

Faculté de Médecine

Année 2025

Thèse N° 3106

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 19 mars 2025

Par

Nicolas TODESCHI

Né le 12 août 1988, à Toulon

Quelles sont les motivations des médecins qui participent à l'association française Médecins Solidaires ?

Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes ayant participé à une semaine de consultations dans un des centres de l'association française Médecins Solidaires depuis 2022.

Thèse dirigée par le Professeur Nadège LAUCHET

Examineurs :

Mme le docteur Nathalie DUMOITIER PU de Médecine générale

Mme le docteur Nadège LAUCHET PA de Médecine générale

Mme le docteur Coralie BUREAU-YNIESTA MCA de médecine générale

M. le docteur Claude FABRY Médecin généraliste

Présidente

Juge

Juge

Membre invité





Faculté de Médecine

Année 2025

Thèse N° 3106

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 mars 2025

Par

Nicolas TODESCHI

Né le 12 août 1988, à Toulon

Quelles sont les motivations des médecins qui participent à l'association française Médecins Solidaires ?

Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes ayant participé à une semaine de consultations dans un des centres de l'association française Médecins Solidaires depuis 2022.

Thèse dirigée par le Professeur Nadège LAUCHET

Examineurs :

Mme le docteur Nathalie DUMOITIER PU de Médecine générale

Mme le docteur Nadège LAUCHET PA de Médecine générale

Mme le docteur Coralie BUREAU-YNIESTA MCA de médecine générale

M. le docteur Claude FABRY Médecin généraliste

Présidente

Juge

Juge

Membre invité



Le 27 septembre 2024

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CALVET Benjamin	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE

FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
VANDROUX David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION
ROUSSEL Murielle	HEMATOLOGIE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

ALBOUYS Jérémy	GASTROENTEROLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
GEYL Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PARREAU Simon	IMMUNOLOGIE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

RUDELLE Karen

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan du 01-09-2019 au 31-08-2025

LAUCHET Nadège du 01-09-2023 au 31-08-2026

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean du 01-09-2023 au 31-08-2026

BUREAU-YNIESTA Coralie	du 01-09-2022 au 31-08-2025
MIRAT William	du 01-09-2024 au 31-08-2027
SEVE Léa	du 01-09-2024 au 31-08-2027

Enseignant d'anglais

HEGARTY Andrew	du 01-09-2024 au 31-08-2025
-----------------------	-----------------------------

Professeurs Émérites

ALDIGIER Jean-Claude	du 01-09-2023 au 31-08-2024
LACROIX Philippe	du 01-09-2024 au 31-08-2026
MABIT Christian	du 01-09-2022 au 31-08-2024
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2024
NATHAN-DENIZOT Nathalie	du 01-09-2022 au 31-08-2024
VALLAT Jean-Michel	du 01-09-2023 au 31.08.2025
VIROT Patrice	du 01-09-2023 au 31-08-2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
FRAY Camille	PEDIATRIE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERENGER Adeline	PEDIATRIE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE

BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
TALLIER Maia	GERIATRIE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE

VERNIER Thibault

NUTRITION

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin

CITERNE Julien

VANDOOREN Maïté

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany

ONCOLOGIE MEDICALE

HARDY Jérémie

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LAFON Thomas

MEDECINE D'URGENCE

A mon épouse Juliette,
A nos enfants Ouriel, Rachel-Marie, Ambroise, Nathanaël, Séraphin, Marguerite-Marie,
Georgiana
A nos parents Marco & Madeleine, Sylvain & Agnès
A Georges
Au reste de toute la famille avec respect et amour.

« Quand tu partiras pour Ithaque,
Souhaite que la route soit longue,
Riche d'aventures et d'enseignements.
Ne crains pas les Lestrygons,
Les Cyclopes ou la colère de Poséidon.
[...]
Garde toujours Ithaque dans ton esprit,
C'est vers elle que tu vas.
Mais ne hâte pas ton voyage:
Mieux vaut qu'il dure beaucoup d'années,
Que tu sois vieux déjà en abordant ton île,
Riche de ce que tu auras gagné sur ta route,
Et sans espoir qu'Ithaque te donne des richesses.
Ithaque t'a donné ce beau voyage.
Sans elle tu n'aurais pas pris la route.
Elle n'a plus rien à te donner.
Même si elle te paraît pauvre, Ithaque ne t'a pas trompé :
Maintenant que te voilà sage avec tant d'expérience,
Tu auras compris ce que les Ithagues veulent dire. »

Cavafy CP. Oeuvres poétiques. Imprimerie nationale. Paris; 1992. (traduction S.C. Zervos et P.Portier)

Nous espérons que cette thèse aura su vous transmettre un peu de l'optimisme dont elle a été témoin.

Remerciements

Je remercie chaque membre du jury d'avoir accepté que je soutienne ma thèse.
Merci au professeur Dumoitier d'avoir accepté d'être présidente du jury.
Merci au professeur Lauchet d'avoir dirigé cette thèse.
Merci au docteur Bureau Yniesta d'avoir contribué à la rédaction du pré-recueil.
Merci au docteur Fabry pour cette année passée à son cabinet.

Merci à tous ceux qui sont venus pour me soutenir dans la soutenance de ma thèse.
Merci à la large et nombreuse famille qui nous entoure, pour votre soutien.

A tout ceux qui se sentiront rejoints dans ce poème...
A tout ceux qui partent pour Ithaque...
A tout ceux qui y arrivent...
A ceux qui sont encore en route...
... mes remerciements.

Merci à Georgiana qui a illuminé la fin de mon internat.
Merci à Marguerite-Marie qui a rendu espoir à notre famille après l'annonce de la maladie de son grand-frère.
Merci à Séraphin, celui qui m'a accompagné depuis sa naissance, tout mon internat.
Merci à Nathanaël, mon professeur du soir d'externat.
Merci à Ambroise qui sait rendre la joie dans la tristesse.
Merci à Rachel-Marie, le pilier de la sororie et de la fratrie, tu es notre aide parfaite.
Merci à Ouriel, le seul à savoir d'où je viens et qui a été fidèle dans son soutien depuis toujours.
Merci de tout mon cœur à mon épouse Juliette qui m'a soutenu au-delà de toute espérance.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 4.0 France** »
disponible en ligne : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



Liste des abréviations

APL : (indicateur) d'accessibilité potentielle localisée

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : communautés Professionnelles Territoriales de Santé

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

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation

UMM unités médicales mobiles

Table des matières

REMERCIEMENTS	13
DROITS D'AUTEURS	14
LISTE DES ABREVIATIONS	15
TABLE DES MATIERES	16
TABLE DES ILLUSTRATIONS	19
TABLE DES TABLEAUX	20
INTRODUCTION	21
I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE	22
I.1. PRESENTATION DE LA SITUATION SANITAIRE EN FRANCE	22
I.1.1. L'ACCES AUX SOINS	22
I.1.2. LA PERTE DE SOIGNANT	22
I.1.3. LES REPARTITIONS DES SOIGNANTS	22
I.1.4. LE RETENTISSEMENT SUR LE SOIN	23
I.1.5. TENDANCE DEMOGRAPHIQUE	25
I.1.5.1. Effets de loupe	26
I.1.5.2. Moins de soignants, plus de soignés	26
I.1.5.3. Évolution horaire de la pratique médicale	26
I.1.5.4. Vieillesse de la population et maladies chroniques	26
I.1.6. UN DEVENIR INCERTAIN	27
I.2. SITUATION SANITAIRE FRANÇAISE ET SOLUTIONS ENVISAGEES	29
I.2.1. DESERTS MEDICAUX	29
I.2.1.1. L'accessibilité aux soins	29
I.2.1.2. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée	29
I.2.1.3. Lutte politique contre les déserts médicaux	30
I.2.1.4. Lutte médicale contre les déserts médicaux	30
I.2.2. L'ECUEIL HISTORIQUE DE LA MOBILITE ET DE LA MEDECINE	30
I.2.2.1. La médecine foraine	30
I.2.2.2. Vers une fin de la notion de médecine foraine	30
I.2.2.3. Le mammobile : mobilité et un type de soin	31
I.2.3. SOINS PRIMAIRES ET GESTION DE LA CRISE SANITAIRE	31
I.2.4. UN MODELE SANITAIRE PARMIS D'AUTRE	32
I.2.5. L'EVIDENCE DE L'INTERET D'UNE PRESENCE MEDICALE	32
I.2.6. RELATIONS ET SOINS DES PATIENTS	33
I.3. L'ASSOCIATION MEDECINS SOLIDAIRES	34
I.4. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	35
II. MATERIEL ET METHODE	36
II.1. TYPE D'ETUDE	36
II.2. MATERIEL	36

II.2.1.	QUESTION DE RECHERCHE.	36
II.2.2.	PRE-RECUEIL	36
II.2.3.	LE GUIDE D'ENTRETIEN	37
II.2.4.	ENTRETIENS INDIVIDUELS	37
II.3.	PROTECTION DES DONNEES :	37
II.4.	METHODE :	38
II.5.	ANALYSE DES DONNEES	38
II.5.1.	ANALYSE DESCRIPTIVE	38
II.5.2.	ANALYSE AXIALE	38
II.5.3.	ANALYSE MATRICIELLE	39

III. RÉSULTATS **40**

III.1.	DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	40
III.2.	RECUEIL DES DONNEES	45
III.3.	RESULTAT DU CODAGE DESCRIPTIF	46
III.4.	RESULTAT DU CODAGE THEMATIQUE	48
III.4.1.	SITUATION EXTERIEURE DE CRISE SANITAIRE IDENTIFIEE PAR LES PRATICIENS AYANT PARTICIPES A MEDECINS SOLIDAIRES.	49
III.4.1.1.	Permettre l'opportunité de lutter contre les déserts médicaux	50
III.4.1.2.	Prise de conscience de la réalité des déserts médicaux	50
III.4.1.3.	Solution à la désertification médicale	50
III.4.1.4.	Sensibilité professionnelle à l'accès aux soins	50
III.4.1.5.	Vitrine d'une nouvelle expérience de soins	51
III.4.1.6.	Point de convergence entre médecins et la situation extérieure identifiée	51
III.4.2.	L'ACCROCHE COMMUNICATIONNELLE	52
III.4.2.1.	Accroche percutante :	53
III.4.2.2.	Bon projet	53
III.4.2.3.	Vers une idée enthousiasmante	53
III.4.2.4.	Jusqu'à une idée attractive	53
III.4.2.5.	Jusqu'à une évidence d'y participer	53
III.4.2.6.	Visibilité médiatique	54
III.4.2.7.	Typologie des médecins participants	54
III.4.2.8.	Profil adéquat	54
III.4.2.9.	L'aspect innovant du projet	54
III.4.2.10.	L'aspect original de l'offre de soin proposée	55
III.4.2.11.	La recherche de dépaysement	55
III.4.3.	L'ETRE ACCUEILLI.	56
III.4.3.1.	Prendre soin des soignants mot d'ordre de l' accueil	57
III.4.3.2.	Temps au service du soin.	57
III.4.3.3.	L' accueil ressortait des données bien plus que le travail fourni	57
III.4.3.4.	L'administratif au service de l'accueil	57
III.4.3.5.	Opportunité d' adhérer à un statut commun quel que soit le mode d'exercice	57
III.4.4.	LE POUVOIR DE DEVENIR ACTEUR	59
III.4.4.1.	La création d'une dynamique :	60
III.4.4.2.	Solution d'une problématique	60
III.4.4.3.	Confraternité appliquée à un projet commun de soin	60
III.4.4.4.	La valeur de la solidarité	60
III.4.4.5.	Equipe auxiliaire pour les tâches administratives	61
III.4.4.6.	L'exercice médical exclusivement centré sur le soin	61
III.4.4.7.	Prendre soin des patients	61
III.4.4.8.	Exercice médical humanitaire en France	62
III.4.4.9.	Se rendre et se sentir utile	62
III.4.4.10.	Participer à une bonne action	62

III.4.4.11. Devenir acteur de soin	62
III.4.5. L'HUMBLE PROJET	64
III.4.5.1. Mieux que rien :	65
III.4.5.2. L'humble projet :	65
III.4.5.3. Rétribution solidaire, démarche associative :	66
III.4.5.4. Vers de potentiels points de chutes	66
III.4.6. L'EXPERIENCE GRATIFIANTE	68
III.4.6.1. L'absence de points négatifs.	68
III.4.6.2. La gratitude comme déclinaison	69
III.4.6.3. Aspect technique de la facilité d'accès à l'association.	70
III.4.6.4. Facilité d'accès aux informations	71
III.5. REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE	72
III.6. RESULTATS DE L'ANALYSE MATRICIELLE	73
IV. DISCUSSION	77
IV.1. PRINCIPAUX RESULTATS	77
IV.1.1. DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODE :	77
IV.1.2. DISCUSSION AUTOUR DU PRE-RECUEIL :	77
IV.1.3. DISCUSSION AUTOUR DES VERBATIMS :	77
IV.2. EXPOSE DU MODELE EXPLICATIF	79
IV.2.1. PREMIERE ETAPE.	79
IV.2.2. DEUXIEME ETAPE.	80
IV.2.3. TROISIEME ETAPE.	81
IV.2.4. SYNTHESE DU MODELE EXPLICATIF.	81
IV.3. VERS UNE AUTRE FAÇON D'ETRE ACTEUR EN SANTE	82
IV.4. CONSULTER A MEDECINS SOLIDAIRES	83
IV.5. LA PERENNITE DU PROJET	84
V. FORCES ET LIMITES	87
V.1. LIMITES	87
V.2. FORCES	87
V.3. LES PERSPECTIVES	87
V.3.1. POUR LA RECHERCHE	87
V.3.2. POUR LA PRATIQUE	88
CONCLUSION	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	92
ANNEXES	95
ANNEXE 1. PRE-RECUEIL	96
ANNEXE 2. GUIDE D'ENTRETIEN	97
ANNEXE 3. NUAGE DE MOTS DE PLUS DE 7 LETTRES SUR L'ENSEMBLE DES VERBATIM.	98
ANNEXE 4. EXTRAITS DE VERBATIM	99
SERMENT D'HIPPOCRATE	103

Table des illustrations

Figure 1 : Evolution de l'effectif des médecins généralistes en activité régulière depuis 2010. (6).....	22
Figure 2 : Départements qui gagnent ou perdent des médecins généralistes en activité régulière entre 2017 et 2018.	23
Figure 3 : Positionnement des départements par rapport à la médiane en termes de densité de médecins spécialistes médicaux en activité régulière. (6)	24
Figure 4 : Variation des densités de spécialistes chirurgicaux entre 2010 et 2018 (%) en activité régulière.	24
Figure 5 : Variation des densités départementales de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018 (%). (6).....	25
Figure 6 : Typologie des départements selon l'attractivité ou bien la perte de dynamisme. (6)	26
Figure 7 : Atlas de la démographie Médicale en France – situation au 1er Janvier 2018.	28
Figure 8 : Présentation synthétique des missions de l'envergure de l'association Médecins Solidaires. (16).....	34
Figure 9 : Données démographiques : sexe des participants.	41
Figure 10 : Données démographiques : âge des participants.....	42
Figure 11 : Données démographiques : lieu d'exercice des participants.....	42
Figure 12 : Données démographiques : type d'activité des participants.....	43
Figure 13 : Données démographiques : niveau de satisfaction au travail des participants. ..	43
Figure 14 : Données démographiques : principale motivation au travail des participants.	44
Figure 15 : Données démographiques : principale difficulté rencontrée au travail par les participants.....	44
Figure 16 : Nuage de mots de plus de 7 lettres.	45
Figure 17 : Compaction de l'ensemble des codes sous la dénomination des 6 thèmes découverts.....	48
Figure 18 : Thème "Situation de crise Identifiée".	49
Figure 19 : Thème "Accroche communicationnelle".....	52
Figure 20 : Thème "Être accueilli".	56
Figure 21 : Thème "Pouvoir devenir acteur".	59
Figure 22 : Thème "Humble Projet".....	64
Figure 23 : Thème "Expérience gratifiante".	68
Figure 24 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction de la distance entre leur lieu de vie et le centre de Médecins Solidaires.	73
Figure 25 : Répartition des occurrences des 6 Thèmes dans les propos des participants en fonction de leur niveau de satisfaction dans leur travail actuel.	73
Figure 26 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction de leur principale motivation au travail.	74
Figure 27 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction de leur lieu d'exercice.	74
Figure 28 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction de l'âge des participants.	75
Figure 29 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction du sexe des participants.....	75
Figure 30 : Répartition de la fréquence de l'occurrence des codes dans les propos de la population étudiée à gauche, et dans les propos des fondateurs de l'association à droite. ..	76
Figure 31 : Premier schéma de la figure théorique du modèle explicatif.	79
Figure 32 : Deuxième schéma de la figure théorique du modèle explicatif.....	80
Figure 33 : Troisième schéma de la figure théorique du modèle explicatif.	81
Figure 34 : Figure théorique du modèle explicatif.	81
Figure 35 : Cartographie des centres de l'association Médecins Solidaires. (16).....	85
Figure 36 : Un modèle à l'équilibre avec 21 centres. (16).....	85

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée.	40
--	----

Introduction

Aujourd'hui la situation sanitaire française est des plus alarmantes. Les déserts médicaux sont devenus une entité palpable dans de nombreux territoires de l'Hexagone. (1,2)

L'ensemble du corps médical vient pour l'année 2025 d'atteindre le nadir de ses praticiens. (3-9)

De nombreuses politiques sanitaires visent à entraver cette évolution de la démographie sanitaire sans franc succès. (2,10-12)

Il est nécessaire de redéfinir de nombreux concepts afin d'y apporter une réponse concrète. Nous verrons qu'en cela les notions de déserts médicaux et de soins ne sont pas des entités qu'il est possible d'appréhender de manière homogène et stable. (2)

La mobilité a vu le jour dans l'ensemble des réponses données visant à lutter contre certains types de déserts médicaux. De multiples réponses toutes plus originales les unes que les autres et toutes confrontées à la réalité d'un territoire donné ont vu récemment le jour. (11,13-15)

Dans l'ensemble des initiatives de soins qui sont apparues afin de lutter contre la désertification médicale, une association nous a particulièrement interpellés. Elle a vu officiellement le jour de manière discrète en 2022 sur le territoire d'Ajain dans la Creuse.(16) Elle s'est fixée pour but de lutter contre le manque de médecins d'un territoire rural et en souffrance, en rendant accessible une permanence de soins par l'intermédiaire de la création d'un centre ne fonctionnant que par l'intervention volontaire de praticien sur une très courte période donnée.

Les médecins qui y participent sont volontaires et ne peuvent y participer qu'une semaine. Cette modalité d'exercice repose exclusivement sur la bonne volonté de tous les statuts possibles de praticiens et uniquement sur le critère du volontariat participatif.

L'objectif de cette thèse est ainsi de rendre compte des motivations qui poussent les médecins généralistes français à participer à cette association.

Pour ce faire nous avons eu recours à la méthode qualitative d'analyse de données collectées auprès de médecins ayant participé à cette association.

Nous répondrons à la question de recherche, à savoir :

Quelles sont les motivations des médecins qui participent à l'association médecins solidaires ?

I. Contexte de la recherche

I.1. Présentation de la situation sanitaire en France

La justice sociale est une question de vie ou de mort.(17)

I.1.1.L'accès aux soins

L'accessibilité aux soins, dans ses dimensions géographiques, financières ou sociales, constitue un élément primordial de la performance des systèmes de soins et de santé. Les soins primaires, appelés en France « soins de premiers recours » ou « de proximité », constituent un maillon essentiel de cette accessibilité. (1)

I.1.2.La perte de soignant

Selon le conseil de l'Ordre des médecins, la médecine générale est la spécialité médicale qui a le plus perdu de médecins actifs entre 2010 et 2022. (3) Le nombre de médecins généralistes en France a baissé de 11% depuis 2010 et la diminution annuelle moyenne est de 0,94%. (3,4) (Figure 1)



Figure 1 : Evolution de l'effectif des médecins généralistes en activité régulière depuis 2010. (6)

En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir, d'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. (6)

Dans ce contexte de baisse probable du nombre de médecins généralistes de premier recours, l'accessibilité moyenne à ceux-ci va diminuer dans les prochaines années. Néanmoins, l'évolution des inégalités d'accès n'est pas complètement prévisible car elle dépend également des lieux d'installation des nouveaux médecins et des lieux de résidence de la population. (2)

I.1.3.Les répartitions des soignants

La question centrale en matière d'accès aux soins n'est donc pas seulement celle du nombre de médecins mais bien celle de leur répartition sur le territoire national. (1) (Figure 2)

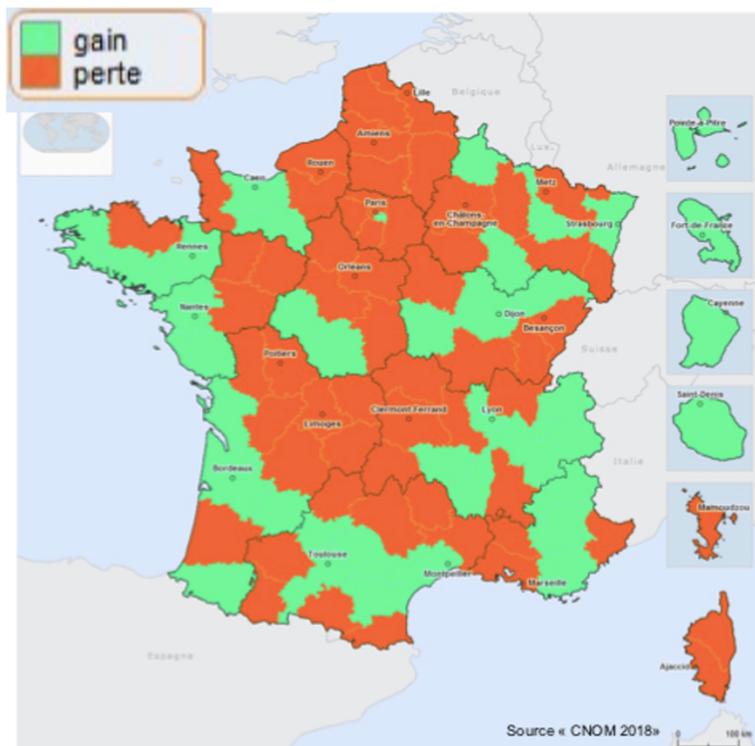


Figure 2 : Départements qui gagnent ou perdent des médecins généralistes en activité régulière entre 2017 et 2018.

8 % de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes, au sens d'une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant. (2)

I.1.4. Le retentissement sur le soin

Près de 80 % des médecins généralistes indiquent avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients et la moitié déclarent que ces difficultés ont un impact sur leur pratique. Ces difficultés sont plus marquées en zone sous-dense : 84 % déclarent avoir du mal à répondre aux sollicitations et 57 % d'entre eux estiment que cela a un effet sur leur pratique. (6)

Dans leur pratique quotidienne, 77 % des médecins généralistes sont confrontés à des difficultés pour trouver des confrères spécialistes en mesure de prendre en charge leurs patients. Ces problèmes d'accessibilité aux spécialistes sont pour partie liés à la distance ou au coût des consultations, mais surtout aux délais d'obtention de rendez-vous :

- 98 % des médecins généralistes rencontrant des difficultés d'adressage peinent à trouver un rendez-vous dans un délai raisonnable,
- 31 % à trouver un confrère à distance raisonnable
- et 31 % à trouver une prise en charge à des tarifs accessibles. (6)

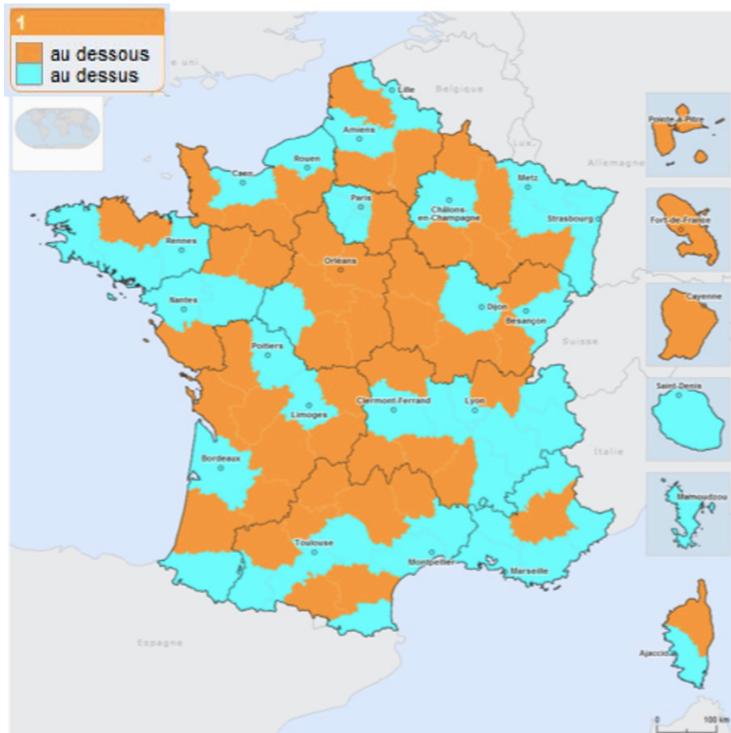


Figure 3 : Positionnement des départements par rapport à la médiane en termes de densité de médecins spécialistes médicaux en activité régulière. (6)

Par exemple, voici la carte de la variation des densités de spécialistes chirurgicaux entre 2010 et 2018 en pourcentage et en activité régulière. (5)

Nous pourrions fournir ce même type de carte pour chaque spécialité médico-chirurgicale dont la pratique de la médecine générale peut avoir recours dans le suivi de la patientèle, mais notre propos deviendrait inapproprié et lourd.

