



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2022

N°

VÉCU ET DEVENIR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ADJOINTS DE BOURGOGNE DE 2018 À 2021

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 14 avril 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par M. BOURALLA Maxime
Né le 17 septembre 1988
A AUTUN (71)

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2022

N°

VÉCU ET DEVENIR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ADJOINTS DE BOURGOGNE DE 2018 À 2021

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 14 avril 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par M. BOURALLA Maxime

Né le 17 septembre 1988

A AUTUN (71)

Année Universitaire 2021-2022
au 1^{er} **Septembre 2021**

Doyen :
Asseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
(Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021)			
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségoène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
----	---------	----------------	----------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
 PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

- M. le Professeur Marc MAYNADIÉ

Membres :

- Mme. le Docteur Katia MAZALOVIC, Maître de Conférence des Universités
- M. le Professeur Associé Arnaud GOUGET
- M. le Professeur Associé François MORLON

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Marc MAYNADIÉ,

Doyen de la faculté de Dijon,

Je vous remercie de me faire l'honneur de bien vouloir présider ce jury. Je vous remercie pour votre confiance et votre enthousiasme.

A Madame le Docteur Katia MAZALOVIC,

Directrice du Département de Médecine Générale,

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de ce jury. Je vous remercie pour votre grande réactivité et pour votre engagement pour la médecine générale.

A Monsieur le Professeur Associé Arnaud GOUGET,

Vous m'avez proposé ce sujet,

Vous m'avez aiguillé tout au long de l'élaboration de cette thèse,

Votre soutien et vos conseils m'ont été indispensables ;

Je vous remercie d'avoir partagé vos connaissances et votre amitié tout au long de ces trois années en tant que médecin senior.

Je vous remercie de me faire l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Associé François MORLON,

Je vous remercie pour vos enseignements et pour votre engagement pour la Médecine Générale.

Je vous remercie de me faire l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

A Madame le Docteur Marie-Laure GOUGET,

Vous m'avez fait confiance en tant que médecin senior,

Vous m'avez orienté, soutenu et encouragé dans ce travail,

Je vous remercie pour ces trois années de collaboration et d'amitié.

A Madame le Docteur Lucile NOUVELLET,

Vous m'avez fait confiance en tant que médecin senior,

Vous m'avez orienté, soutenu et encouragé dans ce travail,

Je vous remercie pour ces trois années de collaboration et d'amitié.

A ma famille et mes amis,

Vous m'avez toujours motivé et soutenu dans ce projet,

Votre présence et vos mots m'ont été d'un grand réconfort et le seront toujours,

Veillez excuser ma rare compagnie ces derniers temps, ce n'est que pour mieux se retrouver.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
MATERIEL ET METHODE	17
I. Définition de la population	17
II. Type d'enquête	18
III. Conception du questionnaire	18
IV. Recueil des données	19
V. Exploitation des données	19
RÉSULTATS.....	20
I. Population étudiée	20
II. Profil démographique	21
A. Sexe.....	21
B. Age	21
C. Unité de Formation et de Recherche (UFR) d'origine	21
D. Département d'exercice en tant qu'adjoint.....	22
E. Soutenance de la thèse d'exercice	22
III. Mode de découverte du contrat d'adjoint.....	23
IV. Modalités de l'expérience d'adjoint.....	24
A. Durée de l'exercice en tant qu'adjoint.....	24
B. Structures d'exercice	25
C. Nombre de médecins seniors par adjoint	26
D. Organisation de travail des adjoints.....	27
E. Autres modes d'exercice expérimentés en tant que doctorant	28
V. Facteurs motivant l'acceptation d'un contrat d'adjoint.....	30
VI. Satisfaction de l'expérience d'adjoint	31
VII. Recommandation de l'expérience d'adjoint	31
VIII. Eléments préjudiciables à l'exercice de l'adjoint	32
IX. Choix du mode d'exercice des médecins diplômés de l'enquête	34
X. Souhait d'exercice des médecins non diplômés de l'enquête.....	34
XI. Installations et leurs localisations	35
A. Installations effectives chez les médecins diplômés.....	35
B. Souhaits d'installation chez les médecins non diplômés	36
XII. Expérience d'adjoint et incitation à l'installation.....	37
A. Parmi les médecins diplômés	37

B. Parmi les médecins non diplômés	37
DISCUSSION	38
I. Matériel et méthode	38
A. Choix du sujet	38
B. Sujets similaires	39
C. Difficultés d'accès aux adjoints	39
D. Biais de l'enquête	41
II. Enquête et population	43
A. Voies de réponse	43
B. Taux de réponse	43
C. Une population totale d'adjoints plutôt élevée	44
D. Profil démographique.....	45
III. Lieux d'installation privilégiés des adjoints	46
A. Parmi les médecins diplômés	46
B. Parmi les médecins non diplômés.....	46
C. Analyse.....	46
D. Influence de l'expérience d'adjoint dans la décision d'installation	47
IV. Modes d'exercices	49
A. Choix des médecins diplômés	49
B. Choix des médecins non diplômés	49
V. Modalités de l'expérience d'adjoint	50
A. Durée de l'expérience d'adjoint	50
B. Structures d'exercice	51
C. Temps de travail des adjoints.....	51
D. Nombre de médecins seniors par adjoint	52
E. Autres modes d'exercices expérimentés	52
VI. Une nette domination des installations parmi les adjoints	53
VII. Facteurs motivant l'acceptation d'un contrat d'adjoint	54
A. Connaissance du territoire	54
B. Un contrat stable, sécurisant financièrement.....	54
C. Une expérience utile pour le territoire comme pour l'adjoint	55
D. Importance de la demande du médecin senior	55
E. Une faible mention des organismes territoriaux	56
VIII. Eléments gênant l'expérience d'adjoint.....	57
A. Des difficultés inhérentes à la médecine générale en zone sous-dotée.....	57

B.	Des difficultés inhérentes aux relations humaines	57
C.	Des difficultés liées au statut d'adjoint	58
IX.	Mode de découverte du contrat d'adjoint.....	59
X.	Satisfaction de l'expérience d'adjoint.....	59
XI.	Vers une institutionnalisation des adjoints ?	60
CONCLUSIONS		61
BIBLIOGRAPHIE.....		64
ANNEXES.....		66
I.	Annexe 1 : Questionnaire finalisé	66
II.	Zonage des besoins médicaux en Bourgogne et Franche-Comté (février 2021).....	69

Table des figures et tableaux

Figure 1 : Diagramme de flux	20
Figure 2 : Réponses en fonction du sexe.....	21
Figure 3 : Mode de découverte de l'existence du contrat d'adjoint	23
Figure 4 : Durée de l'exercice en tant qu'adjoint.....	24
Figure 5 : Structure d'exercice des adjoints	25
Figure 6 : nombre de médecins seniors par adjoint	26
Figure 7 : Réponses en fonction du nombre de jours travaillés par semaine	27
Figure 8 : Réponses en fonction des motivations	30
Figure 9 : Installations chez les médecins diplômés	35
Figure 10 : Souhais d'installation chez les médecins non diplômés.....	36
Tableau 1 : Eléments préjudiciables dans l'exercice d'adjoint en médecine générale	33

LISTE DES ABREVIATIONS

BIUSM = Bibliothèque InterUniversitaire Santé Médecine

CDOM = Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

IP = Internet Protocol ou Protocole d'Internet

MA = Médecin Adjoint

MGI = Médecin Généraliste Installé

MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PDSA = Permanence De Soins Ambulatoire

QCM = Question à Choix Multiples

RGPD = Règlement Général sur la Protection des Données

SUDOC = Système Universitaire de Documentation

URPS = Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux

UFR = Unité de Formation et de Recherche

INTRODUCTION

Par convention, nous appellerons « médecin senior » tout médecin généraliste installé travaillant avec un médecin adjoint. Nous nous référerons au médecin adjoint par le terme « adjoint ».

Depuis 1972, la Loi n°72-660 (1) du Code de Santé Publique permet aux étudiants en médecine n'ayant pas encore soutenu leur thèse, d'exercer en tant que remplaçant ou adjoint d'un médecin diplômé. A la différence d'un remplacement, au cours duquel le médecin remplacé ne peut pas travailler, l'adjoint peut exercer en même temps que le médecin sénior. Un contrat-type (2) permettait à un médecin senior d'être aidé d'un adjoint à partir du premier mars 1973.

Le contrat d'adjoint en médecine générale permet, avant 2017, de renforcer la réponse médicale locale pendant les fortes épidémies et dans les lieux touristiques saisonniers : l'été dans les stations balnéaires et l'hiver dans les stations de ski. Ces lieux doivent présenter une forte hausse de leur population sur un temps limité. Ces contrats étaient accordés par les préfetures, après avis des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) (3).

Au-delà des variations ponctuelles de population, il existe en France de nombreuses zones sous-dotées en médecins, qui dessinent des « déserts médicaux » dans lesquels l'accès aux soins pour les patients est difficile. Il s'agit donc de territoires de tension permanente en termes de démographie médicale.

Ces zones sous-denses ont été redéfinies dans un arrêté du 13 novembre 2017 (4). 68 % de la population de Bourgogne-Franche-Comté vit sur un territoire éligible à des aides au maintien ou à l'installation de médecins. Ces données sont toujours valides après la réactualisation du zonage effectuée par l'ARS en février 2021 (5). (Annexe 2)

En réponse à la « désertification médicale », la Ministre des Solidarités et de la Santé, Madame Agnès BUZYN, a proposé le 13 octobre 2017 dans son « *plan de renfort de l'accès territorial aux soins* » (6), de généraliser aux zones sous-dotées le contrat de médecin adjoint (MA). Les autorisations sont désormais directement délivrées par le CDOM pour des périodes maximales de trois mois renouvelables (7). L'autorisation n'est possible que dans les départements où la pénurie médicale a été constatée par un représentant de l'Etat et

officialisée par un arrêté. L'adjoint doit être un étudiant en médecine français ou de la communauté européenne ayant satisfait aux prérequis l'autorisant à remplacer un médecin (8). Il doit s'inscrire auprès du CDOM du département de son domicile et obtenir une licence de remplacement. Il a également l'obligation de souscrire à une assurance de responsabilité civile professionnelle. L'adjoint doit ensuite établir un contrat avec le médecin senior en trois exemplaires qu'ils soumettent ensemble au CDOM pour autorisation.

Dans ce contexte, le contrat d'adjoint est vu comme une réponse complémentaire à la problématique de la désertification médicale. Il n'existe qu'une étude évaluant l'intérêt d'une telle mesure. Menée dans le Nord-Pas-de-Calais, elle montre que le contrat d'adjoint s'est montré utile comme réponse à la demande de soins des patients en zones sous-dotées, de manière transitoire ou à plus long terme (9).

Le contrat d'adjoint n'est qu'une solution temporaire. Il nous a paru intéressant d'évaluer le vécu et le devenir des adjoints, notamment concernant leurs éventuels projets d'installation dans des zones sous-dotées. La question fut donc la suivante : les médecins ayant exercés en qualité d'adjoint sur la période de 2018 à 2021 en Bourgogne se sont-ils installés sur leur lieu d'exercice en tant qu'adjoint, ou à très forte proximité ? Est-ce le projet de ceux qui ne se sont pas encore installés ?

L'objectif principal de l'étude est de vérifier si le contrat d'adjoint favorise les installations en zone sous-dotées.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence les facteurs pouvant influencer ce choix.

MATERIEL ET METHODE

I. Définition de la population

L'étude concerne la totalité des étudiants et médecins ayant bénéficié d'au moins un contrat de médecin adjoint en médecine générale, en Bourgogne, de janvier 2018 à décembre 2021. Toute autre spécialité de médecine est exclue de l'étude. L'étude inclue toute personne répondant à ces critères qu'elle soit encore étudiante ou médecin diplômé.

Les principaux critères d'exclusion ont été un exercice d'une autre spécialité que la médecine générale, un exercice d'adjoint en dehors de la période explorée, un exercice d'adjoint en dehors de la région Bourgogne. Les listes fournies par les CDOM prenaient déjà en compte tous ces critères et tout médecin interrogé était éligible. Enfin, le dernier critère d'exclusion était un remplissage partiel du questionnaire.

Le début de notre période d'étude correspond au 1^{er} janvier de l'année succédant la mise en place de l'arrêté étendant l'autorisation de délivrance de contrats d'adjoint aux zones en sous-effectif médical (1^{er} janvier 2018). Elle se termine au 31 décembre de l'année civile précédente (31 décembre 2021).

Nous avons contacté les quatre CDOM de Bourgogne pour obtenir la liste des médecins adjoints concernés par notre enquête. L'identité des MA n'est inscrite que sur les procès-verbaux des différents conseils de l'ordre, accessibles uniquement aux conseillers ordinaires.

Une demande de divulgation de ces identités a été rejetée par le service du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Les CDOM ont accepté de transmettre notre questionnaire par voie électronique pour ces seuls médecins adjoints et éventuellement leurs médecins seniors.

II. Type d'enquête

Nous avons choisi de réaliser une étude transversale descriptive de la population cible. Hormis l'âge des personnes interrogées, la totalité des variables explorées sont qualitatives. Les résultats sont donc principalement exprimés en prévalence (nombre d'individus et taux en %).

Il a été choisi de mener cette enquête par l'intermédiaire d'un questionnaire électronique anonyme.

III. Conception du questionnaire

Le questionnaire avait pour but d'étudier la population cible et de la décrire. Il devait identifier l'installation ou le projet d'installation dans les environs du lieu d'exercice des adjoints. Il devait également explorer le ressenti des adjoints quant à leur expérience, les éléments ayant motivé leur décision d'opter pour ce contrat, ainsi que les facteurs les ayant gênés dans leur exercice. Enfin, il devait décrire les modalités de leurs contrats.

Le questionnaire devait être simple et de remplissage rapide pour maximiser le taux de réponses. Il a donc été choisi de réaliser des questions à choix multiples dont les réponses déterminées à l'avance se voulaient les plus exhaustives pour répondre à chaque question.

Une première version du questionnaire a été élaborée à l'aide du logiciel Word®. Ce questionnaire a ensuite été discuté et retravaillé, pour aboutir à une version finale (Annexe 1).

Le questionnaire finalisé a été transcrit sous forme électronique via l'application *DragnSurvey*®. Celui-ci a été testé par des médecins, pour vérifier la compatibilité des appareils et estimer un temps moyen de complétion. Ce dernier a été de 4 min 30 s.

Un lien pour accéder aux questionnaires en ligne a été généré et transmis aux CDOM de Bourgogne pour son envoi à toute la population cible. Ce lien était accompagné d'un texte explicatif succinct quant à l'objectif de l'étude, ainsi que de nos coordonnées si besoin. Une première transmission par les quatre CDOM a été effectuée mi-décembre 2021. Une relance

a été réalisée deux semaines à un mois après. Le recueil des données a été stoppé trois mois après le premier envoi, devant l'absence de nouvelles réponses.

IV. Recueil des données

Les données ont été exclusivement recueillies via l'application *DragnSurvey*® sur une période de 3 mois. Une limitation à un questionnaire rempli complètement par adresse IP a été activée. Les données ont été anonymisées par l'application dès le recueil.

