



HAL
open science

Déterminants à la cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes : une analyse quantitative du phénomène

Maryline Ramos da Cruz

► To cite this version:

Maryline Ramos da Cruz. Déterminants à la cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes : une analyse quantitative du phénomène. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00976960

HAL Id: dumas-00976960

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00976960>

Submitted on 10 Apr 2014

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2014

N°:

**DETERMINANTS A LA CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE LIBERALE DES
MEDECINS GENERALISTES DE PLUS DE 50 ANS EN REGION RHONE-ALPES.
UNE ANALYSE QUANTITATIVE DU PHENOMENE.**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT
Par

Maryline RAMOS DA CRUZ

Née le 7 mai 1984

à Saint-Martin-d'Hères

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
Le 9 Avril 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury :

Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Gilles PERNOD

Monsieur le Professeur Olivier CHABRE

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Monsieur le Docteur Farouk BENDAMENE, Directeur de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Remerciements

À Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail et de votre engagement envers la médecine générale. Soyez assurée de mon profond respect et de toute ma considération.

À Monsieur le Professeur Gilles PERNOD,

Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous portez à la médecine générale. Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Olivier CHABRE,

C'est un honneur de vous avoir pour juger ce travail. Votre intérêt pour la médecine générale est remarquable. Je vous prie de voir ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respect.

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT,

Ton engagement quotidien dans l'enseignement de la médecine générale, ton encadrement en stage et tes remarques pour le Mémoire de DES m'ont fait avancer dans cette discipline. Tu acceptes de juger cette thèse ce qui me ravi. Sois ainsi assuré de ma profonde considération.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Farouk BENDAMENE,

Je te remercie infiniment d'avoir accepté, avec enthousiasme et sans condition, de diriger cette thèse même à distance. Pour tes précieux conseils et ta disponibilité, trouve ici l'expression de mon extrême gratitude. Je te souhaite, très sincèrement, le meilleur pour l'avenir notamment dans ton engagement envers l'enseignement.

À tous les médecins généralistes ayant répondu à mon questionnaire, merci de vous être rendus disponibles. Sans vous rien de tout cela n'aurait pu aboutir.

À l'URML - Rhône-Alpes, je vous remercie vivement pour la diffusion de mon questionnaire. Et tout particulièrement Madame Martine RANC pour sa disponibilité.

À Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS, du département de Biostatistiques et Qualitique, pour vos conseils en matière méthodologique.

À Madame Magali FOURNY, du département de Biostatistiques et Qualitique, vous avez pu répondre à mes interrogations durant l'analyse statistique de mes résultats. Je vous en remercie.

À Madame Josiane VERGEOT, documentaliste de la bibliothèque universitaire, votre disponibilité et votre aide pour l'aboutissement des « prêts entre bibliothèques » m'ont été précieuses durant mon étude bibliographique.

À Pedro, merci pour ton soutien moral et ton aide informatique tout au long de ce travail. Sans toi rien n'est plus possible, merci de remplir ma vie de bonheur.

À mes parents, pour avoir cru en moi et m'avoir donné confiance, pour tout votre soutien durant ces années d'études. Avec toute mon affection, je vous remercie.

À Elia, pour tes relectures attentives et pour tous les moments de joie passés entre sœurs. Merci pour ton soutien.

À Nuno, pour aussi avoir cru en moi...

Les Professeurs Universitaires

Doyen de la Faculté de Médecine de Grenoble : Monsieur le Pr ROMANET Jean-Paul

Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers

Nom Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie de l'adulte
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA Christian	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
CHIROUSSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

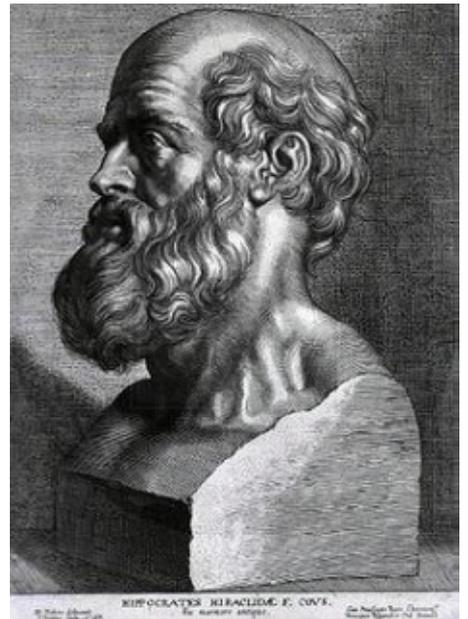
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMAN Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN Max	Bactériologie - Virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - Virologie
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, Brûlogie

PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET Jean-Paul	Ophthalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Caroline	Réanimation médicale
SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie

Maîtres de Conférence Universitaire – Praticiens hospitaliers

Nom Prénom	Discipline
APTEL Florent	Ophthalmologie
BOISSET Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecin et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER-FLORIN Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER Renaud	Physiologie

Serment d'Hippocrate



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Table des matières

Remerciements	2
Les Professeurs Universitaires.....	4
Serment d’Hippocrate	8
Table des matières	9
Résumé.....	11
Summary	12
1 Introduction.....	13
2 Problématique.....	15
2.1 En premier lieu : une crise démographique se prépare	15
2.2 Une crise aussi politique et économique	24
2.3 Une crise qui devient sociétale	28
2.4 Conséquence de ces crises : la cessation anticipée d’activité libérale.....	29
2.5 Objectifs de l’étude	31
3 Matériel et méthode	32
3.1 Type d’enquête.....	32
3.2 Populations étudiées.....	32
3.3 Questionnaire.....	32
3.4 Analyse statistique	34
4 Résultats	35
4.1 Retour des questionnaires	35
4.2 Caractéristiques personnelles des répondants	36
4.3 Parcours professionnel.....	37
4.4 Exercice libéral actuel.....	38
4.5 Epanouissement et satisfaction	43
4.6 Avenir professionnel.....	47
4.7 Raisons de la cessation anticipée	51
4.8 Mesures d’aide à la poursuite de l’activité libérale en médecine générale.....	53
5 Discussion	55
5.1 Concernant les objectifs	55

5.2	Concernant la méthode.....	55
5.3	Concernant les résultats.....	58
5.4	Portrait type du médecin envisageant une cessation anticipée	68
5.5	Regard international sur la cessation anticipée d'activité	68
6	Conclusion	73
	Liste des abréviations	75
	Liste des figures et tableaux.....	77
	Annexes	79
	Annexe 1 : Questionnaire informatique.....	79
	Annexe 2 : Récépissé de la déclaration à la CNIL	89
	Annexe 3 : Analyse statistique selon la difficulté à trouver un remplaçant.....	90
	Annexe 4 : Analyse statistique selon l'épuisement professionnel.....	91
	Annexe 5 : Analyse statistique selon la Cessation Anticipée	92
	Annexe 6 : Test-t de Student de comparaison de moyennes	94
	Annexe 7 : Autres raisons de cessation précoce.....	95
	Annexe 8 : Propositions pour l'amélioration de l'exercice libéral	97
	Bibliographie.....	98

Résumé

Introduction : La médecine générale s'engage dans une période de crise, avant tout démographique, mais également économique, sociétale et politique. Parallèlement à cela, certains médecins généralistes décident de quitter de façon anticipée l'exercice libéral, c'est-à-dire avant 65 ans, ce qui risque de mettre en péril la situation démographique à venir.

Objectifs : Il s'agit donc de quantifier ce phénomène de cessation précoce d'activité chez les médecins généralistes libéraux de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes, afin de définir les facteurs déterminant la décision et éventuellement de proposer des mesures d'amélioration des conditions de travail pouvant éviter ces « dévissages de plaque ».

Méthode : Une enquête transversale quantitative, par questionnaires informatiques, a été réalisée de juillet à décembre 2013. L'analyse des résultats s'est accomplie grâce au logiciel SPSS version 17. Au total, 1832 questionnaires ont été envoyés.

Résultats : Il a été recueilli 401 réponses exploitables. Ce qui donne un taux de participation de 22,7 %. Parmi nos répondants, 46 % avouent avoir vécu une situation d'épuisement professionnel et un nombre considérable de 40,1 % souhaitent réaliser une cessation anticipée. Ce qui montre bien la situation de crise globale que traverse la médecine générale. Dans notre population, cette cessation précoce d'activité est liée significativement au sexe féminin, au fait d'avoir éprouvé un épuisement professionnel, au fait de prendre moins de 5 semaines de vacances par an, à un ressenti plus mauvais sur son état de santé et au sentiment d'insatisfaction dans l'exercice médical. Les cinq raisons principales mises en évidence sont, par ordre d'importance : un mauvais état de santé, l'insatisfaction au travail voire le burn-out, la lourdeur des tâches administratives, la dégradation des relations familiales et une rémunération jugée insuffisante. Nos répondants désirent comme améliorations essentiellement l'allègement administratif, la restructuration du mode de rémunération et aussi une meilleure reconnaissance par les autorités de tutelle.

Conclusion : Si ces desideratas de cessation anticipée étaient mis en application dans les prochaines années, un impact important serait à craindre pour l'accès aux soins primaires. Une mutation profonde de la médecine générale doit s'opérer, avec des actions de nos administrateurs visant une amélioration des conditions de travail en libéral.

Mots clés : Démographie médicale, cessation anticipée, région Rhône-Alpes, médecine générale, activité libérale.

Summary

Introduction: Nowadays general practice passes through a period of crisis, mainly caused by the changes in medical demography, the economical restrictions, the social changes and political decisions. Along with this, some general private practitioner's early retirement (before 65 years old), could endanger the already critical situation of the medical demography in France.

Objectives: The aim is to quantify the trend of early retirement of the general physicians above 50 years in Rhone-alps region, in order to identify the main factors to this favourable climate to this decision and to propose measures to improve the medical work conditions.

Methods: A quantitative cross-sectional survey by computer questionnaires was conducted from July to December 2013. The analysis of the findings was performed using SPSS® Version 17 software, for a total of 1832 questionnaires sent.

Discussion: In this study 401 usable responses were collected. The participation rate is there for 22,7 %. Among our respondents 46,0 % say they have experienced a situation of burnout and the astounding number of 40,1 % desires to early retire. These findings illustrate the global crisis in general practice. In the study population the early cessation of general practice is significantly related: to the female gender; having experienced a burnout situation; with the fact that general physicians take less than 5 weeks of vacations per year; the degradation of health state and the dissatisfaction of the medical practice. The top five reasons highlighted are: the health degradation, the job dissatisfaction or burnout, the disproportionately high amount of administrative tasks, the degradation of family relationships and the insufficient remuneration. Our respondents wish for an administrative lightening, the restructuring of the remuneration mode and also a greater appreciation by the authorities for the medical care work produced.

Conclusion: If in the coming years the early retirement's wishes of the general practitioners community are to be carried, a significant negative impact is to be expected in the access of the general population to primary care. A profound change in general practice must be implemented in coordination with the health government authorities, to improve the practitioner's work conditions.

Key words: Medical demography, early retirement, Rhone-alps, general practice, private practice.

1 Introduction

La densité médicale en France n'a jamais été aussi élevée que sur la dernière décennie¹. Et pourtant, les projections démographiques sont plutôt pessimistes pour les années à venir, en particulier pour la médecine générale². Ce qui suggère qu'une profonde mutation devra se faire au sein de la profession de médecin généraliste afin de maintenir la qualité des soins primaires. La féminisation, le départ massif en retraite des générations pléthoriques, le manque d'attractivité de la spécialité, la réticence des jeunes médecins à l'installation font craindre des bouleversements importants pour la médecine générale annonçant une crise globale³. Cette crise est avant tout d'ordre démographique mais aussi économique, sociétale et identitaire sur la vision du métier par les médecins généralistes.

Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), la France comptait 217 000 médecins en activité en 2012⁴. Ceci correspond à une densité médicale de 306 médecins pour 100 000 habitants. Mais devant l'accroissement de la population française et la baisse des effectifs de médecins, cette densité devrait continuellement chuter jusqu'en 2025, puis s'élever par la suite, pour n'atteindre les niveaux actuels qu'en 2039⁵. La démographie médicale est donc bien un sujet d'actualité central pour les professionnels de santé, mais également pour les politiques et la population générale. En effet, nombreux sont nos concitoyens qui se préoccupent de la pénurie de médecins dans leur campagne ou leur cité, faute de successeur après le départ en retraite de leur médecin généraliste.

Cette crise de la densité médicale pourrait s'aggraver avec les nouveaux comportements des jeunes générations qui sembleraient assombrir l'avenir de la médecine générale. En effet, le statut de remplaçant se pérennise avec de jeunes médecins généralistes qui retardent de plus en plus leur première installation en libéral. L'exercice médical leur paraît contraignant et donc ils ne songent plus à s'installer mais s'orientent plutôt vers une activité salariée¹.

A l'autre extrémité de l'échelle temporelle, un nouveau phénomène apparaît depuis le début des années 2000, celui de la cessation précoce d'activité. Il s'agit de médecins généralistes qui abandonnent le secteur libéral avant leur retraite effective. Le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) réalisait en 2011 une enquête thématique sur ces « *médecins qui dévissent la plaque bien avant l'âge de la retraite* » et s'inquiétait des conséquences de ces départs précoces sur l'offre de soins primaires puisque 70,4 % d'entre eux étaient des médecins généralistes⁶.

Ce phénomène est encore mal étudié dans la littérature avec essentiellement des travaux en analyse qualitative. Outre le fait de connaître les causes de ces désinstallations

précoces de l'exercice libéral, ce qui a bien été détaillé dans deux études de la DREES^{7,8}, le but de ce travail est d'apporter des données objectives chiffrées manquantes sur le sujet.

Il s'agit donc de quantifier ce phénomène de cessation précoce d'activité chez les médecins généralistes libéraux en région Rhône-Alpes, afin de définir les facteurs déterminant la décision et éventuellement de proposer des mesures d'amélioration des conditions de travail pouvant éviter ces « dévissages de plaque ».

2 Problématique

La cessation précoce d'activité libérale en médecine générale s'inscrit dans un contexte de crise globale du métier sur le plan démographique, économique-politique mais aussi sociétal. Nous allons maintenant essayer de comprendre les différents aspects de cette crise qui s'annonce.

2.1 En premier lieu : une crise démographique se prépare

2.1.1 Démographie médicale nationale

Concernant l'ensemble des médecins :

Le nombre de médecins en France métropolitaine n'a jamais été aussi haut que dans la dernière décennie. En effet, la France comptait **au 1^{er} janvier 2012, 268000** médecins en activité selon le CNOM¹ et **217000** selon les bases du RPPS⁴ (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé). L'effectif de médecins est en hausse depuis les années 80, mais cette hausse est moins rapide depuis 2005 comme en témoigne la Figure 1.

La densité médicale est d'environ **306** pour 100000 habitants⁴ en 2012. Elle est plutôt stable depuis 2006.

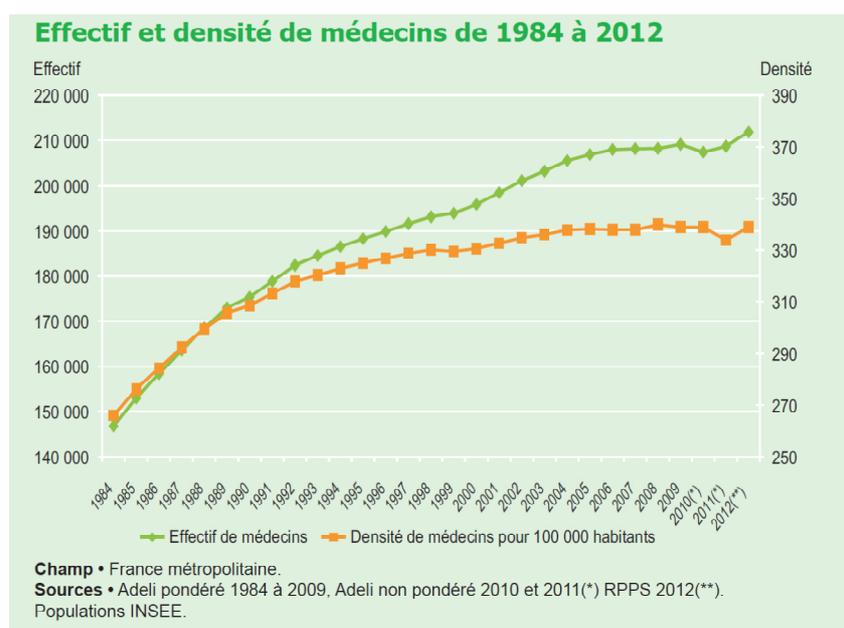


Figure 1 - Effectif et densité de l'ensemble des médecins de 1984 à 2012

Cependant, les prévisions de la DREES sont alarmantes pour l'avenir. Si les choix d'exercice des jeunes diplômés restent constants, associés à un âge de départ à la retraite se maintenant stable et que la tendance actuelle d'un *numerus clausus* élevé vers 8000 se poursuit (ce qui correspond au scénario tendanciel), ces prévisions objectivent une chute des effectifs médicaux à **188000 en 2019**, ce qui représente une baisse de **9,7 %**. L'effectif de médecins ne retrouvera son niveau actuel qu'en 2030² (Figure 2).