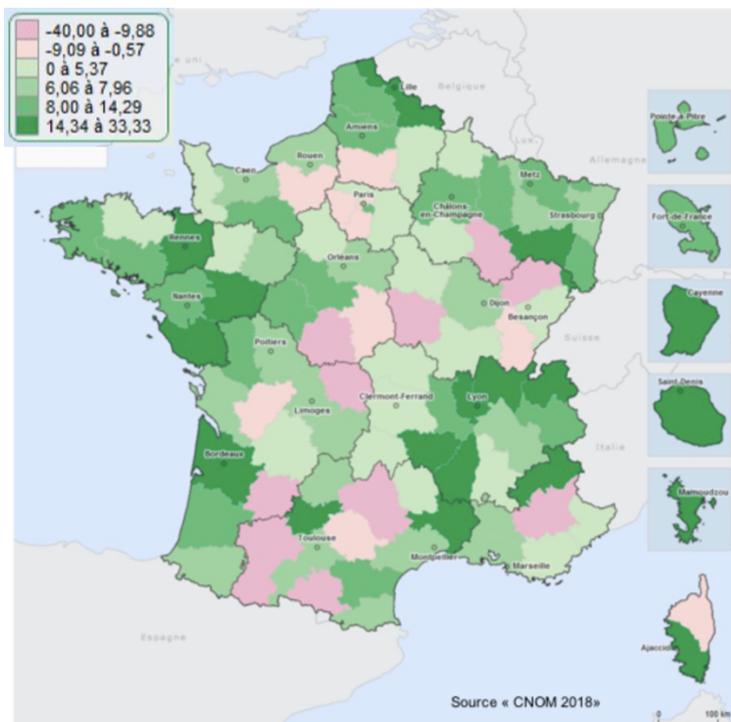


Figure 4 : Variation des densités de spécialistes chirurgicaux entre 2010 et 2018 (%) en activité régulière.

En France, entre 2010 et 2018, le nombre de médecins généralistes en activité régulière a diminué de 7% et devrait continuer à baisser jusqu'en 2025. (18)

Une diminution de plus de 2000 médecins généralistes est attendue d'ici 2025, point critique envisagé de la démographie médicale. (3,4,8) (Figure 5)

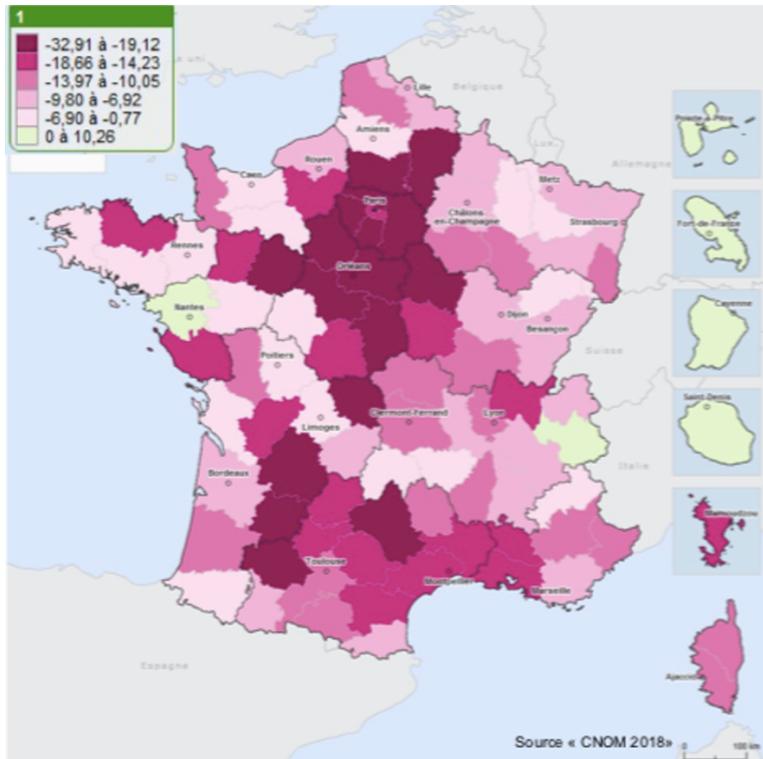


Figure 5 : Variation des densités départementales de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018 (%). (6)

I.1.5. Tendence démographique

Cette tendance devrait entrer dans une phase de plateau et non plus de chute démographique puisque pour la France, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) estime que la densité médicale standardisée retrouvera son niveau actuel en 2035. (9)

A cette baisse de densité médicale s'ajoutait une inégalité de répartition des médecins libéraux sur le territoire, concentrés en zones urbaines et littorales, aux dépens des zones rurales et suburbaines. (18) (Figure 6)

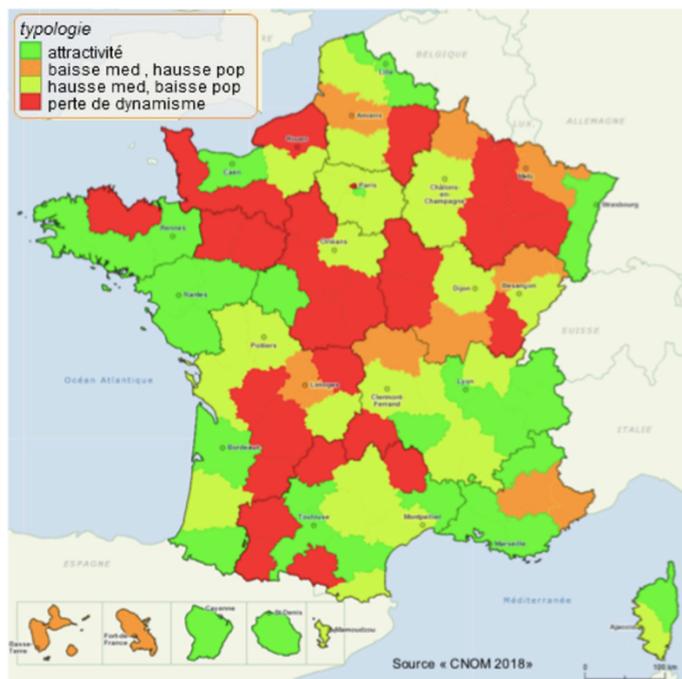


Figure 6 : Typologie des départements selon l'attractivité ou bien la perte de dynamisme. (6)

I.1.5.1. Effets de loupe

Les inégalités de répartition dans les territoires sont d'autant plus visibles que l'offre médicale semble déficitaire. (19,20)

I.1.5.2. Moins de soignants, plus de soignés

Parallèlement à ce constat de baisse de la démographie médicale, une hausse de la demande de soins de la population est d'ailleurs constatée.

Cette situation augmente la tendance à l'appauvrissement d'offre en soin.

Sur la période 2012-2015, on observe une légère augmentation de la population située en-dessous de ce seuil (*accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant*), mais l'accessibilité des zones qui étaient en-dessous du seuil en 2012 s'est très légèrement améliorée. Si l'on prend en compte les trois principaux points d'entrée du système de santé ; à savoir les médecins généralistes, les pharmacies et les services d'urgences ; environ 0,5 % de la population cumule des difficultés d'accès aux trois. De même, les difficultés d'accès aux médecins généralistes et aux services d'urgence, qui concernent respectivement 8% et 6% de la population, ne se cumulent que dans des cas minoritaires. (2)

I.1.5.3. Évolution horaire de la pratique médicale

Les modifications de mode d'exercice des jeunes médecins généralistes s'associent à une réduction du volume horaire de travail. Parallèlement, la demande de soins augmente avec la croissance de la population générale, son vieillissement et l'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques. (3,4,8,21)

I.1.5.4. Vieillissement de la population et maladies chroniques

Des changements démographiques et épidémiologiques modifient les besoins de santé : la population vieillit, souffre de maladies chroniques et souvent de multimorbidité (co-existence de plusieurs maladies chroniques), nécessitant de plus en plus de soins.(22)

En 2017, l'espérance de vie a atteint une moyenne supérieure à 80ans. (23,24)

En France, environ 35% des personnes de plus de 75ans prennent au moins 10 médicaments différents par jour. (23,25)

Cette tendance est confirmée du fait que depuis les années 1990, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques a représenté un défi pour l'organisation des soins primaires. (18)

Cette organisation, qui était fondée essentiellement sur un exercice libéral isolé, était adaptée à la prise en charge curative de maladies aiguës. (7)

Le médecin généraliste a une place privilégiée dans cette prévention de la surmédication lors des consultations de suivi de maladies chroniques qui représentent 21,3% de son activité. (23,26)

I.1.6. Un devenir incertain

La question de la démographie médicale a quelque chose d'irritant, qui tient en particulier à la légèreté avec laquelle on vient de passer, en moins de dix ans, entre 2000 et 2010, d'un discours alarmé sur la pléthore médicale à des propos alarmistes sur la pénurie. (27)

Face à cette transition, l'organisation des soins primaires français est en restructuration depuis plusieurs années.

L'offre médicale évolue :

la médecine générale se féminise,

des maisons de santé se développent,

les jeunes installés travaillent différemment de leurs aînés, tant en volume journalier qu'en volume annuel. (19,21,28)

Pour finir cette première partie sur la situation sanitaire en France, la figure 7 présente de manière synthétique la situation démographique médicale de la France au 1^{er} janvier 2018. (5) (Figure 7)

198 081 Médecins en activité régulière

♀ **47%**

♂ **53%**

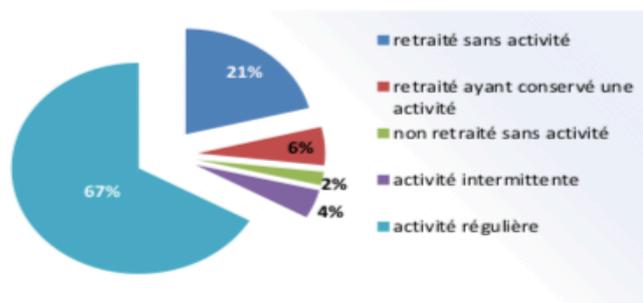
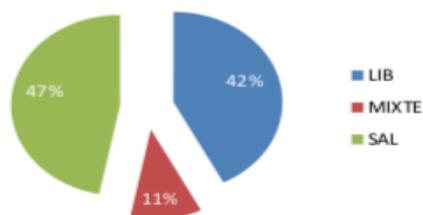
👤 **51 ans** (Âge moyen)

Âge mini 47 ans pour l'Ille-et-Vilaine

Âge maxi 55 ans pour la Creuse

dans 11 départements, **plus de 50%** des médecins actifs réguliers sont des femmes

67% des médecins inscrits sont en **activité régulière** (soit 11.3 points de moins qu'en 2007 et 1.3 points de moins depuis 2017)



Des déséquilibres territoriaux importants

Densité régionale : (pour 100 000 hab.)

Moyenne : 270

Min : 185 (com.)

Max : 344 (paca)

Depuis 2010 (effectifs en valeurs absolues)

Médecine générale - **7 %**

Spécialistes médicaux + **3 %**

Spécialistes chirurgicaux + **8 %**

Depuis 2017 (effectifs en valeurs absolues)

Médecine générale - **0.4 %**

Spécialistes médicaux + **0.4 %**

Spécialistes chirurgicaux + **0.8 %**

Figure 7 : Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1er Janvier 2018.

I.2. Situation sanitaire française et solutions envisagées

I.2.1. Déserts médicaux

La notion de désert médical recouvre un vaste champ qu'il est nécessaire d'analyser car ce terme est issu du langage médiatique, où cette expression s'est imposée dans le débat public mais fonctionne toujours essentiellement comme une métaphore saisissante, qui ne se réfère à aucun contenu concret : bien que le terme soit répandu, la question de ce qu'est ou serait un désert médical ne connaît pour l'heure aucune réponse consistante et partagée. (2)

Afin de définir un désert médical il nous faut recourir à deux notions clefs :

L'accessibilité aux soins

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée

I.2.1.1. L'accessibilité aux soins

La notion d'accessibilité aux soins n'est pas homogène par définition car les soins primaires répondent à des missions d'accessibilité, de continuité, de globalité, de coordination des soins, d'orientation dans le système de soins et sont dispensés par des professionnels de santé comme les médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes. (1)

La notion d'accès aux soins couvre *a priori* un champ extrêmement large, incluant des obstacles de natures très diverses : aspects spatiaux/physiques, contraintes économiques, considérations temporelles et organisationnelles, dimensions sociale, symbolique et culturelle – diversité que reflètent les multiples variables intégrées aux modèles économiques visant à évaluer « l'équité » de l'accès aux soins dans un système de santé donné.(2)

Présupposant l'identification d'obstacles, la notion d'accès aux soins pose ainsi deux questions.

D'une part, il s'agit de savoir quelles réalités sont considérées comme des obstacles à l'accès, c'est-à-dire comme difficultés non légitimes, non justifiées.

D'autre part, il s'agit de déterminer quel niveau d'effort est considéré comme acceptable pour recourir aux soins.

Ces deux questions reflètent le caractère éminemment normatif de la notion d'accès aux soins : il s'agit de juger, d'évaluer, d'apprécier l'acceptable et l'inacceptable, à l'aune de valeurs sociales et politiques. (2)

I.2.1.2. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée

Ces inégalités d'accès sont complexes à mesurer.

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permet de tenir compte conjointement de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale, mais aussi de l'âge de la population et de l'activité des médecins.(2)

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée constitue ainsi un nouvel outil de mesure de l'accès aux soins, qui enrichit les perceptions classiques de l'offre de médecins généralistes libéraux en France, fondées sur les indicateurs d'accessibilité usuels tels que la densité par bassin de vie ou le temps d'accès au médecin le plus proche. (10)

Grâce à ces deux notions nous avons pu constater que la notion de désert médicale se doit d'être définie pour tous les territoires individuellement. Pour cela nous préférierions dire au lieu de désert médical, la notion de « les déserts médicaux » pour définir un besoin donné dans un territoire défini. Car après une définition, il se doit d'aboutir à une résolution.

I.2.1.3. Lutte politique contre les déserts médicaux

Pour lutter contre ces zones géographiquement pourvoyeuses d'inégalités d'accès aux soins de nombreuses politiques sanitaires ont été créées :

augmentation du numerus clausus,
incitations financières à l'installation,
développement de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
ou plus récemment la télémédecine. (11,12)

I.2.1.4. Lutte médicale contre les déserts médicaux

D'autres initiatives existent telles que les médecins correspondants SAMU.
Ce sont des médecins de premier recours (80,2% étaient des médecins généralistes ambulatoires) volontaires, avec un équipement adapté à l'aide médicale urgente. (29–31)

Sur le plan légal, le médecin correspondant SAMU constitue un relais en attendant l'arrivée d'un SMUR qui est déclenché simultanément. (31,32)

En 2012, un décret introduit une dérogation pour l'accord de création d'unités médicales mobiles (UMM) selon un programme. (11), (33)

Les médecins généralistes par leur position spécifique d'interface de premier recours entre la population générale et le système de santé, sont souvent considérés par les autorités de santé comme les « pivots » des parcours de soins. (34)

I.2.2. L'écueil historique de la mobilité et de la médecine

Des initiatives nouvelles qui visent à transformer l'accès aux soins.
Limitations à la pratique mobile de la médecine.

I.2.2.1. La médecine foraine

La médecine foraine est un exercice libéral de sa profession par un médecin qui donne des consultations en plusieurs endroits autres que son cabinet habituel (tel qu'il a été déclaré à la préfecture et au conseil départemental de l'Ordre des médecins) et en dehors d'établissements de soins ou des domiciles de ses malades.

L'exercice de la médecine foraine est interdit par le code de déontologie. (35)

Déjà utilisée lors de la création de l'Ordre national des médecins en 1947, « médecine foraine » est une expression encore présente aujourd'hui dans le code de déontologie médicale. Cette recherche historique s'intéresse à l'origine de cette expression et aux raisons de son interdiction. Le mot « foraine » fait référence aux foires et marchés sur lesquels travaillaient les charlatans. La presse médicale du XIX^e et du début du XX^e siècle a relayé la dénonciation des pratiques itinérantes dignes des charlatans. Certains de leurs collègues ont effectué de véritables tournées médicales. Le manque de qualité des soins, le manque de suivi et la concurrence déloyale ont motivé cette dénonciation. Cela a conduit à l'interdiction d'un tel exercice dans le code de déontologie.

I.2.2.2. Vers une fin de la notion de médecine foraine

En 2012, un décret a assoupli cette interdiction pour permettre aux médecins d'exercer dans des unités mobiles dans les zones de pénurie de soins.

L'expression médecine foraine reste cependant officielle (article 74 du code de déontologie médicale). (36)

Dans les territoires en difficulté médicale, on assiste aujourd'hui à l'émergence de solutions nouvelles, qui misent non pas sur l'installation « à tout prix », mais sur la mobilité des professionnels de santé, installés dans une zone attractive mais susceptibles d'assurer une présence à temps partiel en zone sous-dense.

Le mode d'exercice mobile pourrait permettre de lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins. (11)

Cette activité décentralisée peut prendre plusieurs formes :

cabinets secondaires des médecins libéraux,
consultations avancées,
antennes d'un centre de santé
ou encore médecine itinérante. (13)

Les soins primaires se redéfinissent comme des soins accessibles et de proximité répondant aux besoins de santé de façon globale et centrée sur la personne et son environnement, et assurant coordination et continuité de soin. (37), (38)

I.2.2.3. Le mammobile : mobilité et un type de soin

Un cas particulier de structures mobiles de soins est le « mammobile ».

Il s'agit de structures mobiles utilisées dans des campagnes de dépistage (mammographie de dépistage du cancer du sein) ou pour l'accès aux soins de populations vulnérables et éloignées des centres de soin. (11,14,15)

Les programmes de mammographie mobile peuvent permettre de réduire de nombreux obstacles au dépistage organisé du cancer du sein sous réserve de trouver des ressources et des financements adaptés.

Face à ce constat, il apparaît nécessaire d'étudier les nombreux freins probables avant de mettre en place de tels programmes, notamment financiers et organisationnels (rotations, trajets, équipes, matériels). (14)

Il existe d'autres références dans la littérature s'intéressant aux initiatives collectives de lutte contre les déserts médicaux. (39,40)

I.2.3. Soins primaires et gestion de la crise sanitaire

Les soins primaires sont accessibles, de proximité, répondant aux besoins de santé de façon globale et centrée sur la personne et son environnement. (37,38)

L'organisation de soins premiers évolue pour optimiser les parcours de soins du patient avec par exemple l'installation de professionnels de santé en groupes d'exercice coordonnée. (41)

L'expression « soins primaires » est souvent mobilisée de façon plus limitative et opérationnelle, dans une perspective d'organisation du système de soins dans son ensemble. Dans ce cas, la notion de « *primary care* » a tendance à se restreindre aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires.

Les soins primaires renvoient alors le plus souvent aux notions de premier recours, d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins en lien avec les autres secteurs.

Les médecins généralistes en sont en général des acteurs essentiels bien que d'autres professionnels, notamment les infirmiers, peuvent également y être impliqués.

En France, la réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004, la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale, la territorialisation croissante des politiques de santé, ainsi que la définition des soins de premiers recours par le projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires peuvent être interprétés comme autant de témoins d'un processus de réorganisation du secteur ambulatoire selon les principes des soins primaires. (42)

Le concept de « soins primaires » est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. (42)

1.2.4. Un modèle sanitaire parmi d'autre

Dans les pays développés, trois modèles types d'organisation sont recensés :

le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ;

le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni)

et le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada).(42)

1.2.5. L'évidence de l'intérêt d'une présence médicale

Au-delà de tous les modèles de soins, une notion apparaît comme la seule essentielle :

la présence de médecins pour soigner des patients.

Ce constat n'est pas totologique mais pragmatique.

Seul un médecin peut soigner un patient puis découle les soins kinésithérapeutiques, infirmiers, etc.

De toutes ces modalités d'accès aux soins, il est nécessaire de ne pas perdre de vue le soin à apporter à la population. Pour ce faire, la médecine générale est la ressource première et essentielle. (43)

Un rôle central de la discipline est d'apporter une assistance aux patients et donc de les protéger des risques consécutifs aux dépistages, examens et traitements inutiles, et de les guider à travers la complexité du système des soins de santé. (43)

La médecine générale s'occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie, et non d'une pathologie impersonnelle ou d'un cas.

Le patient est le point de départ du processus.

Il est aussi important de comprendre comment le patient fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même.

Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins. (43)

Le but est d'arriver à une compréhension mutuelle et à des décisions partagées. (44)

Ceci, afin de clarifier les trois principaux enjeux potentiels :

la nature et la sévérité du problème (sa définition),

les solutions possibles

et, enfin, le rôle de chacun (patient et médecin). (44)

Au final, on perçoit combien l'organisation des soins premiers répond à des situations de soins de plus en plus complexes. (41,45,46)

I.2.6. Relations et soins des patients

Des décisions thérapeutiques sont prises lors de chaque consultation. (47)

En 2022, le collège de la médecine générale a publié des recommandations visant à tenir compte des déterminants sociaux de la santé à l'aide d'un recueil dans quatre domaines pendant la consultation :

- la vie socio-affective du patient ;
- sa vie professionnelle ;
- son environnement de vie ;
- son accès et son parcours de soins. (48)

Les parcours de soins intégrés personnalisés des personnes âgées fragiles sont associés à une réduction des hospitalisations évitables, à une meilleure adaptation des soins à domicile et à une meilleure perception du soin par les patients. (49)

En tant que métier du soin, l'excellence que l'on est en droit d'attendre de la médecine générale s'énonce ainsi : « donner des soins humains de qualité ». (50)

Le médecin généraliste rencontre les trois dimensions impliquées dans tout travail et s'investissant dans cinq domaines :

- le respect de soi, de ses propres convictions ou limites ;
- la relation avec le patient et ses proches ;
- la maîtrise du savoir scientifique ou techno-scientifique de son époque ;
- la collaboration et parfois la coordination des soins avec d'autres professionnels ;
- et enfin ses responsabilités vis-à-vis de la société et de l'environnement.

Par son rapport à la nature et au monde, le médecin généraliste doit viser à renforcer le bien commun dans une approche globale et durable. (50)

Pour la médecine générale, les normes peuvent servir de levier pour se pencher à la fois sur la discipline, et sur le médecin généraliste en tant qu'acteur social. La formulation "La médecine générale face aux normes" souligne d'emblée que la discipline est confrontée à des normes diverses en particulier médicales, sociales, ou juridiques. (51)

Tout ce côté relationnel qui caractérise la nature même du métier de généraliste, *personne mettant ses compétences de soins au service d'un patient*, est la matière inéluctable qui a permis l'émergence de l'initiative à la base de l'association Médecins Solidaires.

I.3. L'association Médecins Solidaires

L'association Médecins Solidaires est une association de loi 1901 à but non lucratif co-fondée en 2022 par le Docteur Martial Jardel et l'association Bouge ton coQ ! qui a pour objet principal de redonner un accès aux soins de santé primaires aux populations en zones rurales sous-denses.(16)

« Médecins Solidaires » est défini comme un mouvement citoyen et médical qui s'appuie sur une innovation organisationnelle : le Temps Partagé Solidaire.

Une réaction pragmatique de cette jeune association face à la désertification médicale car si "nous ne pouvons pas demander beaucoup (l'installation) à peu, nous pouvons demander peu (1 semaine par an) mais à beaucoup de médecins.

Elle vise à créer une véritable force d'action médicale collective, en invitant tout médecin généraliste motivé et en capacité d'exercer, jeune ou retraité, à consacrer une semaine ou plus de son emploi du temps aux consultations dans les centres de santé Médecins Solidaires.

« Une semaine pour soigner nos villages » : telle fut la naissance du slogan de l'association.

La famille de médecins prend le relai du médecin de famille.(16)

Les fondateurs ont réalisé un site internet détaillé avec diverses thématiques abordées.(16)

Cette association a pour but de relever trois missions préalablement définies :
redonner l'accès aux soins ;
créer un flux de médecins ;
rallumer la flamme collectivement.(16)

Cela est résumé dans le schéma suivant :



Figure 8 : Présentation synthétique des missions de l'envergure de l'association Médecins Solidaires. (16)

Au-delà de tout autres constats et d'analyses de la structuration du projet médecins solidaires, nous avons voulu réaliser cette thèse en nous intéressant aux médecins généralistes qui ont participé à cette association.

I.4. Justification de l'étude

Nous voyons toute la pertinence de notre propos dans le fait que cette initiative solidaire structurée en association se base sur la participation des médecins généralistes français sans aucun moyen contraignant mais uniquement sur leur participation volontaire.

Nous avons donc envisagé cette thèse sous forme qualitative dans le but de comprendre ce qui motive les médecins généralistes à participer à ce mouvement novateur.

Cette participation étant vitale au bon fonctionnement de cette association, qu'est-ce qui fait que des médecins généralistes vont y participer ?

II. Matériel et Méthode

II.1. Type d'étude

Nous avons fait le choix de mener une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Celle-ci repose sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens individuels semi dirigés auprès des médecins participants à Médecins Solidaires.

II.2. Matériel

Le choix de la population étudiée a été fait sur la base de médecins ayant participé au planning des consultations durant au moins une semaine sur l'un des sites de Médecins Solidaires.

Les critères d'inclusions étaient liés à la participation des médecins à l'association mais aussi sur le volontariat des médecins de participer à la thèse.

Le recueil des candidats a été effectué grâce à un message à réponse libre sur un groupe du collectif Médecins Solidaires.

Vingt-et-un médecins ont été sélectionnés.

La prise de contact avec les futurs participants nous a permis d'établir un agenda de visio-conférence téléphonique.

Dix-huit entretiens ont eu lieu au téléphone, un s'est déroulé en présentiel et deux entretiens ont eu lieu en visio-conférence et simultanément.

Les données ont été collectées entre le 21 Juin 2024 et le 02 Septembre 2024.

Chaque entretien a été mené par l'investigateur principal.

II.2.1. Question de recherche.

La question de la recherche était de savoir :

Quelles étaient les motivations des médecins à participer aux consultations dans un centre de l'association française Médecins Solidaires ?

II.2.2. Pré-recueil

Le pré-recueil a été établi avant le guide d'entretien.
Il est détaillé en Annexe 1.

A chaque entretien l'investigateur principal a posé plus de 11 questions d'ordre démographiques.

Dans ce pré-recueil soumis aux participants, les questions portaient sur :

L'âge

Le sexe

La situation familiale

La localisation de l'exercice principal de la médecine

La flexibilité liée à l'exercice quotidien

Le mode de transport professionnel quotidien

Le temps moyen de transport domicile-travail
La distance du lieu d'exercice par rapport à l'association médecins solidaires
Le niveau de satisfaction à l'exercice de la médecine
Les principales motivations à l'exercice de la médecine
Les principales difficultés rencontrées au travail

Des indications de réponses étaient fournis afin de permettre de comprendre le sens de la question. Ces indiçages n'avaient pas lieu de réponse, seul les participants décidés quoi répondre.

Une dernière question brise-glace était le lien entre le questionnaire pré-recueil et le passage du guide d'entretien à savoir : comment vous caractérisez-vous ?
Cette question personnelle n'a pas été travaillé dans la suite de la thèse.
Sa seule utilité était de pouvoir briser la glace entre l'aspect formel et démographique d'avec le passage du guide d'entretien personnel.
De plus cette question brise-glace permettait une meilleure communication entre les médecins et l'investigateur principal.