DragnSurvey® permet l'extraction des données sous plusieurs formats et pour plusieurs logiciels dont Excel®.

V. Exploitation des données

Les réponses ont été répertoriées dans Excel® sous forme de données binaires pour chaque variable. Il en résulte un tableau où une ligne correspond à un répondant, chaque « 1 » ou « 0 » définissant la présence ou non de chaque variable. Le calcul des prévalences a été réalisé à partir de ce tableau.

RÉSULTATS

I. Population étudiée

Le questionnaire a été distribué à 72 médecins ayant bénéficié d'un contrat d'adjoint en Bourgogne pendant la période 2018 à 2021.

40 ont été adjoints en Saône et Loire, 12 dans l'Yonne, 12 en Côte d'Or et 7 dans la Nièvre. 1 répondant a été adjoint dans l'Yonne et en Côte d'Or. 51 d'entre eux ont répondu.

Trois questionnaires étaient incomplets, ne comportant qu'entre une à trois réponses sur 18 questions. Ils n'ont pas été retenus dans les résultats.

48 questionnaires sont revenus complets, portant le taux de participation à deux tiers.

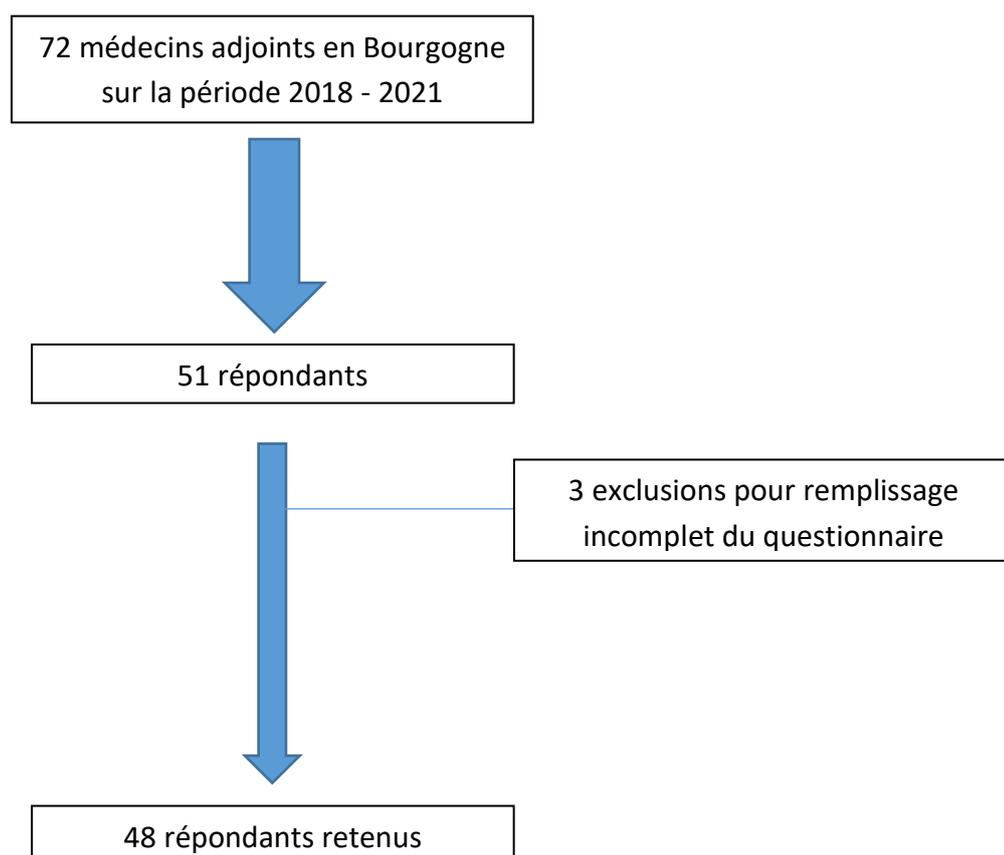


Figure 1 : Diagramme de flux

II. Profil démographique

A. Sexe

L'échantillon de 48 répondants comporte 23 femmes (47,92 %) et 25 hommes (52,08 %).
(Figure 2)

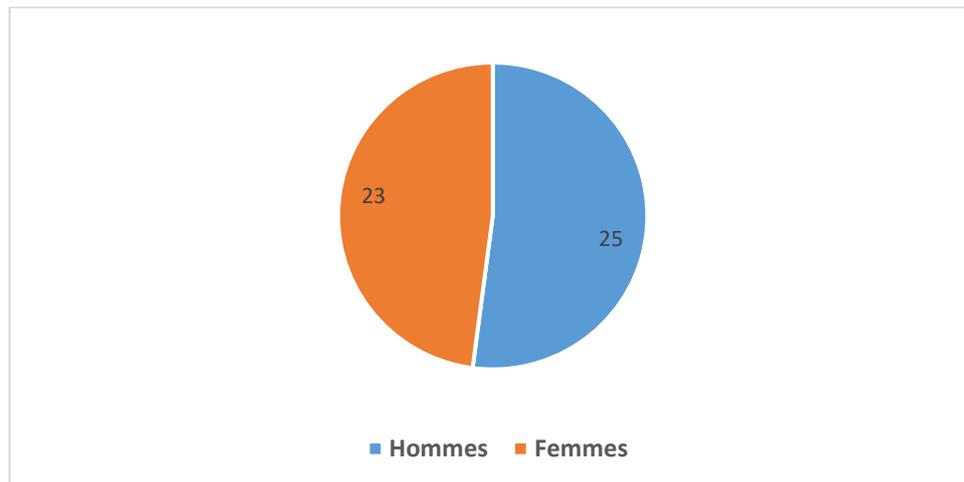


Figure 2 : Réponses en fonction du sexe

B. Age

Les répondants sont âgés de 27 à 38 ans. L'âge médian est de 30 ans pour les femmes et 31 ans pour les hommes. L'âge médian de l'échantillon est de 31 ans et la moyenne d'âge est de 30,73 ans

C. Unité de Formation et de Recherche (UFR) d'origine

Parmi les 48 répondants :

- 44 (91,67 %) ont effectué leurs études de médecine au sein de l'UFR de Dijon ;
- 1 (2,08 %) vient de l'UFR de Clermont-Ferrand ;
- 1 (2,08 %) vient de l'UFR de Nancy ;
- 1 (2,08 %) vient de l'UFR de Strasbourg ;
- 1 (2,08 %) vient de l'UFR de Bordeaux.

D. Département d'exercice en tant qu'adjoint

Parmi les 48 répondants :

- 25 (52,08 %), soit **plus de la moitié, ont effectué leur contrat d'adjoint en Saône-et-Loire** ;
- 10 (20,83 %) dans l'Yonne ;
- 7 (14,58 %) dans la Nièvre ;
- 5 (10,42 %) en Côte d'Or ;
- 1 répondant (2,08 %) a effectué des contrats d'adjoint à la fois dans l'Yonne et en Côte d'Or.

➔ **Plus de la moitié des répondants ont été adjoints en Saône-et-Loire.**

E. Soutenance de la thèse d'exercice

Parmi les 48 répondants :

- 25 répondants (52,08 %) ont soutenu leur thèse de médecine générale ;
- 23 (47,92 %) sont encore médecins non diplômés ou étudiants.

➔ **La moitié des répondants ont soutenu leur thèse d'exercice.**

III. Mode de découverte du contrat d'adjoint

Question : Par quel biais avez-vous connu le dispositif de médecin adjoint ?

- Un étudiant en médecine / interne / adjoint déjà en poste
- Un médecin généraliste
- Un maître de stage de médecine générale
- Une information émanant de la faculté de médecine
- Une information émanant d'organismes de santé officiels (ARS, CPAM, Ordre des médecins...)
- Une information émanant d'un organisme territorial (Mairie, Conseil Départemental, Conseil Régional...)
- Dans la littérature médicale
- Autre

Parmi les 48 répondants :

- 29 (60,42 %) déclarent avoir connu le contrat de MA via un médecin généraliste.
- 10 (20,83 %) ont eu une information via un maître de stage en médecine générale.
- 6 (12,5 %) ont eu une information via la faculté de médecine.

➔ **La plupart des adjoints ont découvert ce mode d'exercice par le biais d'un médecin généraliste.**

La répartition complète est illustrée dans le diagramme suivant (figure 3).

Cette question est à choix multiple, le total peut donc excéder 100 %.

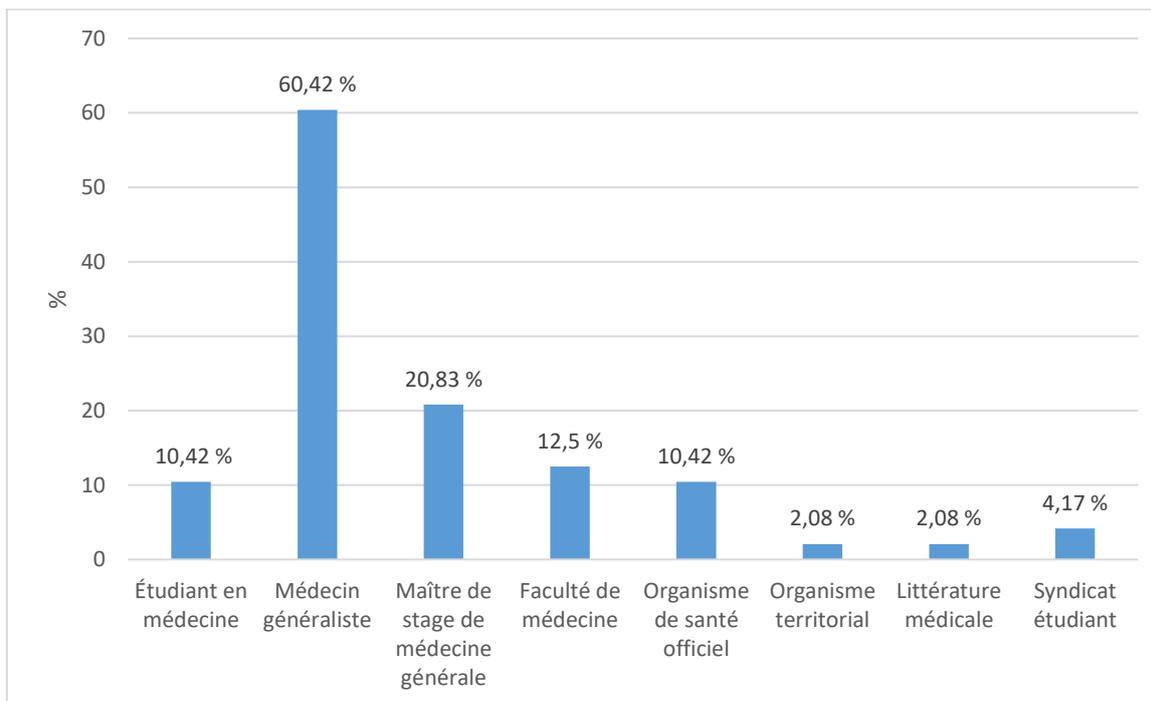


Figure 3 : Mode de découverte de l'existence du contrat d'adjoint

IV. Modalités de l'expérience d'adjoint

A. Durée de l'exercice en tant qu'adjoint

Question : Combien de temps avez-vous bénéficié du statut de médecin adjoint ?

- Six mois ou moins
- Entre six mois et un an
- Entre un et deux ans
- Plus de deux ans

Parmi les 48 répondants :

- 14 soit **29,17 %** ont exercé sur une période inférieure à 6 mois ;
- **Près de la moitié** (21 soit **43,75 %**) ont exercé sur une période de 6 mois à 1 an ;
- 9 soit **18,75 %** ont exercé entre 1 et 2 ans ;
- 4 soit **8,33 %** ont exercé plus de 2 ans.

➔ La plupart des adjoints n'exercent pas plus d'un an.

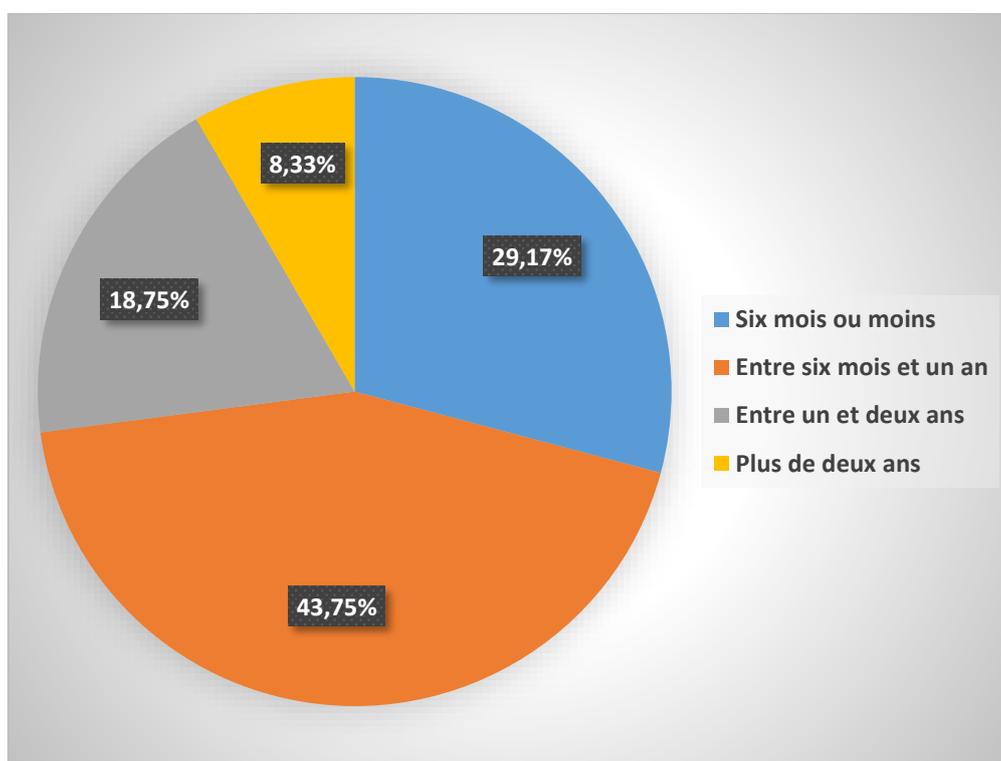


Figure 4 : Durée de l'exercice en tant qu'adjoint

B. Structures d'exercice

Question : Dans quel type de structure exercez-vous en tant qu'adjoint ?

- Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)
- Maison médicale / association de médecins généralistes
- Cabinet médical unique

Parmi les 48 répondants :

- **Plus des deux-tiers** (33 soit 68,75 %) ont exercé au sein d'une MSP,
- **Près d'un quart** (11 soit 22,92 %) a exercé dans une maison médicale
- Une minorité (4 soit 8,33 %) exerçait dans un cabinet médical unique. (Figure 5)

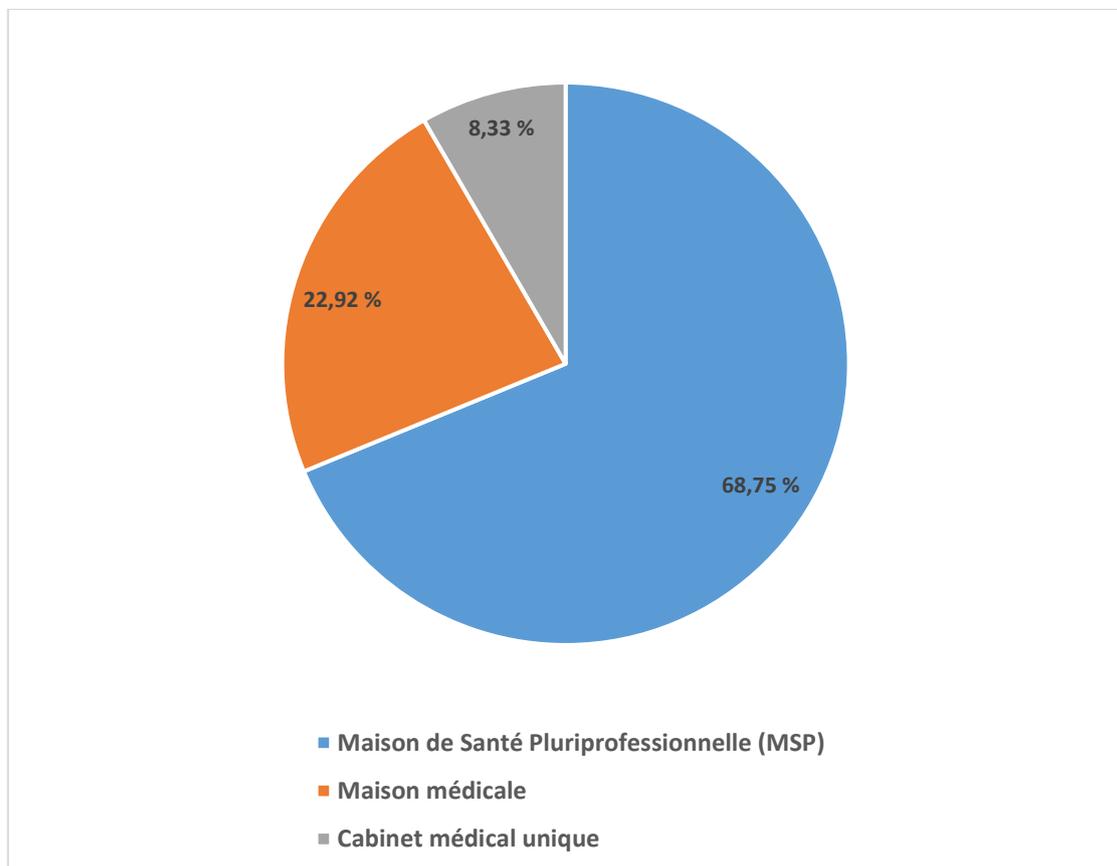


Figure 5 : Structure d'exercice des adjoints

C. Nombre de médecins seniors par adjoint

Question : Vous avez exercé en tant qu'adjoint :

- D'un seul médecin généraliste installé
- De différents médecins sur des périodes différentes
- De plusieurs médecins sur la même période

Parmi les 48 répondants :

- 41 (85,42 %) ont signé leur(s) contrat(s) auprès d'un seul médecin généraliste installé ;
- 5 (10,42 %) ont eu plusieurs médecins seniors, mais sur des périodes différentes ;
- 2 (4,17 %) ont eu plusieurs médecins seniors au cours d'une même période d'adjuvat.
(Figure 6)

➔ **La plupart des adjoints ont signé un contrat avec un médecin senior unique.**

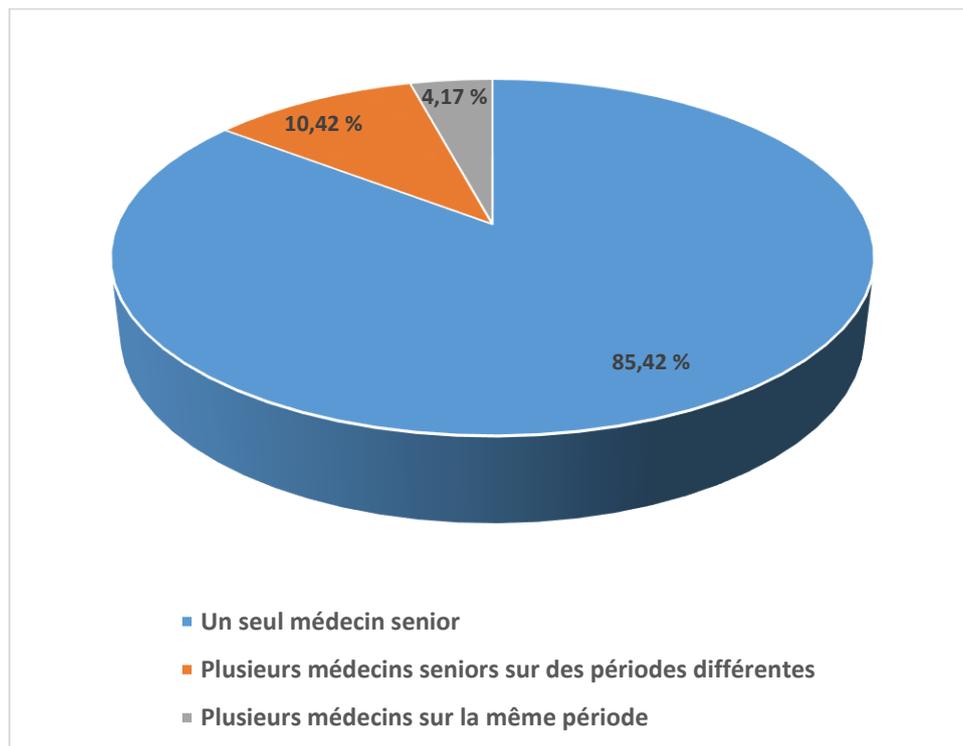


Figure 6 : nombre de médecins seniors par adjoint

D. Organisation de travail des adjoints

Question : Quelles modalités temporelles comprenait votre(vos) contrat(s) d'adjoint en médecine générale ?

- Moins de 3 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- Plus de 3 jours par semaine
- Toutes les semaines
- Une semaine sur deux (ou autre répartition de ce type)
- Participation à la permanence de soin ambulatoire
- Autres dispositions ou précisions

a) Nombre de jours travaillés

Parmi les 48 répondants :

- 13 (27,08 %) ont exercé moins de 3 jours par semaine comme adjoint ;
- 18 (37,5 %) ont travaillé 3 jours par semaine ;
- 16 (33,34 %) ont travaillé plus de 3 jours par semaine ;
- 1 (2,08 %) a expérimenté 2 répartitions (à savoir 3 jours par semaine et plus de 3 jours par semaine).

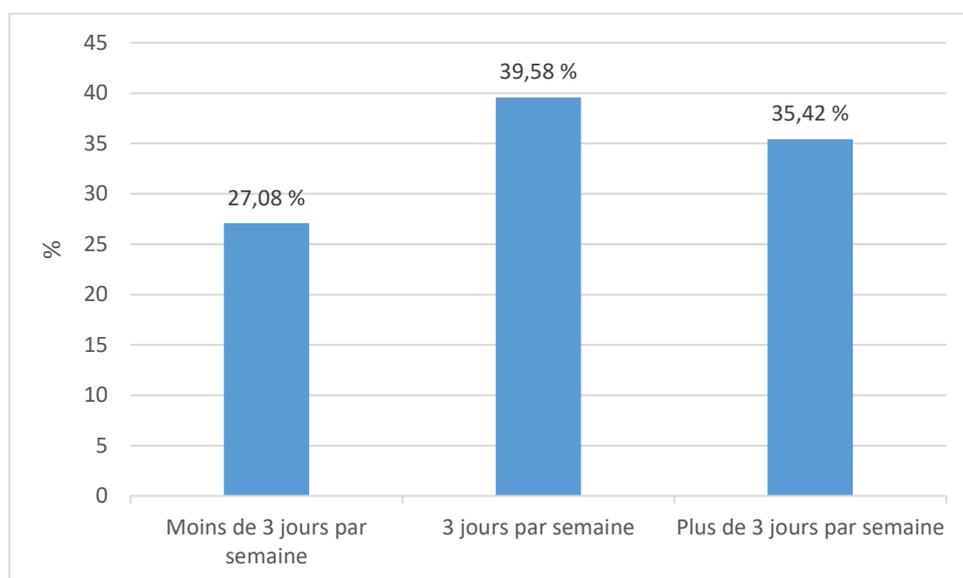


Figure 7 : Réponses en fonction du nombre de jours travaillés par semaine

b) Agencement des semaines de travail

Parmi les 48 répondants :

- **44 (91,67 %) travaillaient toutes les semaines ;**
- 4 (8,34 %) avaient un contrat comprenant des semaines non travaillées ;
- 1 (2,08 %) ont expérimenté les deux types de répartition.

Pour rappel, un répondant a exercé en tant qu'adjoint en côte d'or et dans l'Yonne. Celui-ci a voulu modifier son organisation de travail, lors du changement de lieu d'exercice.

c) Participation à la permanence de soin ambulatoire (PDSA)

Parmi les 48 répondants :

- **38 (79,17 %) n'ont pas participé à la PDSA ;**
- 10 (20,83 %) ont participé à la PDSA.

Nous notons qu'une personne n'ayant pas participé a déclaré exercer dans une zone n'ayant plus de PDSA organisée.

E. Autres modes d'exercice expérimentés en tant que doctorant

Parmi les 48 répondants :

- 39 (81,25 %) ont effectué des remplacements ;
- 9 (18,75 %) n'ont expérimenté que l'exercice d'adjoint ;
- 6 (12,5 %) ont eu un exercice salarié.

On note qu'un répondant a déclaré exercer en tant que médecin adjoint salarié. Il s'agit de sa seule expérience. Les 5 autres médecins en exercice salarié exerçaient des postes de « faisant fonction d'interne » et ont effectué des remplacements.

Parmi les 39 doctorants qui ont expérimenté le salariat et/ou le remplacement :

- 24 (61,54 %) l'ont expérimenté exclusivement en dehors des périodes d'adjoint ;
- 5 (12,82 %) l'ont expérimenté exclusivement pendant les périodes d'adjoint ;
- 10 (25,64 %) à la fois pendant et en dehors des périodes d'adjoint.

V. Facteurs motivant l'acceptation d'un contrat d'adjoint

Question : Quelles raisons vous ont incité à accepter un contrat d'adjoint en médecine générale ?

- Lieu et environnement connu à la suite d'un stage d'internat / région de formation
- Proximité familiale / amicale / conjoint / stabilité géographique
- Demande directe d'un médecin généraliste
- Incitations d'organismes territoriaux
- Se faire une expérience professionnelle proche d'une pratique libérale installée
- Volonté d'aider sur un territoire que vous saviez en sous-effectif médical
- Stabilité de revenus
- Difficultés de trouver des remplacements réguliers
- Autres

Parmi les 48 répondants :

- **34 (70,83 %), soit plus des deux tiers des répondants ont été motivé par la stabilité des revenus ;**
- 30 (62,5 %) par une volonté d'aide à un territoire sous doté ;
- 28 (58,33 %) par connaissance du lieu d'exercice ;
- 26 (54,17 %) ont été motivés par proximité du cercle familial et/ou amical ;
- 25 (52,08 %) voulaient expérimenter une pratique libérale « installée » ;
- 24 (50 %) ont reçu une proposition directement du MGI.

Parmi les 3 réponses « autres », 2 (4,17 %) ont été séduits par la flexibilité du contrat en termes d'organisation du temps de travail. 1 (2,08 %) avait déjà un projet d'installation sur le lieu d'adjuvat. (Figure 8)

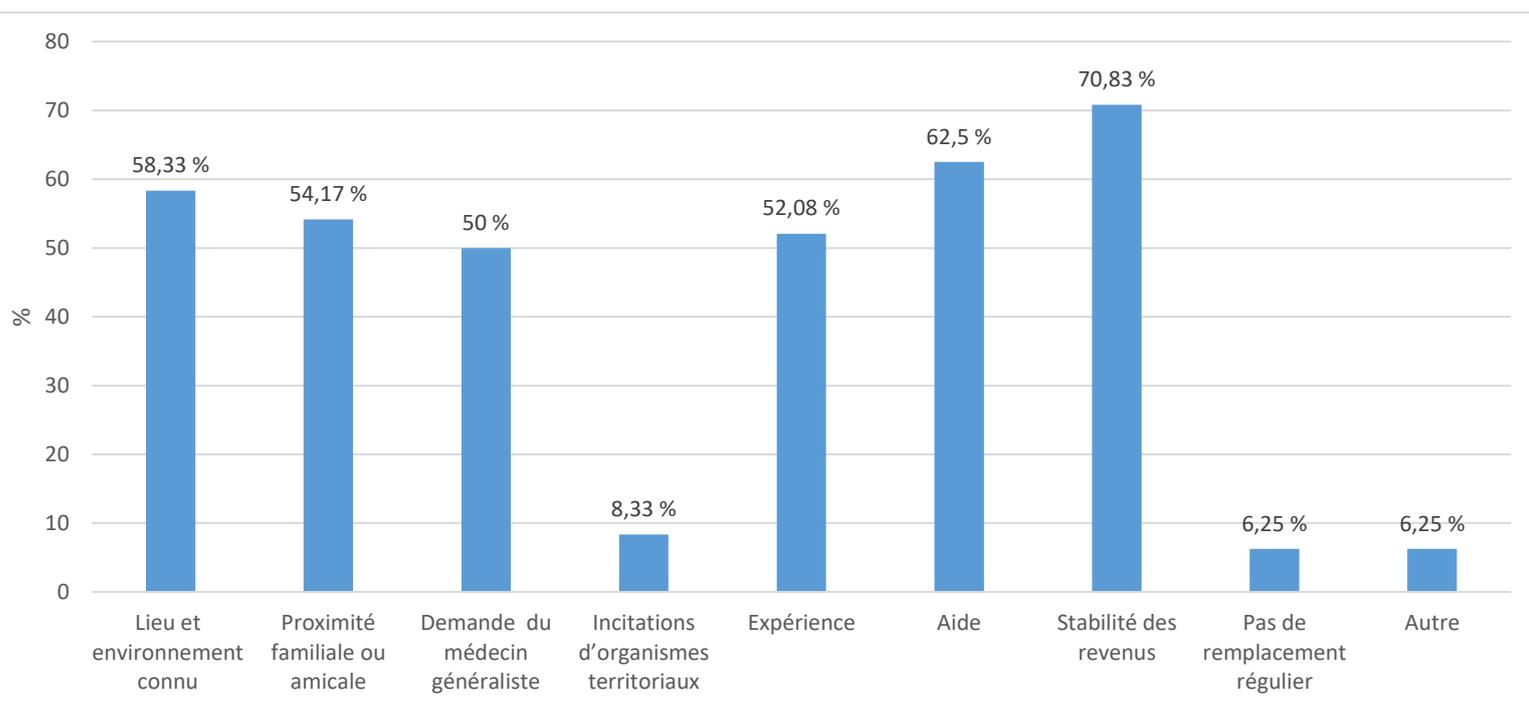


Figure 8 : Réponses en fonction des motivations

VI. Satisfaction de l'expérience d'adjoint

Question : Concernant votre expérience de médecin généraliste adjoint, diriez-vous que :

- Vous en êtes pleinement satisfait
- Vous en êtes plutôt satisfait
- Celle-ci fut indifférente
- Vous en êtes déçu
- Vous en êtes très déçu

Parmi les 48 répondants :

- **41 (85,42 %) sont pleinement satisfaits de leur expérience d'adjoint ;**
- 6 (12,5 %) sont plutôt satisfaits ;
- 1 (2,08 %) est déçu de son expérience.