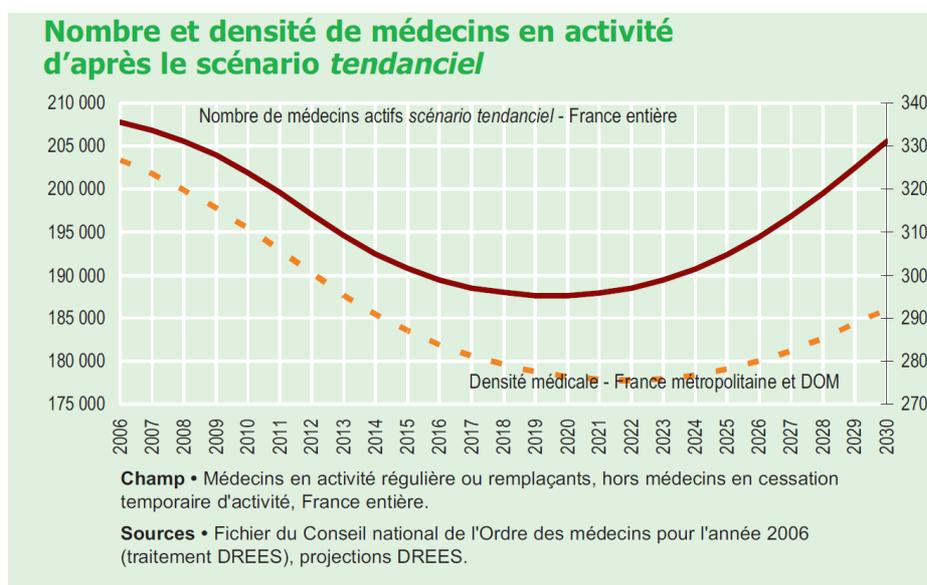


Figure 2 - Effectif et densité de médecins en activité selon le scénario tendanciel

Ce constat est la conséquence d'un départ massif en retraite, non compensé par l'augmentation importante du *numerus clausus* à partir des années 2000, dont l'effet n'est visible qu'une dizaine d'années plus tard, compte tenu de la durée des études médicales.

Il est à prévoir que, jusqu'en 2019, les fins d'activités seront plus importantes que les débuts. Le solde résultant de médecins actifs sera négatif (Figure 3). En effet, on note que la génération de médecins « baby-boomers », sortis des facultés de médecine dans les années 70, prendra sa retraite prochainement. Cette génération étant assez pléthorique, puisque qu'elle n'était pas encore soumise au *numerus clausus*, ce n'est donc qu'à partir de **2020** que le solde redeviendra **positif**².

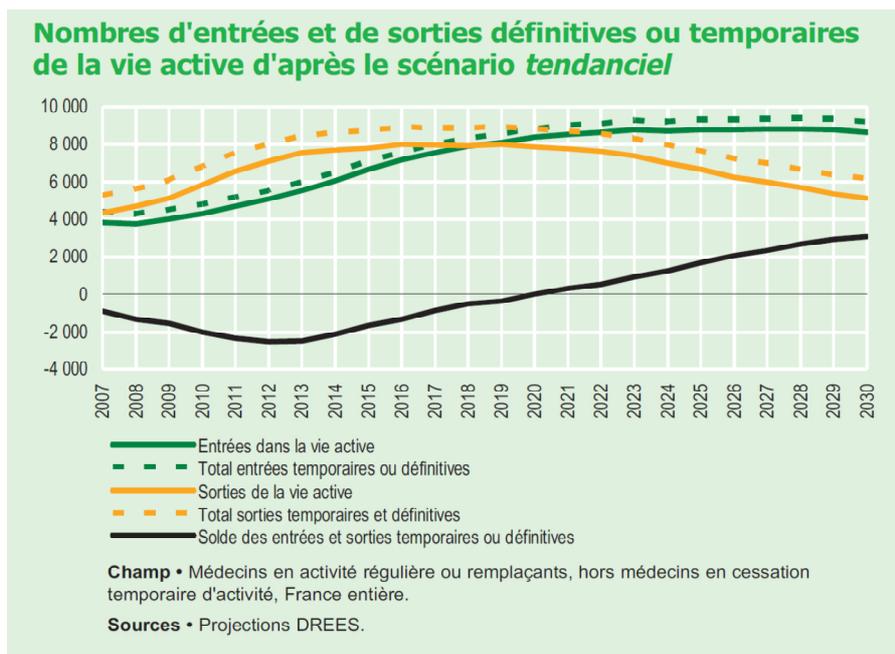


Figure 3 - Solde des entrées et sorties temporaires ou définitives d'après le scénario tendanciel

De plus, jusqu'à 2030, la population française devrait augmenter de 10% selon l'INSEE⁹ (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), provoquant une chute en terme de densité médicale encore plus importante et durable. La diminution de l'effectif médical prévue aura un impact plus marqué sur la densité médicale : qui passerait à **272** en 2020 (niveau le plus bas, équivalent à celui des années 80), puis remonterait à **292** en 2030, soit un niveau légèrement inférieur à celui d'aujourd'hui² (Figure 2).

La densité médicale resterait durablement inférieure au niveau actuel, puisque l'on prévoit un niveau de densité de 306 médecins pour 100000 habitants à l'horizon **2039**⁵.

Concernant la Médecine Générale :

Au 1^{er} janvier 2012, on dénombrait **102000** médecins généralistes en activité. Ce qui correspond à environ 47 % de la profession médicale⁴.

L'exercice de la médecine générale est avant tout libéral pour 63 % d'entre eux, et on note une féminisation toujours croissante avec 41 % de l'effectif représenté par les femmes en 2012⁴.

Les mêmes tendances évolutives pour la démographie des médecins généralistes sont prévues. Selon le scénario tendanciel de la DREES, l'effectif des médecins généralistes devrait diminuer jusqu'à **96000** en **2019** (soit moins 7,5 % par rapport au niveau actuel) puis progresser doucement pour atteindre **104500** en **2030**².

La situation de l'offre en soins primaires pourrait devenir critique entre 2015 et 2025 compte-tenu du fait, entre autre, que bon nombre de médecins généralistes ont une activité à orientation particulière (acupuncture, homéopathie, ostéopathie,...) ou une activité salariée. Ils n'exercent donc pas de soins de premier recours.

2.1.2 Contexte démographique en Région Rhône-Alpes

La crise démographique n'est pas seulement due à la chute de la densité médicale, mais aussi à une disparité importante dans la répartition des médecins sur le territoire.

Cette disparité de répartition se retrouve avant tout entre les régions. L'Île-de-France, PACA et Rhône-Alpes étant les mieux dotées en 2012. Cependant selon les projections de la DREES, les écarts entre régions ont tendance à se réduire jusqu'en 2020, puis se creusent à nouveau jusqu'en 2030, mais au détriment d'autres régions plutôt bien dotées jusqu'à maintenant⁵ (comme les régions PACA, la Bourgogne et la Corse). Les écarts entre densités régionales sont en moyenne de 14 % de la densité nationale en 2012, puis passeraient à 11% en 2019 et serait de nouveau à 14 % en 2030.

Cette disparité de répartition de l'effectif médical se retrouve aussi à l'intérieur de chaque région. On note, depuis de nombreuses années, que les quartiers sensibles des grandes agglomérations et les zones rurales isolées sont de plus en plus délaissées par les médecins¹. Ces disparités sont grandes puis qu'il existe **254 communes** fortement déficitaires en médecins généralistes dans notre région¹, surtout dans la Drôme et l'Ardèche pour les communes rurales. Mais tous les départements sont touchés notamment dans certains quartiers des périphéries urbaines.

La Région Rhône-Alpes comptait, en 2011, **9466 médecins généralistes** en activité ; dont **56%** de femmes, selon le CNOM. La pratique libérale reste majoritaire en médecine générale à 58 %¹⁰. Il existe aussi un phénomène de vieillissement de la population des médecins généralistes puisque **21 %** ont plus de 60 ans dans notre région.

L'URML-RA (Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes), dans son recensement de 2012, comptait **4903 médecins généralistes** installés en **libéral** dans la région¹¹. Il existe encore 949 médecins généralistes libéraux sans activité principale en soins primaires : soit MEP (Médecine à Exercice Particulier) exclusifs, soit urgentistes hospitaliers, soit saisonniers installés une partie de l'année seulement en station.

Selon les projections, et si la répartition des postes aux ECN (Examen Classant National) se maintient, la densité médicale devrait chuter rapidement jusqu'en 2020 en région Rhône-Alpes. Puis, une ascension plus lente est prévue, aboutissant à un niveau en **2030 inférieur à celui de 2006**⁵. En 2006 notre région comptait **326** médecins pour 100000

habitants. Actuellement, la densité médicale de Rhône-Alpes est au dessus de la moyenne nationale. Mais en **2030** les prévisions tablent sur une densité de **307**, soit une chute de 5,8%⁵, rendant cette densité à peine inférieure à la moyenne nationale à ce moment-là.

Cette diminution de la densité médicale, annoncée entre 2020 et 2030, est essentiellement due, en Rhône-Alpes, à un accroissement de la population selon le CNOM¹⁰. Mais aussi à une politique de maintien de la répartition des postes à l'ECN favorisant d'autres régions, sous dotées actuellement, dans le but de réduire les disparités entre régions d'ici à 2030⁵.

La volonté politique de réduire les écarts de répartition de médecins entre les régions n'est pas une mauvaise chose, si les mesures mises en œuvre respectent les besoins en soins propres aux populations de chaque région.

2.1.3 Des besoins en santé qui vont nécessairement croître

On constate une diminution de la densité médicale pour les années à venir, mais cela est à mettre en parallèle avec les besoins de santé des populations. En effet, différents facteurs font prévoir une augmentation majeure de ces besoins notamment pour les soins de premiers recours. Parmi ces facteurs, on peut évoquer :

- **l'augmentation de la population.** La population française ne cesse de croître. Elle était estimée à 61,8 millions d'habitants en 2003 selon l'INSEE. Elle est passée, en 10 ans, à 65,8 millions en janvier 2013¹². Et les prévisions pour 2030 envisagent une augmentation d'environ 10 %⁹.

- **le vieillissement de la population.** Malgré un taux de fécondité élevé, la population française vieillit car la génération de baby-boomers prend de l'âge. La proportion des plus de 65 ans représentait 16,7 % de la population française en 2010 selon l'INSEE et passerait à 18,4 % en 2015. L'INSEE prévoit même que cette proportion atteigne 23,2 % en 2030¹³.

- **l'augmentation des maladies chroniques.** Selon l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), l'incidence des déclarations d'ALD (Affection de Longue Durée) augmente chaque année et ce profil tend à se maintenir dans le futur¹⁴ comme en témoigne la Figure 4. Le nombre de nouveaux cas d'ALD déclaré est passé de 801000 en 2000 à 1302000 en 2010. Les patients en ALD nécessitent un suivi plus régulier par leur médecin généraliste, ce qui participe aussi à l'augmentation des consultations en soins de premiers recours.

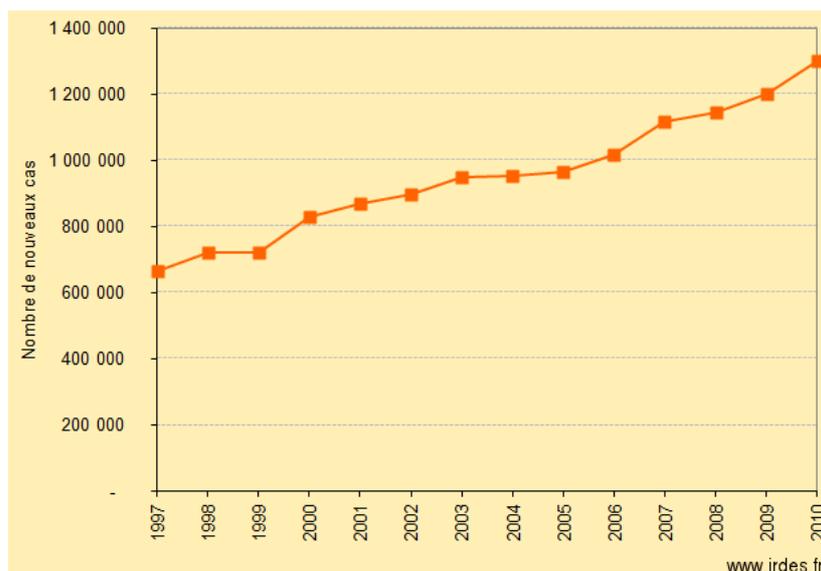


Figure 4 - Evolution de l'incidence des ALD entre 1997 et 2010

- **la réduction de la durée des hospitalisations de court séjour.** En moyenne en 2000 une hospitalisation en court séjour durait 6,1 jours ; et est passée à 5,6 jours en 2010 selon les données de l'IRDES¹⁵. Ces séjours hospitaliers toujours plus courts ont tendance à majorer le travail du médecin généraliste qui doit coordonner plusieurs intervenants (infirmières, kinésithérapeutes,...) dans la gestion du retour à domicile de patients souvent âgés et polyopathologiques.

Ces facteurs suggèrent une augmentation considérable en terme de consultations de médecine de premiers recours. Devant les projections pessimistes pour la densité médicale, il est à prévoir une inadéquation entre l'offre de soins primaires qui se réduit et la demande en soins qui ne cesse de croître.

2.1.4 Une évolution de la pratique libérale accentuant cette pénurie

Il existe un changement dans le mode d'exercice de la médecine générale libérale voulu par les jeunes générations de médecins, mais aussi par la société, qui ne voient plus cette profession comme un sacerdoce. La médecine générale est devenue peu à peu un métier qui doit se transformer selon le style de vie de ceux qui la pratiquent. Différents facteurs évolutifs vont intervenir avec une inégale gravité sur l'offre de soins primaires :

- **Les jeunes médecins désirent travailler moins que leurs aînés.** Selon l'enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale réalisée par l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) en 2011, le temps de travail hebdomadaire désiré est en moyenne de **41,2**

heures¹⁶. En réalité, une étude d'observation sur l'activité des médecins généralistes réalisée en 2010 pour l'URML-RA montrait que le temps de travail moyen est de **53 heures** par semaine¹⁷.

Ce souhait de réduction du temps de travail par les jeunes générations se retrouvent aussi dans de nombreuses thèses. En effet, Mr DECORDE fait le même constat en 2011, dans sa thèse présentée à Grenoble, portant sur une analyse croisée des déterminants à l'installation entre remplaçants et jeunes installés du secteur Nord-Alpin¹⁸.

-Le retard à l'installation en libéral. Il existe un écart toujours plus important entre l'année de thèse et la date de l'installation. Effectivement, la durée de la phase de remplacement ou vacation salariée après la fin de l'internat se prolonge. L'accroissement de l'offre de soins est ainsi retardé. Selon une étude du CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) de 2004, les médecins généralistes s'installent de plus en plus tard, témoignant d'une certaine réticence à l'installation libérale¹⁹. La Figure 5 montre que l'âge moyen d'installation pour les hommes était de 30,4 ans dans les années 80 et passe à 34,5 ans en 2000.

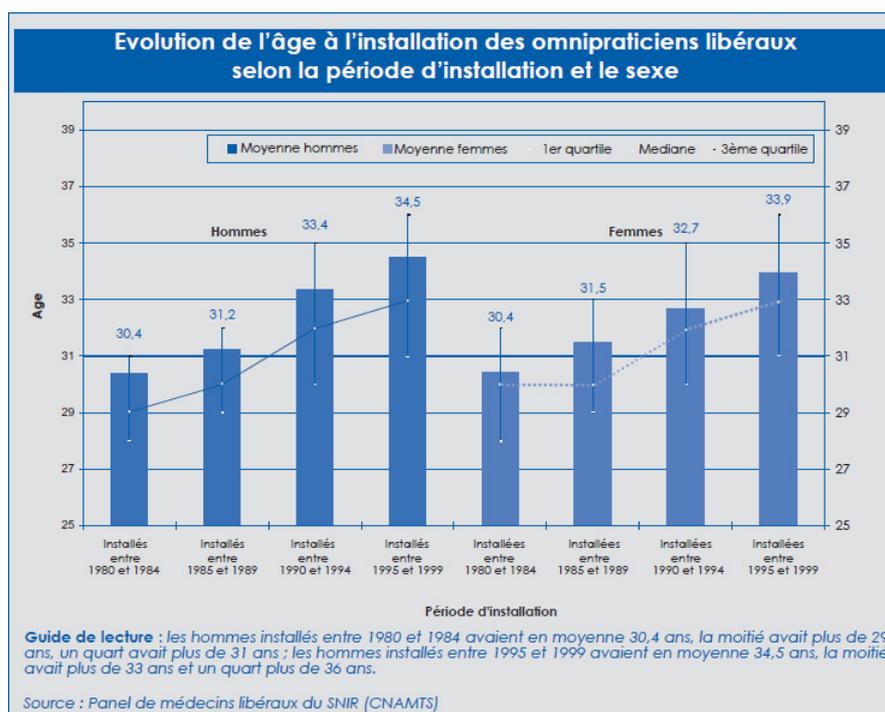


Figure 5 - Evolution de l'âge à l'installation des médecins généralistes libéraux de 1980 à 1999

- La féminisation de la profession. Ce phénomène se voit depuis plusieurs années, il est en partie dû à l'explosion démographique dans les années 70 et au fait qu'il y a plus de femmes qui s'inscrivent en première année de médecine. Comme le numérus clausus

augmente depuis 2000, il est logique de voir en proportion plus de femmes réussir le concours en fin de PCEM 1 (Première année de Premier Cycle des Etudes Médicales).