II.2.3. Le guide d'entretien

Réalisé en amont des entretiens le guide d'entretien a été conçu de manière collégiale relu et corrigé par un PA de Médecine générale et avec l'aimable participation d'un MCA de Médecine générale.

Il a été testé sur cinq médecins puis approuvé par les médecins experts en recherche qualitative sus-mentionnés.

Ce guide d'entretien permettait un vaste champ d'expression par l'intermédiaire de ses questions ouvertes.

Chaque participant a pu exprimer son point de vue sans jugement ni orientation par l'interlocuteur.

La question supplémentaire était le lien entre le pré-recueil et l'entretien.

L'entretien comprenait un ensemble de 6 questions ouvertes.
Il est détaillé en Annexe 2.

II.2.4. Entretiens individuels

Chaque créneau d'entretien a été défini au préalable selon la disponibilité des participants. L'appel a ensuite été émis par l'investigateur principal et anonymisé simultanément par l'utilisation d'un code adéquat et anonyme.

La veille de l'appel un message de rappel a été envoyé aux différents participants.

Chaque entretien a été enregistré sur dictaphone puis détruit après retranscription écrite et anonymisée par code. Le but était de rendre de la manière la plus fidèle la nature et le déroulé des différents entretiens.

Avant de débiter chaque entretien le déroulé d'intervention était exposé.
L'anonymisation des données collectées était explicitement affirmée.

II.3. Protection des données :

Les enregistrements audio anonymisés par code ont été retranscrits *in integrum* et ont ainsi constitué l'ensemble des *verbatim* (Annexe 4). Une fois la retranscription réalisée par l'investigateur principal, les enregistrements audios étaient détruits.

Les différentes mesures d'anonymisation font qu'aucun participant n'était identifiable suite à la transcription des *verbatim* et des questionnaires démographiques.

Chaque *verbatim* a pu être analysé.

Toutes données nominatives ont été supprimées selon les recommandations de la déléguée à la protection des données de la Direction du Système d'information de l'Université de Limoges.

À la demande de la déléguée à la protection des données personnelles, le choix de la localisation a été le plus vaste possible.

Enfin devant l'aspect totalement anonyme du traitement des données, de la destruction des enregistrements et de l'aspect généraliste des questions posées ne permettant pas l'identification d'une personne en particulier, il a été décidé de ne pas avoir recourt à un comité d'éthique.

II.4. Méthode :

Il aura fallu trier l'ensemble des données pour ne pas alourdir les résultats et sans pour autant supprimer de valeurs ajoutées à la résolution de la question.

Tout cette démarche a reposé sur de multiples concertations avec l'investigateur ressource.

Par exemple les données relatives aux villages étaient les plus contraires à l'anonymat. Par souci d'équité et de concision les régions ont été retenues pour seul lieu d'exercice identifiable.

II.5. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisées sur le logiciel N Vivo 15.

II.5.1. Analyse descriptive

Chaque *verbatim* a abouti à la réalisation d'un codage ouvert.

Chaque nouvelle idée étant source d'un nouveau code.

Ce code a pu être repris lors de chaque nouvelle apparition dans le déroulé du *verbatim*.

Ainsi chaque code était sourcé à chacune de ses apparitions dans l'ensemble des entretiens.

L'analyse a été réalisée par l'investigateur principal puis confirmée par l'investigateur ressource au travers de multiples entretiens.

La méthode qualitative a permis le recours à la triangulation des données.

Le codage a été réalisé en double au début.

La saturation des données collectées a été établie.

II.5.2. Analyse axiale

Les codes descriptifs retenus lors de l'analyse descriptive des *verbatim* ont ensuite pu être regroupés en six thèmes.

Ces thèmes ont été élaborés en concertation afin de pouvoir répondre précisément à la question de recherche.

Cette étape a permis l'expression d'axes liant entre eux différents codes descriptifs en unité de sens.

A l'instar de l'analyse descriptive, cette analyse axiale a été réalisée par l'investigateur principal et confirmé par l'investigateur ressource au travers d'entretiens dédiés.

II.5.3. Analyse matricielle

Cette dernière étape vise à croiser les données descriptives et axiales avec les caractéristiques des différents participants récoltées dans le questionnaire pré-recueil.

Elle a permis la visualisation d'un modèle théorique explicatif.

III. RÉSULTATS

III.1. Description de la population étudiée

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée.

	Lieu d'exercice	Sexe	Localisation	Mobilité de l'exercice	Type d'exercice	Activité seul ou en groupe	Situation familiale	Mode de transport utilisé pour se rendre au travail	Niveau de satisfaction au travail	Principale motivation au travail	Principale difficulté rencontrée au travail	Age	Distance entre le centre de l'association Médecins Solidaires et le lieu de vie
Cases \\008h	Semi-rural	Homme	Pyrénées Atlantiques	Retraité	Libéral	En groupe	Marié	Vélo/M arche	Très satisfaisant	Autre	Solitude	> 60 ans	> à 500 km
Cases \\007g	Rural	Femme	Creuse	Non applicable	Salarié	En groupe	Marié	Voiture	Satisfait	Equilibre vie professionnelle- vie personnelle	Autre	40 à 50 ans	< à 100 km
Cases \\003c	Urbain	Femme	Hauts de France	Installé en cabinet	Libéral	En groupe	Divorcé	Vélo/M arche	Satisfait	Service rendu	Manque de reconnaissance	40 à 50 ans	> à 500 km
Cases \\006f	Rural	Homme	Dordogne	Installé en cabinet	Libéral	Seul	Marié	Voiture	Satisfait	Service rendu	Outil informatique	> 60 ans	de 100 à 500 km
Cases \\20t	Rural	Homme	Nord	Retraité	Libéral	En groupe	Marié	Voiture	Très satisfaisant	Service rendu	Outil informatique	> 60 ans	> à 500 km
Cases \\16p	Semi-rural	Homme	Haute-Saône	Installé en cabinet	Libéral	En groupe	Marié	Voiture	Très satisfaisant	Service rendu	Charge de travail	50 à 60 ans	de 100 à 500 km
Cases \\001a	Rural	Homme	Franche-Comté	Remplacement varié	Libéral	Seul	En couple	Voiture	Très satisfaisant	Equilibre vie professionnelle- vie personnelle	Autre	<30 ans	de 100 à 500 km
Cases \\13m	Semi-rural	Femme	Nord	Remplacement varié	Libéral	Seul	En couple	Voiture	Satisfait	Service rendu	Solitude	<30 ans	> à 500 km
Cases \\002b	Semi-rural	Femme	Loire	Remplacement varié	Mixte	Seul	Célibataire	Voiture	Satisfait	Autre	Manque de reconnaissance	30 à 40 ans	de 100 à 500 km
Cases \\11k	Semi-rural	Homme	Isère	Retraité	Libéral	En groupe	Marié	Voiture	Satisfait	Service rendu	Charge de travail	> 60 ans	de 100 à 500 km
Cases \\12l	Rural	Femme	Gard	Remplacement fixe	Libéral	En groupe	Célibataire	Voiture	Très satisfaisant	Service rendu	Stress	30 à 40 ans	> à 500 km

(Suite)	Lieu d'exercice	Sexe	Localisation	Mobilité de l'exercice	Type d'exercice	Activité seul ou en groupe	Situation familiale	Mode de transport utilisé pour se rendre au travail	Niveau de satisfaction au travail	Principale motivation au travail	Principale difficulté rencontrée au travail	Age	Distance entre le centre de l'association Médecins Solidaires et le lieu de vie
Cases \\009i	Urbain	Femme	Nord	Installé en cabinet	Libéral	Seul	Célibataire	Voiture	Satisfait	Service rendu	Charge de travail	50 à 60 ans	> à 500 km
Cases \\14n 15o	Rural	Homme	Haute-Vienne	Installé en cabinet	Libéral	En groupe	En couple	Voiture	Très satisfaisant	Service rendu	Charge de travail	30 à 40 ans	de 100 à 500 km
Cases \\10j	Rural	Femme	Indre-et-Loire	Remplacement varié	Libéral	Seul	Marié	Voiture	Neutre	Service rendu	Solitude	50 à 60 ans	de 100 à 500 km
Cases \\17q	Urbain	Homme	Haute-Vienne	Retraité	Libéral	En groupe	Marié	Voiture	Très satisfaisant	Autre	Autre	> 60 ans	< à 100 km
Cases \\21u	Semi-rural	Femme	Loire	Installé en cabinet	Libéral	En groupe	En couple	Voiture	Très satisfaisant	Service rendu	Manque de reconnaissance	30 à 40 ans	de 100 à 500 km
Cases \\18r	Semi-rural	Femme	Corrèze	Installé en cabinet	Libéral	En groupe	Marié	Voiture	Très satisfaisant	Service rendu	Charge de travail	50 à 60 ans	de 100 à 500 km
Cases \\004d	Urbain	Femme	Charente Maritime	Installé en cabinet	Salarié	Seul	En couple	Voiture	Très satisfaisant	Service rendu	Charge de travail	50 à 60 ans	de 100 à 500 km
Cases \\005e	Urbain	Homme	Alpes Maritimes	Retraité	Libéral	En groupe	Marié	Voiture	Très satisfaisant	Service rendu	Charge fiscale	> 60 ans	> à 500 km
Cases \\19s	Urbain	Femme	Haute-Vienne	Retraité	Libéral	Seul	Célibataire	Voiture	Très satisfaisant	Autre	Charge de travail	> 60 ans	< à 100 km

Il est remarquable de constater la diversité des profils ayant répondu.

La parité est quasi-parfaite à 11 femmes pour 10 hommes. (Figure 9)

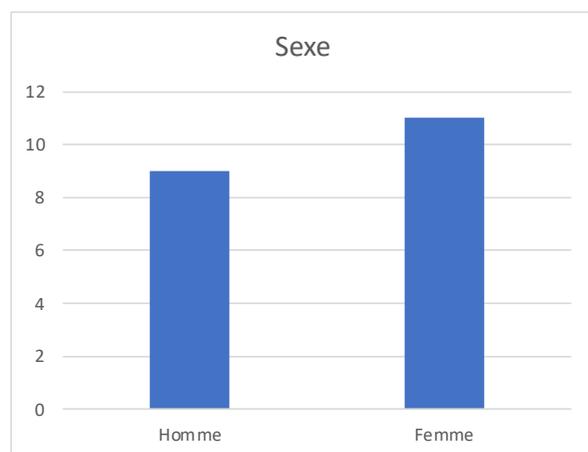


Figure 9 : Données démographiques : sexe des participants.

La majorité des participants étaient âgés de plus de 60 ans. Toutes les tranches d'âge étaient représentées. (Figure 10)

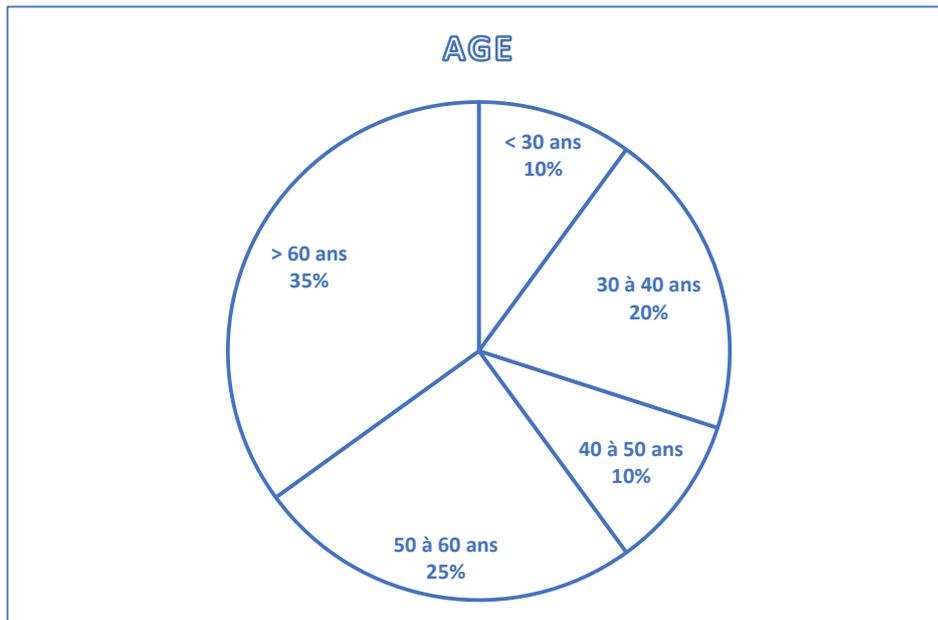


Figure 10 : Données démographiques : âge des participants.

Les trois différents lieux d'exercices étaient représentés, à savoir rural, semi-rural et urbain. Nous avons même eu des praticiens en ultra-centre de très grosses métropoles (par soucis de concision cette donnée n'a pas été retenu et l'appellation urbain a été choisi pour ces cas). (Figure 11)

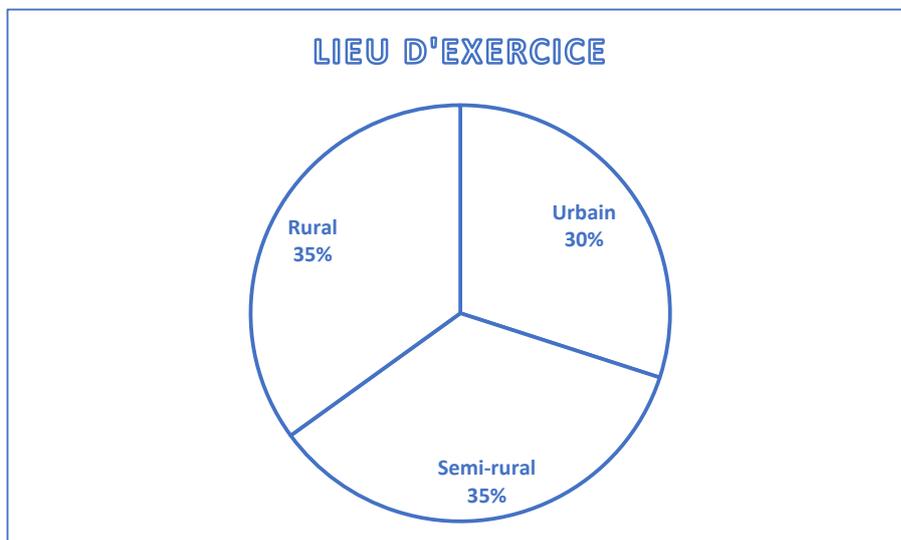


Figure 11 : Données démographiques : lieu d'exercice des participants.

La provenance d'origine des participants était dispersée au travers de toute la France.

La grande majorité des praticiens étaient libéraux. Un rare statut salarié est lié à une pratique en clinique, et un seul statut mixte alliant l'exercice en service hospitalier d'urgence et en cabinet fixe.

Le mode d'exercice a été assez équilibré pour 12 exerçant en groupe médical et 7 exerçant seuls. (Figure 12)

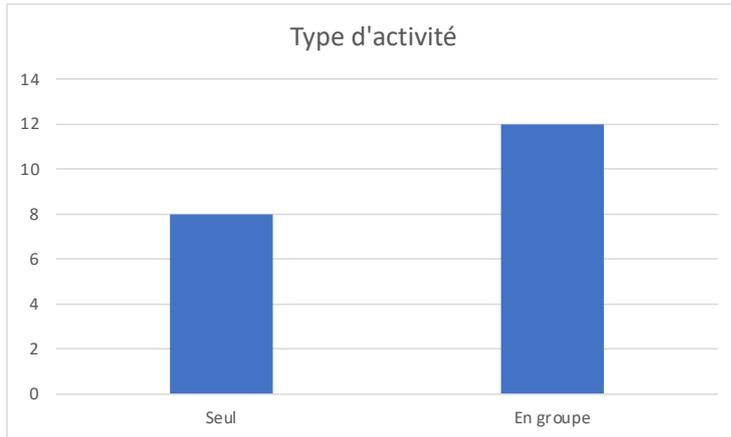


Figure 12 : Données démographiques : type d'activité des participants.

Le mode de transport habituel a été demandé soit 19 praticiens sur 21 se déplacent exclusivement en automobile. Il n'y a pas de distinction entre l'exercice urbain ou de campagne.

Seule une médecin en ultra-urbain ou un médecin retraité utilisent le vélo ou bien la marche, la première par facilité, le deuxième par convenance. Convenance étant liée à son statut de retraité et la proximité de son lieu d'exercice.

La distance entre l'un des centres de l'association et le lieu de vie des médecins a été très fréquemment supérieur à 500 km, ou bien représenté dans l'intervalle de 100 à 500km. La proximité (inférieur à 100 km) était aussi représentée.

Une donnée du recueil démographique nous a particulièrement interpellés, à savoir la satisfaction au travail. Tous les participants étaient soit très satisfaits soit satisfaits de leur travail. Ce niveau de satisfaction particulièrement élevé par rapport à l'exercice de la profession médicale est un indicateur à prendre en compte par rapport à la question de recherche. Nous verrons d'une manière plus approfondie cette donnée dans les résultats matriciels. (Figure 13)

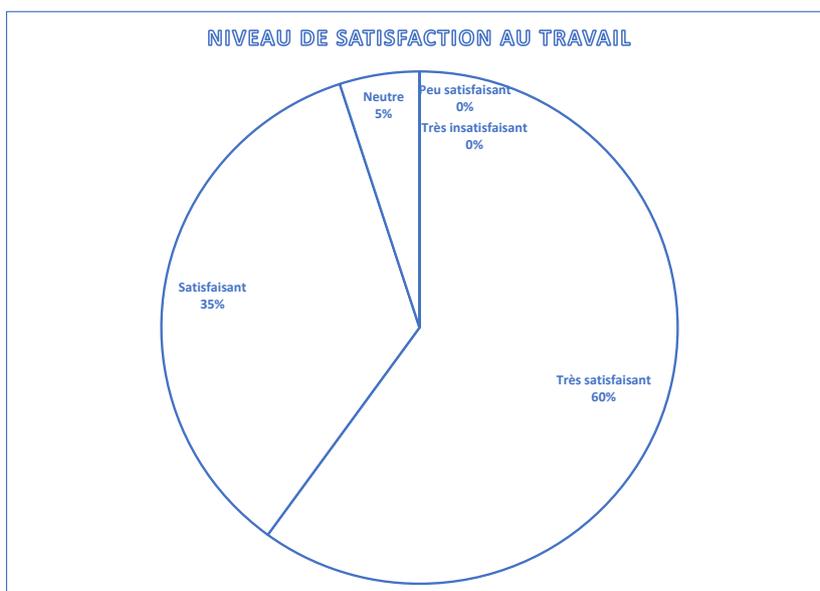


Figure 13 : Données démographiques : niveau de satisfaction au travail des participants.

De même, les motivations étaient particulièrement orientées vers le service rendu aux patients.

L'absence de considération d'argent n'a jamais été choisi par les participants alors même que cela était une des motivations proposées par l'investigateur. (Figure 14)

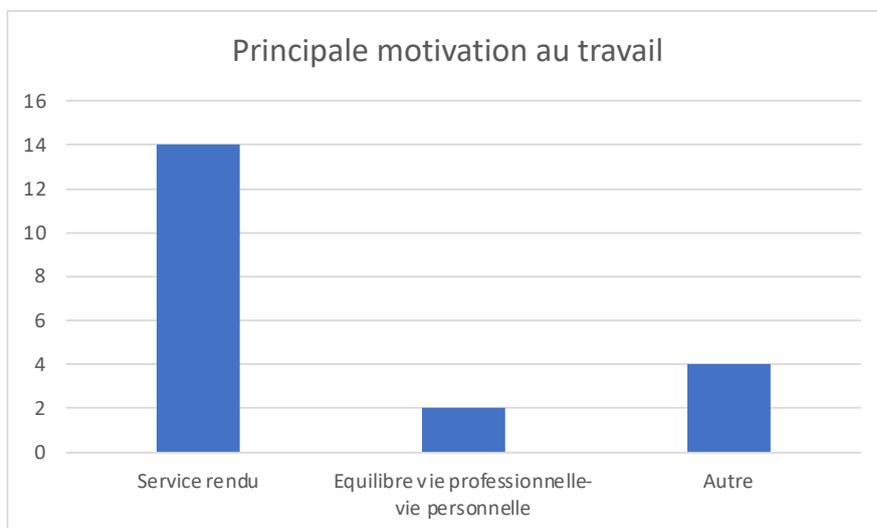


Figure 14 : Données démographiques : principale motivation au travail des participants.

Les difficultés rencontrées dans la pratique de la médecine par l'ensemble des praticiens interrogés étaient suffisamment représentatives et diverses quel que soit le mode d'exercice. (Figure 15)

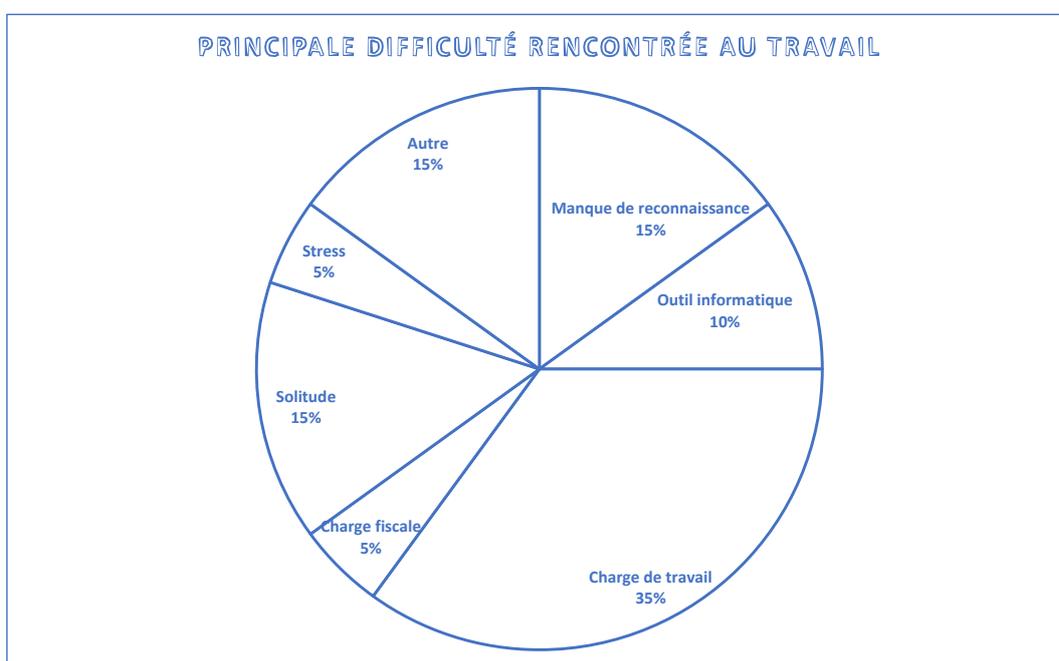


Figure 15 : Données démographiques : principale difficulté rencontrée au travail par les participants.

III.3.Résultat du codage descriptif

L'ensemble du codage du corpus a permis de mettre en évidence 79 codes descriptifs. L'encodage a été orientés par notre question de recherche.

Chacun des codes induit par la démarche de recherche est présenté dans un ordre alphabétique.

Nous les étudierons dans la rubrique suivante selon l'unité de sens des nœuds.

1. Accroche percutante
2. Accueil dans de bonnes conditions
3. Adhésion au sens du projet
4. Apport de solution
5. Attire un certain type de soignant
6. Aucun point négatif
7. Besoin de convivialité
8. Bienveillance
9. Bonne gestion de la communication
10. Bonne opportunité circonstancielle
11. Bon projet
12. Complément de revenus
13. Conditions réunies à un bon environnement de travail
14. Confraternité appliquée à un projet commun de soin
15. Convivialité
16. Création d'une dynamique
17. Décharge administrative
18. Découverte d'une autre manière de soigner
19. Devenir acteur
20. Engagement de courte durée
21. Enrichissement lié à la pratique en commun
22. Envie d'y retourner
23. Étonnement relatif à l'évolution du projet
24. Évidence de l'implication au projet
25. Exercice médical exclusivement centré sur le soin
26. Facile d'accès
27. Faire une parenthèse
28. Fluidité d'y participer
29. Formation d'un collectif
30. Formation préalable à l'exercice dans la structure
31. Générosité
32. Gratitude
33. Humble projet
34. Idée enthousiasmante
35. Importance d'une équipe auxiliaire aux soignants
36. Innovant
37. Interlocuteur accessible
38. La valeur de la solidarité
39. Liberté malgré participation
40. Lutte contre la solitude des médecins
41. Mieux que rien
42. Mission du médecin
43. Multiplication des centres
44. Multiplication des participants au planning des centres
45. Offrir une opportunité de soigner
46. Opportunité d'adhérer à un statut commun quel que soit le mode d'exercice

47. Opportunité d'allier soignants et soignés malgré divergences de contraintes
48. Opportunité de découverte professionnelle et personnelle
49. Originalité
50. Partage d'expérience
51. Participation à une bonne action
52. Patient reconnaissant
53. Permettre l'opportunité de lutter contre les déserts médicaux
54. Plaisir de soigner
55. Prendre soin des patients
56. Prendre soin des médecins
57. Présence d'assistantes médicales
58. Prise de conscience de la réalité des déserts médicaux
59. Plaisir de soigner
60. Profil personnel adéquat au projet
61. Projet attractif
62. Réponse concrète
63. Projet d'harmonisation des pratiques
64. Qualités des soins entrepris
65. Recherche de dépaysement
66. Recherche de projet stimulant
67. Relever un challenge
68. Retour de bonnes expériences
69. Rétribution solidaire
70. Salariat
71. Sensibilité professionnelle à l'accès aux soins
72. Service rendu à la population
73. Se sentir utile
74. Solidarité entre soignant
75. Solution à la désertification médicale
76. Temps de consultation adapté aux besoins du patient
77. Travail avec les assistantes médicales
78. Visible sur les médias-réseaux sociaux
79. Vitrine d'une nouvelle expérience de soins

III.4. Résultat du codage thématique

Par souci de lisibilité chaque code a été mis en gras, chaque verbatim en italique.

Suite à ces codes, la réalisation de 6 thèmes répondant à notre question de recherche a été permise.