Nous notons que le répondant qui est déçu de son expérience a rapporté une mésentente avec son médecin senior et des problèmes d'ordre financier.

VII. Recommandation de l'expérience d'adjoint

Question : Recommanderiez-vous à un étudiant non encore diplômé d'opter pour ce statut ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Parmi les 48 répondants :

- **47 (97,92 %) recommanderaient l'expérience d'adjoint ;**
 - 1 (2,08 %) ne la recommanderait pas ;
- Aucun ne s'est abstenu de se prononcer.

Nous notons que le répondant ne recommandant pas l'expérience d'adjoint n'est pas celui qui en était déçu. Il s'agit d'un autre répondant qui a rapporté une mésentente avec le médecin senior, des problèmes d'ordre financier, un exercice trop prenant et un mauvais vécu de l'exercice libéral. Toutefois, il déclare être « plutôt satisfait » à la question précédente.

→ La quasi-totalité des adjoints ont été satisfaits de leur expérience et la recommanderaient à un autre doctorant.

VIII. Eléments préjudiciables à l'exercice de l'adjoint

Question : Des éléments ont-ils été préjudiciables dans votre exercice d'adjoint en médecine générale ?

- AUCUN
- Isolement géographique / longs trajets
- Manque de moyens locaux
- Sentiment d'insécurité dans sa pratique
- Mésentente avec le(s) médecin(s) généraliste(s) installé(s) dont vous étiez adjoint
- Mauvais vécu personnel de la médecine générale libérale
- Difficultés d'accès et de communication entre les professionnels de santé (spécialistes et autres)
- Difficultés d'accès aux examens complémentaires
- Difficultés d'accès aux soins paramédicaux
- Trop d'investissement en comparaison d'autres modes d'exercice
- Problèmes d'ordre financier
- Problèmes extérieurs à l'exercice de la médecine
- Autre

Parmi les 48 répondants :

- **Près de la moitié (22 soit 45,83 %) n'a relevé aucun élément préjudiciable à son exercice ;**
- 14 (29,17 %) ont été gênés par les difficultés d'accès aux spécialistes ;
- 14 (29,17 %) par les difficultés d'accès aux examens complémentaires ;
- 10 (20,83 %) par les longs trajets et l'isolement géographique.

Parmi les 48 répondants, 3 (6,25 %) ont relevé d'autres éléments ayant été pesants dans leur pratique d'adjoint :

- 1 (2,08 %) a rencontré des difficultés à gérer la période de COVID 19 tout en déclarant que cela n'était pas lié au poste d'adjoint ;
- 2 (4,17 %) ont rapporté des problèmes administratifs comme le manque d'accès à un lecteur de carte vitale et la « paperasse » administrative les soirs ;
- 1 (2,08 %) a rapporté une mésentente avec un médecin de sa MSP (autre que le médecin senior), un médecin qui, selon ses dires, « ne voulait pas que ses patients partent vers lui ».

Le détail complet des résultats figure dans le tableau ci-après (tableau 1) :

	Nombre de répondants	Pourcentage de l'échantillon
Aucun	22	45,83 %
Isolement géographique	10	20,83 %
Manque de moyens locaux	2	4,17 %
Sentiment d'insécurité dans sa pratique	0	0 %
Mésentente avec un médecin senior	2	4,17 %
Mauvais vécu de la médecine générale libérale	2	4,17 %
Difficultés d'accès aux spécialistes	14	29,17 %
Difficultés d'accès aux examens complémentaires	14	29,17 %
Difficultés d'accès aux soins paramédicaux	6	12,5 %
Investissement trop important de ce mode d'exercice	6	12,5 %
Problèmes financiers	2	4,17 %
Problèmes extérieurs à la médecine	2	4,17 %
Autre	3	6,25 %

Tableau 1 : Eléments préjudiciables dans l'exercice d'adjoint en médecine générale

IX. Choix du mode d'exercice des médecins diplômés de l'enquête

Question : Si vous avez soutenu votre thèse, avez-vous :

- *Poursuivi un exercice libéral de la médecine*
- *Opté pour un exercice salarié ou mixte*
- *Opté pour une installation*
- *Opté pour une collaboration*
- *Exercé en tant que remplaçant*

Parmi les 25 répondants qui avaient soutenu leur thèse d'exercice au moment de l'enquête :

- **Une majorité (22 soit 88 %) poursuit un exercice libéral ;**
- **Trois quarts (19 soit 76 %) se sont installés ;**
- 8 (32 %) ont une activité de remplacement (exclusive ou non) ;
- 6 (24 %) ont une activité de remplacement exclusive ;
- 4 (16 %) ont un exercice salarié ou mixte ;
- 3 (12 %) ont choisi d'être collaborateurs.

X. Souhait d'exercice des médecins non diplômés de l'enquête

Question : Si vous n'avez pas encore soutenu votre thèse, souhaitez-vous :

- *Poursuivre un contrat d'adjoint*
- *Poursuivre sur le même lieu d'exercice*
- *Conserver un exercice libéral*
- *Ne plus exercer la médecine*

Parmi les 23 répondants qui n'avaient pas soutenu leur thèse d'exercice au moment de l'enquête :

- Tous souhaitent poursuivre l'exercice de la médecine
- **22 (95,65 %) souhaitent conserver un exercice libéral**
- **20 (86,96 %) souhaitent signer un nouveau contrat d'adjoint**
- **19 (82,61 %) souhaitent poursuivre sur le même lieu d'exercice**
- 1 (4,35 %) souhaite rester médecin adjoint salarié

XI. Installations et leurs localisations

Question : Vous êtes installé ou vous envisagez de vous installer :

- Sur votre lieu (un de vos lieux) d'adjuvat
- A très forte proximité (canton)
- Dans le même département
- Dans la même région
- Ailleurs en France
- A l'étranger
- Je ne souhaite pas m'installer

A. Installations effectives chez les médecins diplômés

Parmi les 25 répondants qui avaient soutenu leur thèse d'exercice au moment de l'enquête :

- 11 (44 %) se sont installés au sein du cabinet où ils ont été adjoints ;
- 4 (16%) se sont installés dans le même canton ;
- 2 (8%) se sont installés dans le même département ;
- 1 (4%) s'est installé dans la même région ;
- 1 (4%) s'est installé ailleurs en France ;
- 6 (24%) ne se sont pas installés. (Figure 9)

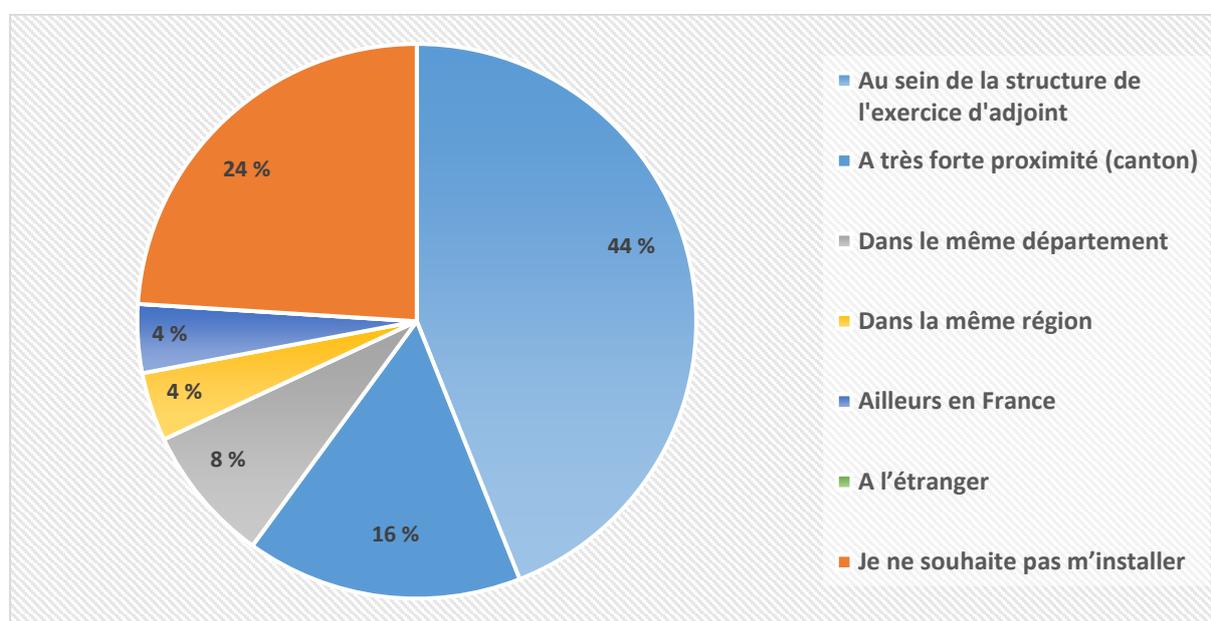


Figure 9 : Installations chez les médecins diplômés

➔ 60 % des médecins diplômés se sont installés dans le canton de leur exercice d'adjuvat.

B. Souhaits d'installation chez les médecins non diplômés

Parmi les **23 répondants** qui n'avaient pas encore soutenu leur thèse d'exercice au moment de l'enquête :

- **13 (56,52 %) souhaitent s'installer au sein du cabinet où ils sont adjoints ;**
- **1 (4,35 %) souhaite s'installer dans le même canton ;**
- 1 (4,35 %) souhaite s'installer dans la même région ;
- 2 (8,7 %) souhaitent s'installer ailleurs en France ;
- 6 (26,09 %) ne souhaitent pas s'installer. (Figure 10)

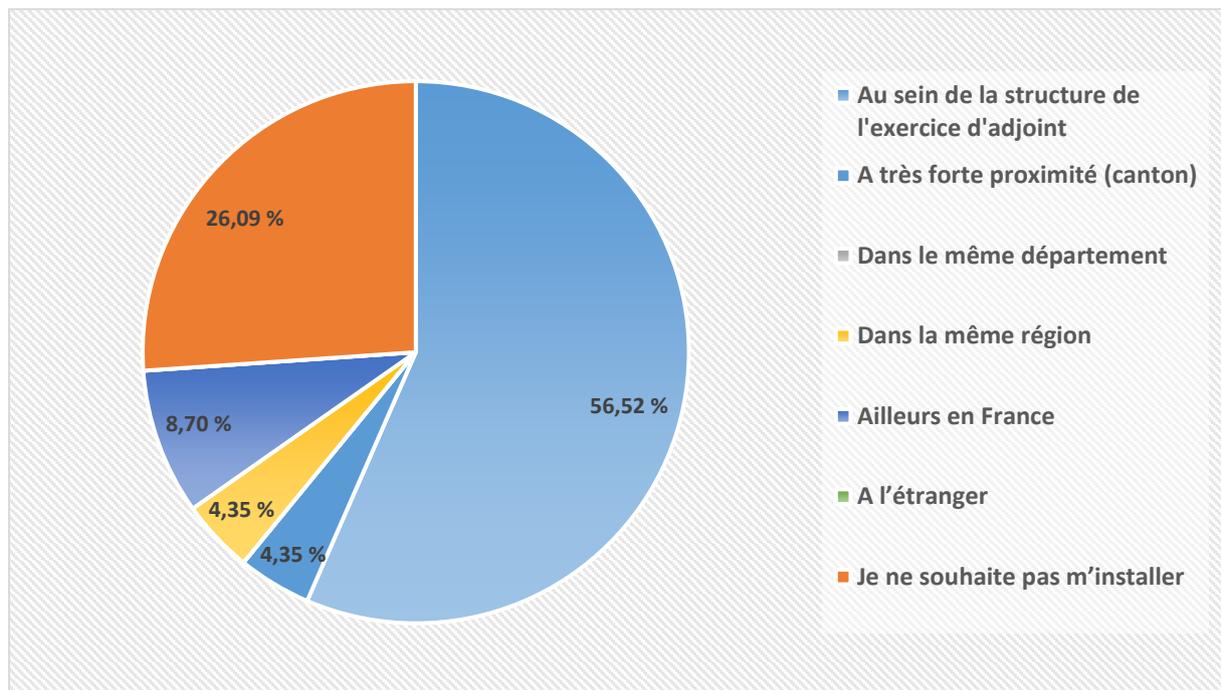


Figure 10 : Souhaits d'installation chez les médecins non diplômés

➔ **60 % des médecins encore doctorant souhaitent s'installer dans le canton de leur exercice d'adjoint.**

Nous notons que **parmi les 19 doctorants qui déclaraient précédemment poursuivre un exercice d'adjoint au même endroit :**

- Nous retrouvons les 13 individus (68,42 %) projetant de s'installer au sein de leur cabinet ;
- 1 (5,26 %) souhaite s'installer ailleurs en France ;
- 5 (26,32 %) ne souhaitent pas s'installer.

XII. Expérience d'adjoint et incitation à l'installation

Question : Est-ce que le fait d'avoir été adjoint vous a incité à vous installer ?

- *Oui*
- *Non*

A. Parmi les médecins diplômés

Pour rappel, 25 répondants avaient soutenu leur thèse d'exercice au moment de l'enquête. 19 d'entre eux se sont installés. Les 6 médecins qui ne se sont pas installés et à qui la question n'était pas destinée ont bien répondu ne pas avoir été incités.

Parmi les 19 médecins qui se sont installés :

- 13 (68,42 %) ont déclaré avoir été incités dans leur choix par leur expérience d'adjoint ;
- 6 (31,58 %) ont déclaré ne pas avoir été incités par leur expérience d'adjoint.

B. Parmi les médecins non diplômés

Pour rappel, 23 répondants n'avaient pas encore soutenu leur thèse au moment de l'enquête. 17 d'entre eux ont le projet de s'installer. Les 6 doctorants qui n'en avaient pas le projet et à qui la question n'était pas destinée ont bien répondu ne pas avoir été incités.

Parmi les 17 médecins souhaitant s'installer :

- 11 (64,71 %) ont déclaré avoir été incités dans leur choix par leur expérience d'adjoint ;
- 6 (35,29 %) ont déclaré ne pas avoir été incités par leur expérience d'adjoint.

DISCUSSION

I. Matériel et méthode

A. Choix du sujet

L'élargissement du dispositif d'adjoint est très récent (4 ans). Son but est de répondre au déficit médical présent dans une majorité de territoires en France. Le contrat de médecin adjoint est forcément une solution temporaire car un médecin ne peut rester indéfiniment non diplômé. En revanche, il mise sur une expérience d'installation pour encourager des installations une fois la thèse soutenue. Cet objectif évident est déjà verbalisé parmi les médecins seniors interrogés dans l'étude réalisée auprès de médecins seniors dans le Nord et le Pas de Calais (9). Certains espéraient trouver grâce à ce dispositif un collaborateur ou un successeur.