En 2012, les femmes représentaient **41 %** des médecins contre 30 % dans les années 90. Actuellement, elles sont déjà majoritaires parmi les médecins de moins de 45 ans où les femmes correspondent à 56 %⁴ de l'effectif. Cette tendance va se poursuivre dans le futur puisqu'en 2010, 6 internes sur 10 en formation étaient des femmes⁴.

Selon la DREES², en 2022 les femmes seraient aussi nombreuses que les hommes médecins. En 2030, elles deviendraient majoritaires : 53,8 % des médecins seraient des femmes, en particulier en médecine générale avec **56,4 %** de femmes.

Toutefois, il faut tempérer les inquiétudes liées à la féminisation de la profession car le niveau d'activité des femmes se rapproche de celui des hommes¹⁹. L'activité des femmes était égale à 66 % de celle des hommes en 1980 et est passée à 79 % en 1999 (Figure 6). Cette tendance se poursuit dans le temps pour deux raisons : d'une part, l'activité des femmes médecins augmente et d'autre part, les hommes aussi décident de moins travailler que leurs aînés.

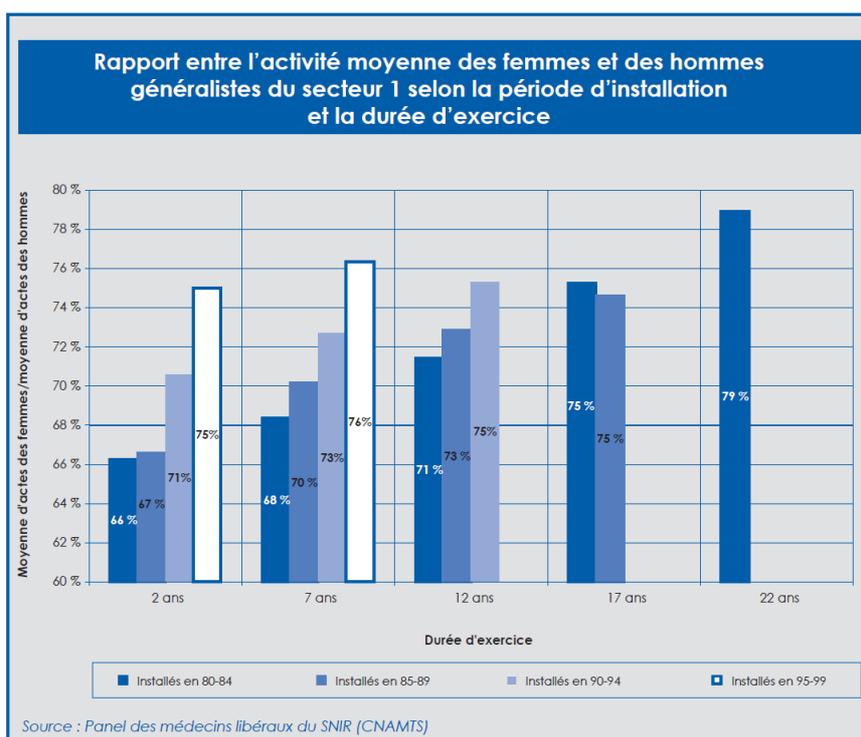


Figure 6 - Evolution de l'activité moyenne des femmes et des hommes généralistes selon la période d'installation, données du CREDES

- **Critères d'installation très précis.** Plusieurs sources^{16, 18} montrent que les jeunes généralistes qui s'installent ont des exigences assez strictes. Ils veulent exercer en groupe majoritairement avec une organisation pluri-professionnelle pour 90,8 %, avec un secrétariat

pour 86,6 % d'entre eux, plutôt en ville avec laboratoire d'analyses médicales et pharmacie proches pour 94,5 %. Et la localisation du cabinet est essentiellement déterminée par les services de proximité car il leur faut avant tout une crèche ou une école à côté pour 72 % et ne pas trop s'éloigner du lieu de travail du conjoint.

Ces derniers critères peuvent avoir des conséquences sur la répartition des médecins au sein des bassins de vie. Ainsi, les communes ne rentrant pas dans ces critères d'installation pourraient rapidement se voir désertifiées provoquant plutôt une réduction de la qualité de l'accès aux soins.

- **Les généralistes se tournent peu à peu vers le salariat.** Le CNOM montrait en 2011 que les généralistes restaient en priorité des libéraux pour 59,04 %, mais que la part de salariés augmentait à 33,8 %²⁰. La tendance se confirme avec, en 2012, 34,2 % des généralistes qui ont une activité salariée exclusive. Ceci représente une hausse de **2,7 %** de 2007 à 2012¹. D'ici à 2017, le CNOM prévoit que les effectifs de médecins généralistes en exercice libéral vont continuer de décroître en faveur de la médecine salariée (Figure 7).

Graphique n°10 : les modes d'exercice des médecins généralistes en activité 2007-2017

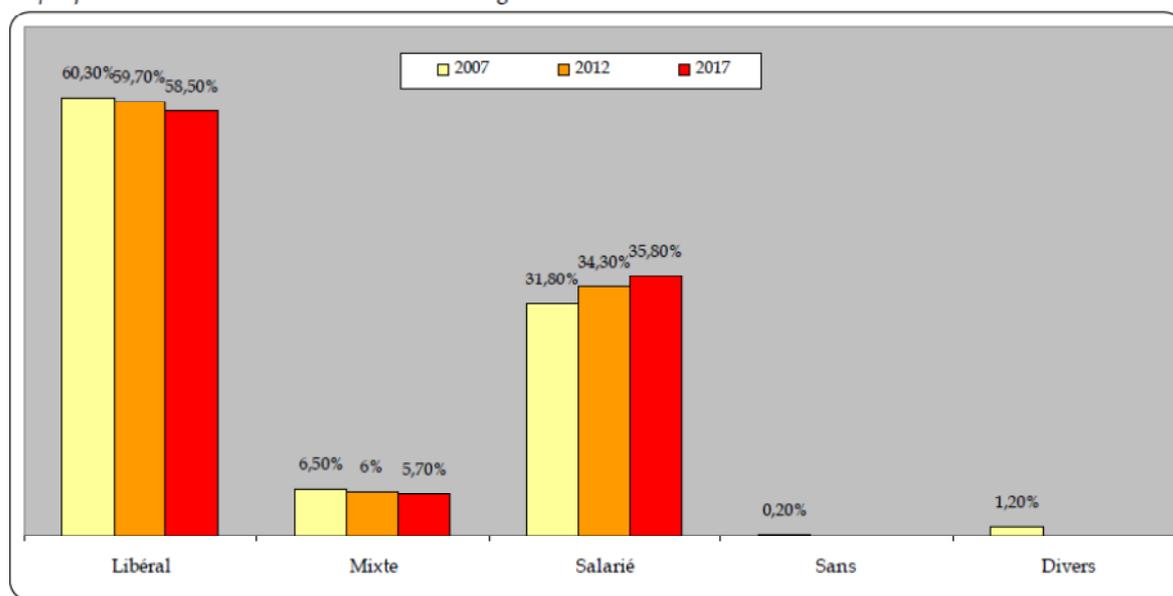


Figure 7 - Evolution du mode d'exercice des médecins généralistes en activité de 2007 à 2017

Ce virage vers le salariat pourra poser problème dans la mesure où cela concerne des postes qui ne sont pas toujours tournés vers le soin. En effet, les postes salariés se trouvent au niveau hospitalier, des cliniques privées, mais aussi des entreprises et des administrations. Ce mode d'activité est plébiscité surtout par la jeune génération qui voit là une qualité de vie professionnelle plus agréable : horaire de bureau, prise de vacances facilitée, moins de tracasseries administratives...

Une lueur d'espoir pour les soins primaires pourrait s'entrevoir si des postes salariés se développaient plus au sein de maisons médicales pluridisciplinaires.

On note que l'exercice libéral de la médecine générale est en mutation avec un nouveau modèle qui se définit peu à peu car les jeunes générations veulent privilégier leur qualité de vie. Ils préfèrent réaliser des efforts afin de mettre en adéquation leur vie professionnelle avec leur vie personnelle. Mais cette évolution pourrait majorer la pénurie démographique annoncée et tendre à une réduction importante de l'offre de soins primaires.

2.2 Une crise aussi politique et économique

La problématique de la dépense de santé est majeure puis qu'elle met en péril tout notre système social. Cette crise économique persiste malgré de nombreuses tentatives de régulation par les politiques. Le poids de cette crise se fait notamment sentir sur les médecins généralistes.

2.2.1 Des difficultés dans la gestion politique

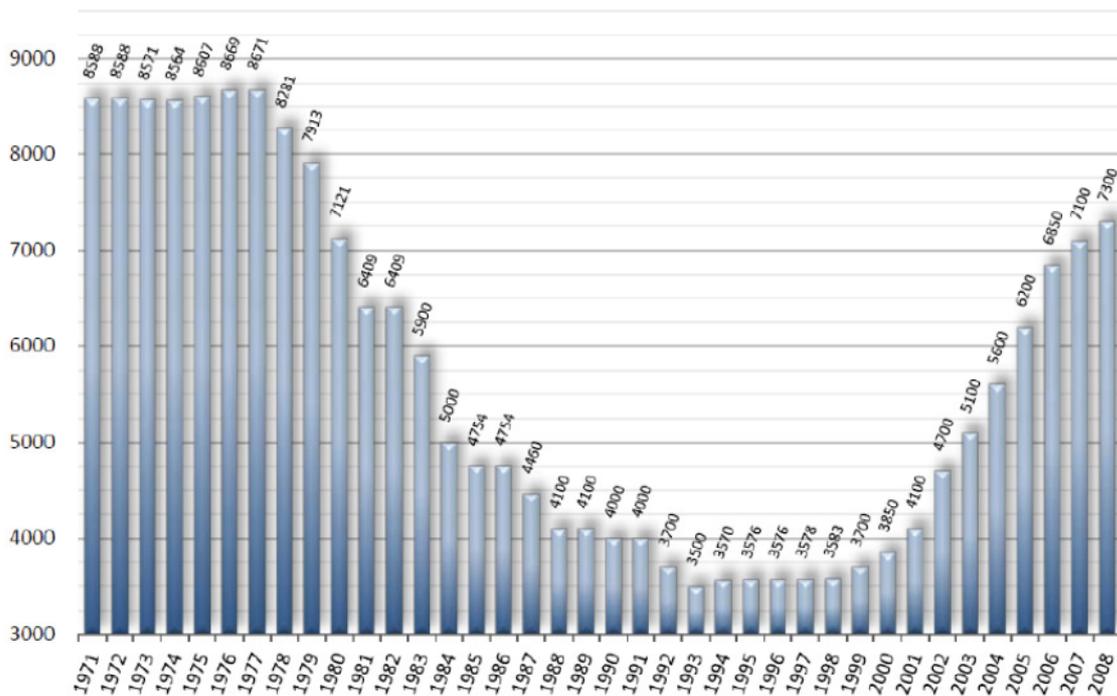
D'une part, le **Numerus clausus** est instauré en **1971** pour limiter les effectifs d'étudiants en médecine et odontologie afin de maintenir une qualité d'enseignement en concordance avec les capacités de formation et d'accueil des universités. Mais le but était également de freiner la « pléthore » de médecins pour la rendre plus adaptée aux besoins de santé de la population de l'époque.

Le numerus clausus est donc passé de 8500 en 1971 à 3500 en 1994. Sur cette période le nombre de places ouvertes pour les spécialités est resté stable autour de 2500. Ce sont donc les places de formation pour les omnipraticiens qui se sont réduites drastiquement.

Sachant que les médecins sont des prescripteurs de soins remboursés, le numerus clausus en plus d'être un outil de régulation de la densité médicale peut devenir un moyen pour limiter la dépense de santé de la Sécurité Sociale²¹.

Mais, les prévisions alarmantes du rapport BERLAND en 2002 font craindre une pénurie de médecins²². On assiste alors à une accélération dans l'augmentation du numerus clausus, pour atteindre près de 7700 en 2012 ([Figure 8](#)).

Néanmoins les effets du numerus clausus ne sont visibles qu'une dizaine d'années plus tard compte tenu de la durée des études médicales. Le renversement de tendance escompté par ce rehaussement n'aura d'effet que bien plus tard, vers 2020.



Source : Base Eco-Santé France, mars 2009

Figure 8 - Evolution du numerus clausus depuis sa création jusqu'à 2008

D'autre part, la gestion de la répartition des postes à l'ECN est essentielle pour assurer une régulation équilibrée entre les spécialités ; car comme nous l'avons vu le numerus clausus ne suffit pas à lui seul. De plus, il ne permet pas non plus de régulation géographique de la densité médicale.

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009, la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) prévoit la répartition des postes à l'ECN sur 5 ans. En 2011, 6800 étudiants deviennent internes soit 800 de plus qu'en 2010. Pour la médecine générale, 3930 postes sont ouverts soit **52 %** des postes²³. Au final, 84 % de ces postes ouverts sont pourvus pour la médecine générale soit une hausse de 364 postes attribués par rapport à l'année précédente.

Mais on note que 633 postes de médecine générale restent vacants depuis environ 2004 et ce dans les mêmes subdivisions faisant suggérer un problème de qualité de formation ou de surnombre de postes ouverts²³.

De plus, le choix de la médecine générale aux ECN ne garantit pas des postes de médecine de premiers recours en libéral car de nombreux omnipraticiens ont un exercice particulier de la médecine (MEP) ou préfèrent des postes salariés qui ne sont pas forcément tournés vers le soin comme nous l'avons expliqué précédemment.

Aussi, le **MICA** (Mécanisme d'Incitation à la Cessation Anticipée d'activité), ouvert par la loi du 5 janvier 1988²⁵, n'a pas réussi à contrôler les dépenses de santé et a même contribué à majorer le problème démographique actuel.

Il consistait à l'octroi d'une allocation de compensation des revenus pour les médecins libéraux conventionnés âgés de plus de 60 ans qui décidaient de cesser leur activité libérale précocement, à une époque où le contexte démographique était nettement plus favorable. Les objectifs du MICA étaient d'abord de contrôler les dépenses de santé de l'assurance maladie en diminuant le nombre de médecins prescripteurs et aussi de minimiser le vieillissement de la population de médecins libéraux.

Les modalités se sont encore assouplies en 1996 permettant aux médecins de cesser leur activité dès 57 ans²⁶. Au total, c'est près d'un quart des médecins libéraux (spécialistes et généralistes) de la tranche d'âge, qui ont pu bénéficier du dispositif chaque année²⁷.

Mais cette augmentation des départs précoces en retraite chez les libéraux commence à avoir, avec le temps, des effets désastreux sur l'offre de soins. Et il faut noter que le MICA a un coût non-négligeable par rapport à la dépense de santé qui ne s'est pas réduite pour autant. Donc le 1^{er} octobre 2003, changement de cap des politiques qui en décident la clôture.

Enfin, dans le même temps, la loi Fillon du 21 août 2003²⁸ propose, précisément l'opposé du MICA, c'est-à-dire de **rappeler les médecins retraités à l'aide**. Ainsi, les médecins retraités sont autorisés à cumuler leur pension avec les honoraires d'une activité libérale, à condition de ne pas dépasser un certain niveau de revenu.

Ce retournement de tendance profond montre que les erreurs politiques du passé, sur le MICA et sur la gestion du numerus clausus, ont contribué à majorer la pénurie démographique médicale.

Avec cette dernière loi, de nombreux médecins retraités ont repris une activité notamment en tant que remplaçants ou salariés. Selon le CNOM, le nombre de médecins retraités actifs a bondi de **33,8 %** entre 2007 et 2012¹; et particulièrement en région Rhône-Alpes qui a connu la plus forte hausse au niveau national à 41,6 %. Le Tableau 1 illustre l'augmentation de l'effectif des retraités actifs en France de 2006 à 2012.

Ces retraités actifs représentent maintenant une part importante de la densité médicale, ce qui pourra peut-être atténuer la crise démographique notamment pour la médecine générale qui est la spécialité où la proportion de retraités actifs est la plus importante¹.

	Janvier 2006	Janvier 2007	Janvier 2008	Janvier 2009	Janvier 2010	Janvier 2011	Janvier 2012
Actifs	212972	213995	215028	216017	216450	216145	216142
Retraités	37433	38751	40070	42136	44928	48321	51930
Total	250405	252746	255098	258153	261378	264466	268072

Source : CNOM, Atlas de la démographie médicale 2012

Tableau 1 - Evolution des effectifs de médecins actifs et retraités inscrits au tableau de l'Ordre de 2006 à 2012

2.2.2 Un déficit économique qui persiste

Nous avons vu que la crise économique liée au déficit de la branche maladie de la Sécurité Sociale perdurait malgré les différentes politiques proposées vues auparavant. Ceci montre l'échec des mesures de régulation du nombre de médecins, car réduire l'effectif médical n'abaisse pas nécessairement la dépense de santé.

La dépense en santé et en biens médicaux (DSBM) représentait, en 2000, **8 %** du produit intérieur brut (PIB) et est passée à **9 %** en 2011²⁹. Le remboursement des consultations de l'ensemble des médecins représentait seulement **10,5 %** de la DSBM en 2012²⁹.

