unique-dans-leure>
45. Michel L, Or Z. Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. :20.
46. Mazé F. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Suivi à 4 ans de la cohorte haut-normande. :97.
47. Ding A, Hann M, Sibbald B. Profile of English salaried GPs: labour mobility and practice performance. Br J Gen Pract. 2008 Jan 1;58(546):20–5.
48. Rygh E, Hjortdahl P. Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study [Internet]. Vol. 7. 2007 [cited 2022 Mar 7]. Available from: <https://www.rrh.org.au/journal/article/766/>
49. DGOS. Le principe du CESP [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cited 2021 Nov 14]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
50. Contrat de début d'exercice : une nouveauté pour faciliter l'installation des jeunes médecins [Internet]. [cited 2021 Dec 18]. Available from: <https://www.ameli.fr/le-havre/medecin/actualites/contrat-de-debut-dexercice-une-nouveaute-pour-faciliter-linstallation-des-jeunes-medecins>
51. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée [Internet]. [cited 2021 Dec 18]. Available from: <https://www.ameli.fr/le-havre/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>

52. Kwan MMS, Kondalsamy-Chennakesavan S, Ranmuthugala G, Toombs MR, Nicholson GC. The rural pipeline to longer-term rural practice: General practitioners and specialists. PLOS ONE. 2017 Jul 7;12(7):e0180394.
53. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens Volume 2. Monographies par pays Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni Mars 2015. [Internet]. [cited 2021 Dec 19]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Monographies__Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_dans_5_pays_europeens.pdf. :145.
54. Aperçu de l'amendement [Internet]. [cited 2021 Nov 29]. Available from: https://www.senat.fr/amendements/2021-2022/118/Amdt_1063.html
55. proposition de loi tendant à lutter activement contre les déserts médicaux (exposé des motifs) [Internet]. [cited 2021 Nov 29]. Available from: <https://www.senat.fr/leg/exposes-des-motifs/ppl20-675-expose.html>
56. Organisation et financement de la médecine de ville en Allemagne [Internet]. [cited 2022 Feb 21]. Available from: http://www.senat.fr/rap/r15-867/r15-867_mono.html
57. Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille - Professionnels de la santé - MSSS [Internet]. [cited 2021 Nov 29]. Available from: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/>
58. Esmail A, Panagioti M, Kontopantelis E. The potential impact of Brexit and immigration policies on the GP workforce in England: a cross-sectional observational study of GP qualification region and the characteristics of the areas and population they served in September 2016. BMC Med. 2017 Nov 16;15:191.
59. Health AGD of. Stronger Rural Health Strategy [Internet]. Australian Government Department of Health. Australian Government Department of Health; 2021 [cited 2022 Mar 10]. Available from: <https://www.health.gov.au/health-topics/rural-health-workforce/stronger-rural-health-strategy>
60. Le Quotidien du Médecin. Roumanie : la réforme sanitaire risque d'accélérer l'exode des médecins [Internet]. [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/roumanie-la-reforme-sanitaire-risque-daccelerer-lexode-des-medecins>.
61. Langlois P. Journée d'accueil des internes de médecine générale, une rencontre entre internes et installés : ressenti et vécu des participants. 2020 Mar 20;66.
62. DREES. Dossier de presse démographie.pdf [Internet]. [cited 2022 Oct 10]. Available from: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/202008/dossier_presse_demographie.pdf.
63. Atlan M. Freins et leviers de l'installation des étudiants en médecine générale dans les territoires de Seine-et-Marne (77), de l'Essonne (91) et du Val-de-Marne (94) sous la direction de Vincent Renard [Internet]. [cited 2023 Jan 16]. Available from: https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/12154594230004611

64. Retour soirée Efficience des soins - CPTS Grand Havre [Internet]. [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://cptsgrandhavre.sextant76.fr/retour-soiree-efficience-des-soins/>

Annexe : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Quelles solutions pour favoriser l'installation de médecin généralistes sur le territoire du Havre Seine métropole ?