J'ai été adjoint en Saône et Loire pendant près de 3 ans. J'ai fini par établir un projet d'installation au sein de la même MSP. Ce dispositif m'a permis d'expérimenter une pratique, de me rassurer et d'envisager un avenir professionnel sur place. A titre personnel, le dispositif d'adjoint a rempli son contrat.

N'ayant pas trouvé d'évaluation du dispositif à l'heure actuelle, nous nous sommes demandés si le dispositif d'adjoint favorisait des installations dans les environs de son exercice et en quelles proportions ?

Nous pourrions donner une tendance si nous recensons les médecins adjoints pour déterminer s'ils sont globalement fidélisés à leur territoire et désireux de s'y installer.

Voici l'idée qui a guidé le choix de ce sujet dans une période où les médecins font cruellement défaut dans la plupart des départements. Ce contrat d'adjoint, peut-il être un bon outil supplémentaire en réponse à la désertification médicale ? Permet-il des installations sur ces territoires ?

B. Sujets similaires

Deux sujets traitant des médecins adjoints ont été retrouvés lors des explorations sur les moteurs de recherche de la Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine (BIUSM de Paris 5) et du Système Universitaire de Documentation (SUDOC).

La première étude réalisée en 2018 portait sur le ressenti du médecin senior et l'impact de l'adjoint sur son mode d'exercice (9). Cette étude qualitative interrogeait 9 médecins seniors du Nord et du Pas de Calais. Le point de vue des adjoints n'y était pas exploré. Il apparaissait que les adjoints permettaient une meilleure prise en charge des patients, d'augmenter l'offre de soin et de garantir l'avenir professionnel des médecins seniors. Réponse à une situation aiguë, ce dispositif était vu comme un premier pas vers l'installation des jeunes médecins. En outre, l'interaction avec leur adjoint a permis aux médecins seniors de s'enrichir intellectuellement et de gagner en qualité de vie.

La deuxième étude, également réalisée en 2018, en Charente-Maritime, ne s'intéressait pas directement aux adjoints. Elle avait pour but de mesurer et de comparer le degré de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par un interne en SASPAS et celle du médecin généraliste (10). Les bons résultats observés en faveur des internes poussaient l'auteur à conclure que la généralisation du contrat de médecin adjoint aux internes pouvait être une bonne mesure.

Aucun sujet interrogeant directement les adjoints n'a été retrouvé.

C. Difficultés d'accès aux adjoints

Comme exposé dans le paragraphe « matériel et méthode », les CDOM des 4 départements de Bourgogne n'ont pas été autorisés à nous transmettre les identités des adjoints. Cette interdiction a pu influencer à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, elle a fait porter notre choix de recueil de données sur le questionnaire électronique (car transmis par l'Ordre). Il paraissait plus approprié pour toucher le maximum d'adjoints et les interroger rapidement sur leur expérience. Un haut taux de réponse était

recherché pour vérifier l'efficacité du dispositif d'adjoint en termes d'installation ou de projet d'installation.

Aucun adjoint n'a désiré nous communiquer son identité, ni nous joindre pour des questions ou précisions supplémentaires. On peut imaginer qu'un contact direct (téléphonique par exemple) aurait permis de développer certains aspects et certaines précisions non explorés par le questionnaire.

Ensuite, l'impossibilité d'avoir accès aux listes des adjoints a pu favoriser des erreurs quant au décompte de l'effectif total. En effet, il apparaît dans l'étude qu'un adjoint a exercé à la fois dans l'Yonne et en Côte d'Or. La communication des effectifs par les CDOM s'est faite de manière indépendante et l'individu a donc été décompté dans les 13 individus de Côte d'Or et dans les 13 de l'Yonne. Faisant partie des répondants, il a pu être pris en compte, faisant passer l'effectif de la population de 73 à 72. Autrement, il aurait été compté en double.

En revanche, sans liste nominative, il nous fut impossible de vérifier si des non-répondants avaient été adjoints dans plusieurs départements, et représentaient donc d'autre(s) doublon(s). L'effectif total serait encore moindre.

Nous présumons que, n'étant arrivé qu'une fois pour 48 répondants, ce cas de figure avait peu de chance de se retrouver une deuxième fois, voire plus encore.

Enfin, si la communication des CDOM de Saône et Loire, de la Nièvre et de l'Yonne ne laissait aucun doute quant à la véracité du nombre d'adjoints les concernant, celle de la Côte d'Or soulève plusieurs interrogations.

Tout d'abord, l'Ordre de ce département nous a signalé que certains des 13 médecins recensés étaient assistants et non adjoints, sans que nous puissions les départager. Pour rappel, l'assistant intervient dans les mêmes conditions que l'adjoint mais il s'agit d'un médecin ayant soutenu une thèse de doctorat en médecine (11). Ces derniers sont donc exclus de l'étude. Notre questionnaire (et son texte introductif joint par mail aux médecins de l'enquête) exprimait clairement notre choix d'interroger les adjoints ; nous présumons que les assistants, non concernés, n'ont pas répondu. Aucun détail sur l'effectif des adjoints et celui des assistants n'a été communiqué.

Ensuite, l'effectif de 13 adjoints recensés par cet Ordre semble faible au regard de la population médicale de ce département (qui représente environ 700 des 1800 médecins généralistes de Bourgogne).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce faible effectif, sous préalable qu'il soit juste.

Les généralistes du département ont peut-être moins de besoins concernant les soins et le suivi médical de leurs patients. Les remplacements sont peut-être plus facilement accessibles sur ce territoire, ce qui inciterait moins à la recherche d'un contrat qui pourrait paraître plus stable.

Une autre hypothèse serait une différence de politique des CDOM dans ces axes de développement (favoriser des remplacements ou des contrats d'adjoint ?). Le manque d'information d'un département à un autre est également possible quoique peu probable.

Dans tous les cas, le CDOM de Côte d'Or est très sollicité et doit gérer une population médicale très importante. Ceci explique probablement que ces informations soient moins facilement accessibles.

Dans l'hypothèse où l'effectif serait plus grand, ceci aboutirait à une perte de précision de notre étude.

Une explication supplémentaire, certaine celle-ci, est le non-recensement systématique des dispositifs d'adjoint par les administrations des 4 ordres de la région, comme nous avons pu le constater.

D. Biais de l'enquête

d) Biais de sélection : biais d'admission, biais géographique

La population étudiée n'a pas été choisie au hasard. Il s'agit uniquement des médecins ayant bénéficié d'un contrat de médecin adjoint. La période est fixée de 2018 à 2021. Le lieu de l'étude est exclusivement la région Bourgogne. Enfin, l'étude ne concerne que la spécialité de médecine générale. Cette population est donc très spécifique et n'est pas représentative de la population des médecins adjoints français, ni des autres spécialisations médicales ou chirurgicales. Il n'y a donc pas d'extrapolation possible mais seulement des pistes de réflexion.

Il est possible que cette population, constituée uniquement d'adjoints, soit plus encline à s'installer au sein de territoires sous-dotés.

Pour être plus complet, Il serait effectivement intéressant d'interroger les autres doctorants potentiellement concernés par ce statut : en ont-ils eu connaissance ? Pourquoi ne pas avoir opté pour un contrat d'adjoint ?

e) Traitement des données

Tout traitement, saisie ou manipulation des données s'accompagne forcément d'un risque d'erreur. Ce risque, bien qu'existant, a été la cible de notre attention, pour le diminuer autant que faire se peut.

f) Faiblesse de l'échantillon

L'effectif total évalué à 72 individus est faible. L'échantillon retenu de 48 individus l'est encore plus. La plupart des catégories à l'intérieur de cet échantillon sont trop faibles et ne permettent pas d'analyse statistique (faible puissance des tests statistiques du fait d'un échantillon de petite taille).

II. Enquête et population

A. Voies de réponse

L'unique voie de réponse était le questionnaire en ligne.

Nous aurions pu faire passer une annonce complémentaire pour interroger directement certains MA mais ceci aurait ajouté un probable biais de recrutement, ainsi qu'un biais induit par l'entretien oral, qui se veut forcément plus vivant et soumis aux aléas de la conversation et des questionnements de chacun. Le questionnaire était donc le même pour tous les répondants.

A noter que nos coordonnées étaient transmises aux répondants pour toute information, mais aucun ne nous a joint. Plusieurs explications peuvent être trouvées et coexister :

- Le manque de temps, surtout en cette période hivernale avec les vagues épidémiques saisonnières et la cinquième vague de la COVID 19 ;
- Le manque d'intérêt du sujet qui n'a peut-être pas su toucher certains médecins interrogés ;
- Les trop nombreuses sollicitations par questionnaire électronique qui entraînent un effet de saturation.

B. Taux de réponse

Le taux de réponse au questionnaire semble assez élevé : 67%. Il est difficile de retrouver un taux de réponse habituel moyen, car celui-ci dépend beaucoup de la population explorée, du sujet et des conditions d'enquêtes. Il reste soumis aux incertitudes de l'effectif de Côte d'Or. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce taux de réponse :

- **Le ciblage de l'envoi des questionnaires aux seules personnes concernées** et possiblement à leurs médecins seniors. Le mail affichait la cible sans équivoque (« Aux médecins ayant été adjoint ou l'étant toujours ») pour mieux retenir l'attention.
- **Le fait que le questionnaire soit relayé par le CDOM.** Cela ajoute à la logique de l'enquête puisque les contrats sont approuvés par les CDOM. Pour le répondant, il est sûrement plus pertinent d'être interrogé sur le statut d'adjoint via l'organisme qui lui permet d'en bénéficier.
- **Une application rapide et intuitive.**
- **Un questionnaire bref** avec des propositions en QCM recouvrant un bon nombre de réponses possibles. Des rubriques pour compléter les informations si besoin étaient disponibles pour diminuer le biais d'information. La brièveté du questionnaire était indiquée dans le courriel avec mention du temps estimé de complétion (4 min 30 sec).

- **La relance** qui a permis un rebond des réponses, stagnant à 32 répondants (44%) au préalable.
- Peut-être une 2ème relance aurait-elle permis d'augmenter encore ce taux de réponse.

Ce taux de réponse a néanmoins pu souffrir de la période pendant laquelle le questionnaire était disponible, notamment les vagues épidémiques hivernales dont celle de la COVID 19.

C. Une population totale d'adjoints plutôt élevée

Nous dénombrons donc 72 adjoints recensés par les ordres des médecins pour la période de 4 ans s'étendant de janvier 2018 à décembre 2021, sur toute la Bourgogne.

Cela représente presque l'équivalent d'une promotion d'internes de médecine générale à Dijon, sur 4 ans, pour un dispositif nouveau. Ces dernières années, ces promotions oscillaient entre 80 et 95 individus environ.

Sur près de 400 médecins non diplômés éligibles pendant la période, ce nombre est relativement conséquent pour ce nouveau dispositif, puisqu'il représente, de façon théorique, une proportion proche de 1 étudiant sur 5 (18 %) – Cette proportion est plus forte, si l'on exclut les jeunes médecins diplômés (non concernés par le dispositif), sans que nous puissions la préciser, par manque de connaissance des effectifs d'internes ayant soutenu leur thèse.

Dans la thèse de Fuchs E. (12) , cette proportion est de 2 % pour les internes Bordelais en 2013.

A titre indicatif, dans une étude sur les souhaits d'exercice des internes en médecine générale en 2011, au niveau national, la proportion d'internes souhaitant devenir collaborateurs est de 9,2 % (13). Ces données pourraient traduire un certain attrait pour les jeunes médecins pour le statut d'adjoint. Seule une étude dans les années à venir pourrait conforter cette hypothèse.

D. Profil démographique

L'échantillon présente une répartition qui semble équilibrée selon le sexe, l'âge et le caractère « diplômé ou non » au moment de l'étude.

L'immense majorité des adjoints provient de l'UFR de Dijon (92 %). C'est un résultat attendu dans la mesure où les médecins s'installent préférentiellement dans leur région de formation (14). La connaissance du terrain semble être un élément déterminant dans le choix de signer un contrat d'adjoint comme nous le verrons plus loin.

Le département de la Saône-et-Loire détient le plus grand effectif (40 au total et 25 répondants), la Côte d'Or et l'Yonne déclarant 13 adjoints chacune, et 7 pour la Nièvre. Cette répartition, hormis pour la Côte d'Or, reflète les chiffres avancés pour les médecins généralistes diplômés en Bourgogne. Pour 64 % de ces médecins qui s'installent en Bourgogne, 32 % le sont en Côte d'Or, 24 % en Saône-et-Loire, 5 % dans l'Yonne et 3 % dans la Nièvre (14).

III. Lieux d'installation privilégiés des adjoints

A. Parmi les médecins diplômés

Parmi les 25 médecins ayant soutenu leur thèse au moment de l'étude, 44 % se sont installés dans le cabinet au sein duquel ils ont été adjoints. 16 % se sont installés dans le même canton. **Ce sont donc 60 % des adjoints, diplômés à la date de l'étude, qui se sont installés dans le même canton.**

8 % se sont installés dans le même département et 4 % se sont installés ailleurs en Bourgogne. 72 % se sont donc installés dans la même région.

B. Parmi les médecins non diplômés

Parmi les 23 médecins n'ayant pas encore soutenu leur thèse au moment de l'étude, 56,52 % projettent de s'installer au sein du même cabinet. 4,35 % projettent de s'installer à très forte proximité. **Ce sont donc également 60 % des doctorants qui souhaitent s'installer dans le même canton.**

4,35 % souhaitent s'installer ailleurs en Bourgogne. Environ 65% projettent donc une installation dans la région.

C. Analyse

Nous constatons que le taux d'intention d'installation au sein du même canton que l'exercice d'adjoint est de 60 %. Celui-ci étant superposable au taux d'installation effectif, nous pouvons émettre l'hypothèse que les doctorants conserveront leur projet une fois diplômés.

Il semble que le dispositif d'adjoint soit un outil important et efficace pour favoriser des installations, notamment au sein des zones concernées par celui-ci, avec un taux d'installation de 60 % sur le lieu d'exercice d'adjoint (ou à très forte proximité).

Concernant les zones sous-dotées, la carte régionale de ces territoires, mise à jour par l'ARS (annexe 2), montre l'étendue des besoins. Il apparaît que la quasi-totalité de la Bourgogne est sous-dotée en médecins. Seule les agglomérations dijonnaise et beaunoise,

une partie de Chalon-sur-Saône et une partie de Mâcon n'en font pas partie. La quasi-totalité de la Bourgogne a donc besoin de voir des médecins s'installer sur son territoire. Nous notons même que Nevers, pourtant chef-lieu de la Nièvre, fait intégralement partie des zones d'intervention prioritaire, celles où la demande en médecins est la plus forte.

A la lumière de cette répartition, nous pouvons conclure que toute installation en région Bourgogne est importante, quel que soit le lieu où elle s'effectue.