De plus, même si le nombre de médecins restait stable, la dépense en santé continuera nécessairement de croître pour différentes raisons :

- parce que les besoins en santé de la population vont inévitablement augmenter comme nous l'avons vu au paragraphe 2.1.3.
- parce que les examens complémentaires se modernisent et se perfectionnent devenant plus chers au fil du temps.
- et parce que, dans la même ligne d'idée, de nouveaux traitements très coûteux sortent pour des maladies graves (cancéreuses, génétiques...) qui n'étaient pas traitées ainsi auparavant.

Les évolutions technologiques et de la population créent de la dépense de soins. Comme le pense l'Observatoire Français des Conjectures Economiques (OFCE), les tentatives de diminution du nombre de médecins ne peuvent pas contrôler ces dépenses, puisque réduire l'offre ne diminuera pas les besoins de santé³⁰. Surtout, ce type de politiques est délétère pour la démographie médicale, notamment car cela augmente la charge de travail des médecins restants qui doivent, de toute façon, répondre aux besoins de santé de la population. Et cela fait porter un poids moral important sur les médecins qui se sentent montrés du doigt car considérés comme des générateurs de dépenses alors que la proportion des dépenses liées au remboursement des consultations est plutôt faible²⁹.

La tâche des dirigeants politiques, pour résoudre cette crise économique, a toujours été extrêmement difficile puisqu'elle consiste à faire coïncider deux idées contradictoires : augmenter les dépenses pour les faire correspondre aux besoins de la population en soins de qualité et les réduire pour limiter au maximum les prélèvements sur les revenus³⁰.

2.3 Une crise qui devient sociétale

Bon nombre d'observateurs font état d'une désillusion des médecins libéraux, en particulier chez les généralistes, qui conduit ces médecins à s'interroger fortement sur l'identité même de leur métier, sur fond de crise globale des professions de santé³.

En effet, les conditions de travail deviennent plus difficiles avec une charge de travail qui s'agrandit et une rémunération qui stagne après une dizaine d'années d'exercice³¹. La qualité du travail médical peut être davantage altérée si le comportement des patients s'engage dans la voie du consumérisme comme on y assiste de plus en plus⁸.

Les médecins généralistes qui partent en retraite ont beaucoup de mal à trouver de successeurs, ce qui provoque chez eux un sentiment de dévalorisation de leur activité⁷. Alors que le problème principal est celui d'un flux de départs en retraite bien plus important que les entrées jusqu'en 2019. On note, aussi, une certaine réticence à l'installation en libéral avec un statut de remplaçant qui se pérennise dans le temps.

Également, le fait que la jeune génération de généralistes tend à privilégier sa vie personnelle et à adapter sa vie professionnelle en fonction, provoque chez les aînés un sentiment de désillusion qui leur fait remettre en question leur propre pratique libérale. Leurs idéaux sur la médecine se voient écornés avec un décalage grandissant entre leur vision de la médecine et la réalité⁷.

De plus, il existe une crise symbolique de la place du médecin dans la société. On assiste à une perte de la reconnaissance sociale du rôle de médecin. Les médecins, comme les notaires, les avocats, les architectes ne jouissent plus d'une place privilégiée de notables dans la société ; mais sont devenues des professions comme les autres. Cette dévalorisation du statut social contribue à la crise identitaire chez les médecins généralistes.

2.4 Conséquence de ces crises : la cessation anticipée d'activité libérale

2.4.1 Définition

Dans une profession libérale comme la médecine générale, l'âge de la retraite est librement choisi. L'âge moyen de départ en retraite chez les médecins libéraux était de 65,5 ans en 2006 selon la DREES²⁷. Et toujours selon la DREES, la cessation anticipée de l'activité libérale chez les médecins généralistes a été définie comme un arrêt de l'activité, définitif ou temporaire, avant l'âge de 65 ans²⁷. Cet âge de 65 ans est aussi admis de façon globale dans les données de la littérature internationale^{32, 33}.

D'après une étude réalisée à Angers en 2009³⁴, **63 %** des médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans interrogés souhaitent cesser ou adapter leur activité avant 65 ans. Parmi eux, 30 % veulent cesser définitivement leur activité car ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail et 33 % préfèrent adapter leur activité en réduisant leur temps de travail hebdomadaire notamment.

C'est la tension interne entre déceptions et satisfactions au travail qui va aboutir au processus de la prise de décision de cessation⁸.

2.4.2 Données concernant la cessation anticipée

Deux études qualitatives ont été réalisées entre 2007 et 2008 par la DREES sur soixante médecins généralistes ayant cessé précocement leur activité et recrutés sur l'ensemble de la France.

La première étude menée par Mme VEGA⁷ voulait appréhender les principaux facteurs de cessation qui sont principalement :

- Une charge de travail trop importante, notamment administrative
- Risque d'épuisement professionnel par dévalorisation de la vision du métier
- Incapacité à moduler et tempérer les demandes des patients
- Manque de soutien des pouvoirs publics
- Charges financières lourdes et refus de la « course à l'acte »
- Opportunité de carrière.

Mais il existe une diversité de situations très importantes rendant les réformes globales infructueuses. Chaque médecin exerçant sa propre médecine fait qu'il existe de multiples figures de généralistes. Cette multiplicité se voit aussi dans les cessations précoces.

La deuxième étude menée par Mr BLANDIN⁸ a, quant à elle, pour objectif de cerner le processus de prise de décision avec 4 registres de motivations qui précipitent la cessation :

- Décalage entre vision du métier et conditions réelles d'exercice

- Attirance vers une seconde carrière
- Rééquilibrage entre vie professionnelle et personnelle
- Rapport dégradé avec les Institutions.

La décision de cessation d'activité est un mécanisme personnel qui fait intervenir une multitude de facteurs objectifs et subjectifs, et qui s'inscrit dans la trajectoire de vie de chaque généraliste.

La thèse de doctorat en médecine de Melle DELANSORNE réalisée en 2009 dans 3 départements de l'ouest de la France a donné lieu à une publication dans la revue *Santé publique*³⁵. Ce travail prospectif, par questionnaires postaux et réalisé sur 75 réponses, étudiait les cessations effectives d'activité de 2000 à 2005 des médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans. Elle retrouve globalement les mêmes raisons de cessation que les études de la DREES :

- Charge de travail horaire importante
- Charge de travail liée à la permanence des soins
- Conciliation avec la vie de famille
- Exigences des patients
- Tâches administratives
- Attrait pour une autre activité médicale.

Elle obtient un âge moyen de cessation libérale de 50,8 ans, mais avec deux pics d'âges identifiés : 44-46 ans puis 60-62 ans. Dans son panel de médecins, 20 % ont arrêté définitivement leur activité médicale pour cause de retraite, de décès, ou d'accident provoquant une invalidité permanente. Et plus des 3/4 ont poursuivi une nouvelle activité médicale. Ce qui montre que la cessation d'activité libérale ne rime pas, chez les généralistes, avec fin de carrière ; mais plutôt avec reconversion professionnelle.

Ces différentes études apportent des données essentiellement qualitatives sur le sujet, mais il serait intéressant de réaliser de grandes études quantitatives nationales pour apporter des données chiffrées afin de savoir si la cessation précoce d'activité devient un phénomène significatif au sein des médecins généralistes libéraux.

Ce sujet inquiète puisque le CNOM lui consacre en 2011 une enquête thématique⁶ qui a recensé 903 cessations précoces d'activité en 2010 en France. Plus de 80 % de ces cessations concernaient des médecins exerçant en ville. La spécialité la plus touchée était la médecine générale qui représentait 70,4 % des « dévisseurs de plaques », dont 42,2 % officiaient seuls. C'est pourquoi, on peut penser que les soins primaires pourraient pâtir de façon prépondérante de ces cessations anticipées.

2.5 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre enquête est de caractériser les facteurs déterminant le départ anticipé de l'exercice libéral des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes en 2013.

L'objectif secondaire est de quantifier ce phénomène de cessation anticipée d'activité chez les médecins généralistes libéraux de notre région. Aussi, on cherchera à analyser les mesures qui pourraient éviter ces départs précoces de l'activité libérale.

3 Matériel et méthode

3.1 Type d'enquête

Afin de répondre aux objectifs, nous avons réalisé une enquête prospective quantitative transversale par questionnaire anonyme, envoyé par voie électronique, du 16 juillet au 4 septembre, puis du 25 novembre au 21 décembre 2013.

3.2 Populations étudiées

La population cible comprend les médecins généralistes de plus de 50 ans installés en libéral en région Rhône-Alpes.

On entend par médecins généralistes, les médecins qui réalisent des soins primaires selon la définition établie en 2002 par la WONCA Europe (World Organization of National Colleges Academies of general practitioners). Nous avons donc exclu les médecins exerçant une MEP. Selon les données de la bibliographie^{3, 35}, il semble exister deux pics d'âge de cessation anticipée vers 50 et 60 ans. C'est donc pour ne pas méconnaître ces deux pics que l'enquête concerne les médecins à partir de 50 ans.

La population source correspond aux médecins généralistes libéraux de plus de 50 ans de Rhône-Alpes dont nous avons pu disposer de l'adresse électronique.

3.3 Questionnaire

➤ Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé par voie électronique afin de faciliter les réponses et de permettre un recueil fiable des données. Nous avons préféré des questions plutôt fermées pour une meilleure clarté. Dans un souci d'exhaustivité, les questions ont été déterminées grâce à l'étude de la bibliographie française disponible^{7, 8, 34, 35}, ainsi qu'internationale^{32, 33, 36}.

Pour améliorer la lisibilité, le questionnaire a été relu par deux personnes en dehors du milieu médical. Puis, il a été testé par trois médecins généralistes hors de la région Rhône-Alpes et un interne de médecine générale en fin de troisième cycle. Ce qui a permis de modifier quelques questions.

Par la suite, le questionnaire a été soumis au Pr FRANCOIS (Responsable du département de veille sanitaire, et de l'Unité de qualité et d'évaluation médicale du CHU de Grenoble) lors

d'une consultation de méthodologie. Il nous a conseillé, entre autres, l'utilisation d'échelles de Likert avec un nombre pair de modalités de réponse pour « forcer le choix ». Ce type d'échelle permettra une exploitation plus aisée des résultats concernant notamment les deux dernières questions où les items de réponses sont nombreux.

Le questionnaire qui a été diffusé est disponible en **Annexe 1**.

➤ Diffusion du questionnaire

Il est très difficile d'établir une liste d'adresses électroniques des médecins généralistes de plus de 50 ans de la région Rhône-Alpes car aucun registre n'est réellement complet. Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins de la région ont été contactés, via le conseil départemental de l'Isère, afin de voir s'ils pouvaient diffuser le questionnaire. Une réunion régionale sur l'aide aux thésards a été réalisée à Lyon et la possibilité de diffusion des questionnaires a été accordée. Mais malheureusement, cette mise en œuvre n'a pu avoir lieu via les conseils départementaux de l'Ordre car ils ne disposaient pas d'informations suffisantes (adresses électroniques), l'exclusion des MEP était rendue difficile et il n'y avait pas de possibilité de relance.

Nous nous sommes donc tournés vers l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), qui via l'URML-RA pouvait nous aider dans la transmission du questionnaire. En effet, l'URML-RA, qui ne diffuse qu'un seul questionnaire de thésard par mois, a choisi le nôtre pour le mois de juillet.

Le questionnaire a été transmis à **1832 médecins généralistes libéraux** de plus de 50 ans de la région Rhône-Alpes (nés avant le 30 juin 1964) dont l'URML-RA dispose de l'adresse électronique après exclusion des MEP.

Le questionnaire en ligne était hébergé sur le site Survey Monkey®, et accessible via le lien : https://fr.surveymonkey.com/s/CESSATION_ANTICIPEE_ACTIVITE. Le questionnaire a pu être envoyé, accompagné d'un courrier explicatif afin de sensibiliser les répondants à la problématique de la cessation anticipée.

➤ Recueil des données

Les réponses au questionnaire ont été recueillies de façon anonyme. Ces réponses ont été automatiquement retranscrites sur une feuille de calcul Excel®.

Il a été réalisé une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) de la constitution d'une base de données informatiques pour l'exploitation des réponses. En **Annexe 2**, se trouve le récépissé de cette déclaration.

3.4 Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 17.

Pour les variables qualitatives, le test du Khi-Deux de Pearson a été utilisé ; et pour les variables quantitatives, c'est le Test-t de Student qui a été exécuté. Le seuil de significativité « p » a été fixé inférieur à 0,05. La mention NS voulant signifier que le rapport est « non significatif » du point de vue statistique.

4 Résultats

4.1 Retour des questionnaires

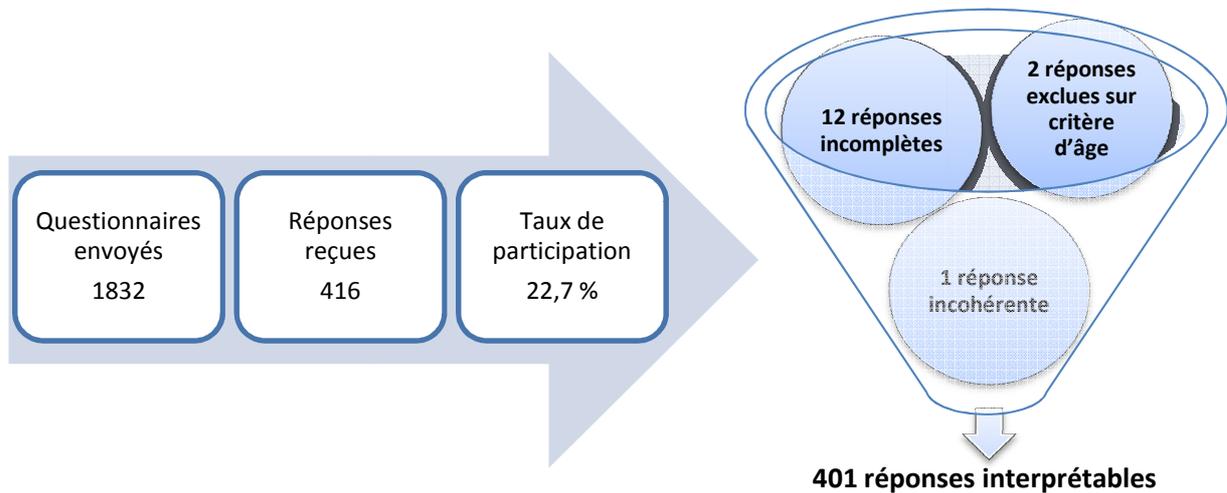


Figure 9 - Illustration des réponses obtenues

Quinze réponses ont été exclues de l'analyse :

- 1 réponse était incohérente et n'apportait pas de sens à l'analyse (âge : 110 ans, nombre d'enfants : 2 et encore à charge : 4, âge de cessation : 95 ans,...).
- 12 réponses étaient très incomplètes avec des questionnaires remplis uniquement pour les 3 à 4 premières questions rendant leur exploitation impossible.
- et 2 réponses ont été exclues pour l'âge. En effet, il s'agissait d'un homme de 33 ans et d'une femme de 44 ans qui ne remplissaient pas le critère de plus de 50 ans.

L'analyse des résultats a porté sur **401 réponses interprétables** (n = 401).

4.2 Caractéristiques personnelles des répondants

4.2.1 Age et sexe

L'âge moyen des répondants est de **58,03 ans**. Les âges varient de 50 ans à 71 ans avec une médiane de 58 ans.

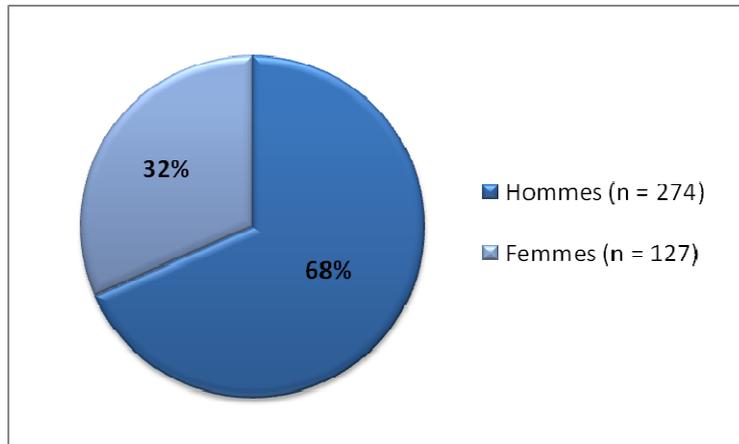


Figure 10 - Répartition selon le sexe (n = 401)

La moyenne d'âge chez les femmes est de 56,42 ans, et passe à 58,78 ans pour les hommes. Les moyennes d'âge entre les hommes et les femmes sont statistiquement différentes avec $p < 0,0001$.

4.2.2 Vie familiale

Les répondants sont en couple pour 88 % (n = 352) et 12 % vivent seuls (n= 49).

Les nombres moyens d'enfants et selon le sexe des répondants se répartissent comme suit :

Nombre moyen d'enfants	2,67	Nombre moyen d'enfants pour les hommes	2,82
Nombre moyen d'enfants encore à charge	0,96	Nombre moyen d'enfants pour les femmes	2,35

Tableau 2 - Nombre d'enfants moyen selon le sexe (n = 401)

Selon le Test-t de Student, il existe une différence significative entre le nombre moyen d'enfant chez les hommes et les femmes avec $p < 0,0001$.