La figure suivante appelée soleil est la compaction de l'ensemble des codes sous la dénomination des 6 thèmes découverts. (Figure 17)

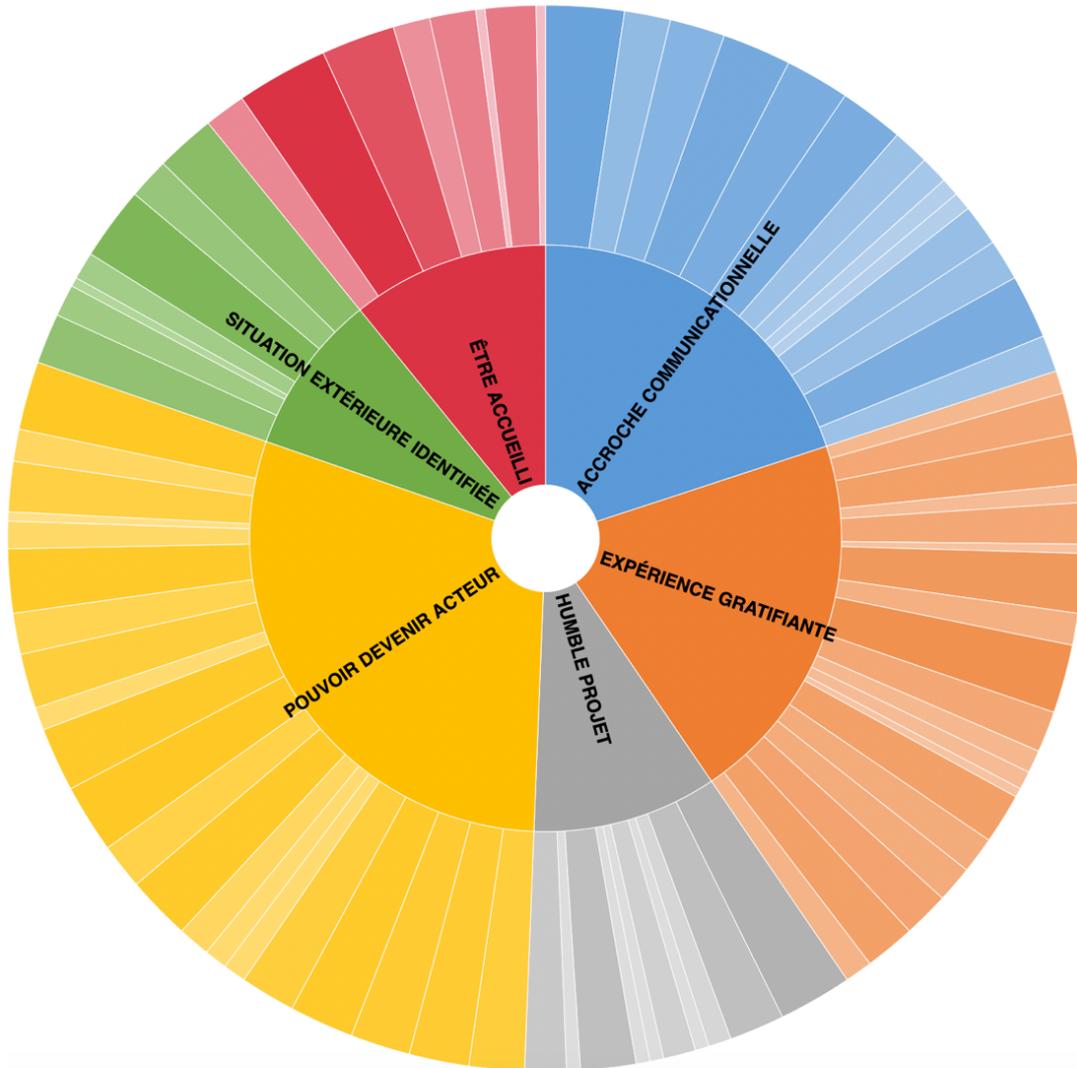


Figure 17 : Compaction de l'ensemble des codes sous la dénomination des 6 thèmes découverts.

III.4.1. **Situation extérieure** de crise sanitaire **identifiée** par les praticiens ayant participé à Médecins Solidaires.

La conscience d'une période et d'une situation de crise était à la base de la réaction en chaîne qui a pour rouage l'association Médecins Solidaires. (Figure 18)

L'ensemble des tableaux sont formés de manière proportionnée aux nombres d'occurrences d'un code sur l'ensemble des verbatims travaillés. Un code couleur lie les thèmes aux codes.

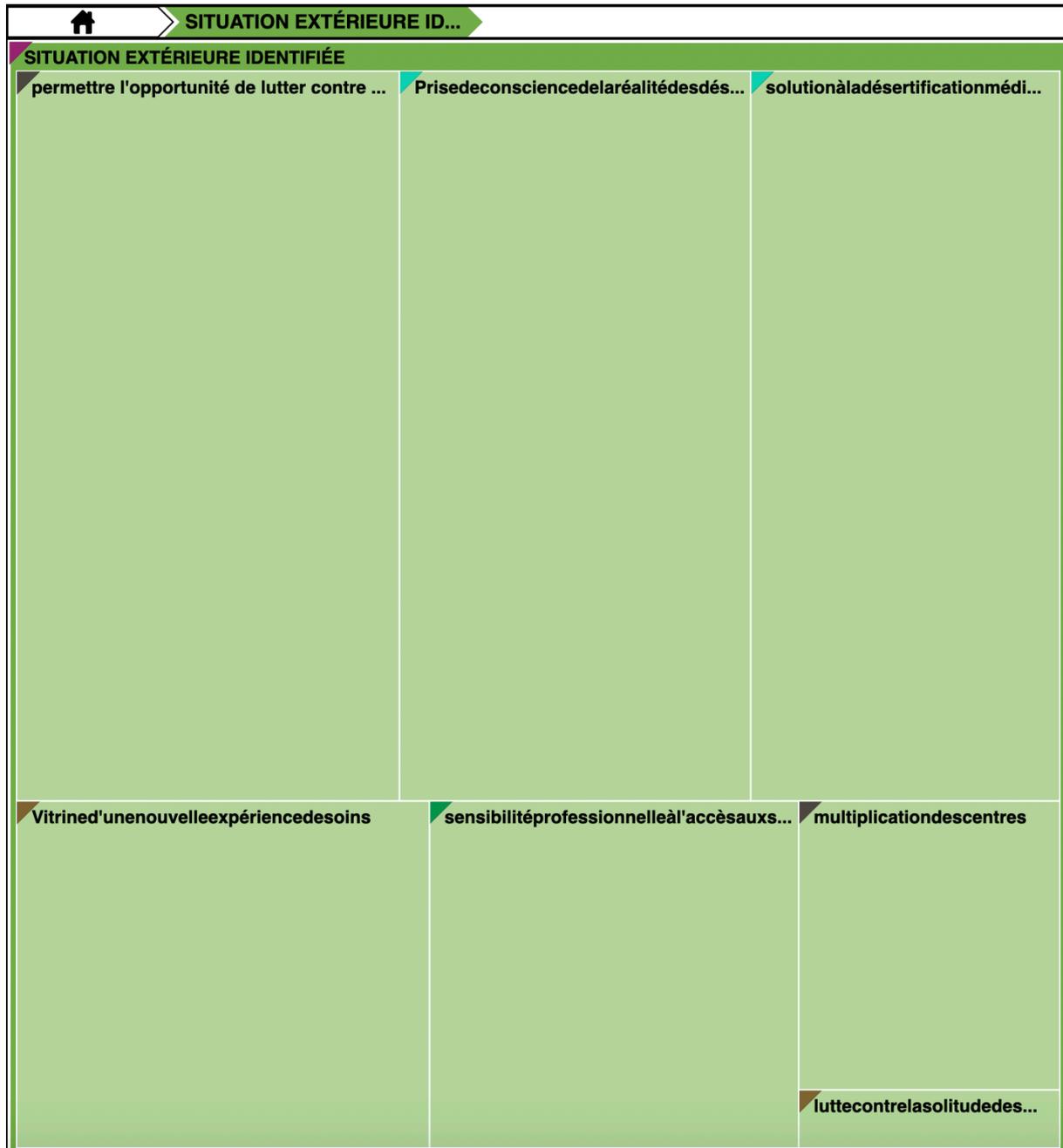


Figure 18 : Thème "Situation de crise Identifiée".

III.4.1.1. Permettre l'opportunité de lutter contre les déserts médicaux

La plupart des réponses données par les praticiens sont orientées par l'**opportunité de lutter contre les déserts médicaux** grâce à l'association.

Afin de « *pouvoir lutter à ma façon, à mon niveau en fait, aux déserts médicaux !* » (007g réf1).

Le besoin de **lutter contre la désertification médicale** venait aussi du fait que les médecins n'y étaient pas tous confrontés et que, de fait, ils n'avaient « *pas la possibilité de répondre concrètement à cette problématique de désertification médicale* » (003c réf8).

Leur participation à l'association leur aurait permis d'y répondre : « *ça fait longtemps que je veux faire de l'humanitaire mais c'est un peu compliqué quand on a des enfants ; et je me suis dit ben voilà c'est, c'est l'occasion d'aller aider un peu plus près.* » (21u réf7).

III.4.1.2. Prise de conscience de la réalité des déserts médicaux

La **prise de conscience** de l'ampleur **des déserts médicaux** était quasiment aussi importante que la **lutte** à leur encontre.

Force est de constater que les déserts, suite à l'implication des participants dans la vie de l'association Médecins Solidaires, ont été plus concrets à appréhender : « *Je m'en rends compte encore plus en ayant bossé avec Médecins Solidaires* » (002b réf1).

III.4.1.3. Solution à la désertification médicale

Les médecins déclaraient unanimement apporter une **solution** vis-à-vis de la problématique des déserts médicaux par leur participation au dispositif.

« *Je pense que c'est une vraie solution pour une problématique de désert médical* » (002b réf9)

« *C'est grâce à des médecins qui se sont bougés qu'on a pour l'instant des solutions de soigner des gens !* » (005e réf4)

« *On est impliqués dans ces déserts médicaux, enfin, c'est un moyen de participer et de venir contribuer à une solution.* » (009i réf2)

« *Là on est plus à discuter sur les déserts médicaux, on est à dire voilà à tel endroit on apporte une solution à un certain nombre de patients* » (16p réf4)

Ce n'est qu'un petit florilège de l'ensemble des unités de sens qui tendaient à identifier l'action de l'association comme **solution** donnée face **aux déserts médicaux**.

III.4.1.4. Sensibilité professionnelle à l'accès aux soins

Il est notable que l'ensemble des codes sont liés par une valeur que nous avons pu identifier, à savoir celle de la **sensibilité professionnelle à l'accès aux soins**.

« *Je pense qu'aucun de nous n'est indifférent complètement à ce qui se passe ailleurs dans les déserts médicaux* » (003c réf4)

Cette **sensibilité** viendrait d'un état de base relatif à la profession médicale :

« Bah parce que à la base quand on est médecin c'est quand même pour aider là où il y a le plus besoin » (21u réf4).

« Devant la souffrance qui est de plus en plus de fois compliquée, si ils sentent qu'ils peuvent se rendre utiles et qu'ils ont quelque chose à partager » (005e réf7).

III.4.1.5. **Vitrine d'une nouvelle expérience de soins**

Dans la **lutte contre les déserts médicaux** de nombreux praticiens voyaient en l'association Médecins Solidaires une **vitrine d'une nouvelle expérience de soins**.

« Je pense que l'avenir de la médecine générale euh... c'est des centres de santé qui fonctionnent un peu comme ça. » (002b réf2)

« Ça montre qu'il y a d'autres solutions qui peuvent se créer. Dans la prise en charge de soins où on est tous partants. » (005e réf11)

« L'investigateur : c'est aussi un modèle de pratique alors ? 019s : pour moi oui. » (19s réf4)

III.4.1.6. Point de convergence entre médecins et la **situation extérieure identifiée**

Nous avons vu qu'au préalable de toutes les motivations des praticiens à exercer à Médecins Solidaires, il y a cette conception plus ou moins établie de ce que sont les besoins de la population.

« Je me suis dit aussi de toute façon là-bas c'est à peu près sûr qu'il y a un besoin important pour pas dire criant ... euh... qu'il y ait un médecin qui passe de temps en temps » (001a réf1)

Et de ce qu'ils pouvaient y apporter par la participation à Médecins Solidaires en « palliant au manque de médecins dans un désert médical. » (21u réf3)

« C'est essayé de s'investir, de se sentir responsable aussi dans la difficulté que rencontrent les gens actuellement, donc essayer de trouver une solution à la crise sanitaire que l'on a actuellement sur le ... au niveau médical ! » (18r réf1)

Nous avons découvert que l'association partait de ce point de convergence et d'intérêt des praticiens pour les inciter à participer à la vie de l'association. Nous allons voir pour cela l'**accroche communicationnelle** comme point de ralliement des médecins intéressés pour **lutter contre les déserts médicaux**.

III.4.2. L'accroche communicationnelle

Une autre découverte de la recherche réalisée par rapport à la motivation des médecins à participer à l'association Médecins Solidaires c'est l'importance prise par la communication. (Figure 19)

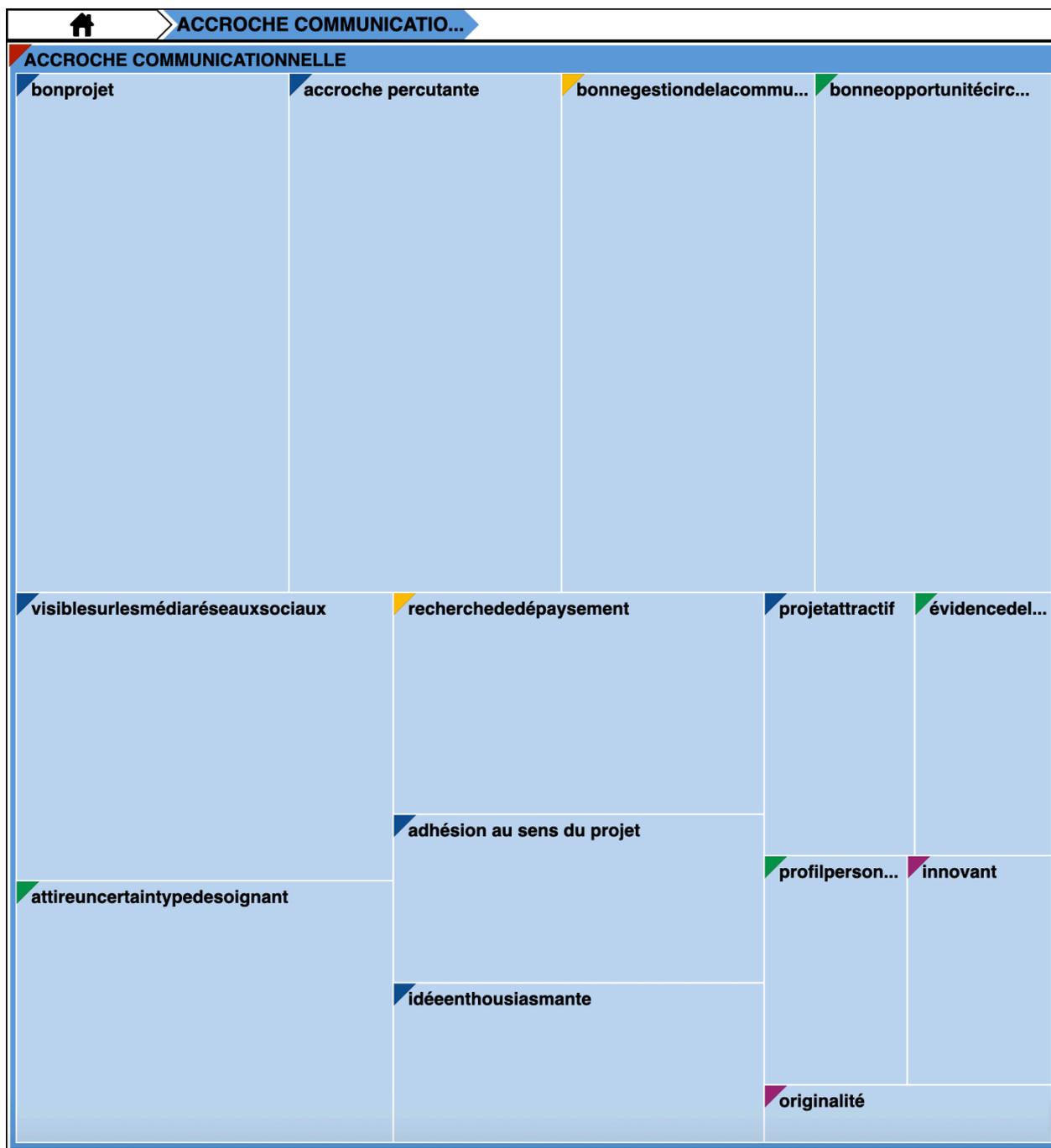


Figure 19 : Thème "Accroche communicationnelle".

III.4.2.1. **Accroche percutante** :

Il est remarquable de constater que la communication revenait constamment dans l'**accroche** initiale **percutante** rapportées par les participants au projet.

« *Et du coup vraiment quand j'ai vu la vidéo de Médecins Solidaires je me suis dit trop bien en fait, ça ça va me stimuler* » (002b réf36)

III.4.2.2. **Bon projet**

Projet qui ensuite est considéré comme **bon** ou **enthousiasmant** ou même **attractif** voir **évident** :

« *Le message de M en disant que c'est difficile de demander à peu de médecins de faire beaucoup et de s'installer dans des déserts mais que ça peut être plus facile de demander à beaucoup de médecins de faire peu pour palier à la solution : je trouve que le concept, il est super bien quoi !* » (003c réf5)

« *Je pense que c'est un concept super* » (002b réf18)

« *Mais ça avait l'air, ça avait l'air d'une bonne idée !* » (21u réf7)

III.4.2.3. Vers une **idée enthousiasmante**

« *Et où là je me suis dit wouha c'est génial je veux y aller !* » (007g réf5)

« *Il emmène tout le monde* » (007g réf9)

« *On a envie d'y participer quoi !* » (007g réf12)

« *Oui ; ça m'a plutôt enthousiasmé comme idée !* » (16p réf2).

III.4.2.4. Jusqu'à une **idée attractive**

« *Il attire les praticiens* » (006f réf11)

« *Je veux y aller !* » (007g réf6)

III.4.2.5. Jusqu'à une **évidence** d'y participer

« *Pour moi c'était une évidence* » (002b ref39)

« *On ne peut être que convaincu par le projet* » (007g ref10)

« *Il y a une évidence qui se crée* » (14n 15o réf4)

« *J'ai trouvé l'idée tellement bonne que voilà je ne voyais pas comment ne pas participer à ça quoi ?!* » (003c réf11)

L'action communicationnelle prendrait presque un rôle d'interrupteur, un catalyseur de bonne volonté, ayant conduit les participants à voir dans le rôle de la communication un outil permettant un déclic.

« Quand le médecin il voit ça dans le journal, ou quand il l'entend à la radio, ou quand on lui en parle, ça vient réveiller toutes ces valeurs-là ! et donc ça peut produire effectivement un déclic » (14n 15o réf12)

III.4.2.6. **Visibilité médiatique**

La visibilité médiatique du projet était un atout pour la diffusion de ses messages clefs.

« Et je suis tombé sur une vidéo brute de Médecins Solidaires où ils présentaient le projet. » (002b réf1)

« En regardant un reportage à la télévision. » (004d réf1)

« Sur un mailing de WhatsApp'Doc » (009i réf1)

« La première fois c'était sur Facebook » (12l réf4)

III.4.2.7. **Typologie des médecins participants**

Le seul déclic médiatique ne suffit pas, il nous a fallu quelque chose derrière l'appel. Selon les médecins interrogés, une certaine typologie de soignants pourrait être attirés par ce projet.

« Alors je pense qu'il y a un niveau vraiment philosophique qui vient nous questionner sur des... la raison d'être de notre métier et qui, qui vient nous toucher là où dans nos... sûrement dans les raisons pour lesquelles on exerce ce métier ! » (16p réf7)

Et l'ensemble des médecins s'en rendent bien compte, ce message qui les a convaincus n'était pas pour attirer tous les médecins de France et de Navarre.

« Je ne pense pas que ça les attire tous hein ! ça attire une certaine ... silence Je pense que ça attire une certaine catégorie de praticiens » (11k réf4)

« Je pense qu'il attire certains types de praticiens » (13m réf10)

III.4.2.8. **Profil adéquat**

Même si peu de médecins ont pu dire « j'avais l'impression d'être pile poil la personne désignée pour rentrer dans le projet » (001a réf9).

La majorité des praticiens se sentaient pleinement rejoints dans le message de l'association Médecins Solidaires : « Du coup je me dis c'est le projet parfait pour moi » (002b réf41)

D'autres raisons sont aussi imputables à la participation à la consultation de l'association Médecins Solidaires que nous avons pu identifier.

III.4.2.9. **L'aspect innovant du projet**

« C'est un concept, oui oui... C'est innovant » (006f réf8)

« ça attire parce que c'est quelque chose de nouveau ! » (12l réf10)

III.4.2.10. L'aspect original de l'offre de soin proposée

« Je trouve l'idée très, vraiment très originale » (009i réf2)

« Original » (16p réf3)

III.4.2.11. La recherche de dépaysement

« C'est un super projet euh... ça permet de bouger un peu... » (002b réf3)

« Après moi ça me plaisait de sortir de ma région » (20t réf 14)

« Si je suis venu aussi c'est parce que c'était un autre département que le mien » (20t réf18)

Ces aspects-là rendaient compte de la participation de médecins pour des raisons de découvertes faisant suite à l'appel d'un projet novateur et qui compte sur eux.

Mais l'association ne s'est pas contenté de compter sur la participation des médecins, elle comptait aussi sur la qualité de comment les **accueillir**.

III.4.3. L'être accueilli.

La qualité de l'**accueil** a attiré et fait revenir les praticiens.
Les **conditions réunies à un bon environnement de travail** représentaient une large part du discours des médecins relative à ce qui les ont motivés à participer à l'association Médecins Solidaires. (Figure 20)



Figure 20 : Thème "Être accueilli".

III.4.3.1. **Prendre soin des soignants** mot d'ordre de l'**accueil**

Chaque médecin venait pour travailler, cela était évidemment le pré-requis.

Pourtant chacun s'accordait à dire « *l'on prend aussi soin de nous* » (004 réf5)

A tel point que certains allaient jusqu'à dire « *On travaille mais ça reste une petite semaine tranquille, posée, un peu vacances* » (002b réf12)

III.4.3.2. **Temps au service du soin.**

Les **conditions de travail** sont très agréables et ce qui ressort le plus des entretiens c'est **le temps pour les patients.**

« *L'on prend aussi soin de nous parce que effectivement ben c'est voilà vous aurez ou 20 minutes ou 40 minutes pour vous occuper des patients* » (004d réf6)

« *Je trouvais que le rythme était appréciable !* » (005e réf7)

« *Tu as un temps, un temps suffisant, t'as 20 minutes de consultation et pour des patients que tu ne connais pas c'est une demi-heure voilà ! Voir même des fois un peu plus si c'est des patients en ALD* » (006f réf4)

III.4.3.3. L'**accueil** ressortait des données bien plus que le travail fourni

L'environnement de travail était décrit comme : « *Des conditions de travail remarquables !* » (17q réf7).

Les médecins se sentaient bien alors qu'ils travaillaient, ils se sentaient même "en vacances" uniquement parce que le temps de consultations était pris sans forcer le rythme de la consultation.

Certains médecins vont jusqu'à dire « *C'est très gratifiant parce qu'on était accueilli* » (20t réf6)

« *Tout est fait pour que le médecin soit accueilli et que la famille soit accueillie* » (18r réf4)

III.4.3.4. **L'administratif** au service de l'accueil

La possibilité de **déléguer la part administrative** motivait les médecins à participer.

« *Tous derrière nous, les comptables, les juridiques ! Il n'y a pas à s'occuper de tout l'administratif quoi !* » (10j réf5)

« *L'environnement administratif est parfait.* » (17q réf15)

« *Toute la logistique qui est derrière, qui suit, qui est vraiment bien mise en place ! Toute cette logistique-là qui fait que tout fonctionne admirablement bien !* » (18r réf8)

III.4.3.5. Opportunité d'**adhérer à un statut** commun quel que soit le mode d'exercice

Tous les statuts des praticiens sont acceptés car chaque médecin rentre dans une zone de remplacement d'une semaine basée sur le **salarial.**

« Le problème c'est que l'on est plein de statuts différents donc c'est un complexe compliqué mais si on n'était pas salarié, je ne vois pas comment ? » (10j réf14)

« Après, on a notre contrat de travail, on démissionne après mais je veux dire voilà ça c'était bien il n'y a pas à s'énerver à trouver un statut » (10j réf12)

III.4.4. Le **pouvoir de devenir acteur**

Nous avons vu qu'il y a un appel qui fait remonter des motivations personnelles à la surface afin de lutter contre les carences en manque de soins d'une frange identifiée de la population. Nous avons vu que les praticiens sont accueillis dans de bonnes conditions et que le travail est réalisé dans de bonnes conditions.

Mais ici est le point névralgique : celui de **pouvoir devenir acteur**.

Ici convergent toutes les bonnes volontés autour de ce projet phare.