Ce n'est évidemment pas si simple, car la répartition des installations devrait être équitable dans les territoires pour être parfaite. Si toutes les installations s'effectuaient sur la couronne dijonnaise, cela ne solutionnerait pas les difficultés des territoires de Bourgogne. Voici pourquoi nous avons concentré notre analyse sur les lieux d'exercice des adjoints ou leur très forte proximité. Ceci dans l'objectif d'observer, en plus de l'installation effective ou souhaitée, une meilleure répartition de celles-ci sur le territoire. Nous ne pouvons néanmoins exclure, par manque d'information nominative, si les installations déclarées dans cette étude se situent toutes en zone sous-dotée. Notre indicateur tend à diminuer ce risque.

La forte proportion des médecins qui s'installent sur le lieu même de leur exercice d'adjoint (par définition sous-doté) tend à montrer que le contrat d'adjoint remplit son rôle et qu'il faudrait l'encourager plus largement. Il serait important notamment dans les zones les plus rurales et nécessitantes.

D. Influence de l'expérience d'adjoint dans la décision d'installation

En préambule, il nous paraît important de préciser que cette question a été ajoutée dans l'urgence, alors que le mail et le lien avait été transmis à l'ordre. Elle n'a pas bénéficié d'une réflexion suffisante et a été globalement mal posée.

Pour notre échantillon elle apparaissait comme ceci : « Est-ce que le fait d'avoir été adjoint vous a incité à vous installer ? ». La question exclut donc les personnes qui ne se sont pas installées. Ces dernières (12 individus) ont toutes répondu ne pas avoir été incitées. Il aurait été plus pertinent de leur poser une question ciblée leur demandant si l'expérience les avait confortées dans leur choix ou si elles avaient été tentées de s'installer. De la même façon,

la question n'inclut pas de manière explicite les médecins qui n'étaient pas diplômés au moment de l'étude. Ici encore, nous aurions pu être plus spécifique et demander si leur expérience d'adjoint les avait incités dans leur projet d'installation.

Cette question, potentiellement déstabilisante pour certaines populations de l'échantillon a pu modifier leur taux de réponse. Concernant les médecins non installés ou ne l'envisageant pas, tous ont répondu ne pas avoir été incités, ce qui semble logique.

Parmi les médecins diplômés, 68,42 % des répondants ont déclaré que leur influence d'adjoint les a incités à s'installer. Il existe bien évidemment d'autres facteurs les ayant influencés et qui ne sont pas explorés ici. Il semble néanmoins que le contrat a permis un renforcement positif d'un projet d'installation pour une grande majorité des médecins.

Parmi les médecins non encore diplômés, 64,71 % ont déclaré que l'expérience a influencé leur projet. Le taux a pu être influencé par la tournure de la question mais semble tout de même concordant.

IV. Modes d'exercices

A. Choix des médecins diplômés

Une grande majorité des médecins répondants ont conservé un exercice libéral de la médecine (88 % soit 22 individus sur 25). 19 (76 %) se sont installés et 6 (24 %) ont conservé exclusivement un exercice de remplacement. Deux (8 %) des installés ont continué un exercice de remplacement en parallèle de leur activité. Trois (12 %) ont choisi une collaboration.

Il semble que les jeunes médecins répondants soient encore très attachés à la liberté que leur offre un exercice libéral. Seulement quatre répondants (16 %) ont opté pour un exercice salarié ou mixte.

L'exercice salarié semble être en développement, notamment via les grands centres de santé départementaux. Néanmoins, peu de répondants ont opté pour ce mode d'exercice. Il serait intéressant de connaître et de décrire la population des médecins généralistes salariés, afin d'identifier les différences dans nos populations qui pourraient expliquer ce moindre attrait.

B. Choix des médecins non diplômés

Concernant les 23 répondants non encore diplômés au moment de l'étude, 95 % souhaitent conserver un exercice libéral. Le seul poursuivant un exercice salarié est un médecin adjoint salarié. Globalement, tous souhaitent poursuivre l'exercice qu'ils ont expérimenté tant qu'ils ne sont pas diplômés.

20 répondants (86,96 %) veulent contracter de nouveau un contrat d'adjoint. Les 3 autres ont probablement soutenu leur thèse depuis. 19 (82,61 %) voulaient poursuivre leur contrat d'adjoint sur le même lieu d'exercice. Le seul qui voulait en changer était un adjoint expérimentant plusieurs exercices entre la Côte d'Or et l'Yonne.

Les souhaits à court terme de notre échantillon sont donc simples (pour la majorité de ceux qui ne prévoient pas une soutenance dans les 3 mois). Ils désirent poursuivre un contrat d'adjoint, dans la même structure et selon le même mode d'exercice. Ceci témoigne d'une certaine sécurité de leur situation qu'ils ne veulent pas abandonner.

A plus long terme, on constate également que parmi les 19 répondants poursuivant au même endroit, 13 (68,42 %) ont le projet de s'y installer une fois diplômés. En quelque sorte, ils commencent à installer leur pratique avant l'installation effective, forts de cette expérience satisfaisante.

V. Modalités de l'expérience d'adjoint

A. Durée de l'expérience d'adjoint

Une majorité d'adjoints (43,75 %), au moment de l'étude, a déclaré avoir profité de contrats pour une durée comprise entre six mois et un an. 29,17 % des répondants ont exercé en tant qu'adjoint sur une période inférieure à 6 mois. Au total, ce sont 72,92 % des répondants qui ont exercé moins d'un an en tant qu'adjoint.

Il semble donc que les médecins ont privilégié un exercice d'adjoint relativement court dans le temps.

Plusieurs explications peuvent être avancées :

Près de la moitié de l'échantillon n'a pas encore soutenu sa thèse d'exercice. Nous avons vu qu'une majorité de ceux-ci désirent renouveler un contrat d'adjoint, ce qui allongera donc la durée de leur expérience. Par conséquent, une étude dans un ou deux ans pourrait voir ces résultats modifiés avec une augmentation de la durée de l'exercice d'adjoint.

Pour rappel, le contrat d'adjoint ne peut être souscrit que par des médecins qui n'ont pas encore soutenu leur thèse d'exercice. La durée possible de l'exercice d'adjoint est donc dépendante de la date de soutenance des médecins non diplômés. La durée peut varier de 3 mois à 4 ans et demi (pour un exercice d'adjoint débuté en tant qu'interne éligible au remplacement et poursuivi 3 ans après l'internat). La soutenance de la thèse pendant l'internat représente une proportion de quelques pourcents des internes (12). De plus, une étude dans l'UFR de Bordeaux en 2015 rapportait que 40 % des médecins non diplômés soutenaient leur thèse d'exercice dans les 18 mois après la fin de leur internat (15). L'effectif ayant soutenu une thèse croît donc naturellement avec le temps, faisant diminuer d'autant celui des adjoints.

L'exercice d'adjoint dès l'internat aurait pu faire augmenter cette durée très largement mais il semble très peu répandu. Un seul répondant à notre connaissance a exercé en tant qu'adjoint pendant son internat. Les stages d'interne sont souvent prenants (entre le travail régulier et les gardes), et ne laissent que peu de temps pour exercer en tant qu'adjoint, ne serait-ce qu'une demi-journée par semaine.

L'exercice d'adjoint reste également soumis aux besoins et possibilités des médecins seniors. Si un médecin décide de ne plus avoir d'adjoint, s'il part en retraite, s'il déménage, il en résulte un exercice d'adjoint en moins. Ceci a pu écourter certaines expériences d'adjoint.

B. Structures d'exercice

Une majorité d'adjoints (68,75 %) a exercé dans des MSP. 22,92 % ont exercé dans une maison médicale ou au sein d'une association de médecins généralistes. **Ce sont donc 91,67 % des répondants qui ont exercé au sein d'une structure composée de plusieurs professionnels.**

L'exercice en groupe est de plus en plus répandu. Il permet un exercice plus sûr et plus flexible des professionnels de santé. Cette tendance s'observe donc également chez les adjoints qui aspirent certainement à une pratique plus entourée, contribuant à une atmosphère de travail sécurisante.

Les MSP et maisons médicales sont aussi généralement des lieux plus grands et plus aménageables que des cabinets simples. Ils comportent généralement des bureaux vacants permettant un accueil plus facile des nouveaux médecins. De même, les dotations de matériels peuvent être intégrées au fonctionnement de ces structures ce qui représente un confort pour les médecins seniors comme pour les adjoints.

C. Temps de travail des adjoints

Nous retrouvons de multiples agencements du temps de travail des adjoints dans leur semaine type. 27,08 % des répondants ont expérimenté un exercice d'adjoint moins de trois jours par semaine. 39,58% ont expérimenté un exercice de trois jours par semaine, agencement qui semble le plus répandu. 35,42 % ont expérimenté un exercice de plus de trois jours par semaine.

Un plus grand degré de précision dans notre question aurait sûrement permis de retrouver une répartition encore plus éparse (entre des contrats sur une demi-journée jusqu'à six jours ou plus).

Cette répartition est le reflet de la flexibilité du contrat qui permet de trouver un terrain d'entente entre les désirs du médecin senior et celui de l'adjoint. Le temps de travail peut être modulé, de contrat en contrat pour s'adapter à la demande médicale, mais aussi aux besoins de temps libre de l'adjoint, pour lui permettre de travailler sa thèse ou d'expérimenter d'autres exercices en parallèle. Nous notons néanmoins qu'un seul des répondants a fait varier son temps de travail. Les autres ont certainement poursuivi sur un rythme qui leur convenait.

En revanche, une grande majorité des répondants a opté pour un travail toutes les semaines (91,67 %). Du côté des adjoints, cela permet d'avoir une activité régulière et ainsi des revenus réguliers. Du côté des médecins seniors, cela permet de répondre plus efficacement à la demande de soin et à leur besoin qui est généralement permanent.

L'exercice constant est aussi le plus répandu ce qui rend l'expérience d'adjoint plus fidèle à une expérience de MGI.

Enfin, nous notons qu'une majorité d'adjoints a choisi de ne pas participer aux PDSA en place sur leur territoire (79,17 %). Ce choix semble encore refléter le souhait d'un exercice plus léger et plus sécurisant, un premier pas en douceur dans l'exercice de la médecine générale installée.

D. Nombre de médecins seniors par adjoint

Une grande majorité de l'échantillon (85,42 %) a été adjoint auprès d'un seul médecin senior. Seulement 10,42 % ont changé de médecin senior lors d'un changement de contrat. 2 répondants (4,17 % de l'échantillon) ont eu plus d'un médecin senior sur une même période.

Il paraît logique de penser qu'au sein d'une MSP ou d'une maison médicale, le trop plein d'activité ne concerne pas un seul praticien mais tous. Au sein de ces structures, l'adjoint pallie un besoin local qui touche tout le monde. Le fait que le contrat soit établi avec un seul médecin semble globalement lié à la complexité administrative que cela représente. Il reste plus simple de signer un seul contrat tous les trois mois, plutôt qu'en établir de multiples auprès de plusieurs médecins d'une même structure.

Nous restons étonnés par ces résultats qui nous laissent penser que le besoin au sein des MSP et maisons médicales ne serait pas ressenti par tous les professionnels. Ainsi le contrat d'adjoint est, le plus souvent, assumé par un seul praticien. La rémunération est assurée par rétrocession, comme pour un remplacement, à la seule charge du médecin senior.

Il nous manque ici une investigation plus précise des conditions de ces associations d'exercice entre adjoints et seniors.

E. Autres modes d'exercices expérimentés

39 (81,25 %) des répondants ont déclaré avoir expérimenté des remplacements. 6 (12,5 %) ont également expérimenté l'exercice salarié, un comme adjoint salarié, les autres en tant que « faisant fonction d'interne ».

Si parmi ces 39 répondants, 24 (61,54 %) n'ont pas expérimenté ces exercices pendant leur contrat d'adjoint, 15 (38,46 %) ont cumulé ces exercices. C'est une autre illustration de la flexibilité du contrat d'adjoint qui permet d'autres exercices, tant qu'ils sont temporellement compatibles. Les adjoints ne sont pas enfermés dans une pratique mais sont libres de la diversifier.

VI. Une nette domination des installations parmi les adjoints

Parmi le jeune panel des 48 répondants, 75 % ont déclaré s'être installés ou en avoir le projet. Seulement 25 % des médecins ayant été adjoint ne se sont pas installés ou n'en ont pas le souhait.

Cette proportion semble très faible en comparaison des desiderata habituels des internes. Une étude réalisée en 2011 auprès de tous les internes de médecine générale de France (13) rapportait que 64 % souhaitaient effectuer des remplacements, alors que 18,6 % seulement souhaitaient s'installer.

Il semble que le dispositif d'adjoint permet un haut taux de conversion en faveur des installations. Il se pourrait également que la population des médecins adjoints soit à priori plus attirée par l'installation. Une question portant sur leur projet d'exercice avant même d'avoir été adjoint aurait pu apporter des précisions.

VII. Facteurs motivant l'acceptation d'un contrat d'adjoint

A. Connaissance du territoire

La quasi-totalité des répondants (91,67 %) sont issus de l'UFR des sciences de santé de Dijon. Ils ont ainsi évolué dans la région en tant qu'internes, au gré des différents stages composant leurs trois années d'internat. Ceci leur a permis d'appivoiser certains territoires, d'établir des relations avec des médecins installés, de découvrir des hôpitaux et des structures de soins diverses.

Nous retrouvons logiquement cette connaissance comme un des éléments majeurs de l'acceptation d'un contrat de médecin adjoint (58,33 % des répondants). Il aurait sûrement été souhaitable de poser une question spécifique pour préciser les choses, à savoir si les médecins interrogés avaient été en stage d'internat sur le lieu de leur exercice d'adjoint.

Cet exercice en « terrain connu » fait encore resurgir la volonté d'entreprendre une expérience sécurisante, pour débiter la médecine générale.

Toujours dans cette logique territoriale, nombre de répondants ont développé un cercle amical dans la région. Beaucoup ont de la famille, un compagnon, voire des enfants. Ainsi, 54,17 % ont exprimé leur attachement au territoire pour raison de proximité familiale et/ou amicale.

B. Un contrat stable, sécurisant financièrement

Le point fort numéro un du contrat d'adjoint, en tout cas tel que relevé par l'échantillon, est la stabilité des revenus que nous pouvons en attendre (70,83 % de l'échantillon).

Il s'agit en effet pour l'immense majorité des répondants, d'un contrat d'une durée de 3 mois renouvelable, qui leur garantit des jours de travail toutes les semaines, pouvant aller jusqu'à un « temps plein ». Les médecins doctorants étant généralement bien perçus par les patients (10), le travail ne manque généralement pas.

Nous pouvons y opposer le remplacement, qui oblige le médecin installé à ne pas travailler. Le mode d'exercice est donc plus coûteux pour ce dernier, et surtout, ne peut se prolonger trop dans le temps. Un médecin qui ne fait que des remplacements doit donc trouver plusieurs remplacements pour avoir des revenus suffisants. Ceux-ci sont souvent plus nombreux lors des périodes de vacances et potentiellement plus rares en dehors. L'exercice apparaît alors moins sécurisant et plus aléatoire. Cependant, le manque de remplacement n'est pas un élément fortement rapporté par les répondants (6,25 %). On peut penser que les

individus interrogés, qui ont de toute façon opté pour un contrat d'adjoint, n'ont pas forcément été confrontés aux difficultés de trouver des remplacements réguliers. De plus, beaucoup en ont quand même réalisé en parallèle.