4.3 Parcours professionnel

4.3.1 Lieu d'obtention du diplôme

Les répondants ont majoritairement obtenu leur diplôme en Région Rhône-Alpes pour 277 d'entre eux, ce qui représente 69 %. Les lieux d'obtention du diplôme de docteur en médecine sont illustrés par la Figure 11.

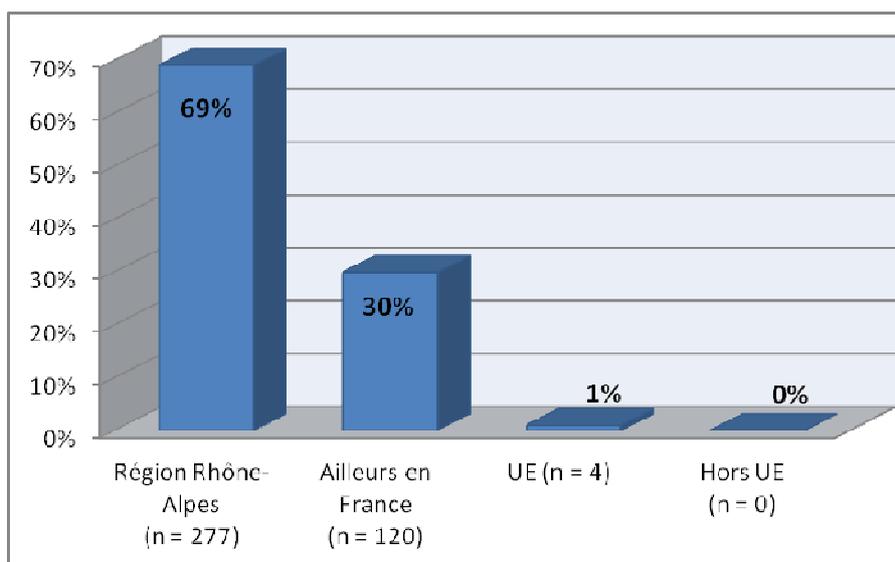


Figure 11 - Lieu d'obtention du diplôme (n = 401)

4.3.2 Les différentes installations

Les répondants se sont installés, pour la première fois, en moyenne il y a **27,7 années**. Les durées d'installation vont de 40 ans à 1 an, et la médiane des durées d'installation est de 26 ans.

Les 401 répondants se trouvent dans leur installation actuelle depuis **23,7 ans** en moyenne. Les modifications d'installations concernent **30,2 %** des répondants (n = 121) et elles surviennent en majorité dans les 4 premières années d'exercice libéral.

4.4 Exercice libéral actuel

4.4.1 Lieu et mode d'exercice

Le lieu d'exercice des répondants se distribue comme suit :

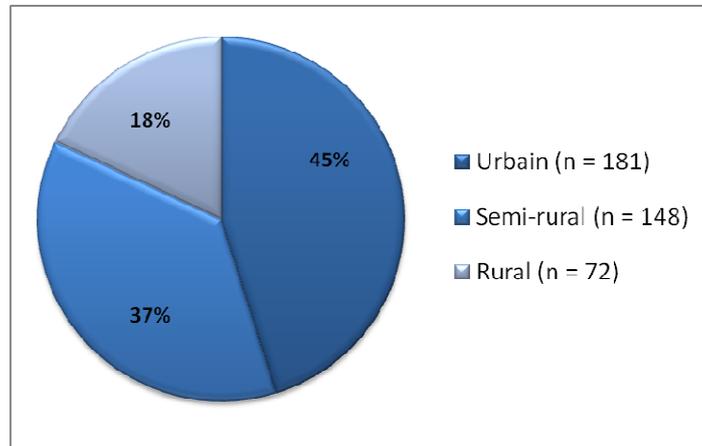


Figure 12 - Répartition selon le lieu d'exercice (n = 401)

191 répondants exercent dans la **même commune** que leur domicile soit **48 %** ; contre 210 médecins qui demeurent dans une commune distincte de celle de leur cabinet soit environ 52 %, n = 401 répondants.

55 % des répondants travaillent au sein de cabinets de **groupe**. Parmi ces cabinets de groupe, 80 % se composent uniquement de médecins comme le montre la Figure 13.

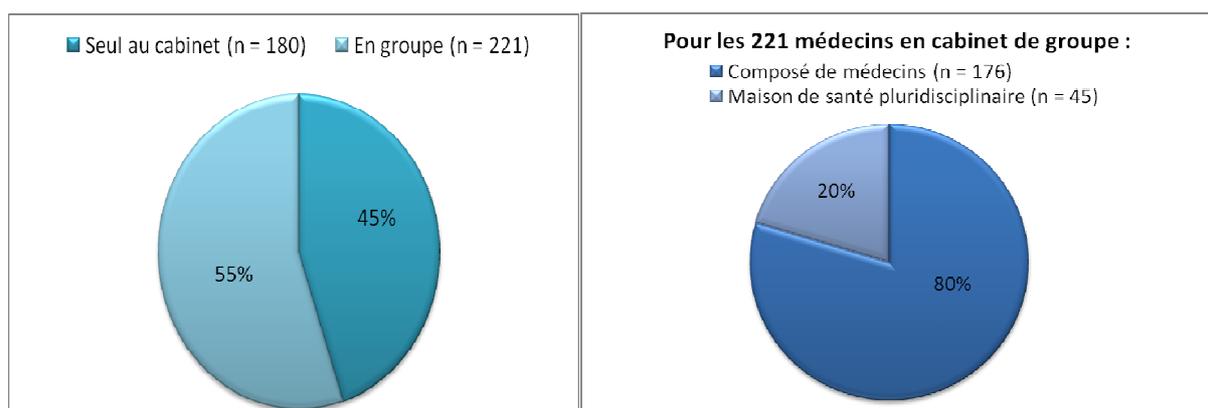


Figure 13 - Répartition selon les types de cabinet (n = 401)

Les secrétariats, sur place ou téléphonique, sont présents dans **72 %** des cabinets des médecins répondants (n = 288).

4.4.2 Evaluation de la pénibilité liée à la charge de travail

La part de CMU (Couverture Maladie Universelle) permet de cerner la précarité de la population soignée. Elle se distribue dans notre échantillon de la façon suivante :

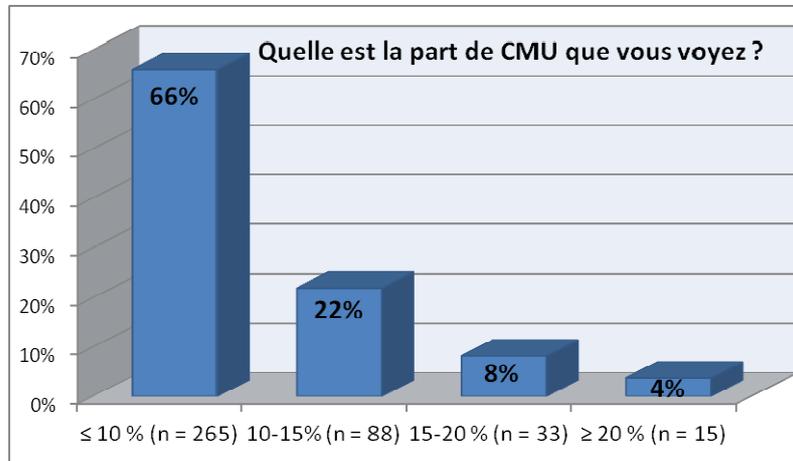


Figure 14 - Physionomie de la population soignée (n = 401)

La charge de travail globale est évaluée aussi par les prochaines figures qui illustrent la durée moyenne des consultations, le temps passé par jour pour gérer les tâches administratives, la durée moyenne de travail par semaine, le nombre de demi-journées de libre par semaine et le nombre de semaines de vacances par an.

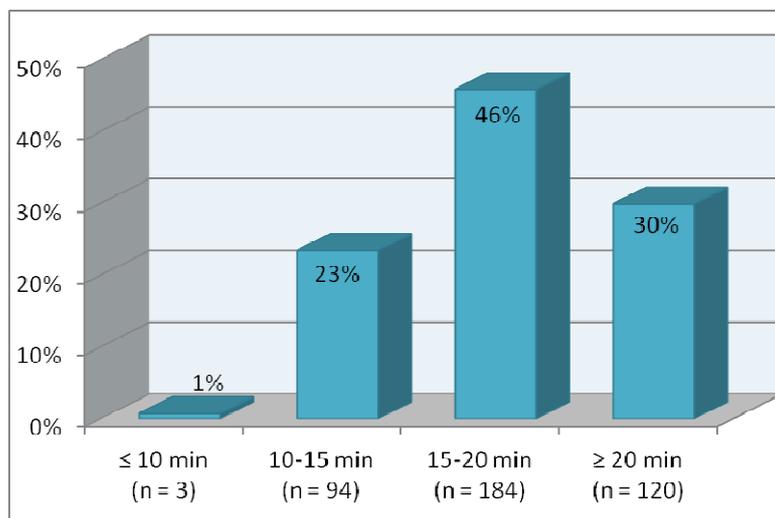


Figure 15 - Durée moyenne des consultations (n= 401)

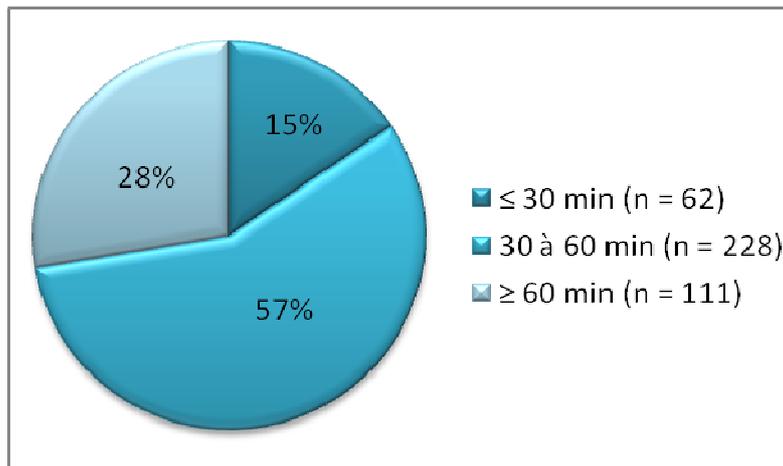


Figure 16 - Temps dédié par jour pour gérer les tâches administratives (n = 401)

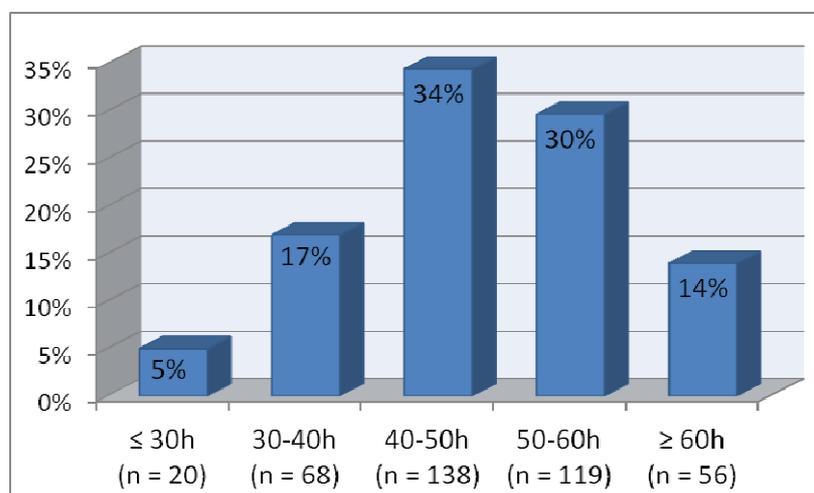


Figure 17 - Temps de travail hebdomadaire (n = 401)

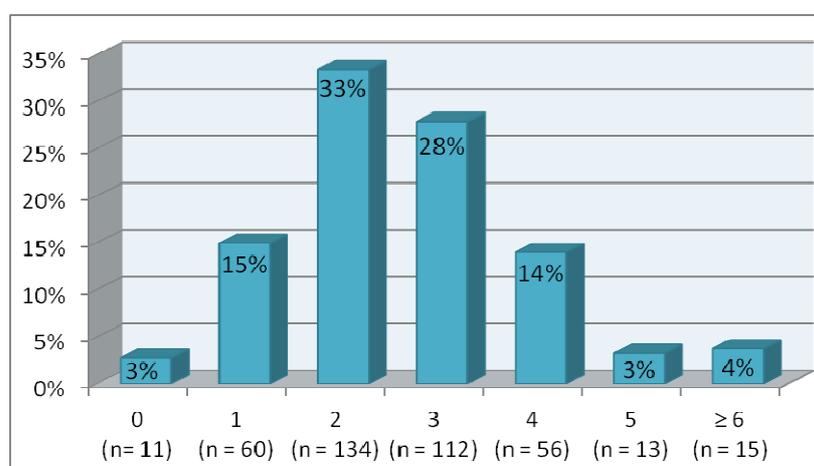


Figure 18 - Nombre de demi-journées de libre par semaine (hormis le dimanche), (n = 401)

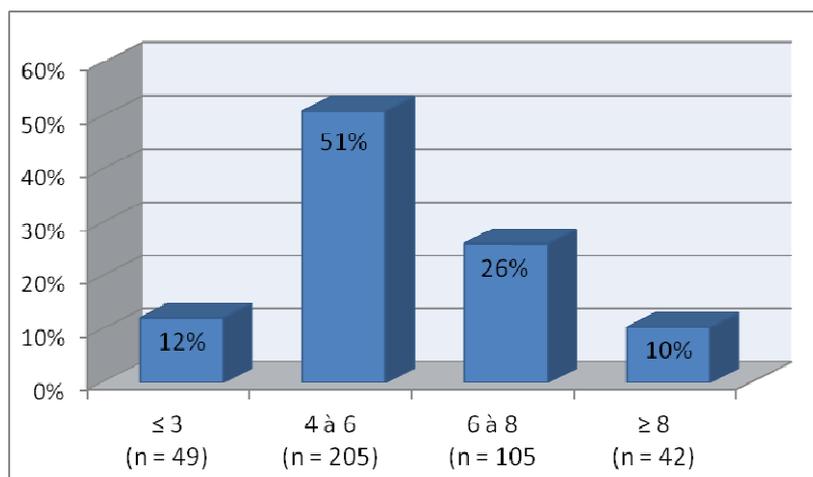


Figure 19 - Nombre de semaines de vacances par an (n = 401)

Enfin, la participation à la Permanence des Soins (PdS) contribue également à l'évaluation de la charge de travail des médecins généralistes. 250 médecins répondants participent à la **permanence des soins** soit **62 %** comme en témoigne la Figure 20.

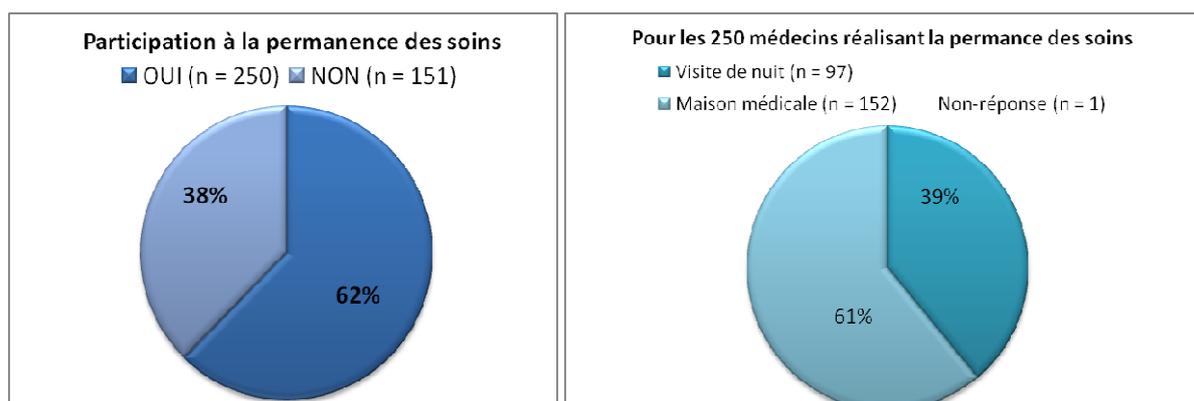


Figure 20 - Réalisation de la permanence des soins et Modalités de la garde (n = 401)

Les médecins exerçant dans des communes rurales ou semi-rurales participent de façon significative plus souvent à la permanence des soins que ceux exerçant en milieu urbain ($p < 0,0001$).

4.4.3 Accueil des étudiants et recherche de remplaçants

En ce qui concerne l'accueil des étudiants, 243 médecins sur les 401 répondants déclarent ne pas en recevoir (soit 61 %).

OUI	39 % (n = 158)
NON	61 % (n = 243)
Total	n = 401

Tableau 3 - Accueil des étudiants en médecine

Et 54 % des répondants soulignent avoir des difficultés pour trouver des remplaçants lors de leurs congés, n = 218.

OUI	54 % (n = 218)
NON	46 % (n = 183)
Total	n = 401

Tableau 4 - Difficultés pour trouver un remplaçant

Il existe un lien significatif ($p = 0,008$) entre la difficulté à trouver un remplaçant et le fait de ne pas recevoir d'étudiant en médecine.

De plus, les répondants ayant des difficultés pour trouver des remplaçants déclarent aussi avoir de façon significative ($p < 0,0001$) des difficultés à trouver un successeur.