Dans ce **thème**, il y a de nombreuses occurrences mais aucune n'est réellement majoritaire. (Figure 21)

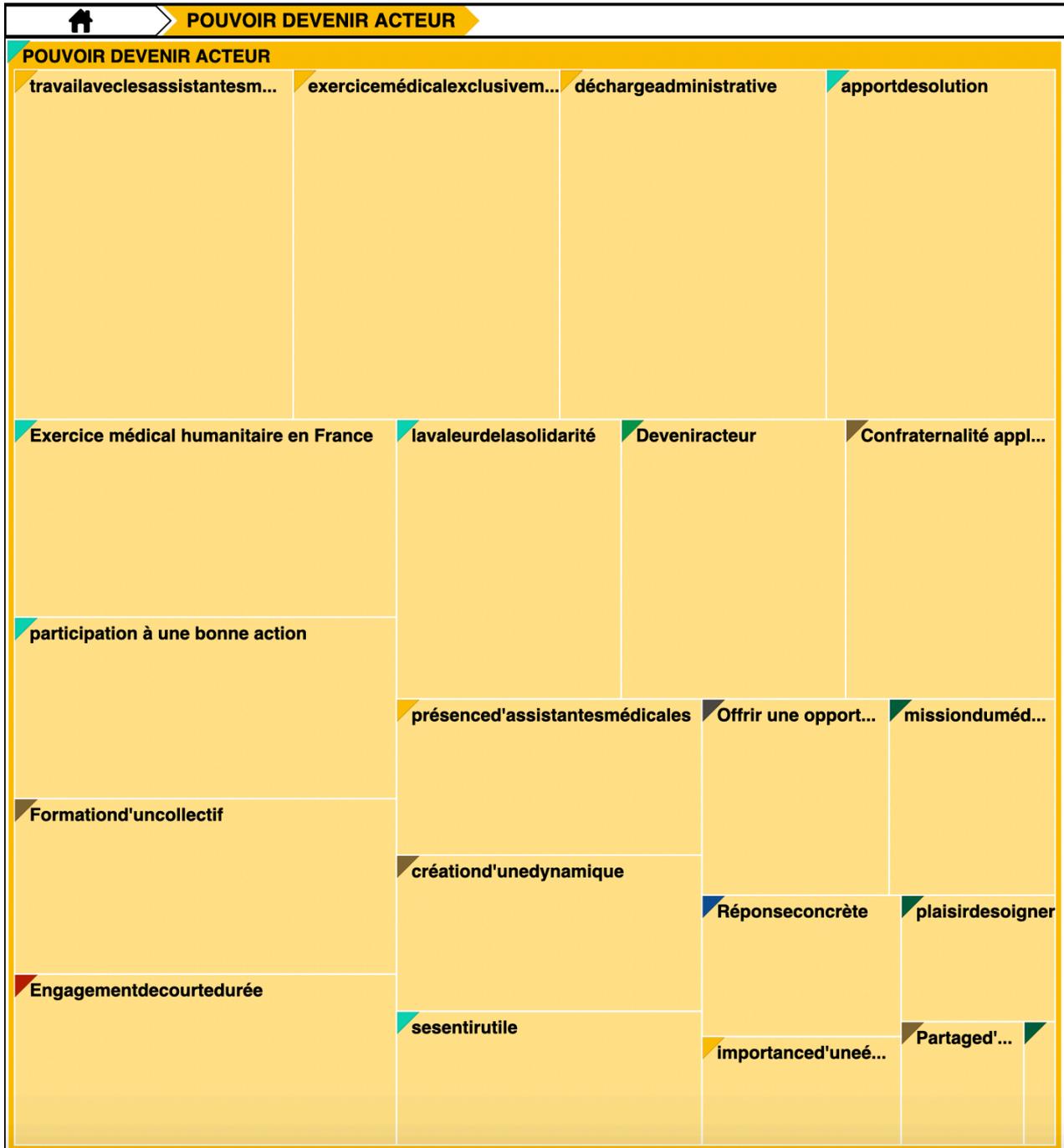


Figure 21 : Thème "Pouvoir devenir acteur".

III.4.4.1. La **création d'une dynamique** :

Où le projet de « *Médecins Solidaires venait vraiment de la base de médecins devant une problématique, une tension* » (005e réf2)

« *Peut-être que ça va créer une dynamique aussi le fait qu'il est médecin solidaire. Peut-être que ça va donner aux autres médecins l'envie de trouver des remplaçants ? Ça créé une dynamique !* » (10j réf30)

Et cette **dynamique** profite à tous sans laisser de praticiens de côté.

« *Il y a des médecins retraités, il y a de jeunes remplaçant, il y a des médecins actifs, des médecins de tout horizon, tout le monde apporte une pierre à l'édifice en fait.* » (18r réf23)

III.4.4.2. **Solution** d'une problématique

Ce qui a entraîné cette **dynamique** venait de ce que cette association était considérée comme un **apport de solution**.

« *Et oui je trouve que c'est une réponse faite par les médecins à une problématique qui est vraiment importante* » (16p réf2)

« *Parce que donc ça permet d'une part de régler un problème qui est un vrai problème de santé publique dans les territoires* » (17q réf 1)

« *C'est-à-dire qu'on ne règle pas les problèmes de démographie médicale, mais on règle un problème ponctuel de désert médicaux en amenant une consultation, mais qui est sur un système associatif* » (17q réf 21)

III.4.4.3. **Confraternité appliquée à un projet commun de soin**

Le « *système associatif* » devenait une **opportunité de lien confraternel appliquée à un projet de soins en commun**

« *On se retrouve tous les uns des autres de régions différentes avec la même ambition* » (18r réf18)

« *On retrouve ce lien entre confrères* » (18r réf17)

« *De se dire, de se faire confiance les uns envers les autres* » (14n 15o réf33)

« *La confraternité parce que là aussi on se parle, on se côtoie dans notre profession aussi en libéral on est souvent très seul, on n'a plus ce côté confraternel les uns et les autres* » (18r réf16)

III.4.4.4. **La valeur de la solidarité**

« *Finalement c'est une chaîne de solidarité humaine, et... Qui s'est créée !* » (007g réf7)

Solidarité à prendre dans son sens plein; à savoir envers les patients et aussi les soignants.

« *Solidaire et, je le vois en deux termes hum... être solidaire avec la population qui a moins de médecins ou qui n'a plus de médecin et ... en même temps être des médecins solidaires c'est aussi ceux qui ont le même état d'esprit à savoir l'altruisme etc ; donc ça permet de donner un peu de son temps !* » (12l réf5)

« Donner un peu pour que beaucoup, beaucoup de médecins donnent un peu plutôt qu'un seul médecin donne beaucoup et s'épuise. » (16p réf6)

« Mais je suis vraiment venu par reconnaissance pour le concept de solidarité, vraiment ! » (20t réf20)

III.4.4.5. **Equipe auxiliaire** pour les **tâches administratives**

Les médecins ont insisté sur l'importance d'une **équipe auxiliaire aux soignants** et du **travail spécifique avec les assistantes médicales**.

« D'avoir des super secrétaires sur place qui ne font que l'administratif qui nous permet de nous concentrer sur le médical et moi c'est une condition sine qua non pour pouvoir ... Ben en fait juste me concentrer sur le soin » (003c réf10)

« Il y a tout derrière nous les comptables, les juridiques il n'y a pas à s'occuper de tout l'administratif quoi ! » (10j réf10)

« Les coordinatrices qui nous mâchent le boulot et c'est tellement chouette ! » (008h réf6)

Ils pouvaient alors **se recentrer sur le soin**.

« On n'a pas ce stress de plein de choses qui sont autour de notre objectif de soigner » (005e réf30)

« On n'est pas distrait par tout un tas de fatras administratif » (006f réf3)

« La décharge de toute... De tout fardeau administratif. » (006f réf 16)

« L'absence d'administratif ! » (19s réf10)

III.4.4.6. **L'exercice médical exclusivement centré sur le soin**

Grâce à cette organisation la plupart des soignants ont pu retrouver le goût du soin. Les termes peuvent sembler forts mais les extraits de sens n'en seront pas moins percutants.

« On retrouve la médecine et ça fait du bien d'avoir du temps pour le patient ! » (10j réf18)

« Ça donne du sens à notre métier ! » (007g réf14)

« C'est que on a encore plus le sentiment d'être utile parce que tout le temps où on est là on ne fait que de la médecine et pas de la papperasse. » (21u réf18)

« On ne fait QUE de la médecine ! le reste... c'est pas nous » (19s réf5)

III.4.4.7. **Prendre soin des patients**

L'objectif commun des médecins était toujours de **prendre soin des patients**.

« On est vraiment dans cette alliance thérapeutique, dans cet échange, la relation d'une confiance et d'une conscience comme on disait hein ? On le vit ça ! On le vit très bien ! » (005e réf32)

« Avoir du temps pour prendre soin des patients » (004d réf9)

III.4.4.8. Exercice médical humanitaire en France

Au final, cette partie que nous avons caractérisée comme le fait de « **pouvoir devenir acteur** » pourrait être vue comme une manière de pratiquer une **médecine humanitaire en France**. Le terme peut sembler fort dès lors que l'on entend par médecine humanitaire médecine de brousse ; mais c'était bien le propos des médecins interrogés.

« On fait de l'humanitaire en France » (003c réf7)

« Une sorte de médecine humanitaire en France. » (11k réf5)

« J'y vais parce que je pense qu'il y a dans l'humanitaire c'est... l'élan c'est de se dire il y a des gens qui peuvent souffrir, qui manquent de soins, qui n'ont pas de soin primaire » (005e réf 25)

« Je dirais c'est pareil dans l'Afrique, c'est pareil dans tous les pays là où il n'y a plus suffisamment de soins » (005e réf26)

III.4.4.9. Se rendre et se sentir utile

Ce qui revenait de manières fréquente dans les entretiens c'était cette notion de **se rendre utile** en **participant à une bonne action**.

« Me dire je suis utile là, ici et maintenant » (008h réf9)

« Oui c'était vraiment de me dire, parce que souvent dans les associations en fait on... je me sens moins concerné parce que je me dis mais qu'est-ce que je pourrais y apporter ? » (12l réf10)

« Utile de faire quelque chose qui est vraiment dans notre fondamental de métier et de façon peut être vraiment utile » (17q réf8)

III.4.4.10. Participer à une bonne action

« Genre j'étais contente de... De faire un truc bien quoi ! » (002b réf21)

« La médecine c'est aussi une sorte d'engagement auprès de l'autre et quoi de plus simple grâce à Médecins Solidaires que de pouvoir aller donner un petit coup de main ! » (008h réf5)

« Et vraiment quand je rentre de ma semaine à Bellegarde, c'est un vrai ... c'est quand même un vrai bonheur de waou j'ai servi à quelque chose cette semaine quoi ! » (002b réf44)

III.4.4.11. Devenir acteur de soin

Il nous faut ainsi revenir au centre de cette partie qui est le centre de l'engagement à savoir **devenir acteur**. **Devenir acteur** pour des médecins qui le sont déjà nécessite une gymnastique intellectuelle.
Dont il est question ici.

« C'est une approche par rapport à plein de solutions mais c'est vrai qu'en attendant il faut qu'on se bouge » (10j réf1)

« Au lieu de se lamenter, essaie de faire quelque chose ! » (11k réf3)

« Ne pas rester passif » (11k réf9)

« Un peu envie de réparer l'injustice que... qu'il y a dans le ... au niveau du soin en France quoi ! » (13m réf7)

« On n'est pas responsable de la crise sanitaire, mais on peut se sentir responsable aussi si on ne participe pas à trouver une solution. » (18r réf9)

« On doit tous nous engager pour essayer de trouver une solution pour tous ces gens. » (18r réf11)

Comme à toute question complexe il n'y a pas de réponse simple, l'ensemble des citations précédentes apportaient elles aussi une part de la réponse à la motivation qui s'exerce sur les médecins face à cette situation de crise sanitaire.

III.4.5. L'humble projet

Il est frappant de constater que l'ensemble des médecins se rendent compte de la tâche colossale qu'est d'affronter la désertification médicale, qu'ils y soient confrontés de près ou de loin.

Pour autant cela ne les empêche pas de participer à une possible **solution**.

Plutôt que d'être dans la stupeur et la paralysie, les médecins semblaient avoir tous opté pour « **relever un challenge** » !

C'est cela qui est frappant.

D'ailleurs, le **challenge** aurait plus part dans les propos que le **constat d'humilité du projet**. (Figure 22)

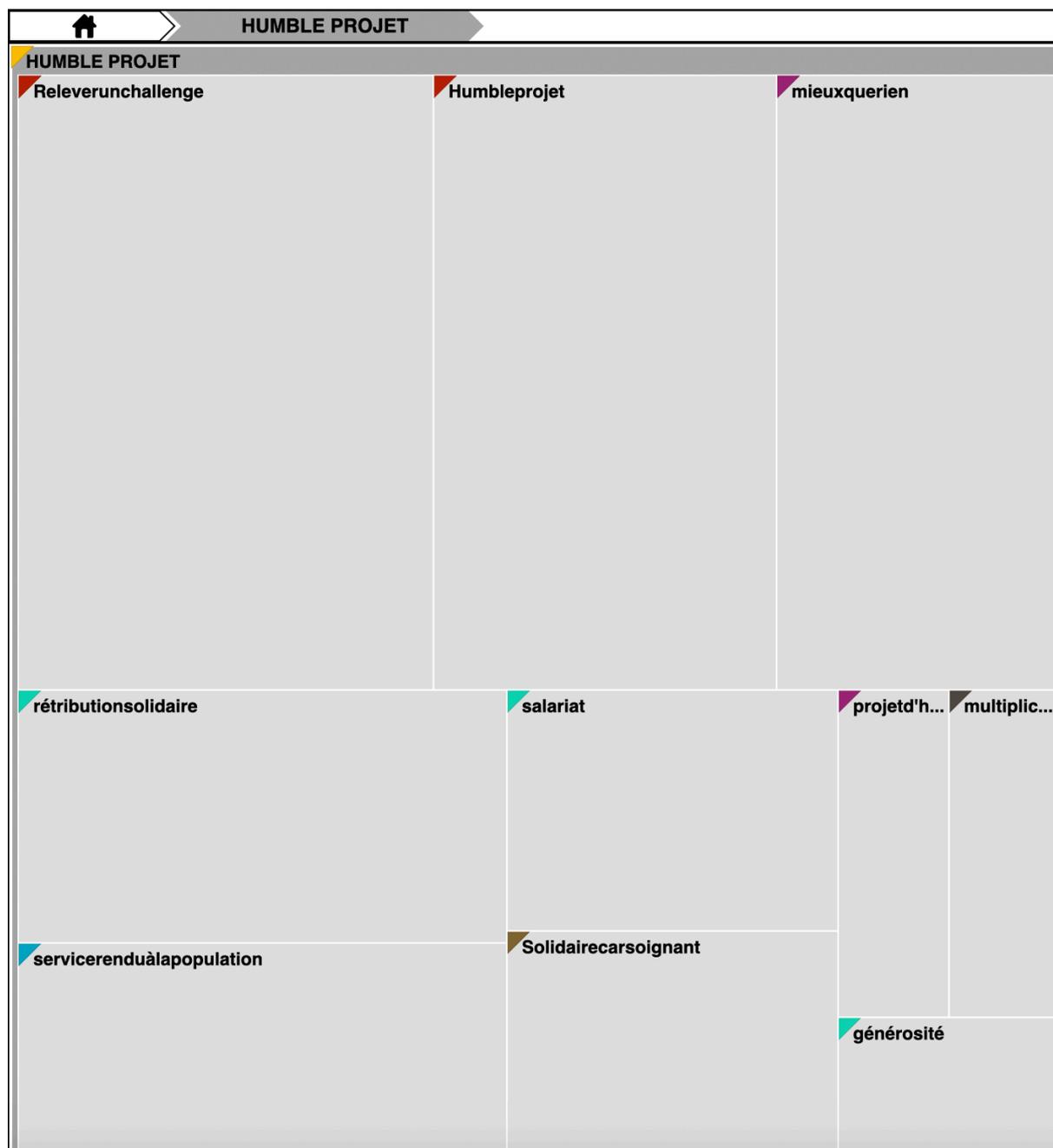


Figure 22 : Thème "Humble Projet".

« *Donc c'est de participer à l'aventure !* » (19s réf3 réf2)

Pour revenir sur la notion de **challenge**, un **challenge** ne se relève qu'à l'aune d'un défi. Donc quel est le défi de ce **challenge** dont ils parlaient ? C'est là que la relativité du projet lui conférait toute sa dimension, c'est-à-dire sa petitesse physique en comparaison de sa grandeur de vue.

« *Que des jeunes médecins qui sortent de fac aient pu imaginer ça ! Moi ça me met dans une aventure !* » (008h réf5).

« *De participer à quelque chose qui a été tellement bien imaginé parce que l'utopie rencontre le réel à travers Médecins Solidaires* » (008h réf4)

III.4.5.1. **Mieux que rien :**

Cette initiative aussi belle soit elle était une initiative « **mieux que rien** ».

« *Faut bien trouver ... enfin c'est une bonne j'ai l'impression que c'est une bonne solution par défaut* » (001a réf4)

« *donc c'est sûr ça solutionne pas tout* » (002b réf6) ; « *c'est une réponse voilà qui ne répond pas à tout* » (16p réf3)

« *ça fait partie d'une des solutions... dans l'urgence !* » (11k réf5)

Une solution qui n'aurait pas vocation à se pérenniser :

« *l'idéal de Médecins Solidaires c'est de ne plus avoir besoin d'eux !* » (006f réf4)

« *ça reste une roue de secours* » (006f réf5)

« *le but de la manœuvre c'est pas que ça soit pérenne tu roules pas avec ta roue de secours en permanence !* » (006 réf8)

« *C'est vraiment pour dépanner, pour surseoir je pense les 10 années qui viennent* » (006 réf9)

III.4.5.2. **L'humble projet :**

« *Ça nous permet de lutter contre les déserts médicaux à notre échelle, voilà à petite* » (007g réf5)

L'humble projet est avant tout un projet d'attente, un projet charnière entre deux situations. L'une connue « *C'est pour ça qu'il faut soutenir un peu ce mouvement le temps qu'on trouve peut-être une solution je ne sais pas !* » et l'autre en attente « *Où le temps que l'on reforme assez de médecins !* » (005e réf 4).

« *Ça ne répond pas à la question, la question entière du problème de la démographie médicale en France* » (16p réf6)

Une métaphore filée a donné un aperçu de la démarche de l'association, celle des petits poissons dans l'eau.

« *C'est les petits poissons qui s'adaptent vite donc c'est là notre humilité de rester petit poisson, s'adapter rapidement sur les tensions.* » (005e réf1)

« Médecins Solidaires c'est un peu ça aussi, c'est rester petit poisson, la médecine générale ça la revalorise un petit peu dans ses valeurs » (005e réf2)

« Mais surtout c'est les petits poissons qui résolvent actuellement le problème que nos gouvernements n'arrivent pas à résoudre ! » (005e réf3)

Du point de vue des participants, l'**humilité du projet** venait du fait qu'ils ne font que leur travail !

« Nous on ne fait que notre métier » (009i réf5)

Ils sont venus pour **lutter contre les déserts médicaux** et exercer leur métier comme ils savent le faire ; **humble apport de leur métier et sans plus.**

« On se pose, on soigne les gens » (10j réf6)

« Là en fait, ce que je peux y apporter c'est facile en fait c'est juste moi ! et mes connaissances ! » (12l réf 1)

« On demande juste de venir avec les connaissances et, et, voilà ! » (12l réf2)

« Et sur le plan médical c'est ce qu'on fait au cabinet donc on ne va pas chercher 4 pattes à 1 canard ni trois d'ailleurs Rire c'est du cabinet, rien d'autre. » (19s réf11)

III.4.5.3. Rétribution solidaire, démarche associative :

L'économie du projet repose en grande partie sur l'**effort salarial**.

Cet effort ne permet pas une rétribution comparable à celle d'un exercice en tant que médecin libérale. L'effort de venir s'associer à l'effort d'être moins rétribué pour son travail. C'est accepté une **indemnisation** relative à un exercice médicale dans une **structure associative**.

« On n'y va pas pour faire de l'argent si je parle de manière très très crue. » (19s réf3)

« On est payé déjà donc ce n'est pas du bénévolat. Alors je sais qu'il y a des médecins qui râlent et que ce n'est pas assez mais c'est bon c'est une association c'est écrit Médecins Solidaires déjà on te paie commence pas à saouler ! » (002b réf9)

« C'est des discussions que l'on a. C'est que moi ça ne me dérange pas mais la rémunération mais évidemment pour faire tourner le centre et tout ça. » (003c réf4)

« Après c'est le concept de Médecins Solidaires, c'est vrai que quelque part on brade un peu notre ... Notre savoir-faire, nos compétences et tout ça pour pouvoir palier au... A ce manque-là ! » (003c réf6)

« On est rémunéré quand on fait notre semaine Médecins Solidaires mais on gagne deux fois plus en faisant une semaine de rempla' ! Donc voilà on n'y va pas pour l'argent. Clairement ! » (007g réf3)

III.4.5.4. Vers de potentiels points de chutes

Médecins Solidaires pourrait pour certains être une agence de voyage à la recherche de destination d'ancrage pour médecins indécis.

« Moi ce qui permet... ferait la réussite de Médecins Solidaires c'est que, dans tous ces lieux où Médecins Solidaires s'est installé, qu'il y ait à terme un médecin qui soit venu pour Médecins Solidaires et qui pose ses valises... Là ça serait un succès ! » (17q réf8)

Nous étudierons cette perspective dans la discussion.

III.4.6. L'expérience gratifiante

Un des résultats les plus probants a été **l'aspect gratifiant** de la participation à l'association Médecins Solidaires.

Unaniment et sans aucune distinction personnelle, tous les médecins s'accordent à dire combien **cette expérience a été gratifiante**.

Le degré d'expression varie du constat objectif à l'enthousiasme marqué. (Figure 23)

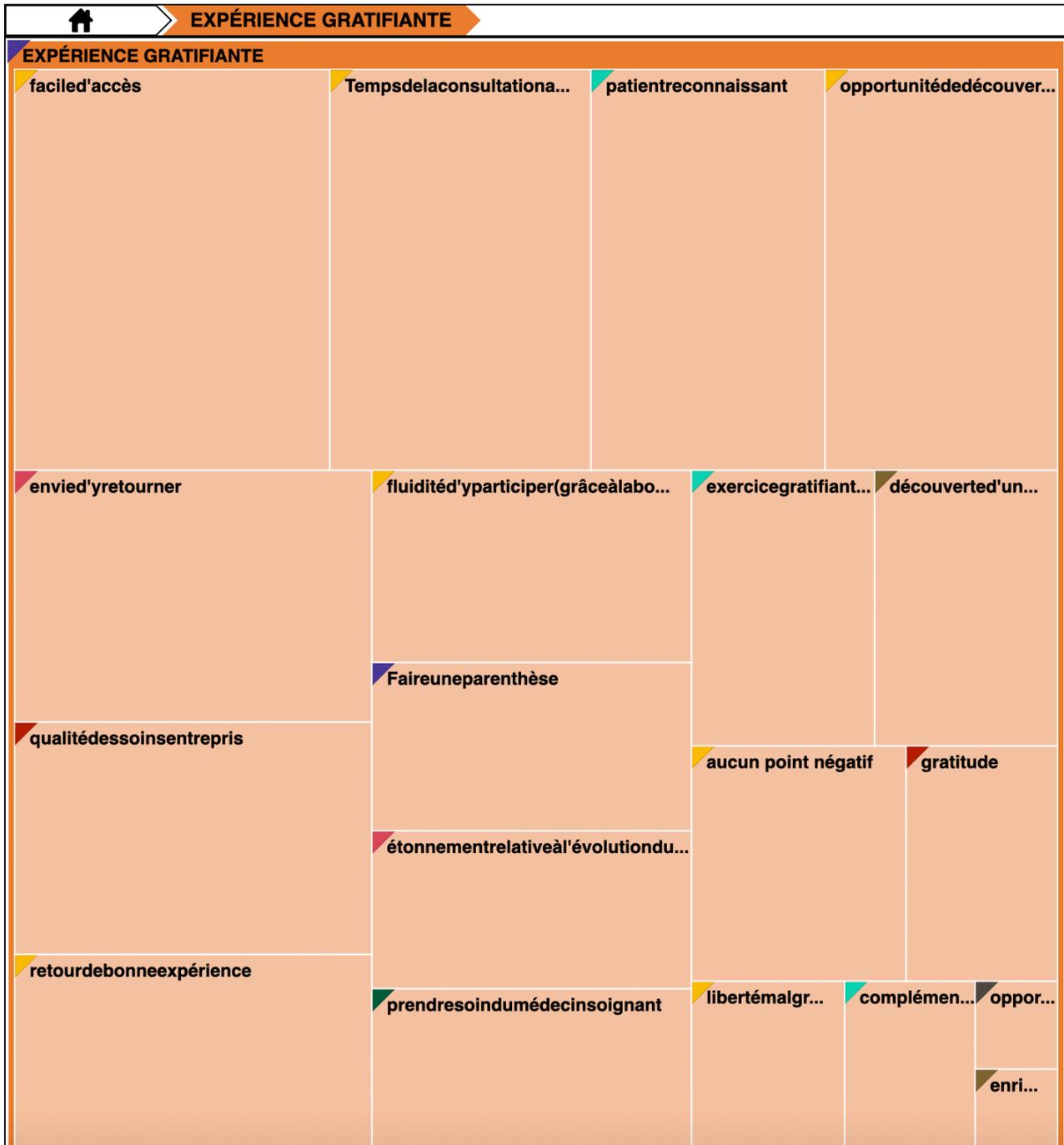


Figure 23 : Thème "Expérience gratifiante".

III.4.6.1. L'absence de points négatifs.

Nous commencerons par **l'absence de points négatifs** rapportés à propos de l'association :

« *Aucun.* » (10j réf7)

« *Aucun.* » (21u réf2)

Du moins y a-t-il des points qui plaisent moins aux médecins ?

« *hum ... silence. Ben ... Qui ne m'ont pas plu... pfff...* » (001a réf7) ;

« *Bah franchement faut que je réfléchisse et je n'ai pas trop de réponse.* » (005e réf19) ;

« *le moins plu honnêtement ? J'ai pas trouvé... Rire* » (009i réf3)

« *Bah moi je garderais a priori comme ça fonctionne actuellement je garderais tout moi !* » (17q réf18)

Maintenant voyons en quoi cette expérience auprès de l'association Médecins Solidaires est considérée comme **gratifiante** par ses participants.

« *Il faut que ça reste ... une aventure humainement gratifiante.* » (14n 15o réf20)

En participant à une bonne action.

« *J'ai fini la semaine avec un truc hyper euh... enfin je ne sais pas j'étais vraiment bien !* » (002b réf29) ;

« *Genre j'étais contente de... De faire un truc bien quoi ! Rire je ne sais pas comment dire. Valorisant.* » (002b réf31)

En se sentant reconnu en qualité de médecin

« *On est aussi reconnu dans notre... dans notre pratique et dans l'importance que l'on a auprès de la population en tant que médecin généraliste.* » (004d réf7)

Les patients exprimaient leur **reconnaissance** :

« *Ils sont très contents d'avoir à nouveau des médecins généralistes... et effectivement ils nous remercient. Ils nous remercient d'être là, de venir, de voilà, il y a de la reconnaissance !* » (004d réf10).

Cela même qui majorait le ressenti positif des participants.

« *Ça touche, ça fait du bien ! Rire* » (004d réf12)

« *En huit jours j'ai entendu au moins des choses... Des merci !* » (005e réf16)

« *Disons que quand on y va, on est plutôt conforté parce que c'est caractéristique, disons que les gens avant de formuler leur motif de consultation commencent par nous remercier.* » (11k réf3)

III.4.6.2. **La gratitude** comme déclinaison

Le sentiment de **gratitude** était décliné sous de multiples raisons suffisantes.