Les médecins installés ont pourtant plus de mal à trouver des remplaçants. Ne serait-il, finalement, pas plus pertinent de privilégier des contrats d'adjoint même dans leur cas. Car, s'il permet aux MGI de travailler en même temps que leur adjoint, il ne l'oblige pas. Rien n'empêche un MGI d'observer une période de repos et de laisser son adjoint travailler seul si les deux parties se sont entendues.

Enfin, au sein du contrat type proposé par le CNOM et signé par les deux parties, il est proposé la mention selon laquelle l'adjoint s'engage à donner priorité pour ses remplacements au médecin dont il est adjoint : cela peut aussi expliquer ces résultats.

Dans tous les cas, avoir des revenus plus stables et réguliers permet d'entamer des projets de vie, familiaux et professionnels plus sérieux tout en diminuant le risque financier. Il peut s'agir aussi d'un élément incitant à une installation. Un adjoint qui constate avoir une patientèle régulière est un adjoint rassuré quant à son exercice à l'avenir.

C. Une expérience utile pour le territoire comme pour l'adjoint

Le dispositif d'adjoint a été étendu en premier lieu pour répondre au manque de médecins sur le territoire (9). 62,5 % des répondants déclarent avoir été motivés dans leur choix par leur volonté d'aider ces zones en tension. Le contrat d'adjoint permet donc à ces territoires d'avoir accès à de nouveaux médecins, que ce soit de manière temporaire ou à plus longue durée (considérant le fort taux d'installation qui en résulte).

Pour les jeunes médecins doctorants, il s'agit également d'une expérience qui se rapproche très fortement d'un exercice de médecin généraliste installé (52,08 %). Comme abordé précédemment, celle-ci s'effectue dans un cadre sécurisant, avec l'aide d'un médecin senior et de ses collègues. Les horaires sont souvent allégés pour permettre le travail de la thèse. Un répondant a déclaré avoir eu le projet de s'installer au préalable de son exercice d'adjoint, ce qui lui a permis de se rassurer dans ce projet tout en finalisant sa thèse.

D. Importance de la demande du médecin senior

A première vue, évident, le besoin sur un territoire s'exprime par les patients, mais aussi par les médecins généralistes qui y sont installés.

50 % des répondants ont déclaré avoir été motivés par la demande de leur médecin senior. Contrairement aux éléments précédents sur lesquels nous n'avons que peu ou pas de marge d'action, la simple demande d'un médecin n'est pas à négliger.

Faire savoir que l'on a besoin d'un adjoint ou que cette possibilité existe peut se faire lors de différentes rencontres : suite à un stage, un remplacement, une rencontre fortuite lors d'une formation médicale continue, via des annonces officielles. Chaque rencontre avec un médecin doctorant peut être l'occasion d'une signature d'un contrat d'adjoint.

E. Une faible mention des organismes territoriaux

Seulement 4 répondants (8,33 %) ont été incités par un organisme territorial (Conseil Départemental ou mairie) à souscrire un contrat d'adjoint.

Nous pouvons proposer quelques pistes d'explication, à savoir :

- Une faible connaissance de ce dispositif par ces organismes
- Un exercice de médecin non diplômé qui peut être moins rassurant quant aux compétences et à la pérennité dans le temps.
- Une utilisation de mauvais canaux de communication qui n'arrivent pas à atteindre les médecins éligibles

VIII. Éléments gênant l'expérience d'adjoint

En préambule, il nous paraît important de préciser que la question était quelque peu maladroite dans sa forme. En effet, elle demandait de relever des éléments « préjudiciables » dans l'exercice d'adjoint en médecine générale. Ce terme judiciaire fort a, peut-être, induit un biais de réponse. Un élément gênant n'est pas forcément préjudiciable, ce qui a pu conduire à une sous-déclaration de ceux-ci par les répondants.

Ainsi, une forte proportion des médecins a répondu n'avoir trouvé aucun élément préjudiciable dans leur pratique d'adjoint en médecine générale (45,83 %).

A. Des difficultés inhérentes à la médecine générale en zone sous-dotée

La plupart des difficultés rapportées ne sont pas du fait du statut d'adjoint mais se rencontrent couramment dans la pratique de la médecine générale.

Il s'agit ici des difficultés d'accès aux spécialistes, aux examens complémentaires et aux soins paramédicaux. Ces éléments témoignent d'un manque global de professionnels médicaux et paramédicaux. Un exemple parlant serait, entre autres, la présence d'un seul rhumatologue pour toute la Nièvre au moment de l'étude.

Il s'agit également de l'isolement géographique et des longs trajets rapportés par une dizaine de répondants. Problème inhérent à certains lieux d'exercice, éloignés des plus grandes villes du territoire.

Enfin, une faible proportion des répondants (4,17 %) a mal vécu l'exercice de la médecine générale libérale elle-même. Ces répondants ont évolué vers une pratique salariée de la médecine générale.

B. Des difficultés inhérentes aux relations humaines

4,17 % des répondants ont souffert d'une mésentente avec leur médecin senior. Le statut d'adjoint n'est donc pas impliqué non plus. Le dysfonctionnement du binôme médecin senior et médecin adjoint est un risque qui existe. Les attentes des deux parties peuvent parfois être très éloignées et non conciliables.

Un répondant a déclaré avoir rencontré des difficultés, non pas avec son médecin senior, mais avec un autre médecin du groupe. Ce genre de conflit pourrait également

apparaître avec n'importe quel intervenant (secrétaire, infirmière, kinésithérapeute, pharmacien... etc.).

Ces problèmes représentent néanmoins une minorité des cas.

C. Des difficultés liées au statut d'adjoint

12,5 % des répondants ont trouvé que ce mode d'exercice demandait trop d'investissement.

En effet, l'exercice d'adjoint est régulier au sein d'une même structure. Il implique un suivi des patients sur la durée, voire la création d'une pseudo patientèle qui désire consulter l'adjoint de préférence. Nous avons vu qu'une pratique d'adjoint s'étend facilement à une année sur un même lieu. L'adjoint doit travailler comme le ferait un médecin installé : gérer l'administratif, gérer les résultats biologiques, gérer les autres résultats paramédicaux et les courriers de spécialistes, assurer le dépistage et la prise en charge globale des patients. Parfois il doit aussi intervenir dans les hospitalisations de l'hôpital local, assurer des visites à domicile et en EHPAD, gérer les urgences.

Pour les répondants qui avaient opté pour une forte présence dans la semaine (plus de trois jours) et pour une participation à la PDSA, l'exercice est apparu parfois trop lourd.

Deux répondants ont rapporté via la réponse libre des difficultés administratives et plus spécifiquement « la paperasse administrative », notamment les feuilles de soin pour des adjoints qui ne pouvaient utiliser les cartes vitales des patients. En effet, comme pour les remplacements et pour commodité comptable, il est toléré que les adjoints et remplaçants utilisent la carte professionnelle du médecin sénior pour sécuriser les feuilles de soins électroniques. Cependant, pour les adjoints, le médecin senior travaille souvent en même temps, ce qui rend l'accès à sa carte professionnelle difficile, voire impossible. Il existe des cartes secondaires qui pourraient être utilisées mais elles sont peu répandues. C'est un problème qui mériterait la mise à disposition plus systématique d'un appareil complémentaire permettant l'établissement de feuilles de soins électroniques. Un travail auprès des CPAM pourrait faciliter l'obtention d'un tel dispositif. Au-delà des adjoints, il pourrait être utile aux remplaçants et aux internes.

Ce problème, s'il avait été proposé comme réponse possible, aurait probablement trouvé plus de répondants.

Au final, nous notons que 50 % des 26 répondants ayant trouvé des éléments préjudiciables se sont installés dans le canton de leur exercice d'adjoint ou en ont le projet. Ces éléments semblent donc ne pas entraver la volonté d'installation.

IX. Mode de découverte du contrat d'adjoint

L'immense majorité des médecins répondants (75 %), ont découvert le dispositif d'adjoint par un MGI. Il s'agit des 29 individus ayant répondu « un médecin généraliste » additionnés aux sept individus qui ont répondu « un maître de stage » sans cocher également la réponse précédente. En effet, les maîtres de stages sont aussi des MGI.

Nous avons vu que 50 % des répondants ont considéré la demande du médecin généraliste comme une motivation à la signature d'un contrat d'adjoint. Ceci confirme la place centrale qu'occupe le médecin senior dans la diffusion de l'information concernant le contrat, mais aussi des besoins du territoire. Ils sont en première ligne pour motiver les jeunes médecins à s'installer sur le territoire et semblent se saisir plutôt rapidement de l'élargissement du dispositif d'adjoint. En témoigne l'important effectif des médecins qui en ont profité depuis quatre ans (72 individus).

Peu de répondants semble avoir reçu une information de la faculté de médecine (12,5 %). Ce résultat est voué à augmenter avec les années. En effet, l'information concernant ce dispositif fait désormais partie d'un enseignement obligatoire pour les internes de l'UFR de Dijon (depuis 2019).

La communication directe entre internes ou médecins doctorants semble peu répandue également (10,42 %). En effet, elle reste probablement cantonnée au cercle des connaissances et ne se réalise pas spontanément sur des canaux de communication plus importants.

Les autres intermédiaires de l'information sont beaucoup moins retrouvés parmi les répondants (organismes de santé, organismes territoriaux, littérature médicale, syndicats étudiants). Ils sont effectivement des interlocuteurs moins naturels, notamment pour les internes.

X. Satisfaction de l'expérience d'adjoint

Une écrasante majorité (97,92 %) des adjoints est satisfaite de son expérience, même ceux qui ont poursuivi un exercice non installé, ou le souhaiteraient. A la vue de ce très haut taux, il semble finalement que le dispositif d'adjoint permet un exercice encourageant des installations, mais également un exercice plus éphémère tout aussi satisfaisant pour les médecins. En ce sens, il pourrait pratiquement se substituer au remplacement, pourvu que la période d'exercice de 3 mois ne soit pas un frein. Il aurait été intéressant de demander aux médecins non installés s'ils ont poursuivi une activité d'assistant ou se sont tournés vers des remplacements exclusivement.

97,92 % des répondants recommanderaient également cette expérience aux médecins éligibles.

Un seul répondant n'a pas été satisfait par l'expérience et un seul ne la recommanderait pas. Les principales causes semblent être une mésentente avec le médecin senior et un mauvais vécu de la médecine générale libérale. Il s'agit donc d'un problème de relation interhumaine qui a terni l'expérience de ces médecins, ainsi qu'un mode d'exercice dans sa globalité. Le statut d'adjoint n'a finalement pas été directement mis en cause par ces individus.

XI. Vers une institutionnalisation des adjoints ?

Avec la réforme des études médicales, la thèse devra être soutenue avant la fin de l'internat. Il n'y aura donc plus de médecins non diplômés au-delà de la période d'internat. Il sera toujours possible de souscrire un contrat d'adjoint pour les internes. Cet exercice, qui semble déjà très peu adopté (un seul répondant), sera encore plus difficile à entreprendre. En effet, il nécessite un stage laissant du temps libre à l'interne. Ce temps libre sera probablement employé au travail de thèse.

Notre étude tend à montrer que le contrat d'adjoint est un levier important pour inciter des installations, le maintenir et l'encourager paraît raisonnable.

Ainsi, la réforme prévoit d'introduire une quatrième année d'internat. Cette année supplémentaire est normalement réalisée par un docteur junior (statut proche de l'interne pour un étudiant ayant validé tous les enseignements facultaires et sa thèse (16)). Elle pourrait être constituée d'un exercice d'adjoint obligatoire. D'un point de vue pédagogique, elle constituerait une finalité avec un mode d'exercice qui se rapproche au plus près de la médecine générale installée. Il faudrait tout de même s'assurer du suivi apporté par le médecin senior. D'un point de vue démographique, elle permettrait d'apporter un soutien sur toute la Bourgogne tout en favorisant des projets d'installation. Enfin, elle permettrait un auto-financement de la mesure s'il est rendu possible de rémunérer les internes par rétrocession standardisée des médecins seniors. Il semble néanmoins difficile de s'aligner sur les rémunérations plus faibles prévues par la loi concernant les autres spécialités médicales, exerçant en tant que salarié (17).

Hormis les obligations probablement nécessaires pour pourvoir tous les terrains de stage, cette mesure n'aurait pas de caractère d'engagement. Ce ne serait donc pas une mesure coercitive mais plutôt incitative.

Une autre mesure pourrait être une incitation aux postes d'assistants pour les médecins ayant soutenu leur thèse et qui ne désirent pas s'installer.

CONCLUSIONS

Le contrat de médecin adjoint s'adresse à tout jeune médecin qui n'a pas encore soutenu sa thèse et qui réunit les conditions nécessaires à une autorisation de remplacement. Il lui permet d'exercer auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes installés, en même temps qu'eux, contrairement au remplaçant. Ce dispositif de 1973, initialement restreint à de rares zones touristiques soumises à de fortes variations saisonnières de population, a été élargi fin 2017, dans l'intention de favoriser les nouvelles installations. Son application concerne dorénavant tout le territoire national, excepté certaines agglomérations suffisamment denses en médecins généralistes.

L'objectif de notre travail était d'étudier le devenir des médecins généralistes ayant bénéficié d'un contrat de médecin adjoint en Bourgogne de 2018 à 2021. Le but principal était de vérifier si l'extension de ce dispositif favorise l'installation des jeunes médecins.

Nous avons enquêté à l'aide d'un questionnaire auprès des 72 adjoints concernés et recensés par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de la région Bourgogne. Deux-tiers d'entre eux ont répondu (48 individus).

Les médecins enquêtés semblent attachés au lieu et aux structures dans lesquels ils ont exercé en tant qu'adjoint puisque 60 % des médecins diplômés se sont installés dans le canton où ils ont été adjoints et 44 % sont restés au sein du cabinet où ils exerçaient.

De même, parmi les médecins de l'enquête non encore diplômés, 60 % indiquent vouloir s'installer dans le canton où ils sont adjoints, 56.5 % dans le même cabinet.

Le taux d'intention d'installation des doctorants semble en adéquation avec le taux des installations effectives des médecins diplômés.

Nous avons été surpris de constater que l'effectif des médecins ayant bénéficié de ce contrat d'adjoint soit si important pour une mesure si récente. A titre de comparaison, les promotions d'internes en médecine générale sur la période 2018 – 2021 dénombraient 80 à 95 individus chacune à l'UFR de Dijon. L'effectif des 72 adjoints de notre enquête se rapproche donc de celui d'une promotion entière d'internes en médecine générale et représente près d'un cinquième des médecins éligibles au dispositif pendant la période étudiée.