Afin de cerner les raisons qui peuvent influencer la capacité à trouver un remplaçant, une recherche statistique a été réalisée selon le type d'exercice libéral. La difficulté à trouver des remplaçants a donc été comparée statistiquement avec le secteur de la commune d'exercice, la part de CMU, le fait d'avoir un secrétariat et le fait de participer à la permanence des soins : il n'a pas été mis en évidence de lien.

L'analyse statistique portant sur la difficulté à trouver un remplaçant est résumée dans l'**Annexe 3**.

4.5 Epanouissement et satisfaction

4.5.1 Satisfaction globale dans l'exercice de la profession

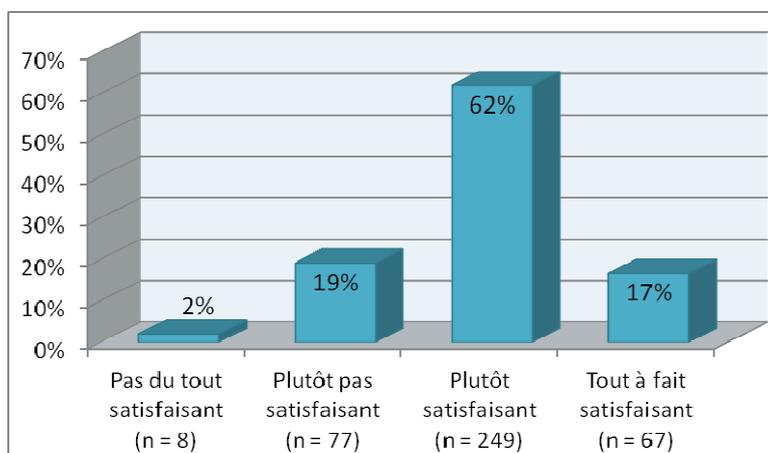


Figure 21 - Satisfaction pour l'activité de médecine générale libérale (n = 401)

Les médecins généralistes de plus de 50 ans interrogés semblent satisfaits de leur pratique de la médecine générale libérale pour **79 %**, (n = 316 qui sont « tout à fait » et « plutôt » satisfaits).

4.5.2 Satisfaction dans certains aspects de la pratique

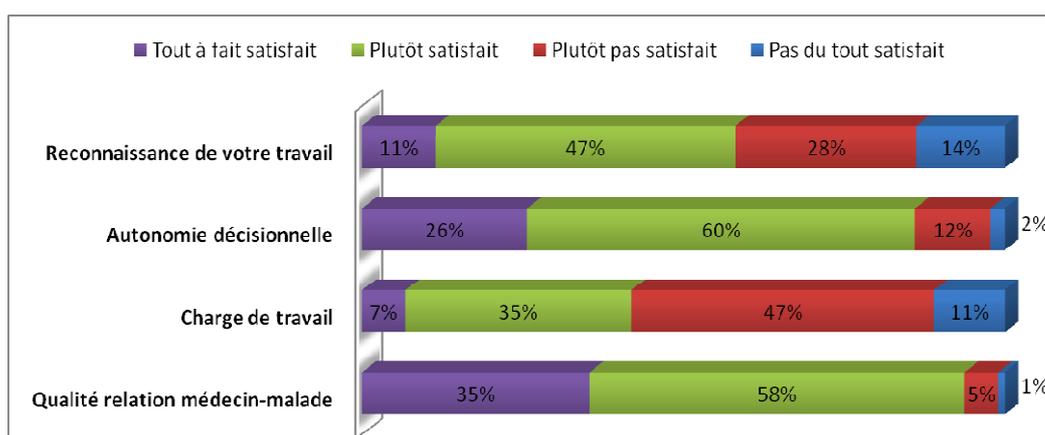


Figure 22 - Illustration de la satisfaction dans la pratique de la profession (n = 401)

4.5.3 L'épuisement professionnel, la santé et la vie personnelle

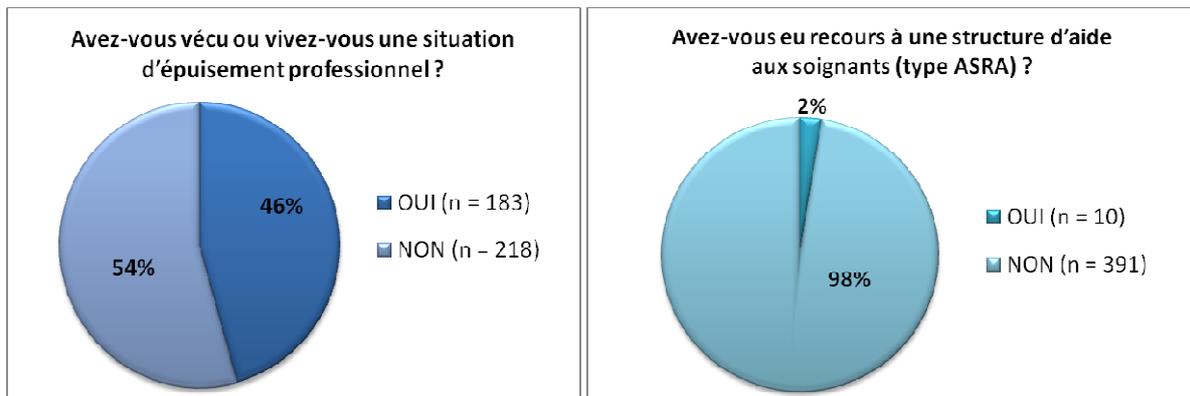


Figure 23 - Répartition de l'épuisement professionnel et du recours aux aides (n = 401)

- 46 % des médecins répondants avouent avoir vécu ou vivre actuellement une situation de burn-out. Mais seulement 10 (soit 2%) ont eu recours aux structures d'aide destinées aux soignants, type ASRA (Association d'Aide aux Soignants de la région Rhône-Alpes).

Les hommes sont statistiquement moins sujets à l'épuisement professionnel que les femmes ($p = 0,017$). Les médecins ayant reconnu avoir vécu une situation de burn-out passent significativement plus de temps à gérer les tâches administratives ($p < 0,0001$).

Également, le burn-out est lié significativement à l'insatisfaction au travail ($p < 0,0001$) et dans la vie personnelle ($p < 0,0001$). Les médecins trouvant leur rémunération inadéquate par rapport au travail fourni sont significativement plus en situation d'épuisement professionnel ($p < 0,001$). Il existe un lien statistique entre le ressenti de mauvaise santé et le burn-out ($p < 0,0001$), et aussi la difficulté de trouver des remplaçants ($p < 0,0001$).

Il n'a pas été mis en évidence d'autre lien statistique avec le burn-out, notamment selon la vie en couple, la réinstallation, le secteur de la commune d'exercice, le temps de travail, le nombre de semaine de vacances, la participation à la permanence des soins ou la capacité de trouver un successeur. L'ensemble des analyses statistiques réalisées pour l'épuisement professionnel se trouve en **Annexe 4**.

- **83 %** des répondants pensent avoir un « plutôt bon » voire « très bon » état de santé, ce qui représente 331 des médecins interrogés comme le montre la Figure 24.

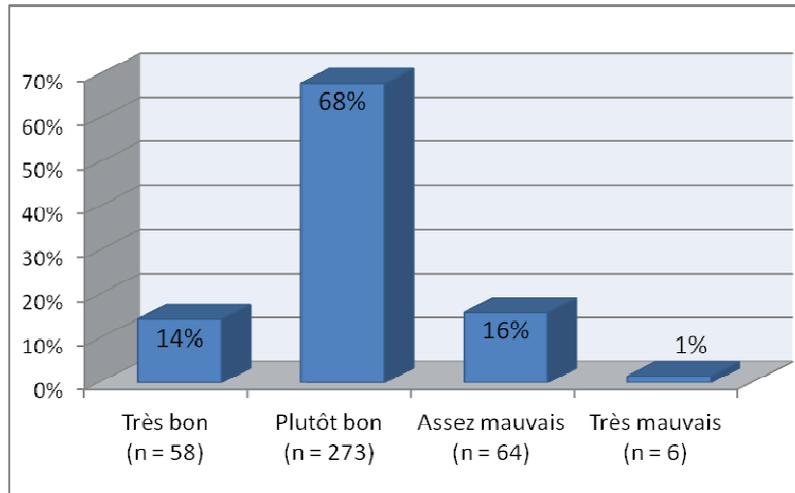


Figure 24 - Illustration du ressenti par rapport à l'état de santé (n= 401)

- **47 %** des médecins généralistes interrogés trouvent que leur temps de vie personnelle (loisir, sportif, social et familial) est « plutôt pas » voire « pas du tout » satisfaisant, n = 190.

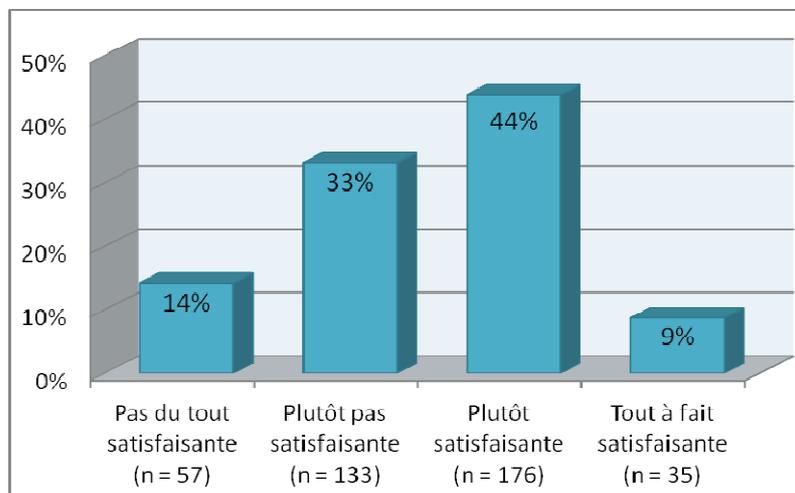


Figure 25 - Illustration de la satisfaction par rapport à la vie personnelle (n = 401)

4.5.4 Les modalités de rémunération

A la question : votre rémunération vous paraît-elle adéquate par rapport au travail fourni ?, 276 médecins interrogés répondent NON, soit 69 %. L'adéquation de la rémunération au travail réalisé est illustrée dans le Tableau 5.

OUI	31 % (n = 125)
NON	69 % (n = 276)
Total	N = 401

Tableau 5 - Adéquation de la rémunération au travail fourni

Les médecins généralistes de plus de 50 ans de la Région Rhône-Alpes ont ensuite été questionnés sur les nouveaux types rémunération qui pouvaient leur paraître pertinents. Ils avaient à répondre selon plusieurs choix possibles :

- Rémunération à l'acte, avec revalorisation des actes,
- Rémunération par Capitation (= en fonction du nombre de patients suivis), de leur type de pathologie, de leur âge, du lieu d'exercice,
- Association mixte : paiements à l'acte et capitation,
- Rémunération par capitation qui prend aussi en compte les résultats thérapeutiques des patients (ROSP = Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) et les paramètres d'installation (informatique,...).

C'est l'association mixte (paiement à l'acte et capitation) qui arrive en tête avec 62 % des choix des répondants. Puis, le paiement à l'acte avec revalorisation obtient 30 % des suffrages. Le choix sur la pertinence de l'évolution des modes de rémunération se répartit comme suit :

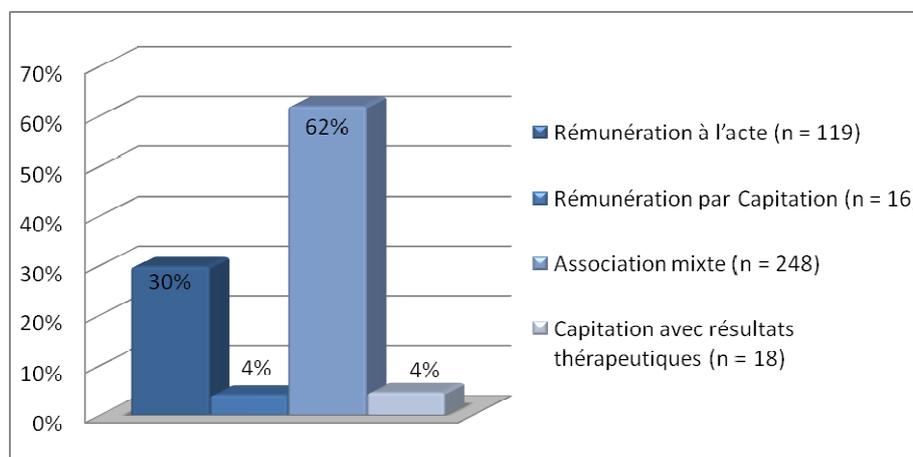


Figure 26 - Répartition de la pertinence des types de rémunération (n = 401)

4.6 Avenir professionnel

4.6.1 Cessation d'activité libérale

58 % des répondants voudraient cesser ou adapter leur activité libérale avant 65 ans, n = 231.

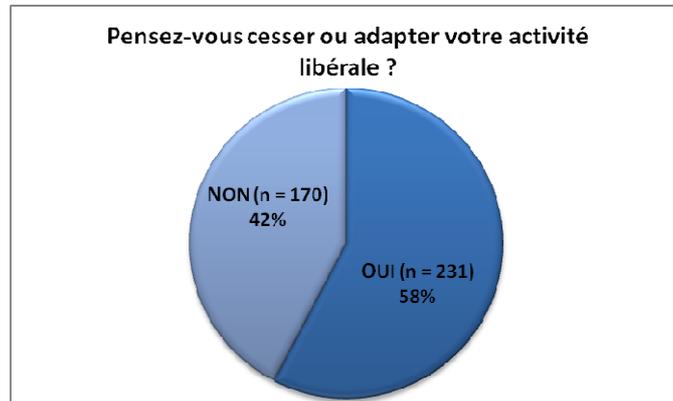


Figure 27 - Illustration du devenir des cabinets avant 65 ans (n = 401)

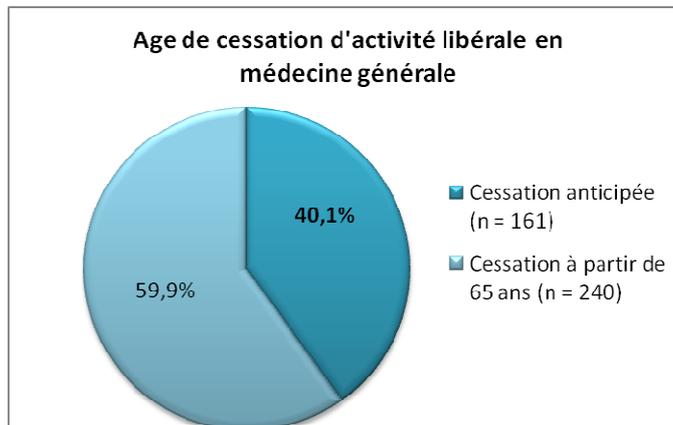


Figure 28 - Répartition de l'âge de cessation par rapport à la borne de 65 ans (n = 401)

40,1 % des médecins répondants déclarent vouloir **cesser leur activité libérale avant 65 ans** comme le montre la Figure 28 ci-dessus.

L'âge moyen de cessation d'activité est de **64,5 ans**. L'âge de cessation varie de 51 ans à 90 ans, la médiane est à 65 ans. Il existe 49 médecins qui envisagent une cessation plus précoce avant 60 ans, ce qui représente 12,2 % des répondants.

4.6.2 Liens statistiques significatifs selon la cessation anticipée

Il a été mis en évidence que les **40,1 %** de médecins généralistes de plus de 50 ans de la Région Rhône-Alpes qui envisageaient une cessation anticipée avaient de façon significative :

- pris moins de semaines de vacances ($p = 0,035$)
- une plus grande insatisfaction globale sur l'exercice de la profession ($p = 0,004$)
- plus souvent éprouvé ou éprouvent actuellement un syndrome d'épuisement professionnel ($p < 0,0001$)
- un ressenti plus mauvais sur leur état de santé ($p = 0,002$).

Aussi, parmi les hommes on trouve significativement moins de cessation anticipée ($p = 0,001$), alors que les femmes se répartissent de façon équivalente pour le fait de réaliser ou non une cessation anticipée. Mais le nombre de femmes étant moindre, en proportion il y a donc plus de cessation anticipée chez les femmes.

En analysant les différentes caractéristiques de notre population étudiée (vie en couple, parcours professionnel, mode d'exercice, part de CMU, durée des consultations,...) énumérées précédemment, il n'a pas été mis en évidence d'autre lien selon le fait d'envisager une cessation anticipée d'activité libérale. Un tableau illustrant ce travail d'analyse statistique est disponible en **Annexe 5**.

4.6.3 Devenir après la cessation libérale

Pour 79 % des médecins interrogés, la cessation d'activité rime avec retraite ($n = 315$) et 21 % voudrait réaliser une reconversion ($n = 86$) comme nous pouvons le voir ci-dessous :

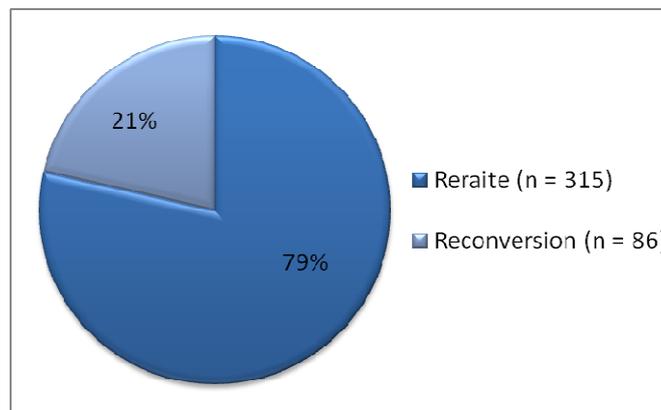


Figure 29 - Répartition de l'activité après la cessation libérale ($n = 401$)

Les moyennes d'âge entre les médecins optant pour la retraite et ceux désirant une reconversion sont significativement différentes, $p < 0,0001$. La reconversion regroupe des médecins statistiquement plus jeunes.