Parce que les médecins étaient **accueilli** :

« *C'est très gratifiant parce qu'on était accueilli* » (20t réf13)

« On sait que l'on sera bien accueilli » (008h réf9)

« Une fois qu'on a mis un pied dedans, tout se passe tellement bien, ils sont tellement tous adorables qu'on n'a pas envie de les abandonner ! » (18r réf15)

Parce que les médecins étaient **coucouné** :

« En même temps je sentais que dans ce concept on prenait aussi soin du médecin. » (004d réf16)

« Pour que les médecins se sentent bien accompagnés, voir même coucounés plus qu'accompagnés Rire » (16p réf4)

« Le médecin qui débarque là-bas il est complètement coucouné. » (17q réf8)

Parce que les médecins pouvaient prétendre à une **bonne qualité de prestation** :

« La qualité du travail qu'on y fait ! » (17q réf4)

« Le fait que tout le monde mette correctement des mots et correctement les suivis, ça permet de... D'avoir une prise en charge qui est cohérente autant pour les patients que pour nous » (002b réf42)

« Au final les dossiers sur place ils sont très bien remplis, tout le monde essaie de jouer le jeu donc il y a vraiment des détails cliniques, des choses comme ça qui nous permettent de bien suivre le patient quoi ! » (13m réf12)

« Bah là je suis revenu parce que la qualité du boulot était remarquable ! » (17q réf7)

Parce que les soins étaient **bien organisés** :

« Effectivement c'est indispensable qu'on ait les coordinatrices parce que finalement c'est elles qui font le lien avec les patients. » (007g réf9)

« Elles connaissent bien les patients » (13m réf14)

« Donc celles qui font tourner Médecins Solidaires, c'est quand même les assistantes médicales ! » (10j réf11)

« Elles connaissaient super bien les patients, elles connaissaient très bien aussi comment ça fonctionnait autour, les paraméd., les autres spécialités, donc elles étaient d'une grande aide ! Et elles étaient hyper réactives, hyper efficaces ! » (21u réf5)

Les participants ont pu exprimer toute l'humanité présente et transmise au sein de l'association pour les patients et eux même.

« Il y a cette gratification humaine parce qu'on vit des instants humains vraiment de très grande qualité dans la sensation collective de construire quelque chose ensemble... et ça nous épanouit tous. » (14n 15o réf23)

III.4.6.3. Aspect technique de la **facilité d'accès à l'association**.

Les participants ont abordé avec enthousiasme des points plus techniques mais qui permettaient une **fluidité de participation** confirmant ce caractère positif de la participation.

« C'était fluide, c'était fluide voilà ! » (005e réf6)

« C'est hyper rodé leur concept. » (006f réf16)

« Moi le premier je me dis si je veux y aller, c'est facile ! Je mets mon nom sur le logiciel et je sais que je prends mon train et tout se passera bien et je ne ferai que de la médecine ! » (008h réf7)

« Oui c'est ça tout est prévu, tout est organisé, et on arrive... On ne se pose pas de questions et euh c'est juste clef en main. » (009i réf7)

III.4.6.4. **Facilité d'accès** aux informations

« Il y avait l'adresse Internet dessus et j'ai répondu et j'ai eu très très vite ! je crois que je devais avoir le message le matin, j'ai dû avoir un appel téléphonique dans l'après-midi. » ()

« Dès l'inscription, une fois qu'on a envoyé notre truc, on n'a rien à gérer, tout est fait, on a des mails régulièrement pour nous rappeler, pour nous guider, l'endroit, l'hébergement, les possibilités de restauration que l'on peut avoir, les possibilités de tourisme autour qu'il peut y avoir, tout est proposé dans notre inscription ! » (18r réf9)

III.5. Réponse à la question de recherche

Par l'ensemble de ces **6 catégories de sens (thèmes)**, il est possible d'obtenir un système théorique cohérent recensant la motivation des médecins qui participent à l'association Médecins Solidaires.

Ce système sera explicité par un schéma dans la partie *IV.1.2 Figure théorique du modèle explicatif*.

De nombreuses motivations ont été retrouvées dans les propos des participants répondant à la question de ce qui les motive à participer à l'association française Médecins Solidaires.

La principale motivation était de **pouvoir devenir acteur**.

Les deux motivations suivantes se retrouvent dans ce qui évoque une **expérience gratifiante**, et en lien avec **l'accroche communicationnelle**.

Ensuite les trois autres motivations permettent de retrouver un lien avec un **humble projet**, **être accueilli**, et une **situation extérieure identifiée**.

III.6. Résultats de l'analyse matricielle

L'encodage précédemment étudié permettait de comprendre l'ensemble des verbatims de tous les participants. Et ainsi de les regrouper en 6 thèmes distincts et faisant sens.

Il est instructif de se demander si l'on peut retrouver des liens entre les caractéristiques des participants et les fréquences d'occurrences des codes.

Il convient donc d'ajouter aux codes certains résultats probants complémentaires que l'analyse matricielle a fait ressortir. *Nous rappelons qu'il n'y a aucune valeur statistique et que les résultats ci-dessous ne sont pas pondérés, tel est une des modalités de l'exercice qualitatif.*

Il ressort de l'ensemble du corpus que ce qui motivait le plus les médecins à participer à l'association Médecins Solidaires était avant tout de **pouvoir devenir acteur** de soin.

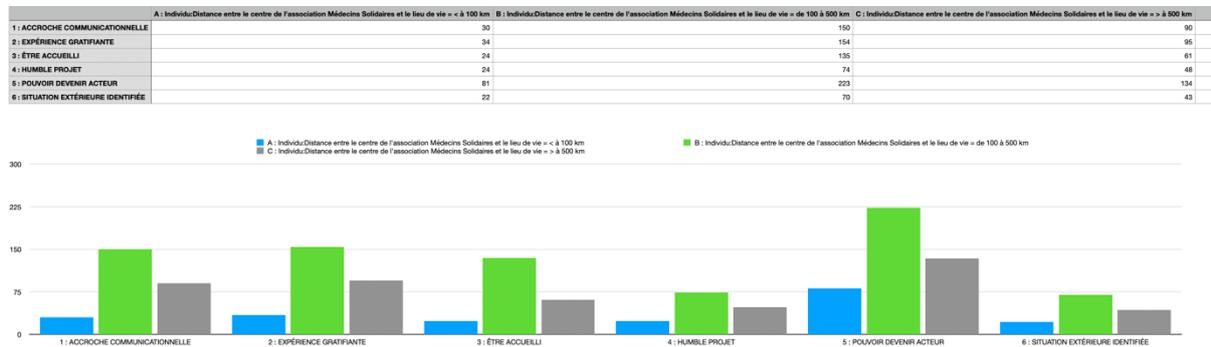


Figure 24 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction de la distance entre leur lieu de vie et le centre de Médecins Solidaires.

L'éloignement de l'association par rapport au lieu d'exercice habituel n'influait même pas ce résultat. (Figure 24)

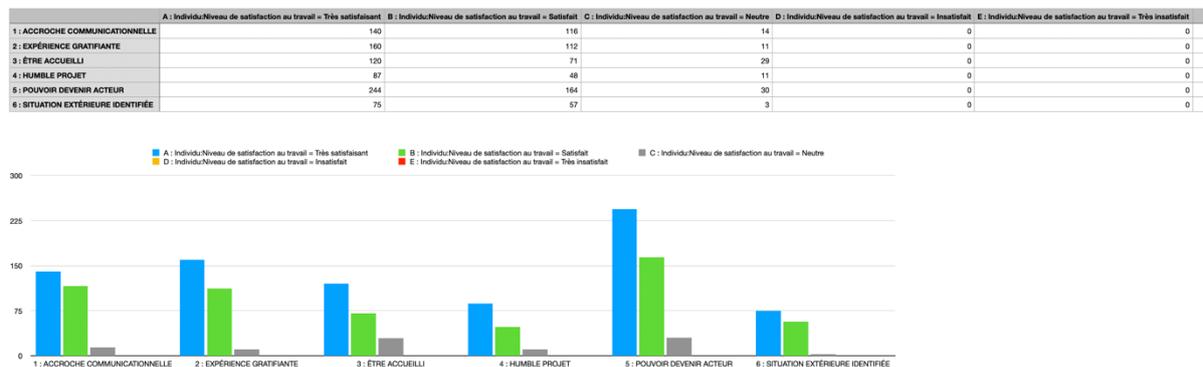


Figure 25 : Répartition des occurrences des 6 Thèmes dans les propos des participants en fonction de leur niveau de satisfaction dans leur travail actuel.

Il ressort aussi des données démographiques qu'aucun des médecins interrogés n'a répondu dans la catégorie « *insatisfait de son travail actuel de médecin* ».

La majorité d'entre eux étaient même très satisfaits de leur situation actuelle.

C'est uniquement la possibilité de **pouvoir devenir acteur** qui permet de comprendre leur venue. (Figure 25)

La majorité des participants ont répondu dans le questionnaire pré-recueil que c'était le **service rendu** qui les motivait principalement au travail. Cette réponse comportait une majorité d'occurrences dans la catégorie de **pouvoir devenir acteur**. L'association Médecins Solidaires permettrait donc de **pouvoir devenir acteur** aux médecins qui sont motivés par le **service rendu** qu'ils apportent grâce à leur travail. (Figure 26)

	M : Individu:Principale motivation au travail = Service rendu	N : Individu:Principale motivation au travail = Salaire	O : Individu:Principale motivation au travail = Equilibre vie professionnelle-vie personnelle	P : Individu:Principale motivation au travail = Autre
1 : ACCROCHE COMMUNICATIONNELLE	172	0	40	58
2 : EXPÉRIENCE GRATIFIANTE	182	0	20	81
3 : ÊTRE ACCUEILLI	145	0	19	56
4 : HUMBLE PROJET	98	0	12	36
5 : POUVOIR DEVENIR ACTEUR	283	0	48	106
6 : SITUATION EXTÉRIEURE IDENTIFIÉE	80	0	7	48

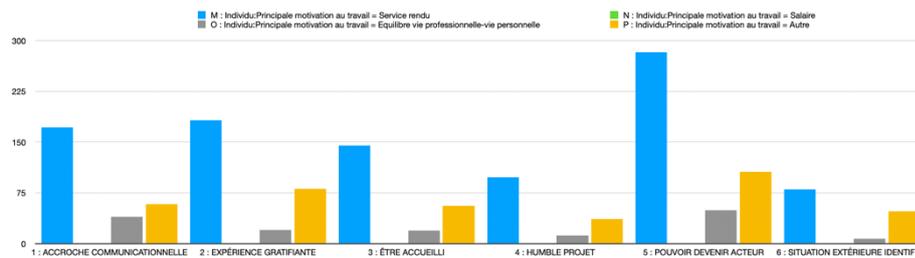


Figure 26 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction de leur principale motivation au travail.

Les participants étant surtout motivés par l'équilibre entre leur **vie personnelle et professionnelle** tenaient des propos qui ressortaient surtout de **l'approche communicationnelle** et de **pouvoir devenir acteur** ; et moins concernant la **situation extérieure identifiée**. (Figure 26)

Effectivement, pour aller faire se déplacer quelqu'un qui a un rythme de vie installé et équilibré et dont il est satisfait, il faut une accroche qui le stimule, et qui le mette en mouvement pour quitter cet équilibre pendant une semaine.

Les propos des médecins principalement motivés par d'autres raisons dans leur travail se répartissaient de façon assez homogène dans les six thèmes, avec un peu plus d'occurrences pour la motivation de vivre une **expérience gratifiante** et de **pouvoir devenir acteur**.

Matrice selon situation professionnelle-1			
	C : Individu:Lieu d'exercice = Rural	D : Individu:Lieu d'exercice = Semi-rural	E : Individu:Lieu d'exercice = Urbain
1 : ACCROCHE COMMUNICATIONNELLE	117	95	58
2 : EXPÉRIENCE GRATIFIANTE	98	102	83
3 : ÊTRE ACCUEILLI	87	76	57
4 : HUMBLE PROJET	61	41	44
5 : POUVOIR DEVENIR ACTEUR	170	154	114
6 : SITUATION EXTÉRIEURE IDENTIFIÉE	36	54	45

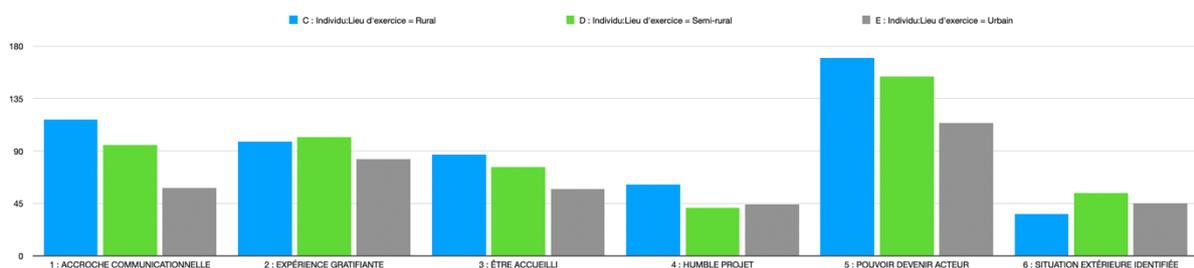


Figure 27 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction de leur lieu d'exercice.

Il n'y avait pas de différence de motivations entre médecins exerçant en milieux ruraux, semi-ruraux ou urbains. (Figure 27). La seule principale motivation était encore en lien avec le fait de **pouvoir devenir acteur**.

Au-delà de ce lien de cette thématique majeure, les participants ayant un mode d'exercice **rural** ont moins abordé les propos en lien avec une **situation extérieure identifiée**. Les participants ayant un mode d'exercice **urbain** ont plus exprimé le besoin de vivre une **expérience gratifiante**. Les participants ayant un mode d'exercice **semi-rural** ont moins abordé ce qui se rapportait à un **humble projet**.

	A : Individu:Age = <30 ans	B : Individu:Age = 30 à 40 ans	C : Individu:Age = 40 à 50 ans	D : Individu:Age = 50 à 60 ans	E : Individu:Age = > 60 ans
1 : ACCROCHE COMMUNICATIONNELLE	44	81	31	48	66
2 : EXPÉRIENCE GRATIFIANTE	27	87	17	54	98
3 : ÊTRE ACCUEILLI	24	48	7	64	77
4 : HUMBLE PROJET	9	28	12	30	67
5 : POUVOIR DEVENIR ACTEUR	35	112	54	94	143
6 : SITUATION EXTÉRIEURE IDENTIFIÉE	5	50	15	18	47

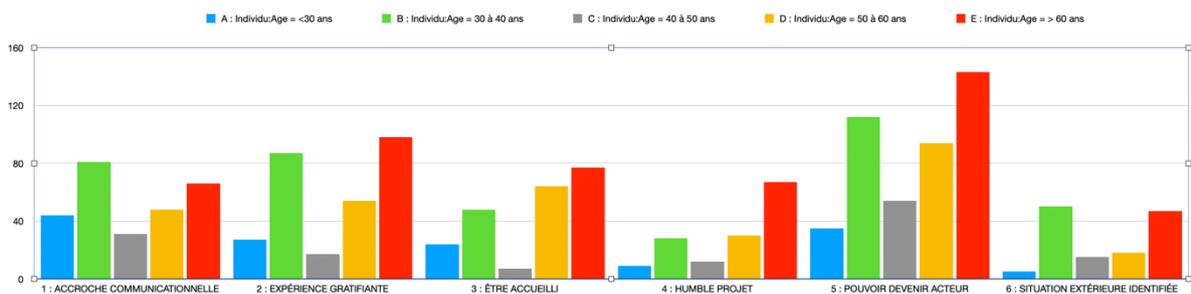


Figure 28 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction de l'âge des participants.

L'âge n'influait pas la motivation à participer. (Figure 28)

La seule valeur qui ressort encore est de **pouvoir devenir acteur**.

Les plus jeunes se laissaient approcher par l'**accroche communicationnelle** et semblait sensibilisés par la **situation extérieure de crise** ; les plus expérimentés ont pu exprimer un besoin **d'être accueilli** et **d'être gratifié** ; et les retraités ont pu dire leur énergie pour poursuivre leur activité dans une **situation extérieur de crise** quand celle-ci pouvait leur permettre de vivre une **expérience gratifiante** en **étant accueillis**.

	F : Individu:Sexe = Homme	G : Individu:Sexe = Femme
1 : ACCROCHE COMMUNICATIONNELLE	106	164
2 : EXPÉRIENCE GRATIFIANTE	128	155
3 : ÊTRE ACCUEILLI	105	115
4 : HUMBLE PROJET	79	67
5 : POUVOIR DEVENIR ACTEUR	182	256
6 : SITUATION EXTÉRIEURE IDENTIFIÉE	58	77

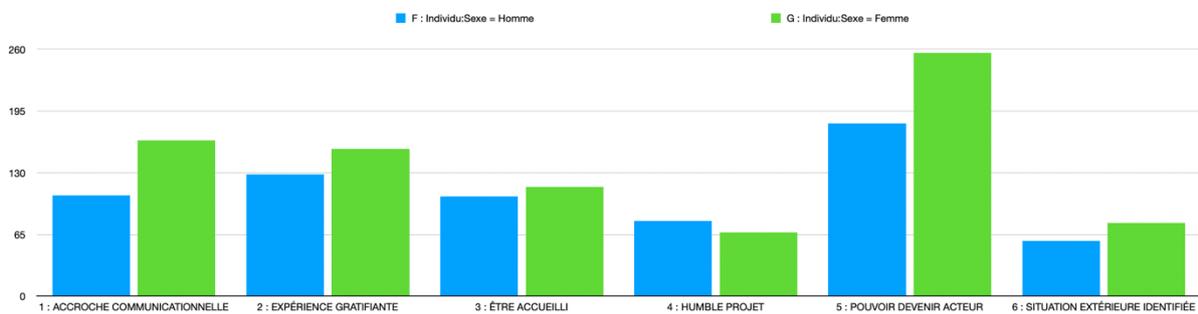


Figure 29 : Répartition des occurrences des 6 thèmes dans les propos des participants en fonction du sexe des participants.

Être une femme ou un homme n'influaient pas non plus sur l'aspect participatif et motivationnel. (Figure 29)



Figure 30 : Répartition de la fréquence de l'occurrence des codes dans les propos de la population étudiée à gauche, et dans les propos des fondateurs de l'association à droite.

Enfin, est figuré ci-dessus, le diagramme du nombre d'occurrence des six codes comme étant similaire entre la population étudiée et les fondateurs de l'association. (Figure 30)

IV. Discussion

IV.1. Principaux résultats

IV.1.1. Discussion autour de la méthode :

Pourquoi avoir choisi une thèse qualitative ?

De fait l'option quantitative aurait pu être pertinente si nous avions voulu avoir un état des lieux visant à caractériser l'ensemble des médecins ayant participé à cette association.

Mais le sujet portant sur la motivation de participer à l'association, l'approche structurelle qualitative était la plus pertinente à mesurer cette donnée hautement subjective.

La contrainte de ce type de thèse en approche qualitative est de trouver un moment afin de pouvoir interroger des praticiens dispersés au travers de tout le territoire français.

Les moyens de communications modernes nous ont permis de pallier à cette dispersion géographique.

Les entretiens ont duré entre dix minutes et une heure douze minutes.

Chaque entretien a duré suffisamment de temps pour être transcrit en verbatim.

Et chaque verbatim a été étudié jusqu'à la saturation effective des données.

IV.1.2. Discussion autour du pré-recueil :

L'ensemble des réponses ont été normées afin d'établir une base commune de réponses et un ensemble statistique stable.

C'est la recherche d'un plus grand point commun qui aura permis cette normalisation.

IV.1.3. Discussion autour des verbatims :

Vingt-et-un participants ont été interrogés, vingt-et-un entretiens ont été collectés.

Les centres de Médecins Solidaires sont situés dans des déserts médicaux et en l'occurrence dans des localisations rurales. Ce n'est donc pas une recherche d'exotisme que l'on peut retenir chez les participants provenant des milieux ruraux ou semi-ruraux ; ni un frein apeurant les participants provenant des milieux urbains.

L'attrait très prononcé de vouloir devenir acteur de soin.

A tel point que le pouvoir devenir acteur est une thématique à part entière.

Devenir ce que l'on est déjà n'a rien de stimulant ni de motivant semblerait-il à première vue.

Pourtant il est bien question ici de motivation à exercer dans une association géographiquement retirée.

Il est remarquable que pour les médecins l'attitude intérieure de passer à l'action parcourt le sens de chacune des citations.

Cet attrait qui ressort des données de manière écrasante a fait partie de notre étonnement.

En soi chaque médecin est déjà médecin !

Pour ce qui est d'être acteur de soin, chaque médecin l'est déjà auprès de sa patientèle !

Donc il nous a fallu du temps pour comprendre qu'être acteur n'est pas forcément une entité homogène. Il y a de fait une différence à assurer des soins de qualités pour sa patientèle et de réaliser des soins de qualités pour des patients en souffrances dans un désert médical.

Cette implication relève plus du fait d'appartenir au corps médical avant tout et d'une manière globale. Les soins en étant installé ne sont pas comparable car ils demeurent particuliers.

Ainsi l'apport d'aide dans une zone de crise sanitaire en France permettrait de promouvoir la qualité d'acteur de soin en tant que tel et bien plus que dans la zone d'établissement habituelle.

Comme si ce contraste lié à l'exercice médical en zone sous dense permettait de mieux voir

la valeur de la pratique quotidienne des médecins dans tout ce qu'elle a de service rendu à la population.

Une autre notion très importante de cette partie revient au fait que les médecins se sont recentrés sur le soin grâce à la structuration de l'association Médecins Solidaires.

Le soin de manière exclusive.

Cette caractéristique est hautement appréciée de l'ensemble des médecins interrogés.

Potentiel point de chute comme vitrine de soins en devenir :

Cette dernière hypothèse rend compte de l'ouverture permise par Médecins Solidaires.

Sans pour autant en être un objectif principal de la démarche associative.

C'est une ouverture de vue par rapport au projet.

Une manière de regarder vers l'avenir d'une population plutôt que vers l'avenir de la structure.

Pourtant les deux ne sont pas incompatibles du fait qu'aucun médecin participant à l'association n'est dans la démarche de visiter pour s'installer, c'est uniquement une possibilité liée à une découverte personnelle inopinée.

Une question ressort de l'ensemble des données collectées :

Puisque tous les médecins interrogés sont satisfaits, voire très satisfaits de leur situation professionnelle, pourquoi quitter pour une semaine leur situation pour venir à Médecins Solidaires ?

Il n'y a pas de réponse toute faite mais plutôt un constat qui dit qu'être médecin n'est pas un métier anodin. C'est un métier qui est appréciable mais aussi qui est tourné vers la résolution de situation de souffrance humaine. Ce constat ne ceint pas la profession en deux, d'un côté l'exercice des médecins et de l'autre la souffrance des patients, mais permet de constater que les médecins exercent leurs métiers pour venir en aide aux patients qui en ont besoin.

De là vient la satisfaction du travail bien fait.

La relation à l'argent n'est pas étrangère à la motivation de participer à la consultation de l'association Médecins Solidaires.

Il ressort des données démographiques qu'aucun des médecins interrogés n'avait de relation à l'argent contraignant sa pratique de soins. L'association Médecins Solidaires permettrait donc de *pouvoir devenir acteur* aux médecins qui sont motivés par le service rendu qu'ils apportent grâce à leur travail.

Effectivement, pour aller faire se déplacer quelqu'un qui a un rythme de vie assez installé, assez équilibré, assez identifié, et dont il est satisfait, il faut une accroche qui le stimule, et qui le mette en mouvement pour quitter cet équilibre pendant une semaine.

Nous avons vu dans les résultats de la thèse en la figure 25, une concordance des thèmes entre médecins participants et fondateurs de l'association. Cette concordance permet d'envisager les valeurs qui sous-tendent l'associations Médecins Solidaires comme viable par les faits. Cette pérennité des valeurs au cœur de chaque médecin pourra en effet accompagner la pérennité du projet grâce à la mobilisation active des médecins volontaires d'y participer.

« Je pense que ça n'attire pas tous les praticiens, mais les praticiens que ça attire sont des humanistes » (14n 15o).

« C'est des médecins qui dès lors qu'on leur met à disposition un véhicule qui leur permet d'exprimer cet humanisme et cette solidarité de manière simple et sans engagement, sont tout à fait disposés à le faire. » (14n 15o).

IV.2. Exposé du modèle explicatif

Par trois schémas distincts nous allons exposer le modèle explicatif final. (Figure 24). Cette Figure 24 sera ainsi la synthèse des trois figures précédentes (Figures 21-23)

IV.2.1. Première étape.

Nous avons pu constater que la devise percutante a permis d'attirer l'attention de médecins. Ces derniers ont pu constater que l'engagement demandé répondait aux critères de clartés, de simplicité, de rigueur adéquate à un exercice de qualité de la médecine.