« Bonjour, je suis Olivier AFFLATET médecin remplaçant. Comme vous le savez la démographie médicale sur le territoire est un sujet constant. Dans le cadre de ma thèse je travaille sur la démographie médicale, et l'installation des jeunes médecins. Merci d'avoir répondu favorablement à mon invitation à cet entretien. »

« Je vous propose pour commencer de parler chacun à votre tour de votre loisir préféré ou bien de votre lieu préféré dans la région. »

« Quelles difficultés concrètes rencontrez-vous actuellement dans votre exercice ? » (1 minute)

Ma question de recherche est la suivante : Quelles solutions pour favoriser l'installation de médecin généralistes sur le territoire du Havre Seine métropole ?

« Depuis combien de temps exercer vous la médecine ? Depuis combien de temps êtes-vous installé / remplacez-vous sur le territoire ?

Étiez Havrais avant vos études ?

Pourquoi avoir choisi Le Havre lors de votre installation ?

Avez-vous des enfants ? Quel est la profession du conjoint ? »

Comment un jeune professionnel choisit le lieu de son installation professionnelle ?

1. « Quelles difficultés rencontre-t-il celons vous en liens avec la démographie ? »
 - a. « Pensez-vous qu'il existe un manque de connaissance des atouts professionnels et extra professionnel du territoire ? »
 - b. « Pensez-vous que le libéral fasse peur ?
Le salariat a-t-il de beaux jours devant lui ?
Une installation vous paraît-elle complexe sur le plan administratif ? »
 - c. « Pensez-vous que la gestion d'un cabinet demande un investissement trop important ?
 - Cela a-t-il un impact sur votre temps personnel et/ou le temps médical ?
 - Y a-t-il un impact sur la flexibilité de votre emploi du temps ?
 - Rencontrez-vous des difficultés à trouver des remplaçants/des remplacements ? »
 - d. « Pensez-vous que le fonctionnement actuel d'un cabinet peut-être un frein à l'installation ? »
 - Logiciels informatiques, locaux inadapté, absence de secrétariat »

e. « Avez-vous pensé à la création d'un cabinet ? Pensez-vous que les aides financières soient déterminantes ? »

2. « Quels sont les objectifs que l'on peut se fixer ? »

- a. Il faut toucher un large public.
- b. Il faut améliorer la connaissance des atouts professionnels du territoire.
- c. Il faut simplifier le parcours d'installation et le rendre plus transparent.
- d. Le temps médical est précieux, il est indispensable de dégager du temps médical.
- e. Il est important de rendre plus lisible le fonctionnement des cabinets existants.
- f. Il est utile de renforcer l'aide à la création de cabinets.

3. « Comment les aider à s'installer et/ou à rester sur le territoire ? Actions et Outils »

Distinguer les actions courts terme et long terme pour chaque question.

- a. « Quel est le public cible de nos actions ? Interne, remplaçant ? »
- b. « Comment améliorer la connaissance des atouts professionnels du territoire ?
 - Journée interprofessionnelle durant les stages ?
 - Flyer ? Envoi de mails ? Les conviés aux événements ? »
- c. « Que feriez-vous pour simplifier l'installation et améliorer la connaissance du monde libéral ?
 - La création d'un document « pas à pas » pour l'installation ?
 - Le compagnonnage ?
 - Des événements dédiés ? Exemple de la soirée fiscalité du syndicat »
- d. « Celons vous comment libérer du temps médical ?
 - La délégation de tâche ? »
- e. « Comment rendre plus lisible le fonctionnement et les besoins de chaque cabinet ?
 - La création d'un outil de partage d'informations est-elle pertinente ?
 - Avec quel contenu ? (Démographie, organisation, échanges, projets) »
- f. « Pour vous la création d'un cabinet, d'une MSP, la construction ou le déménagement d'un cabinet nécessite :
 - Un document guide ? Un « pas à pas » ?
 - Une aide humaine ? technique ? Un délégué municipal ? Un référent CPTS ? »

« Quels sont pour vous en quelques mots les deux actions les plus efficaces ? »
(Graphe/post-it faisabilité en abscisse, impact en ordonnée).

« À la suite de cet échange quel est pour vous la mesure la plus efficace pour améliorer vos conditions de travail et favoriser l'installation sur le territoire ? »