L'ensemble des tests-t de Student de comparaison de moyenne : d'âge entre hommes et femmes, de nombre d'enfants entre hommes et femmes, et d'âge entre retraite et reconversion sont disponibles en **Annexe 6**.

➤ En ce qui concerne les 315 répondants choisissant la retraite après la cessation d'activité libérale, 164 d'entre eux poursuivront une activité médicale même minimale (soit 52 %). La poursuite de l'activité médicale après la retraite est illustrée par la Figure 30.

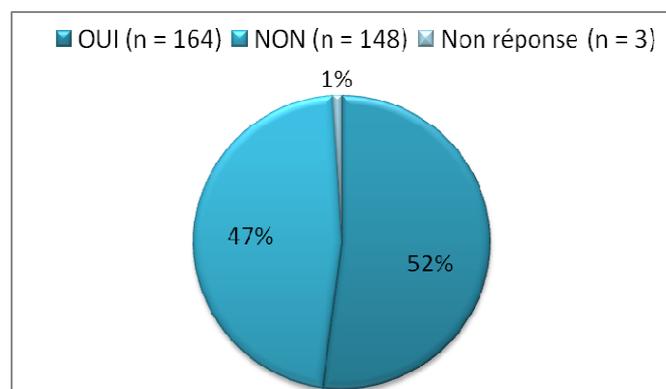


Figure 30 - Répartition de la poursuite d'activité médicale après la retraite (n = 312, non réponse = 3)

➤ En ce qui concerne les 86 médecins qui envisagent une reconversion professionnelle après la cessation, on note que 24 % optent pour une autre activité médicale rémunérée et que 23 % s'orientent vers une activité non médicale. En troisième position vient le souhait de devenir salarié du privé avec 20 % des réponses. L'ensemble des aspirations sur le devenir après la reconversion se répartit comme suit :

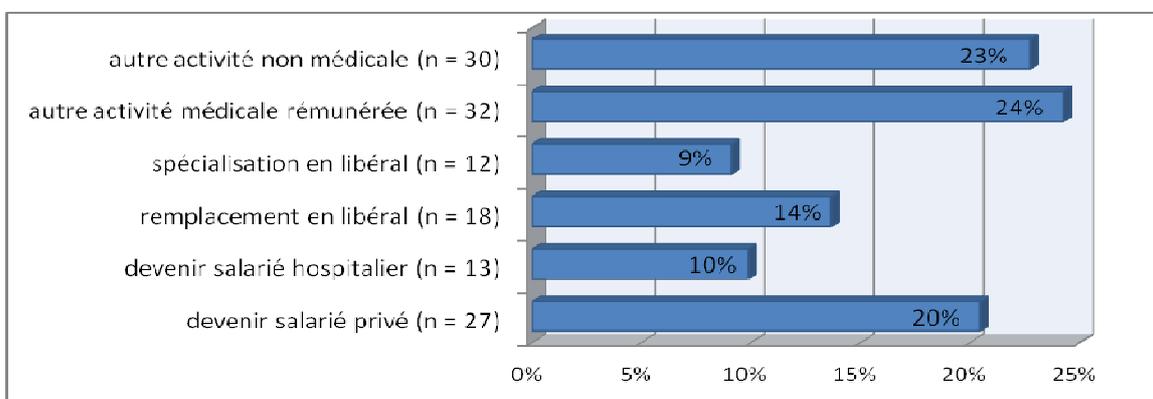


Figure 31 - Représentation de l'activité souhaitée pour la reconversion (n = 132)

(Remarque : Il est à noter que le nombre de réponses (n = 132) dépasse le nombre de répondants (n = 86) car plusieurs réponses par répondant étaient possibles pour cette question. Le calcul des pourcentages a été effectué sur l'ensemble des 132 réponses).

4.6.4 Recherche de successeur

55 % des médecins interrogés (n = 222) pensent ne pas trouver de successeur à leur cabinet au moment de leur cessation d'activité. Et aussi **49 %** des répondants (n = 198) estiment avoir besoin d'aide dans cette recherche de successeur.

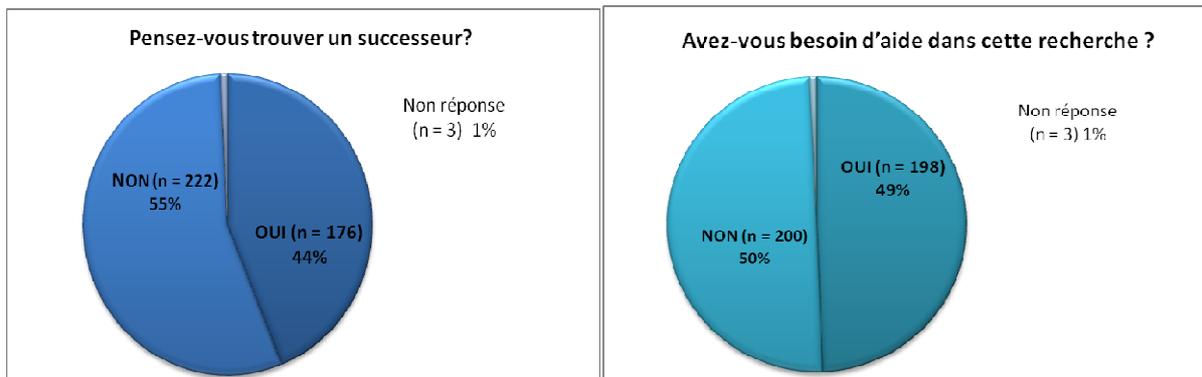


Figure 32 – Capacité à trouver un successeur et du besoin d'aide dans cette recherche (n = 398, non réponse = 3)

Rappel : Les médecins pensant ne pas trouver de successeurs ont significativement plus de difficultés à trouver des remplaçants ($p < 0,0001$).

Le compagnonnage réclamé par les jeunes médecins semble « tout à fait » voire « plutôt » utile pour **89,6 %** des répondants (n = 359), comme en témoigne la [Figure 33](#).

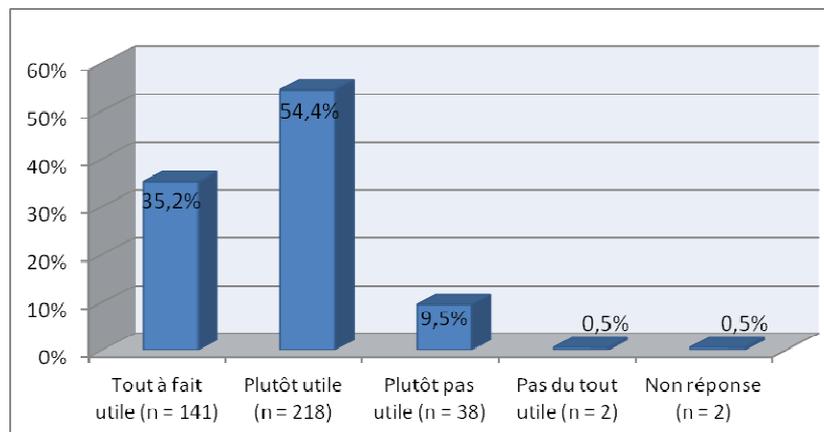


Figure 33 - Utilité d'un compagnonnage par les médecins séniors lors de l'installation des jeunes médecins en libéral (n = 399, non réponse = 2)

Si ce compagnonnage était mis en place, **76,6 %** des médecins interrogés y participeraient (n = 307) ; comme nous pouvons le voir ci-après :

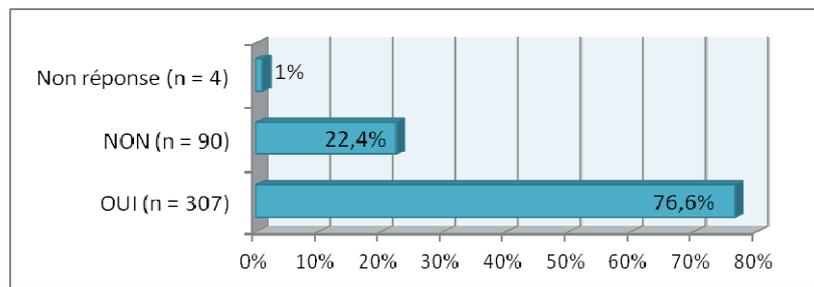


Figure 34 - Participation au compagnonnage (n = 397, non réponse = 4)

4.7 Raisons de la cessation anticipée

Il a été demandé aux médecins interrogés d'évaluer quelles motivations auraient pu précipiter une cessation anticipée. Ils devaient répondre pour chaque item, s'il s'agissait d'une « raison majeure » à la cessation, s'il y avait « une nette participation » à la décision de cessation, si le critère revêtait « peu d'importance » ou « pas du tout d'importance » dans le choix.

Afin de prendre en compte les items non répondus, les réponses ont été retranscrites sous forme de pourcentages sur les 401 répondants au questionnaire.

La figure 35 illustre les raisons de cessation anticipée par ordre décroissant pour l'item « raison majeure ».

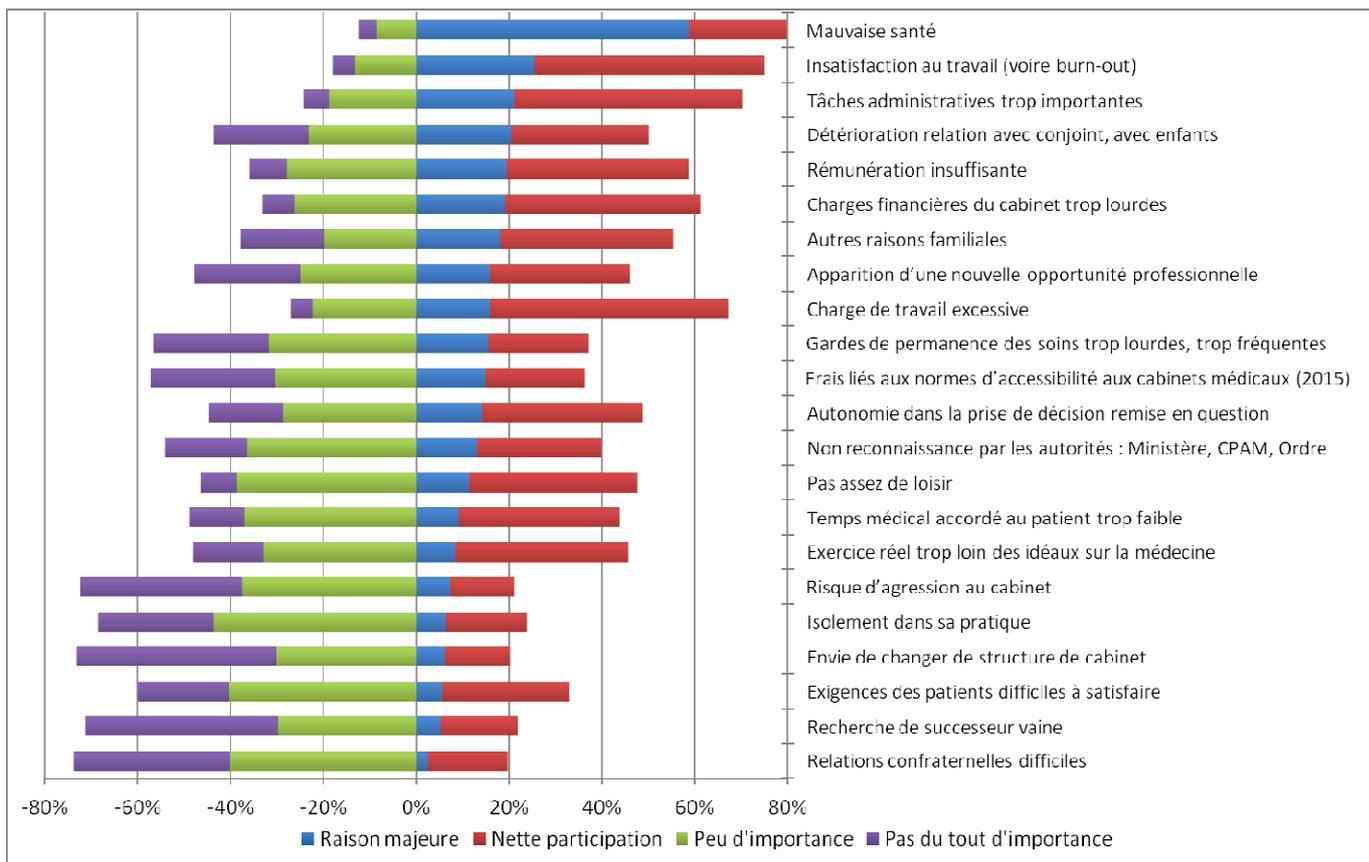


Figure 35 - Représentation des raisons de la cessation anticipée

Les 5 « raisons majeures » les plus citées pour la décision de cessation anticipée de l'activité libérale en médecine générale sont dans l'ordre :

- La mauvaise santé
- L'insatisfaction au travail (voire burn-out)
- Les tâches administratives trop lourdes
- Détérioration relation avec conjoint, avec enfants
- Et la rémunération insuffisante.

En couplant les items « raison majeure » et « nette participation », 2 raisons apparaissent encore comme très citées :

- La charge de travail excessive
- Et les charges financières du cabinet trop lourdes.

Les répondants avaient aussi la possibilité d'évoquer de façon libre des raisons de cessation anticipée qui n'auraient pas été mises en évidence dans le choix multiple précédent. Ces autres raisons de cessation anticipées sont énumérées en **Annexe 7**.

4.8 Mesures d'aide à la poursuite de l'activité libérale en médecine générale

Avec la même méthodologie que précédemment, il a été demandé aux médecins interrogés de juger les mesures énoncées pour améliorer la qualité de vie professionnelle du généraliste selon quatre modalités : « vraiment utile », « plutôt utile », « plutôt pas utile » ou « pas du tout utile ».

Puis, ces réponses ont été mises sous forme de pourcentages sur les 401 répondants, dans le but de prendre en compte également les items non répondus. Les mesures d'amélioration des conditions de travail du médecin généraliste libéral sont exposées, par ordre décroissant de l'item « vraiment utile », dans la Figure 36.

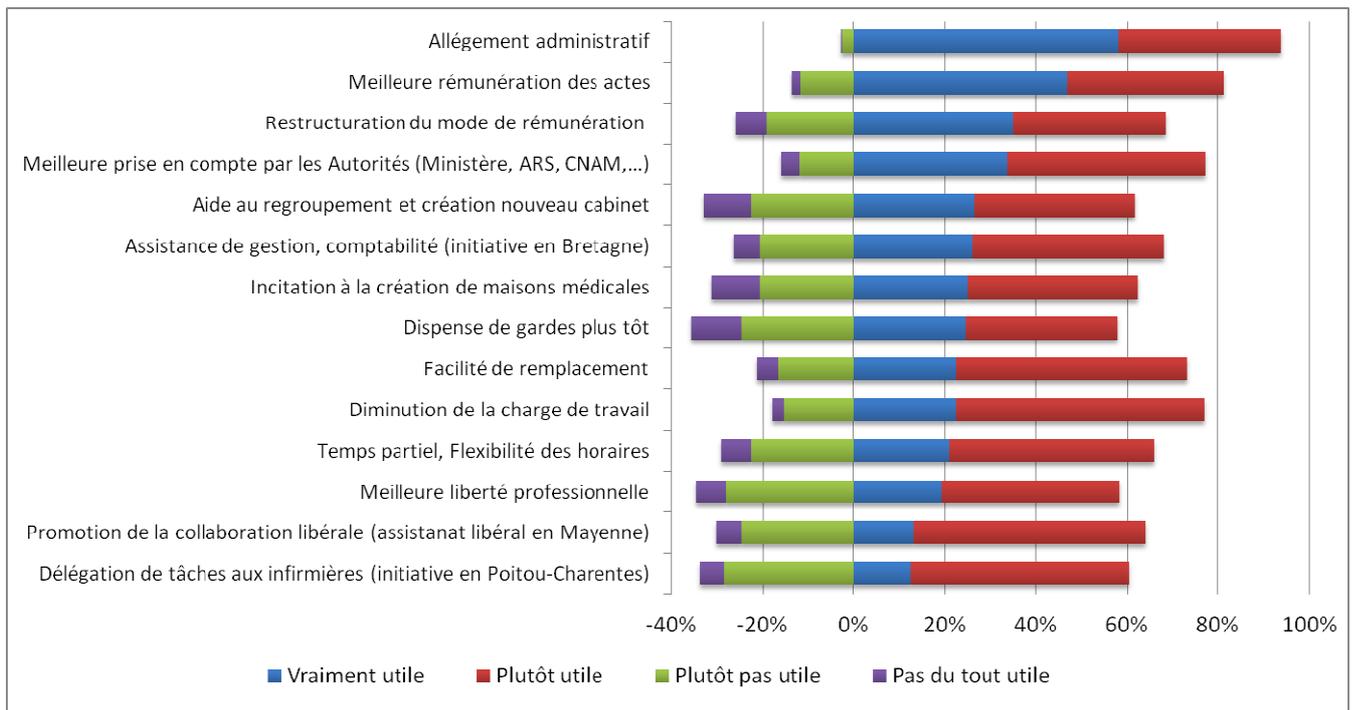


Figure 36 - Utilité des propositions pour l'amélioration de l'exercice libéral

Si on prend en compte uniquement l'item « vraiment utile », les 5 propositions les plus évoquées sont dans l'ordre :

- Un allègement administratif
- Une meilleure rémunération des actes
- Une restructuration du mode de rémunération
- Une meilleure prise en compte par les autorités de tutelle
- Et une aide au regroupement et à la création de nouveau cabinet.