Cette **accroche communicationnelle** entraîne, dès lors que le médecin est réceptif au message, une envie de servir le bien commun relatif à la santé du patient en manque de soin dans une zone géographique donnée. Dès lors, le **pouvoir devenir acteur** de ce projet est enclenché, le médecin peut **devenir acteur du projet**. (Figure 31)

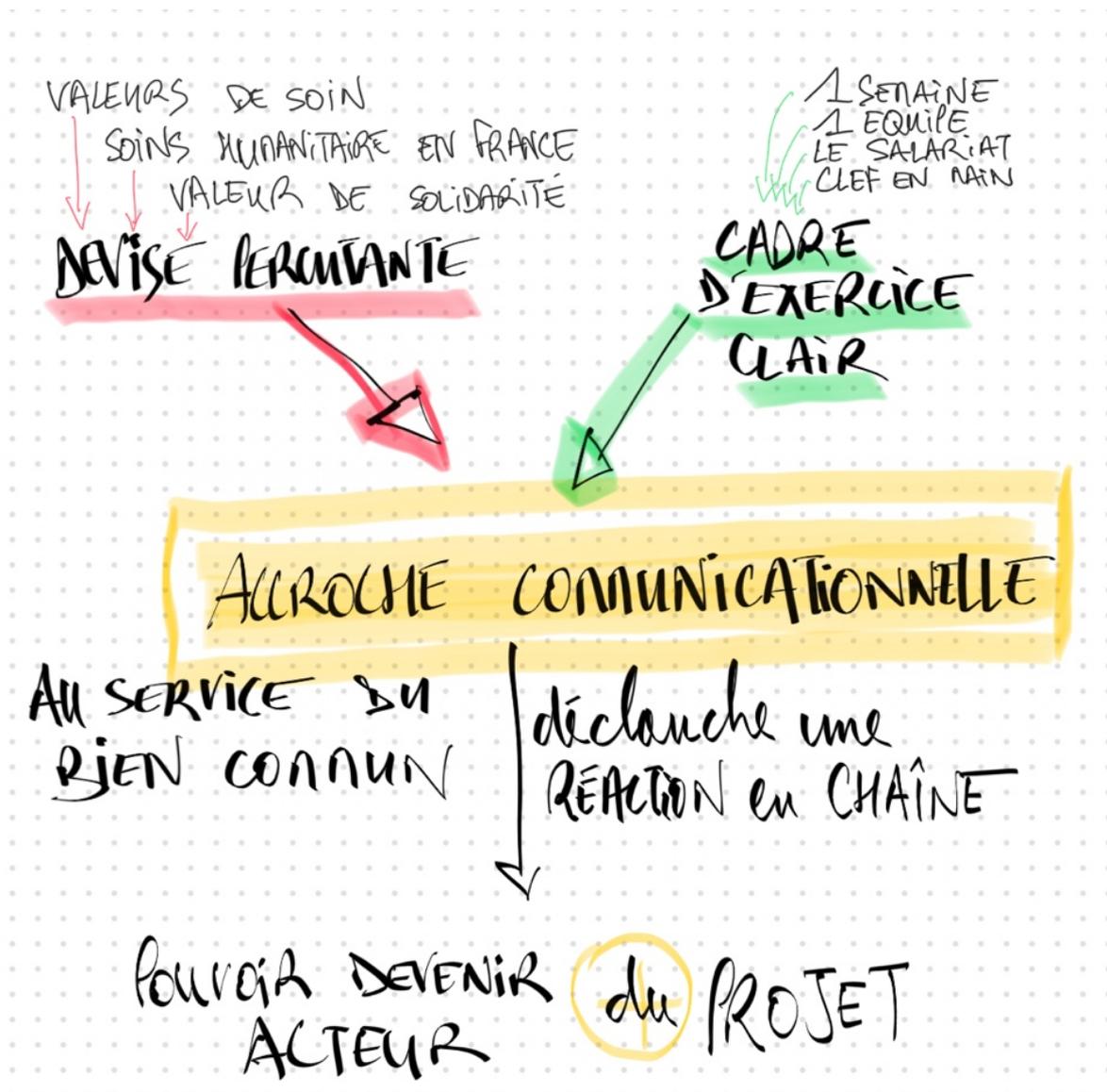


Figure 31 : Premier schéma de la figure théorique du modèle explicatif.

IV.2.2. Deuxième étape.

Explicitons un peu plus la première étape : « le médecin est réceptif au message ».

L'accroche communicationnelle n'enclenche une réaction pour pouvoir devenir acteur uniquement si ce message réveille les valeurs inhérentes à l'esprit de pratique médicale du médecin. La volonté d'apporter une solution qui est basée sur l'esprit confraternel.

De plus le projet humble, clair et répondant à une crise sanitaire est exclusivement centré sur le soin, valeur hautement motivante pour des médecins soucieux de soigner. (Figure 32)

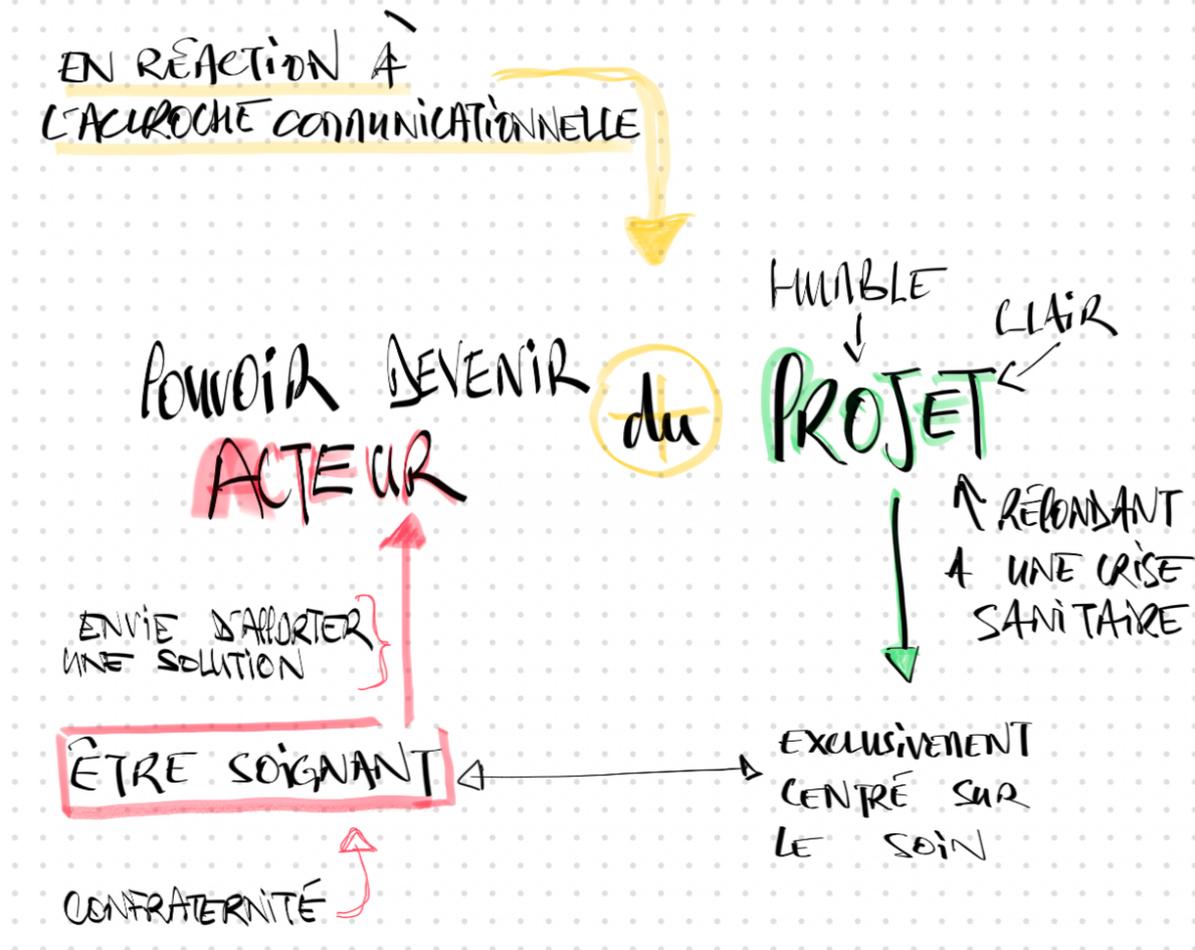


Figure 32 : Deuxième schéma de la figure théorique du modèle explicatif.

IV.2.3. Troisième étape.

D'une manière plus globale, nous assistons à une boucle que nous avons appelé « **réaction en chaîne** ». La structure **bienveillante** de l'association permet de mobiliser un ensemble de médecins qui, dès lors, participe à un roulement performant permettant d'assurer l'objectif du projet, à savoir : **apporter une consultation pérenne dans un désert médical**. (Figure 33)

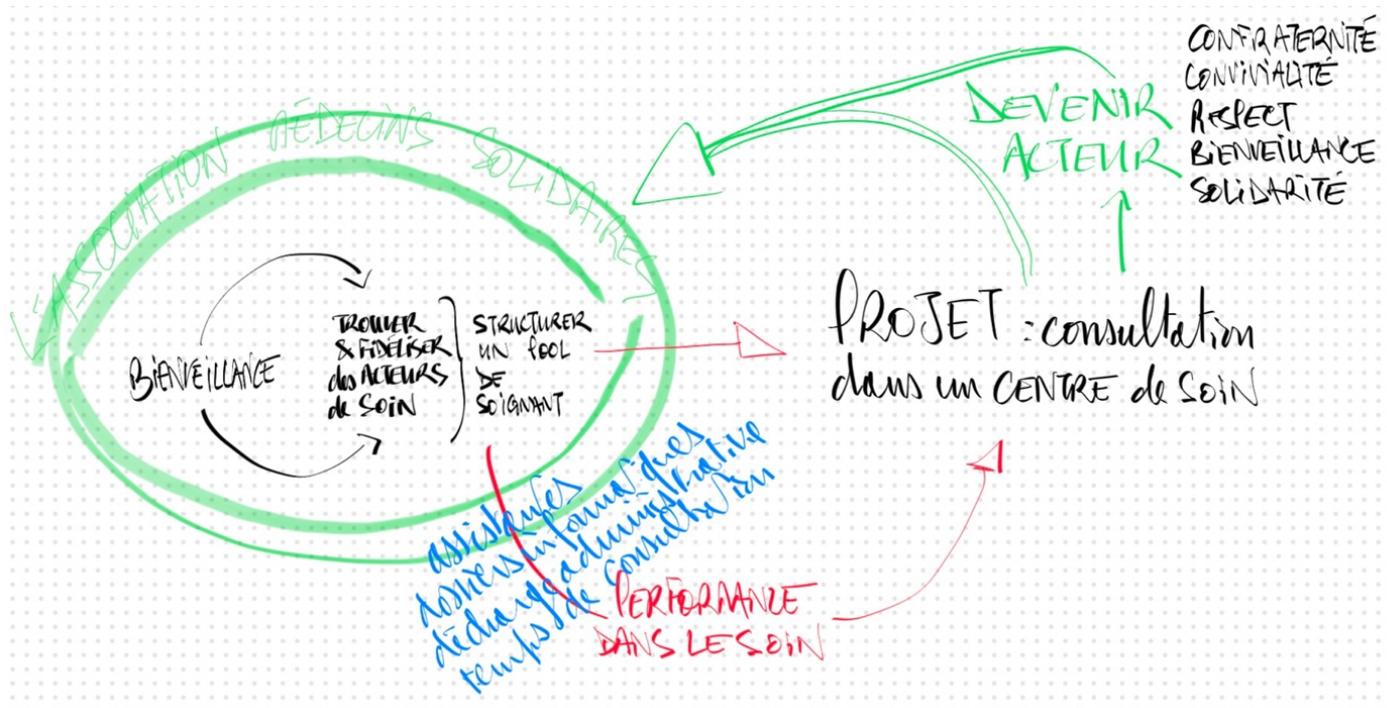


Figure 33 : Troisième schéma de la figure théorique du modèle explicatif.

IV.2.4. Synthèse du modèle explicatif.

Au final, la figure 34 ci-dessous est la **synthèse** des trois précédentes :

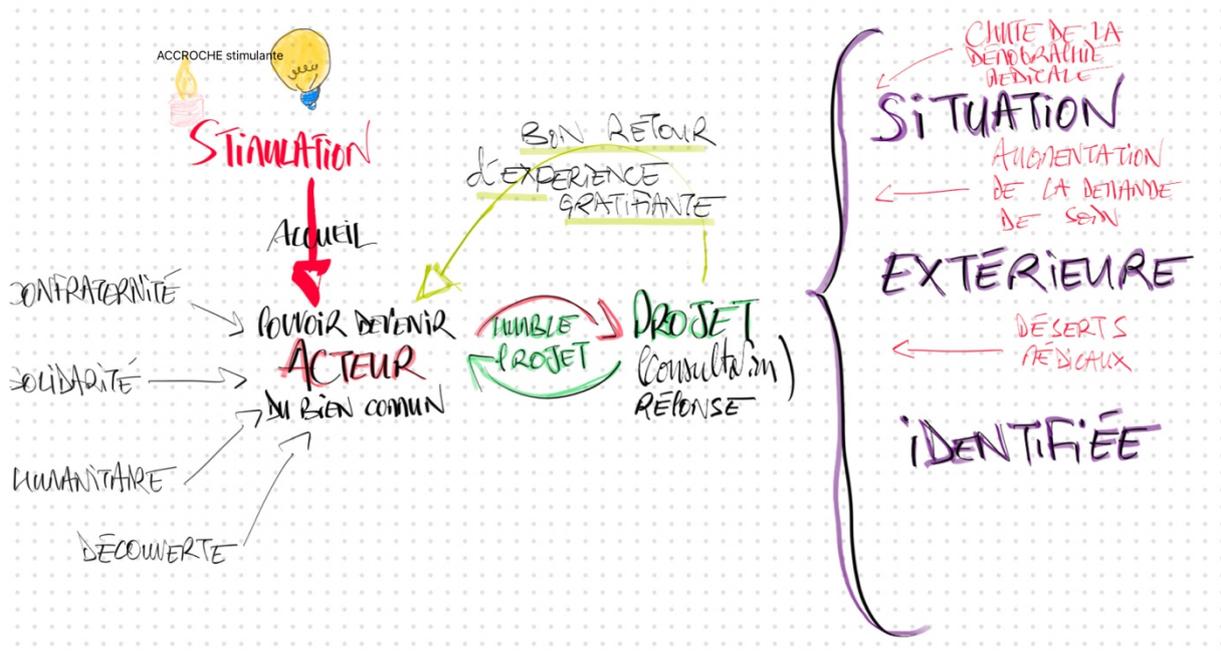


Figure 34 : Figure théorique du modèle explicatif.

IV.3. Vers une autre façon d'être acteur en santé

6 thèmes ont été retenus à la fin de l'étude de tous les verbatims.

Pour rappel :

accroche communicationnelle,
être accueilli,
expérience gratifiante,
humble projet,
pouvoir devenir acteur,
situation extérieure identifiée.

Par l'ensemble des données nous avons constaté que le thème pouvoir devenir acteur est de loin le plus fondamental, voir l'essentiel de ce qui se dégage de l'approche motivationnelle à la participation des praticiens à l'association Médecins Solidaires.

Comme notre recherche a pu le retrouver, les valeurs portées par l'association semblent communes à tout médecin. Les valeurs pour lesquelles les médecins sont motivés pour participer à une consultation à l'association Médecins Solidaires sont les mêmes que les valeurs pour lesquelles les médecins fondateurs ont créé cette même association.

Les valeurs qui rassemblent sont surtout de **pouvoir devenir acteur**, puis **d'être gratifié** dans le service apporté, et de faire connaître ce fonctionnement grâce à une **accroche communicationnelle**.

Les trois autres thèmes que sont : **être accueilli**, voir la **situation extérieure identifiée**, et participer à un **humble projet** ; rejoignent également les fondateurs et les participants de manière quasi-similaire.

« Donc souvent c'est des gens qui ont déjà fait le choix de la solidarité à travers leur métier ; qui ont déjà fait le choix du bien commun, de l'intérêt général, de s'intéresser à la souffrance de l'autre, et c'est un projet qui va venir amplifier ces valeurs-là que l'on a déjà exprimées au moment de devenir médecin généraliste. » (14n 15o)

Aujourd'hui il existe une autre façon de soigner qui hier encore n'existait pas. Une manière centrée exclusivement sur le soin, où le travail d'une équipe permet de réunir des médecins de multiples horizons autour d'un projet commun. Projet qui est d'agir contre le manque de soins. Humilité de ce projet mais en même temps point fort de ce projet, car il permet de s'adapter à n'importe quelle situation sanitaire donnée.

Humble projet car projet exclusivement local. Local dans sa réponse à l'immensité d'une problématique nationale. Mais aussi humble projet par son efficacité à répondre à des situations qui autrement n'auraient pas trouvées de solution venant d'une échelle décisionnelle plus vaste.

IV.4. Consulter à Médecins Solidaires

Dans l'introduction de la thèse nous avons constaté l'aspect alarmant de la désertification médicale. Les critères de caractérisation tel que l'APL peuvent aider à mieux caractériser un besoin de la population mais pas forcément d'y répondre. Ainsi, nous avons envisagé la réponse de l'association Médecins Solidaires comme une entreprise (au sens d'initiative) viable afin de répondre à une situation sanitaire de crise.

Il est possible de résumer l'exercice dans l'association Médecins Solidaires par une vision et application d'un travail médical solidaire centré exclusivement sur le soin, de manière humble, non lucrative, pour promouvoir une qualité des soins et des relations au sein d'une équipe dédiée à la plus grande satisfaction des patients. Patients qui sont d'ailleurs reconnaissant en réponse à cette pratique.

La question posée était : qu'est-ce qui motive les médecins à participer à l'association française Médecins Solidaires ?

Nous avons conclu que la motivation était moitié préalable aux médecins participants moitié consécutive des démarches de l'association pour assurer une zone de consultation.

Cette relation de bonne intelligence est la découverte de cette recherche.

La mobilité est une donnée nouvelle en soin. La médecine foraine était une notion planant sur les soignants dès lors que la fixité d'un lieu de soin pouvait être mise en cause. La règle de non concurrence énoncée dans le code de déontologie fait aussi partie des limites à respecter dans la mobilité médicale.

Mais un nouveau challenge se pose aux soignants d'aujourd'hui en France, c'est-à-dire qu'il existe de vastes zones où le soin n'est plus possible.

Nous avons vu dans l'introduction que même une mammographie, équipement radiologique conséquent, était devenue mobile grâce aux innovations technologiques et énergétiques d'aujourd'hui. Pourtant ce n'est pas le choix de l'association Médecins Solidaires.

La mobilité est faite mais seulement autour d'un lieu fixe.

Les structures de soins sont définies et les médecins sont mobilisés sur une semaine dans un lieu fixe. C'est un bel exemple d'adaptation de deux concepts, à savoir la mobilité médicale et l'ancrage dans un territoire donné.

IV.5. La pérennité du projet

Pourtant, après confrontation avec les données de l'introduction, la question de la pérennité de ce projet peut être posée.

Que le projet devienne pérenne n'est pas une motivation qui incite les médecins participants à participer à la consultation de l'association. L'aspect technique d'une semaine dans une structure pour ne faire que du soin est l'outil mis à la disposition des praticiens.

Mais la pérennité du projet n'est pas le but de leur participation.

Et l'association n'a pas une approche communicationnelle en ce sens. Un objectif à long terme, certainement. Mais les fondateurs comptaient surtout proposer une réponse concrète à la situation sanitaire d'aujourd'hui.

« Maintenant y a quand même un pool important de médecins » (19s)

Or, sans pérennité, pas de suivi.

Pas de suivi, plus de soin.

Plus de soin, désertification médicale.

Donc l'absence de pérennité de l'association revient à retrouver la situation initiale de désert médical d'avant la présence de l'association Médecins Solidaires.

Dès lors, une réflexion sur la manière de faire perdurer la vie de l'association autour de ses piliers est nécessaire afin que cette initiative innovante et enthousiasmante puisse continuer sa mission. Mission qui n'est rien d'autre que celle de tout médecin, à savoir d'assurer des soins de qualité.

« Quand je vois que ça ouvre, il y a de plus en plus de centres qui ouvrent, il y a de plus en plus de gens qui reviennent tout ça ! » (002b).

Ajain 2022 cela commence à paraître bien loin, car depuis lors de nombreux centres ont ouverts. Les projets d'ouvertures de centres se multiplient.

Au jour de l'écriture de cette thèse, soit trois ans après l'ouverture de son premier centre, l'association Médecins Solidaires en est à l'ouverture de son septième centre. (Figure 35)

Les centres se trouvent dans des zones rurales et soumises à la pression de la désertification médicale. Nous ne pouvons pas oublier que le nombre des déserts médicaux se multiplie aujourd'hui en France et concernent d'ores et déjà des zones urbaines pourtant épargnées.

Pour l'instant, l'association déploie ses centres en ruralité.

De part les besoins de soins. Mais également probablement de part l'espace physique disponible.

En effet, un centre signifie plusieurs bâtiments. Un bâtiment pour assurer les consultations, composé schématiquement de deux bureaux de consultation, un bureau de secrétariat, une zone d'accueil, et une salle d'attente. Mais également un logement pour chaque intervenant. Ce modèle nécessite donc une certaine superficie de fonctionnement.

Mais pourra-t-on envisager des structures de l'association Médecins Solidaires en ville ?

Le projet devra être en partie repenser à cet effet, cela ne représente qu'une question de recherche en suspens.



Figure 35 : Cartographie des centres de l'association Médecins Solidaires. (16)

Il y a même sur le site internet de l'association (16) un projet financier qui tente de rendre compte de la viabilité économique par structuration d'un réseau de centres. (Figure 36)

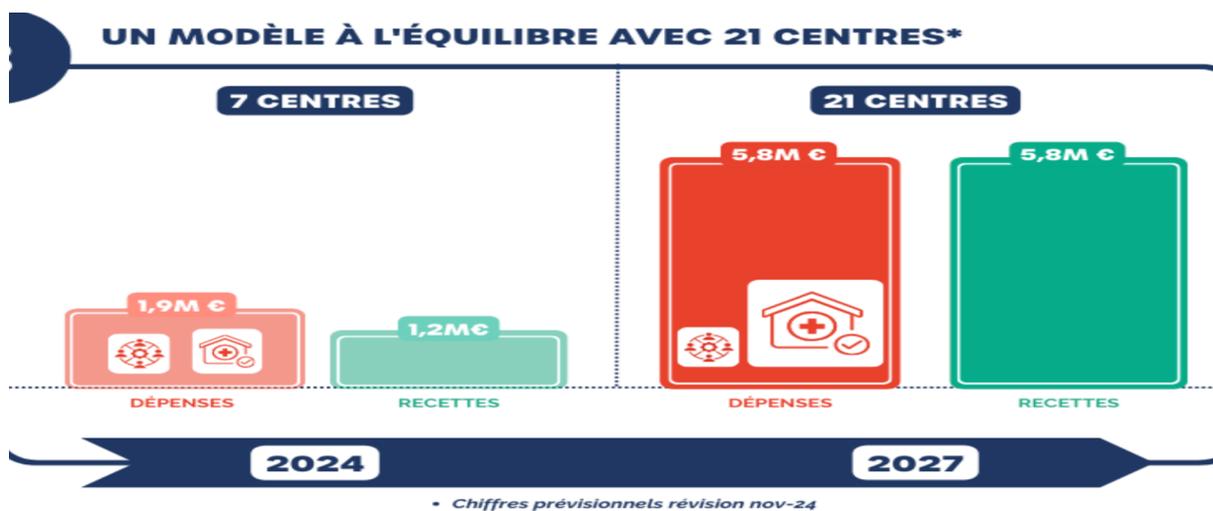


Figure 36 : Un modèle à l'équilibre avec 21 centres. (16)

Une des problématiques que soulève ce projet vient de l'ampleur même qu'il prend. Qui dit réseau de soin dit volonté de pérenniser le projet. Cependant qui dit augmentation du nombre de centre dit augmentation des besoins en médecins. Où va-t-on trouver tous ces médecins ? On les extrait de leur cabinet médical où ils exercent pour aller exercer ailleurs et pendant ce

temps pas de médecin dans les cabinets. La structuration d'un réseau à très grande échelle pourrait permettre une meilleure couverture sanitaire du territoire.

En inscrivant cette association dans une dynamique globale de soins, les fondateurs ont su parler aux médecins et à la population et à les faire travailler ensemble dans un beau projet commun. Un projet respectueux.

« Je trouve que ça attire beaucoup de gens très chouette, des gens bien, des gens humains » (14n 15o)

« En fait vous rencontrer des gens, qui sont en fait des gens... je trouve qu'il y a un biais de sélection positif dans ce projet. » (14n 15o)

Il ne faut dès lors pas oublier un des piliers fondateurs de l'association qui est la solidarité des médecins participants. Cet élan de solidarité est vital dans ce projet novateur bien avant toutes les questions qu'impliquent son expansion. La question de pérenniser la solidarité demeure aussi importante que celle de la gestion de l'ampleur prise par la structure de soin.

V. Forces et limites

V.1. Limites

Il y a plusieurs limites dans cette thèse.

A commencer par l'inexpérience de l'investigateur principal. Un de nos plus grands regrets est de ne pas avoir connu plus tôt dans le parcours qui mène au doctorat de médecine générale ce type de recherche car l'intérêt intellectuel que ce type d'analyse itérative a éveillé en nous est certain.

Une autre limite vient de la distance entre les différents médecins, ayant conduit à réaliser principalement des entretiens en distanciel. Ce côté distant rend plus difficile la collecte des données et plus particulièrement l'aspect non-verbal.

Enfin, il est évident que nous ne sommes pas restés indifférents au « *biais de sélection positif* » que constitue ce projet. Les participants ayant répondu favorablement à la demande d'avoir un entretien avec eux, sont probablement des médecins motivés et ayant vécu une expérience positive en participant à l'association Médecins Solidaires. Garder une tenue distanciée nécessaire à la rigueur scientifique a été une difficulté tout au long de l'analyse.

V.2. Forces

Des forces viennent contrebalancer ces faiblesses.

Le respect de la méthodologie d'une thèse qualitative avec saturation des données et triangulation des données.

Le choix de la méthode qualitative car notre volonté était d'étudier les motivations des médecins ayant participé à la consultation de cette association. Par rapport à cette subjectivité inhérente à la matière étudiée, il a été clair que l'analyse qualitative des données nous permettrait une évaluation plus précise de la nature des motivations des médecins.

Un fait remarquable est à signaler, même s'il n'a pas d'impact sur la thèse à proprement parler mais cela a permis un meilleur travail de fond, tous les entretiens ont été de vrais moments d'échanges avec respect et amabilité.

Par rapport à la distance des interlocuteurs, leurs gentillesse et sympathie nous a vraiment fait gagner beaucoup en qualité. Elles et ils ont largement su palier à la froideur de la distance, la chaleur de leurs propos sans aucune fausse condescendance. Cela nous a beaucoup plu de pouvoir leur parler à tous.

Nous notons que l'annotation « rire » revient plus de 158 fois sur l'étude de l'ensemble du corpus. Cela ne donne qu'une très brève indication de la bonne humeur relative au passage de ces entretiens.

Enfin le manque d'expertise de l'investigateur principal est contrebalancé par un travail assidu et non dépourvu ni de rigueur ni d'intérêt. La fluidité a perdu ce que la masse de données collectées a gagné. Une ampleur de vue, bien que très difficilement acquise, n'en est pas moins présente dans ce travail.

V.3. Les perspectives

V.3.1. Pour la recherche

Qu'est-ce que nous aimerions savoir de plus maintenant ?

Cette « vitrine » d'évolution d'une pratique en territoire déserté médicalement servira-t-elle de foyer de recherche scientifique pour découvrir comment faire pour créer un nouvel environnement de soins ?

Maintenant le versant patient pourrait être un sujet de thèse. Voyant comment confronter la motivation des médecins avec le ressenti des patients qui participent à la consultation des centres Médecins Solidaires.

Une autre perspective de recherche pourrait tenir dans l'analyse à l'échelle de nombreuses années pour savoir combien il faut d'année d'implantation de l'association médecins solidaires pour endiguer un désert médical et voir si lutter de telle manière pérennise une bonne couverture sanitaire d'un territoire donné.