L'intérêt des jeunes médecins pour ce dispositif semble donc important. Plus de deux tiers des médecins interrogés (70,83 %) ont été séduits par la stabilité des revenus qu'offre un tel contrat. Ce dernier présente d'autres atouts qui ont motivé une majorité des répondants à le signer : une aide aux zones sous-dotées (62,5 %), une expérience d'exercice professionnel proche de celle d'une installation et vécue comme un premier pas (52,08 %), une entrée en douceur dans l'exercice de la médecine générale. Une majorité des adjoints a apprécié le sentiment de sécurité apporté par une pratique au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et des maisons médicales, dans une région qu'ils connaissaient.

Si près de la moitié des répondants n'ont pas retenu d'élément gênant dans leur exercice d'adjoint, près d'un tiers de l'échantillon a relevé des difficultés d'accès aux spécialistes, aux examens complémentaires et aux soins paramédicaux. Ces éléments, inhérents à la pratique de la médecine générale en zone sous-dotée, sont connus. Il en est de même au sujet de l'éloignement géographique et des longs trajets.

Un quart des médecins interrogés ne désirait pas s'installer au moment de l'enquête et se destinait à des remplacements. Cette proportion est assez faible au regard des desiderata habituels des internes de médecine générale. Il semble que le politique ait gagné son pari, à savoir, privilégier le dispositif d'adjoint aux remplacements pour attirer les jeunes médecins sur le territoire et inciter leur installation.

Au final, 98 % des répondants sont satisfaits de leur expérience d'adjoint et la recommanderaient aux médecins non encore diplômés.

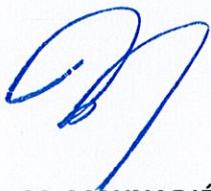
Le contrat d'adjoint en médecine générale apparaît comme un levier important et efficace, puisqu'il aboutit à un taux d'installation de 60 %. Il présente de nombreux atouts et n'aurait que peu d'effets négatifs ou préjudiciables. Il nous paraît justifié d'encourager la communication autour de ce dispositif et son développement.

Ceci pourrait passer par une plus grande communication, non seulement au sein des facultés, mais aussi des Ordres, de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux et autres interlocuteurs des médecins généralistes. Un allègement et une simplification des démarches administratives pourraient également apporter un bénéfice.

Ces résultats toutefois reposent sur un échantillon qui reste faible. Une étude de plus grande échelle pourrait permettre de les affirmer statistiquement. En parallèle, il serait intéressant d'observer, dans le temps, le développement de ce dispositif et la proportion des médecins installés qui ont choisi d'en bénéficier.

Enfin, une institutionnalisation de ce dispositif sous forme de 4^{ème} année d'internat professionnalisante répondrait pleinement aux attendus, pédagogiques pour les enseignants de la discipline, démographiques pour les territoires, et d'encadrement pour les jeunes médecins généralistes.

Le président du jury,



Pr. M. MAYNADIÉ

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 31 Mars 2022

Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0164 du 14/07/1972 (accès protégé) [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=kLchVG9Rp6FpLMWoX\\$xz](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=kLchVG9Rp6FpLMWoX$xz)
2. Contrat d'adjoint d'un médecin [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-internes/contrat-dadjoint-dun-medecin>
3. Article L4131-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2000 [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688814/2000-06-22/
4. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
5. Zones éligibles aux aides à l'installation de médecins en Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/actualisation-des-zones-eligibles-aux-aides-linstallation-de-medecins-en-bourgogne-franche-comte>
6. Renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan_renforcer_l_acces_territorial_aux_soins.pdf
7. Article L4131-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2019 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886295/
8. Article Annexe 41-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043681513/
9. Billiaux M. Contrat de médecin adjoint: ressenti du médecin généraliste installé et impact sur son mode d'exercice [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2018 [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM295.pdf
10. Magnes M. Généraliser le contrat du médecin adjoint aux internes: comparaison du niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par les internes en SASPAS et celle proposée par les médecins généralistes, dans une zone où l'offre de soin est insuffisante, en Charente Maritime en 2018 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2019 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2f14a78f-470b-4795-a4a4-a30b212cf7bc>

11. Mieux connaître... les contrats. [Internet]. ReAGJIR. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/mieux-connaître-les-contrats/>
12. Fuchs E. L'avancée du travail de thèse des internes de médecine générale bordelais en fin d'internat : septembre 2013 [Thèse d'exercice : Médecine générale]. Bordeaux; 2015.
13. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Factors associated with investment in an office medicine project by general practice residents. *Sante Publique*. 24 mars 2015;27(1):49-58.
14. Machado C. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de Dijon entre 2008 et 2012 [Thèse d'exercice]. Université de Dijon; 2020.
15. Barbarin F. Les travaux de thèses des jeunes médecins généralistes en 2015, dix-huit mois après la fin de l'internat à Bordeaux: situation par rapport aux objectifs personnels, prévalence de soutenance et facteurs d'influence de l'avancée de la thèse. *Médecine humaine et pathologie*. 2015. dumas-01277311.
16. Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie. 2018-571 juill 3, 2018.
17. Arrêté du 11 février 2020 relatif aux émoluments, aux primes et indemnités des docteurs juniors. JORF n°0153 juill 5, 2018.

ANNEXES

I. Annexe 1 : Questionnaire finalisé

Thèse de médecine générale – Vécu et devenir des médecins généralistes adjoint de Bourgogne de 2018 à 2021

Questionnaire

- 1) Par quel biais avez-vous connu le dispositif de médecin adjoint ?
 - Un étudiant en médecine / interne / adjoint déjà en poste
 - Un médecin généraliste
 - Un maître de stage de médecine générale
 - Une information émanant de la faculté de médecine
 - Une information émanant d'organismes de santé officiels (ARS, CPAM, Ordre de médecins...)
 - Une information émanant d'un organisme territorial (Mairie, conseil départemental, conseil régional...)
 - Dans la littérature médicale
 - Autre :

- 2) Combien de temps avez-vous bénéficié du statut de médecin adjoint ?
 - Six mois ou moins
 - Entre six mois et un an
 - Entre un et deux ans
 - Plus de deux ans

- 3) Dans quel type de structure exerciez-vous en tant qu'adjoint ?
 - Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)
 - Maisons médicale / association de médecins généralistes
 - Cabinet médical unique

- 4) Vous avez exercé en tant qu'adjoint :
 - D'un seul médecin généraliste installé
 - De différents médecins sur des périodes différentes
 - De plusieurs médecins sur la même période

- 5) Avez-vous expérimenté un autre mode d'exercice en tant que médecin non en ore diplômé ?
 - Remplacements simples
 - Exercice salarié
 - En plus de votre poste d'adjoint
 - En dehors des périodes d'adjuvat
 - Aucun autre

- 6) Quelles modalités temporelles comprenait votre(vos) contrat(s) d'adjoint en médecine générale ?
 - Moins de 3 jours par semaine
 - 3 jours par semaine
 - Plus de 3 jours par semaine
 - Toutes les semaines
 - Une semaine sur deux (ou autre répartition de ce type)
 - Participation à la permanence de soin ambulatoire
 - Autres dispositions ou précisions :

- 7) Quelles raisons vous ont incité à accepter un contrat d'adjoint en médecine générale ?
- Lieu et environnement connu à la suite d'un stage d'internat / région de formation
 - Proximité familiale / amicale / conjoint / stabilité géographique
 - Demande directe d'un médecin généraliste
 - Incitations d'organismes territoriaux
 - Se faire une expérience professionnelle proche d'une pratique libérale installée
 - Volonté d'aider sur un territoire que vous saviez en sous-effectif médical
 - Stabilité de revenus
 - Difficultés de trouver des remplacements réguliers
 - Autres :
- 8) Concernant votre expérience de médecin généraliste adjoint, diriez-vous que :
- Vous en êtes pleinement satisfait
 - Vous en êtes plutôt satisfait
 - Celle-ci fut indifférente
 - Vous en êtes déçu
 - Vous en êtes très déçu
- 9) Recommanderiez-vous à un étudiant non encore diplômé d'opter pour ce statut ?
- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas
- 10) Des éléments ont-ils été préjudiciables dans votre exercice d'adjoint en médecine générale ?
- AUCUN
 - Isolement géographique / longs trajets
 - Manque de moyens locaux
 - Sentiment d'insécurité dans sa pratique
 - Mécontente avec le(s) médecin(s) généraliste(s) installé(s) dont vous étiez adjoint
 - Mauvais vécu personnel de la médecine générale libérale
 - Difficultés d'accès et de communication entre les professionnels de santé (spécialistes et autres)
 - Difficultés d'accès aux examens complémentaires
 - Difficultés d'accès aux soins paramédicaux
 - Trop d'investissement en comparaison d'autres modes d'exercice
 - Problèmes d'ordre financier
 - Problèmes extérieurs à l'exercice de la médecine
 - Autres :
- 11) Avez-vous soutenu votre thèse ?
- Oui
 - Non
- 12) Si vous avez soutenu votre thèse, avez-vous :
- Poursuivi un exercice libéral de la médecine
 - Opté pour un exercice salarié ou mixte
 - Opté pour une installation
 - Opté pour une collaboration
 - Exercé en tant que remplaçant

13) Si vous n'avez pas encore soutenu votre thèse, souhaitez-vous :

- Poursuivre un contrat d'adjoint
- Poursuivre sur le même lieu d'exercice
- Conserver un exercice libéral
- Ne plus exercer la médecine

14) Vous êtes installé ou vous envisagez de vous installer :

- Sur votre lieu (un de vos lieux) d'adjuvat
- A très forte proximité (canton)
- Dans le même département
- Dans la même région
- Ailleurs en France
- A l'étranger
- Je ne souhaite pas m'installer

15) Est-ce que le fait d'avoir été adjoint vous a incité à vous installer ?

- Oui
- Non

16) Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

17) Votre âge :

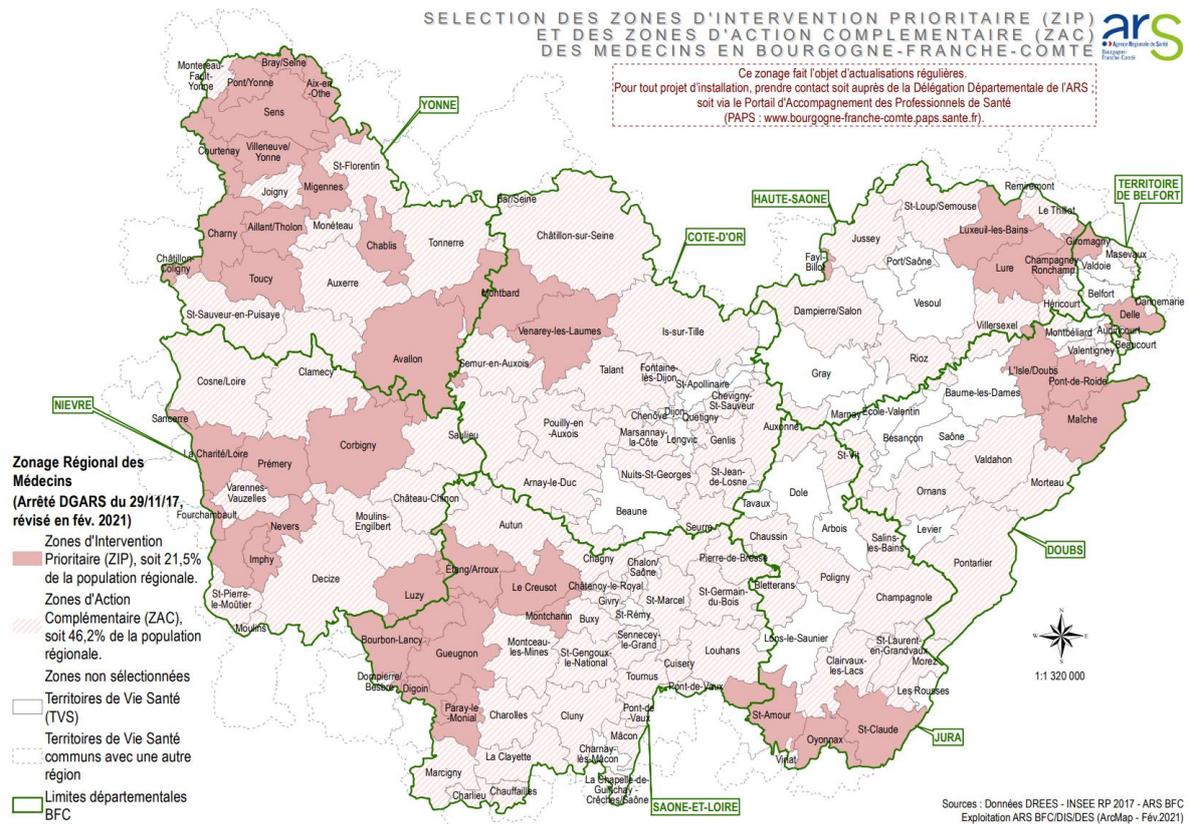
18) Votre UFR de Médecine :

- Dijon
- Besançon
- Paris
- Reims
- Lyon
- Clermont-Ferrand
- Tours
- Autre :

19) Le(s) département(s) où vous avez été adjoint :

- Côte d'Or
- Saône et Loire
- Nièvre
- Yonne
- Autre(s) département(s) :

II. Zonage des besoins médicaux en Bourgogne et Franche-Comté (février 2021)



TITRE DE LA THESE :

Véçu et devenir des médecins généralistes adjoints de Bourgogne de 2018 à 2021

AUTEUR :

M. BOURALLA Maxime

RESUME :

Le contrat d'adjoint concerne les jeunes médecins non encore diplômés. Ils peuvent exercer en même temps qu'un ou plusieurs généralistes installés, contrairement aux remplaçants. Ce dispositif restreint de 1973 a été étendu fin 2017 à l'ensemble du territoire pour pallier le déficit de praticiens.

L'objectif de notre étude est de vérifier les effets de l'élargissement de ce dispositif en Bourgogne et notamment sur les nouvelles installations.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive des médecins bénéficiaires d'un contrat d'adjoint en médecine générale sur la région de 2018 à 2021.

L'enquête concerne les 72 généralistes adjoints recensés par les Ordres des Médecins sur la période étudiée, soit l'équivalent d'un interne de médecine générale sur 5 de Bourgogne. Les résultats portent sur 48 réponses exploitables, les deux-tiers de l'effectif initial.

60 % des médecins entre-temps diplômés sont installés dans leur canton d'exercice d'adjoint. 60% des médecins encore doctorants ont le même projet.

La stabilité financière (70,83 %), l'aide à un territoire (62,5 %), l'expérience proche d'une installation (52,08%), sont les facteurs motivant la signature d'un contrat d'adjoint.

Près de la moitié des adjoints (45,83 %) ne rapportent aucun élément préjudiciable au cours de cet exercice. Seuls 29,17 % relèvent la difficulté d'accès aux spécialistes ou aux examens complémentaires et 20,83% dénotent leur isolement géographique ou la longueur des trajets.

98% des médecins de l'enquête sont satisfaits de leur expérience d'adjoint et la recommanderaient.

L'élargissement du dispositif d'adjoint apparaît comme un levier efficace et puissant en faveur de l'installation des jeunes médecins.

MOTS-CLES : MEDECINE GENERALE – ADJOINT – INSTALLATION – DEMOGRAPHIE – MEDECIN GENERALISTE