De très nombreuses pistes de recherche sont ouvertes par l'association Médecins Solidaires qui ne demandent qu'à être explorées par les futurs chercheurs.

V.3.2. Pour la pratique

Cette thèse a permis de suggérer que la prise en compte des soignants dans leur globalité est en lien direct avec leur implication. Plus les soignants se sentaient respectés plus la participation devenait régulière. L'accroche réalisée par l'association est pour ainsi dire exemplaire.

« Une fois qu'on a mis un pied dedans, tout se passe tellement bien, ils sont tellement tous adorables qu'on n'a pas envie de les abandonner ! Silence, Je ne dirais pas que c'est un devoir, non ce n'est pas par devoir... mais par solidarité ! solidarité ! bienveillance et solidarité ! » (18r)

Mais de cette bienveillance, un élément est essentiel et très souvent retenu dans les entretiens, à savoir le plaisir de soigner. Le plaisir de soigner est dans le soin et cette tautologie est très appréciée des médecins qui, dans leur participation, à Médecins Solidaires ne font que du soin.

« C'est presque mon petit plaisir une fois par an de me dire : Allez ! pendant une semaine ! Je fais que du soin ! » (003c)

Une remarque a particulièrement retenu notre attention. Celle qui vise à faire d'un lieu commun une base de réflexion ; faire d'un état de fait une donnée incontournable voir même être la seule limite à la pratique : le médecin de famille comme seule alternative pour tous les patients. Or nous voyons qu'aujourd'hui est né un changement profond dans la pratique de la médecine.

« Tout le monde raisonne avec l'idée que le... le modèle ! c'est le médecin installé depuis 30 ans et que c'est ça le bon modèle ! mais c'est un modèle qui a des limites aussi. Silence. En fait tout modèle a des limites ! tout modèle a des limites et le médecin de famille qui est installé depuis 30 ans quand personne ne regarde derrière son épaule... ses prescriptions... quand personne ne remet en question ses prescriptions. Bah on peut assister parfois à un certain nombre de dérives ! donc le modèle du médecin de famille n'est pas... exclu ! du domaine de la limite. » (14n 15o)

Cette remarque d'un des fondateurs de l'association mérite largement que l'on s'y arrête car elle est à notre sens la base de la motivation des médecins de participer à Médecins Solidaires. Les médecins qui y participent reconnaissent tous que le travail d'équipe avec assistantes médicales et que la confraternité dans le relais des patients est l'expérience la plus gratifiante après la reconnaissance des patients.

Le « *de ne pouvoir faire que du soin* » est devenu un concept phare comme nous l'avons vu et de manière bien plus importante que celui de ne pas s'installer ni de ne pas avoir de suivi des patients. Fait remarquable car la plupart des praticiens sont attachés à réaliser des soins de qualité :

« *Bah là je suis revenu parce que la qualité du boulot était remarquable !* » (17q)

« *La deuxième chose qui fait revenir à mon avis c'est la qualité du travail qu'on y fait* » (17q).

Afin d'alimenter les réflexions, il peut être bon de revenir sur une définition de ce qu'est Médecins Solidaires d'après ce qu'en dit un des fondateurs que nous avons eu la chance de questionner.

« *Médecins Solidaires c'est un collectif intergénérationnel de médecins généralistes qui décide de se saisir de la question de l'accès aux soins en faisant une proposition de contribution sur un nouveau mode d'exercice qui est le temps partagé solidaire dans lequel les médecins se relaient une semaine par an, en tout cas au moins une semaine, dans un centre de santé installé dans un territoire qui en a besoin.* » (14n 15o)

La perspective pour l'organisation des soins serait peut-être l'augmentation :

- du travail coordonné avec la délégation des tâches administrative aux assistants médicaux,
- le travail en réseau de soins.

Et dans l'imaginaire ce travail en réseau coordonné permettrait peut-être de libérer une semaine tous les médecins installés pour faire de la médecine solidaire ?

Nous avons vu combien cette association Médecins Solidaires est une vitrine de gestion des soins dans un désert médical. La plupart des médecins y ayant participé reconnaissent une « *solution* » dans cette association face aux déserts médicaux.

Même s'il faut pourtant tempérer notre propos en rappelant l'aspect « *humble* » du projet et le côté « *mieux que rien* » lorsque l'on considère l'immensité du défi de la lutte contre la désertification médicale en France.

V.2.3 Concernant le retour de la pratique humanitaire en médecine en France.

Nous parlerons enfin de l'humanité de ce projet. Projet particulièrement sensible à l'exercice de la confraternité entre les médecins. A l'humanité de ce travail collaboratif il faut rendre compte aussi de sa particulière efficacité pour rendre service au patient.

« *Je dirais vraiment l'humanisme qui ressort un peu des questionnaires satisfactions que l'on envoie aux médecins, j'ai l'impression que ce qui ressort comme quelque chose de très fort c'est l'humanisme qui a dans le projet.* » (14n15o)

La confraternité est-ce bien ce que l'on demande aux médecins ?

« *Je trouve que cette notion de confraternité qui est une notion voilà entre autres il y a d'autres professions qui sont, qui parle de confraternité, je trouve que quand on parle de confraternité c'est souvent la médecine quand même et voilà on nous parle beaucoup de confraternité pendant nos études mais c'est souvent un petit peu au final dans l'application et dans le concret c'est parfois un peu bancal* » (14n15o)

Cette association éminemment basée sur la bonne volonté voit aujourd'hui des centres s'ouvrir à l'étonnement de chacun. Ouvrir et fonctionner pour le plus grand bien des patients.

Pourtant nous aurons vu qu'il n'y a pas d'ingrédient secret. L'atout de ce projet est en partie dû à sa visibilité auprès de médecins éminemment prêts à s'investir pour le bien commun. La motivation des praticiens ne naît pas avec Médecins Solidaires, mais Médecins Solidaires permet son expression. L'association est là « *pour permettre aux médecins qui en avaient l'envie, et il y en a beaucoup ! d'exprimer cette dimension solidaire qui était intrinsèque à eux, à leur éducation, à leur philosophie de vie, à leur humanité, à leur personnalité, à leur disponibilité.* » (14n15o)

Ce que ce travail de recherche nous aura montré, c'est que l'engagement naît souvent dans une génération et qu'un déclic peut entraîner de grandes et belles réalisations. Et aussi que la confraternité est encore une réalité très active dans le corps médical français.

Conclusion

2025. L'année du nadir.

Le nombre de soignants est au plus bas sur le territoire français.(3–6,8,9)

Comment rétablir une couverture de soins respectueux de la population et des médecins ?

L'ampleur du défi à relever est colossal.(2,10–12)

Pourtant un florilège d'initiatives voit le jour chez les soignants pour continuer de soigner les patients. La médecine se mobilise et les médecins n'hésitent plus à bouger. Même les outils les plus complexes comme la mammographie ou l'IRM sont mis à la disposition d'espaces de soins qui sinon seraient en souffrance d'outils diagnostics efficaces.(13–15)

Mais il ne faut pas oublier dans ce tumulte de la crise sanitaire combien est cruciale la relation d'un médecin avec un patient. Cette relation de soins est la base de notre pyramide sanitaire. Respecter cette relation c'est donner de la valeur aux soins, aux soignants et aux patients. (18,42–44,48)

Depuis 2022, l'association Médecins Solidaires tente de répondre à cette problématique en fondant des centres propices à établir une consultation de médecins généralistes. Le projet consiste à faire intervenir un médecin pour une semaine dans un désert médical sur la base du volontariat. (16)

Nous avons voulu étudier la vie de cette association en passant par le prisme de la motivation des médecins y participant.

Notre question de recherche était : Qu'est-ce qui motive les médecins à participer à l'association française Médecins Solidaires ?

Par la réalisation d'entretiens semi-dirigés nous avons pu obtenir 21 entretiens et au final 21 verbatims utilisables. De l'étude de l'ensemble de ces données sont apparues 6 unités de sens qui ont été nos 6 thèmes : pouvoir devenir acteur, expérience gratifiante, accroche communicationnelle, humble projet, être accueilli, situation extérieure identifiée.

Le modèle théorique explicatif découle d'un enchaînement de ces thèmes à savoir qu'une accroche communicationnelle interpelle les médecins dans leurs constats d'une situation de crise sanitaire extérieure de leur volonté et identifiée en tant que tel. De là est née la volonté de pouvoir devenir acteur de soin dans une structure qui permet d'être accueilli pour réaliser un humble projet. L'expérience gratifiante semblait donner envie de le faire perdurer. Le cercle vertueux est enclenché.

Il est nécessaire de le répéter : la motivation principale des médecins qui participent à l'association Médecins Solidaires est de pouvoir devenir acteur de soin dans une zone désertée médicalement mais non désertée en termes de population. Les 5 autres thèmes semblaient secondaires.

La motivation des praticiens de venir exercer une semaine dans l'association Médecins Solidaires est pour partie liée à l'élan novateur et stimulant qu'enclenche l'association au travers d'un réseau dense de communication efficace sur des médecins qui sont prêts à donner de leur temps par principe de solidarité pour lutter un peu plus contre une altération du système de soin français. La bonne santé des patients est ce qui tient au cœur du projet et qui tient à cœur aux médecins participants.

L'association permet ce que les médecins peuvent. De là naît une motivation commune.

Ce nouvel exercice de la médecine, basé sur le partage du temps médical, deviendra-t-il l'un des nouveaux référentiels de soins de la population française ?

L'humanisme du projet s'ouvre au défi qu'implique sa pérennisation face au défi des soins à prodiguer à la population.

Références bibliographiques

1. Chevillard G, Mousquès J, et al. Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. Paris : IRDES; 2013.
2. Chaput H, Lefebvre-Hoang I, Vergier N. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les dossiers de la DREES. 2017;
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. In Paris; 2022.
4. Masurier N, Clisson R, Guelff J. Facteurs influençant l'installation des médecins généralistes. *Exercer*. 2024;202:166-71.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie Médicale en France – situation au 1er Janvier 2018. 2018;
6. Chaput H, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES; 2020.
7. Foray A, Salles P, et al. La maison de santé pluriprofessionnelle inscrite dans le paysage des soins primaires. Attentes des usagers du système de santé et des futurs médecins généralistes. *Exercer*. 2024;35:54.
8. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES. 2017;1011:1-6.
9. Taha A, Dawidowicz S, et al. Maîtrise de stage et évolution de la densité en médecins généralistes en France. Une étude de cohorte entre 2018 et 2021. *Exercer*. 2023;191:118-9.
10. Barlet M, Coldefy M, et al. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. *Etudes et résultats*. IRDES. 2012;
11. Martin T, Feltgen K, Soudais B. Le médecin généraliste en unité mobile, une solution pour les déserts médicaux ? *Exercer*. 2023;194:275-80.
12. Safon M. Les politiques de lutte contre la désertification médicale : les enseignements français et étrangers : bibliographie thématique. Paris: IRDES; 2020.
13. Doisneau E, Mesnier T, Augros S. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018.
14. Vallée A. Le « Mammobile » : une méthode pertinente en France ? *Société Fr Santé Publique*. 2016;28(5):599-602.
15. Institut des Hauts-de-Seine. Bus santé femme. Nanterre; 2020.
16. Médecins Solidaires : Qui sommes-nous? [Internet]. Médecins Solidaires. Disponible sur: <https://medecins-solidaires.fr/qui-sommes-nous/lassociation/>
17. Organisation Mondiale de la Santé. Comblent le fossé en une génération. Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève: OMS; 2008.
18. Foray A. La maison de santé pluriprofessionnelle inscrite dans le paysage des soins primaires. *Exercer*. 2024;200:54-9.

19. Clisson R, Angoulvant C, et al. Du projet professionnel d'internes de médecine générale angevins à leur exercice réel : 2012 à 2019. *Santé Publique*. 2020;32(5):507-18.
20. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. *Espace Géographique*. 2018;47(4):362-80.
21. Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé. *Panoramas de la DREES*. Panor DREES. 2016;
22. PLFSS. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>. 2024. Indicateur 9-2 de santé publique: consommation de soins par habitant.
23. Merlin L. Comment faire accepter la déprescription aux patients lors d'une réévaluation d'ordonnance en médecine générale ? 2022;185:292-8.
24. Pison G. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-duree-de-vie-en-france/>. 2018. La durée de vie en France.
25. Carrier H, Zaytseva A, et al. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. *DREES*. 2017;3.
26. Letrilliat L, Supper I, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENerale. *Exercer*. 2014;114:148-57.
27. Chabot J. La lancinante question de la démographie médicale. *Rev Prat*. 2016;66:599-604.
28. Bloy G, Schweyer F. Singuliers généralistes. *Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP. 2010;
29. Minet M, Lognos B, et al. Médecin correspondant SAMU : le médecin généraliste au coeur de l'aide médicale urgente. *Exercer*. 2024;35(201):112-8.
30. République Française. Article R6123-28. Code de la santé publique 2023.
31. Minet M. Médecins correspondants du SAMU en France : profil, pertinence dans la prise en charge des urgences préhospitalières, réponse au défi des « 30 minutes ». [Thèse de médecine]. Clermont-Ferrand; 2013.
32. République Française. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU). Code de la santé publique 2007.
33. République Française. Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale. Code de la santé publique 2012.
34. Guineberteau C, Ombredane M, Noujaïm M. Droits des patients en fin de vie et médecine générale : directives anticipées, personne de confiance et sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. *Exercer*. 2019;158:464-70.
35. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Médecine foraine. In: Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. ANM. Paris; 2023.
36. Martin T, Feltgen K, Soudais B. La « médecine foraine » : une interdiction déontologique désuète ? *Médecine*. 2020;16:237-40.

37. Allory E, Geslot M, et al. Engagement des usagers dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et caractéristiques des MSP associées. *Exercer*. 2023;193:196-201.
38. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Comment organiser et réguler l'offre de soins primaires sur un territoire? In: *Les soins primaires en question(s)*. Rennes: Hyg e  ditions; 2021. (Débats santé social).
39. AFP. Contre les déserts médicaux, des tournées de médecins en camionnettes. Agence France Presse. *Le Point*. 2018;2.
40. Langlass  E. Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée. [Thèse de médecine]. Nantes; 2016.
41. Derriennic J, Le Goff D, Barais M, Le Reste J. Professionnels de santé en groupes d'exercice coordonné, colocataires ou collaborateurs ? *Exercer*. 2022;183:208-14.
42. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Instiut Rech Doc En Econ Santé*. 2009;141(141):1-6.
43. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. *WONCA EUROPE (Société Européenne de Médecine générale - Médecine de famille)*; 2002.
44. Millette B, Richard C, Lussier MT. Lorsqu'il faut savoir dire non à votre patient sans briser la relation. *Exercer*. 2023;34(198):469.
45. Ellner A, Phillips R. The coming primary care revolution. *J Gen Intern Med*. 2017;32(4):380-6.
46. Smith SM, Wallace E, et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group,  diteur. Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3(3).
47. Thomazo M, Soulie B. Cheminement et sélection d'une source d'information en médecine de premier recours : proposition d'un modèle explicatif par théorisation ancree. *Exercer*. 2023;192:148-53.
48. Conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants. Approche centrée sur le patient en médecine générale. *Exercer*. 2023;193:214-5.
49. Chazard E, Averlant L, et al. Intérêt des médecins généralistes pour un parcours de soins intégré des personnes âgées fragiles et données de consultation et de prescription correspondantes. *Exercer*. 2023;194:259-61.
50. Longneaux J, Bolly C, et al. Quelles sont les valeurs dans lesquelles s'ancrer la médecine générale ? *Exercer*. 2023;194:281-6.
51. Gallais JL. La médecine générale face aux normes. *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*. 2015;17-25.

Annexe 1. Pré-recueil

Le sexe

Homme / Femme

L'âge

Moins de 30ans / 30-39 ans / 40-49ans / 50-59 ans / 60ans et plus

La situation familiale

Célibataire / en couple / marié / divorcé

Nombre d'enfants

Enfants à charge

La localisation de l'exercice principal de la médecine

Région - Département

Campagne / semi-rural / urbain / ultra-urbain (centre supérieur à 1 million d'habitant)

La flexibilité liée à l'exercice quotidien

Cabinet fixe / remplacement fixe / remplacement itinérant / retraité actif

En groupe / isolé / salarié en structure de soin

Le mode de transport professionnel quotidien

Automobile / vélo / transport en commun / marche

Le temps moyen de transport domicile-travail

Moins de 15 minutes / 15-30 min / plus d'une ½ heure

La distance du lieu d'exercice par rapport à l'association Médecins Solidaires

Indiquer un nombre de kilomètres ou un temps de trajet pour les transports en commun

Le niveau de satisfaction à l'exercice de la médecine

Très satisfait / satisfait / neutre / insatisfait / très insatisfait

Les principales motivations à l'exercice de la médecine

Service rendu / équilibre de vie professionnelle-personnelle / autre

Les principales difficultés rencontrées au travail

Stress / charge de travail / solitude / manque de reconnaissance / charge fiscale / outil informatique / autre

Question bonus (transition pré-recueil vers entretien) : comment vous caractériseriez-vous ?

Annexe 2. Guide d'entretien

Comment avez-vous eu connaissance de Médecins Solidaires ?

Que pensez-vous du concept de Médecins Solidaires ?

Selon vous pourquoi ce concept de Médecins Solidaires attire les praticiens ?

Quels éléments du concept Médecins Solidaires vous ont convaincu d'y participer ?

Quels sont selon vous les éléments indispensables ou les éléments clés à garder dans ce concept pour que les médecins continuent à y participer ?

Quels éléments indispensables garderiez-vous dans le concept Médecins Solidaires pour continuer à y participer ?

Annexe 4. Extraits de Verbatim

Extrait de l'entretien 003c

L'investigateur : Alors du coup que pensez-vous du concept de Médecins Solidaires ?

003c : Ah ben moi je le trouve super !

Rire

J'ai adhéré complètement.

Je trouve que l'idée est géniale !

Alors moi en étant pure urbaine dans ma pratique, dans ma vie...

Dans tout ça euh...

Je ne suis pas sensibilisé directement à la problématique du désert médical, parce qu'on est encore un minimum préservé je pense.

Malgré tout je sais que ça existe euh...

Depuis longtemps.

Et en fait c'est vrai qu'avec les mouvements l'année dernière avec *médecins pour demain* tout ça, on se rend compte que tout le monde est un peu en difficulté, on échange aussi avec des collègues, on se rend compte à quel point il peut y avoir des difficultés dans des zones un peu moins bien dotées et du coup je trouve que l'idée effectivement de solliciter...

De solliciter des médecins qui viennent qu'une semaine et...

Enfin je trouve que le ...

Comment dire...

Le message de M en disant que c'est difficile de demander à peu de médecins de faire beaucoup et de s'installer dans des déserts, mais que ça peut être plus facile de demander à beaucoup de médecins de faire peu pour pallier à la solution je trouve que le concept il est super bien !

Moi je trouve ça...

Je trouve ça top !

Sur le principe déjà de base j'étais euh...

J'étais hyper euh...

Bah voilà je me suis dit il fallait y penser

Rire

Fallait juste le faire quoi !

Rire

Mais c'est top !

Extrait de l'entretien 14n

14n : Ce n'est pas neutre de prendre une semaine de son temps, de faire 300 km pour aller travailler.

Donc ...

Silence

Forcément il y a un déclic !

Dans le sens où il y a une évidence qui se crée quoi !

C'est-à-dire d'un coup les gens se disent ben oui je ne peux pas ne pas le faire ! Parce que je pense que c'est un projet qui est incontestable.

Silence

C'est-à-dire dans le sens où celui qui dit ce projet est un ...

Silence

est un mauvais projet ou en tout cas c'est une mauvaise idée et donc je n'y participerai pas, je pense vraiment que ...

Je pense vraiment que c'est très rare, faut vraiment être très négatif pour penser que ce projet-là n'a pas de...

On ne porte que des valeurs positives !

Il n'y a pas d'enrichissement.

C'est la défense d'une médecine humaniste et de proximité.

C'est solidaire.

C'est au détriment des plus fragiles dans les zones les moins dotées et donc pour être hostile...

Il faut vraiment...

Etre vraiment bizarrement construit.

Et donc à partir du moment où c'est un projet qui est assez incontestable, il peut assez facilement soulever une...

Envie d'y contribuer !

En se disant si je n'y contribue pas ?

Comment je peux ne pas contribuer à ça ?

Surtout quand ce sont des médecins généralistes qui de base est une population particulière.

Les médecins généralistes le sont rarement devenus par hasard. Il y en a !

Mais c'est rarement le cas.

Donc souvent c'est des gens qui ont déjà fait le choix de la solidarité à travers leur métier ; qui ont déjà fait le choix du bien commun, de l'intérêt général, de s'intéresser à la souffrance de l'autre, et c'est un projet qui va venir amplifier ces valeurs-là que l'on a déjà exprimées au moment de devenir médecin généraliste.

Donc quand le médecin il voit ça dans le journal, ou quand il l'entend à la radio, ou quand on lui en parle, ça vient réveiller toutes ces valeurs-là !

Et donc ça peut produire effectivement un déclic parce qu'on a envie de défendre ces valeurs auxquelles on est attaché. Et il y a là un moyen pour les défendre qui est un moyen incontestable.

Silence

Extrait de l'entretien 17q

L'investigateur : très bien et selon toi pourquoi ce concept de Médecins Solidaires attire les praticiens ?

Silence

017q : mais parce que c'est...

C'est intéressant philosophiquement parce que bon ça permet de se rendre utile, ça permet de faire une action sociale dans un vrai lieu et puis tous les gens qui viennent, ils se rendent vraiment compte du besoin et de leur utilité et ça permet vraiment de se sentir utile !

Utile de faire quelque chose qui est vraiment dans notre fondamental de métier et de façon peut être vraiment utile, alors que quand on fait un exercice urbain on a quand même souvent une bonne partie des actes qu'on fait que ...

Silence bref

Qui ne sont pas forcément forcément utiles.

L'investigateur : Hum !

C'est juste pour aller un tout petit peu plus loin parce que « fondamental dans notre métier » du coup c'est ... qu'est-ce que ça serait qui est fondamental ?

017q : ben ce qui est fondamental c'est le soin au patient, le vrai soin !

L'investigateur : le vrai soin ?

017q : le vrai soin c'est-à-dire le patient qui a besoin !

Le patient qui, pour moi qui suis très branché éducation thérapeutique et diabète, quand je vois le niveau de prise en charge ne serait-ce qu'à Ajain je ne suis pas allé voir ailleurs, mais des diabétiques sur le secteur de la Creuse mais c'est purement catastrophique !

Silence

Ca équivaut ... Ce problème en milieu rural, ça équivaut quand même à des pertes de chance !

Silence

L'investigateur : Et le concept de Médecins Solidaires permet de lutter contre cette perte de chance selon toi ?

017q : absolument !

Parce que les gens viennent consulter !

Les gens viennent consulter donc on peut les reprendre en charge...

Le concept de Médecins Solidaires avec des dossiers médicaux bien faits, bien suivis et bien remplis permet d'avoir une appréciation relativement rapide du patient, sans être obligé de reprendre complètement à chaque fois un grand interrogatoire et permet d'être efficace !

De voir où on en est dans la prise en charge des patients...

De voir ce qui a été fait, ce qui reste à faire, c'est quand même très très bien !

Ça permet, à mon avis, une vraie prise en charge !

Silence

Extrait de l'entretiens 21u

L'investigateur : Et ben justement, vous, quels éléments indispensables garderiez-vous dans le concept de Médecins Solidaires pour continuer d'y participer ?

021u : bah ça !

L'investigateur : Les coordinatrices !?

021u : ouais !

Exactement.

Les coordinatrices qui sont trop top et du coup le fait qu'euh...

Bah ça entraîne le fait qu'on fasse pas de paperasse quoi !

L'investigateur : D'accord.

Qu'est-ce qui vous...

Comment dire, vous pouvez me définir un peu le mot top ?

021u : Pour les coordinatrices ? bah déjà elles font toute la paperasse donc ça c'est super ; en plus elles connaissent en tout cas quoi moi j'étais à Ajain elles connaissaient super bien les patients, elles connaissaient très bien aussi comment ça fonctionnait autour, les paraméd', les autres spécialités, donc elles étaient d'une grande aide !

Et elles étaient hyper réactives, hyper efficaces !

En plus hyper sympa !

Rire

Donc non non c'était un grand plaisir de travailler avec elle toute la journée.

L'investigateur : D'accord.

021u : il y avait une super ambiance !

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 et méprisé si j'y manque.

Quelles sont les motivations des médecins qui participent à l'association française Médecins Solidaires ?

La situation sanitaire française est des plus alarmantes. Les déserts médicaux sont devenus une entité palpable dans de nombreux territoires de l'Hexagone. L'ensemble du corps médical vient pour l'année 2025 d'atteindre le nadir de ses praticiens.

Pourtant un florilège d'initiatives voit le jour chez les soignants pour continuer de soigner les patients.

L'association Médecins Solidaires tâche depuis 2022 de répondre à un besoin de soin d'une population en manque de médecins. Pour ce faire l'association fonde des centres propices à accueillir une consultation de médecins généralistes intervenant sur une semaine, dans un lieu donné.

L'objectif de cette thèse qualitative était de rendre compte des motivations qui poussent les médecins généralistes à participer à cette association française.

La découverte de cette thèse, c'est que la principale motivation des médecins à consulter au sein de l'association Médecins Solidaires était le fait de pouvoir devenir acteur de soin dans une zone en souffrance. L'humanisme de ce projet relève le défi des déserts médicaux ; et ce faisant compte sur l'innovation qu'est le temps médical partagé. La pérennité de l'association repose pleinement sur la solidarité et la confraternité des médecins y participant.

Mots-clés : désert médical, association, solidarité, acteur de soin, confraternité

What are the motivations of the medical doctors who participate in the French association Médecins Solidaires ?

The French health situation is most alarming. Medical deserts have become a palpable entity in many territories in France. The entire medical profession has just reached the nadir of its practitioners by the year 2025.

The Medecins Solidaires Association has been working since 2022 to meet the care needs of a population lacking doctors. To do this, the association is establishing centers suitable for hosting a consultation of general practitioners over a week, in a given place.

The objective of this qualitative thesis was to report on the motivations that push general practitioners to participate in this French association.

The discovery of this thesis is that the main motivation of doctors to consult within the Medecins Solidaires Association was the fact of being able to become a care provider in a suffering area.

The humanism of this project takes up the challenge of medical deserts; and in doing so counts on the innovation that is shared medical time. The sustainability of the association rests entirely on the solidarity and brotherhood of the participating doctors.

Keywords : medical desert, association, solidarity, care actor, brotherhood