En considérant les items positifs « vraiment utile » et « plutôt utile », 3 propositions sont encore très citées :

- Diminution de la charge de travail
- Facilité de remplacement
- Et assistance de gestion, de comptabilité.

Pour cette dernière question, les répondants pouvaient aussi évoquer librement d'autres mesures pouvant améliorer la qualité de vie professionnelle du médecin généraliste libéral. Ces mesures sont résumées dans l'**Annexe 8**.

5 Discussion

5.1 Concernant les objectifs

Cette étude a pu répondre à l'objectif principal de notre travail, en mettant en évidence les facteurs déterminant le départ anticipé de l'exercice libéral des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes en 2013.

Parmi le contexte de crise globale au sein de la médecine générale, la cessation anticipée d'activité s'inscrit comme un élément aggravant pour la profession. Ce travail a permis de quantifier ce phénomène dans notre région. En cela, elle répond aussi à son objectif secondaire. Il est possible de dresser un portrait-type de ces médecins généralistes libéraux envisageant la cessation anticipée d'activité.

Enfin, les propositions de mesures en vue de juguler ces départs précoces de l'activité libérale ont également été déterminées.

5.2 Concernant la méthode

5.2.1 Type d'enquête

Seule une enquête descriptive transversale a semblé pouvoir répondre aux objectifs.

Nous avons retrouvé dans la littérature en relation avec notre problématique, surtout des approches par analyse qualitative avec entretiens semi-directifs. Notre approche innove par son étude quantitative et complémentaire du phénomène. Ainsi l'utilisation d'un questionnaire informatique est apparue comme la seule possibilité de sonder les médecins généralistes libéraux sur toute la région Rhône-Alpes. De ce fait, notre étude est donc soumise aux biais de mesure propres à ce type d'enquête.

La force de notre étude réside dans cette analyse quantitative de la cessation anticipée d'activité chez les médecins généralistes de plus de 50 ans, ce qui n'a jamais été étudié au sein de notre région.

5.2.2 Population étudiée

➤ Critère d'inclusion : La population source correspond aux médecins généralistes libéraux de plus de 50 ans de Rhône-Alpes dont nous avons pu disposer de l'adresse électronique.

➤ Critère d'exclusion : Il a été choisi d'exclure les médecins réalisant une MEP car l'enquête porte sur les médecins généralistes effectuant des soins primaires. Comme le définit la WONCA Europe, les MEP n'exercent pas des soins de premiers recours. Pareillement Mme VEGA⁷, Mr BLANDIN⁸ et Melle DELANSORNE³⁵, dans leurs études et thèse, ont dû procéder à l'exclusion des MEP.

➤ Secteur géographique : Notre travail a porté sur l'étude de la population de médecins de la région Rhône-Alpes car elle représente une entité, tant sur le plan de la situation géographique que sur le plan de la démographie médicale. L'utilisation des régions administratives est fréquente dans la littérature^{34, 35}. Cela permettait aussi d'obtenir un échantillon suffisant pour l'analyse statistique des résultats.

➤ Définition des bornes en terme d'âge : Dans notre étude les deux pics d'âge de cessation ne sont pas aussi clairement définis que dans la littérature^{3, 35}. Néanmoins, l'enquête démarrant pour les médecins généralistes à partir de 50 ans a permis de ne pas méconnaître certaines cessations. En effet, dans notre enquête, les premières cessations sont désirées dès 51 ans.

5.2.3 Format du questionnaire

Le questionnaire sous forme électronique a permis un recueil fiable des données et a facilité l'exploitation des résultats.

Les questions étant pour la plupart fermées, la majorité des réponses paraît vraisemblable. La rareté des données manquantes est ainsi la preuve de la validité interne de l'étude.

Toutefois, malgré une relecture minutieuse du questionnaire, il subsiste un biais de compréhension pour les deux dernières questions. Effectivement, il existe un chiffre important de non-réponses à ce niveau. Nombreux ont été les médecins sondés à ne répondre qu'aux items « raison majeure » et « nette participation » ou « vraiment utile » et « plutôt utile ».

Il est possible d'interpréter cela de plusieurs façons :

- soit la question n'est pas claire et n'a pas été comprise,
- soit le répondant veut mettre en valeur ses raisons de cessation et répond uniquement à l'item « raison majeure »,

- soit le questionnaire était trop long et la fatigue s'est fait sentir sur ces deux dernières questions, pourtant les plus importantes. Cependant la longueur du questionnaire ne paraît pas excessive car elle ne dépassait pas 6 minutes.

5.2.4 Diffusion du questionnaire

Devant l'impossibilité logistique de diffuser le questionnaire via les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, nous nous sommes tournés vers l'URML-RA.

Cependant au niveau de la diffusion du questionnaire, on note un biais de recrutement. En effet, les listes d'adresses électroniques des médecins généralistes de l'URML-RA ne sont pas non plus exhaustives mais permettent de couvrir les 8 départements de notre région de façon équivalente.

La problématique de pouvoir tenir à jours des données concernant les médecins généralistes encore en activité reste toujours présente, et a conduit les autorités à créer le RPPS. Le rapport du Professeur BERLAND²² proposait déjà en 2002 de « réduire la multiplicité des procédures d'enregistrement des professionnels de santé » afin d'obtenir des sources cohérentes pour les données démographiques.

5.2.5 Taux de retour

Notre questionnaire a été envoyé à **1832 médecins généralistes** de plus de 50 ans de la région Rhône-Alpes. Nous avons reçu, début septembre 2013, 148 réponses après deux relances. Le taux de participation à notre enquête était alors de 8,1 % ce qui paraissait faible.

Notre début d'étude a pu pâtir d'un biais de participation lié aux vacances d'été. Ce qui nous a donc suggéré de réaliser une seconde phase de diffusion en novembre 2013 dans la mesure où les réponses n'étaient pas affectées par le facteur temps. Nous avons recueilli au total, le 21 décembre 2013, **416 réponses**. Ce qui correspond à un taux de participation de **22,7 %**.

Pour ce type d'enquête transversale à large dimension (c'est-à-dire aussi adressée à des médecins qui n'ont jamais envisagé de cessation anticipée), un taux de participation faible est malheureusement souvent retrouvé. Comme dans l'enquête nationale de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale¹⁶ où la participation n'était que de 23,4 %. Notre taux de retour semble donc conforme au taux de participation pour ce type d'enquête.

Notre enquête a reçu un bon accueil auprès de l'ensemble des médecins répondants avec de nombreuses marques de sympathie telles que : « votre sujet est très intéressant et

je serai heureux d'en lire les conclusions », « très intéressant ce sujet de thèse et bon courage pour cette dernière ligne droite ! », « merci pour votre initiative originale qui s'intéresse enfin à nous »...

Le corollaire de cette motivation des répondants est que la qualité des réponses est correcte avec seulement 13 questionnaires revenus très incomplets, et donc exclus de l'analyse ainsi les 2 questionnaires en dehors du critère d'âge. Les **401 réponses exploitables** forment un effectif important permettant une étude statistique satisfaisante.

5.3 Concernant les résultats

5.3.1 Identité et parcours professionnel

Nous avons obtenus 68 % d'hommes participants, ce qui n'est pas étonnant dans cette tranche d'âge. En effet, la féminisation de la profession est un phénomène récent. Selon le CNOM dans l'Atlas démographique de 2012¹, les hommes représentaient 67 % des effectifs des médecins généralistes de plus de 50 ans en France. Ce qui montre que notre échantillon est représentatif pour la répartition selon le sexe.

Les moyennes d'âge entre les femmes (56,42 ans) et les hommes (58,78 ans) sont statistiquement différentes ($p < 0,0001$) pour la même raison.

Nos répondants vivent essentiellement en couple pour 88 %. C'est aussi le cas de 85 % des jeunes installés du secteur Nord-Alpin en 2011 dans la thèse de Mr DECORDE¹⁸.

Le nombre moyen d'enfant est de 2,67. Il existe une différence significative entre les moyennes du nombre d'enfant par homme 2,82 et par femme 2,35 ($p < 0,0001$) ; ce qui peut s'expliquer par une plus grande disponibilité du conjoint pour les hommes.

5.3.2 Exercice libéral actuel

Globalement, notre échantillon présente une activité très proche de ce qui se voit dans les autres études sur le sujet. Il paraît représentatif de la population des médecins généralistes de Rhône-Alpes, comme on peut le constater ci-après.

Environ 45 % des répondants exercent en milieu urbain ce qui est plutôt proche du chiffre de 51 % avancé par le CNOM dans notre région en 2011¹⁰. Néanmoins, notre questionnaire semble avoir plus motivé les médecins des zones rurales et semi-rurales.

Dans notre échantillon 55 % exercent au sein d'un groupe dont 80 % sont composés uniquement de médecins. Dans son étude sur la démographie des médecins généralistes en région Rhône-Alpes en 2012, l'URML-RA retrouvent des effectifs similaires avec 56,9 %

d'exercice de groupe¹¹, par contre les maisons de santé pluridisciplinaires ne représentaient que 10,5 % des regroupements (contre 20 % dans notre enquête). Le secrétariat est présent chez 72 % de nos répondants ce qui est équivalent aux 6 cabinets sur 10 de médecins généralistes équipés de secrétariat, sur place ou téléphonique, dans l'étude d'observation sur l'activité des généralistes de Rhône-Alpes menée par la CAREPS¹⁷ (Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire).

Aussi, nous avons voulu évaluer la part de CMU car cela peut influencer la charge de travail dans la mesure où les plus précaires ont souvent un besoin en soins plus important. 66 % de nos médecins voient moins de 10 % de CMU durant leurs consultations. Il n'existe pas dans la littérature de données sur la part de CMU, il est donc impossible de réaliser de comparaison. Cependant cette proportion paraît conforme à la réalité du terrain.

Nous obtenons une durée de consultation de 15 à 20 min pour près de la moitié des répondants (46 %). Elle est estimée en moyenne à 18 minutes dans l'étude de la CAREPS¹⁷. Le temps de travail hebdomadaire dans notre étude est estimé pour 34 % entre 40 à 50h de travail et 30 % entre 50 à 60h. Il est aussi très proche de celui retrouvé dans cette dernière étude où il est évalué en moyenne à 53 heures et 7 minutes par semaine¹⁷.

La gestion des tâches administratives représente 30-60 minutes pour 57 % des répondants et plus d'une heure pour près d'un tiers des répondants (30 %) ce qui est considérable ! Dans l'étude comparative de la CAREPS¹⁷, les médecins généralistes estimaient en moyenne à 5 heures hebdomadaires la gestion des tâches administratives ce qui est équivalent. Ce chiffre descend seulement à 4 heures s'il y avait un secrétariat. En effet, dans cette étude la gestion du courrier, des résultats d'examen et télétransmissions représentaient 40 % de l'administratif et cette part ne peut pas se déléguer entièrement aux secrétaires.

Nos répondants prennent 4 à 6 semaines de congés par an pour 51 % et 6 à 8 semaines pour 26 % d'entre eux. Au niveau de la région Rhône-Alpes, les généralistes prennent en moyenne 6 semaines de congés annuels¹⁷. Là encore, notre échantillon est représentatif.

Au sein de notre population, 62 % des médecins réalisent des gardes de permanence de soins. On retrouve un lien significatif entre le secteur rural ou semi-rural et le fait de réaliser les gardes ($p < 0,0001$). Ce lien paraît logique puisqu'en milieu urbain la permanence des soins ambulatoires a été déléguée aux structures de garde de volontaires (comme « SOS médecins ») depuis la réforme de 2009.

Cette réforme préconisait aussi la création de maisons médicales pour regrouper les secteurs de garde et permettre des gardes « assises ». On voit que cela a été suivi d'effet dans notre région puisque 61 % des gardes se déroulent au sein de ces structures.

Seulement 39 % des répondants reçoivent des étudiants en médecine ce qui paraît très peu. Et **54 %** déclarent avoir des difficultés à trouver des remplaçants pour leurs congés. La prise de vacances devient problématique pour plus de la moitié des répondants ce qui est élevé.

Nous avons mis en évidence un lien statistique significatif entre le fait de ne pas recevoir d'étudiant et d'avoir des difficultés à trouver des remplaçants ($p = 0,008$). En effet, le fait de recevoir des étudiants met en contact le médecin avec des futurs confrères et donc des remplaçants potentiels.

On note aussi que la difficulté à trouver des remplaçants est liée statistiquement avec le fait d'avoir vécu ou de vivre un burn-out ($p < 0,0001$). L'absence de remplaçant pourrait influencer le niveau de stress ainsi que la possibilité de prendre des congés. De plus, la difficulté à trouver un remplaçant est également liée statistiquement au sentiment de ne pas trouver de successeur ($p < 0,0001$). Ce lien s'explique aisément car les remplaçants réguliers peuvent représenter de possibles successeurs.

Il n'a pas été mis en évidence de lien statistique entre la difficulté à trouver un remplaçant et le secteur d'exercice, la part de CMU, le fait d'avoir un secrétariat ou de réaliser des gardes de PdS.

Cette absence de lien statistique doit toujours s'interpréter de deux manières :

- soit il n'existe vraiment aucun lien entre les deux affirmations,
- soit il existe un lien mais qui n'a pas pu être relevé faute de puissance dans l'enquête.

5.3.3 Satisfaction dans la pratique libérale

Globalement nos répondants semblent satisfaits de leur profession puisque **79 %** se disent « plutôt ou tout à fait » **satisfaits** dans leur exercice. Cela paraît paradoxal puisque **40,1 %** envisagent une cessation anticipée. Donc la satisfaction au travail ne protège pas du risque de cessation précoce.

Dans sa thèse quantitative sur les cessations anticipées de 2000 à 2007 des médecins généralistes libéraux en Picardie, Melle LEFEVRE retrouvait des chiffres proches des nôtres avec 65,8 % de médecins « plutôt ou tout à fait » satisfaits³⁷.

Plus particulièrement, nos médecins paraissent satisfaits de leur relation médecin-malade avec 93 % de « plutôt ou tout à fait » satisfaits ; et aussi de leur autonomie décisionnelle avec 86 % de « plutôt ou tout à fait » satisfaits. Au contraire, la reconnaissance de leur travail ne les satisfait « pas du tout ou plutôt pas » pour 42 %. Mais, c'est la charge de travail qui reste la plus insatisfaisante avec 58 % de « pas du tout ou plutôt pas » satisfaits.

Ceci montre bien que la satisfaction globale est un terme imprécis qui cache des paramètres forts de mécontentement. La mise en évidence de l'importance de cette donnée n'a pu se faire autrement qu'en analysant de façon distincte les items : perception sur sa santé, satisfaction dans sa vie personnelle et sur sa rémunération.

Le ressenti sur sa propre santé par les médecins est très proche de la réalité comme cela est souligné dans des études sociologiques^{3, 32}. Nous avons demandé à nos répondants d'estimer leur état de santé qu'ils trouvent très bon pour 14 % et plutôt bon pour 68 %. Cependant 17 %, soit près un cinquième de l'effectif, se pense en « mauvaise ou très mauvaise » santé ; ce qui aura des conséquences sur le choix de cessation anticipée.

Pour la vie personnelle, les résultats sont mitigés puisque 47 % (soit près de la moitié) déclarent leur temps de loisir, sport ou familial « pas du tout ou plutôt pas » satisfaisant.

Une majorité des répondants (69 %) estime leur rémunération totalement inadéquate au travail fourni. Une restructuration du mode de rémunération paraît donc urgente. L'association mixte **entre de la capitation et du paiement à l'acte** est plébiscitée par **62 %** des interrogés. 30 % des répondants envisagent uniquement la revalorisation des actes. La rémunération par capitation seule ou la capitation avec RO SP (qui met en jeu aussi les résultats thérapeutiques des patients) ne sont souhaitées que par 4 % à chaque fois. L'évolution du mode de rémunération du médecin généraliste devient impérative, item déjà retrouvé dans la thèse qualitative de Melle BLANCHARD en 2012 à Poitiers³⁸.

Cette revalorisation de la rémunération devrait se faire dans le sens d'une réévaluation des actes et d'y joindre une part de capitation qui prendrait en compte les particularités d'âge, de précarité, et de pathologies chroniques de la population soignée¹⁷.

Dans notre échantillon, **46 %** des répondants ont vécu ou vivent actuellement un épisode d'**éprouement professionnel** ce qui est considérable. Ce chiffre important est lié au fait que le questionnaire est totalement anonyme. L'URML de Poitou-Charentes estimait à 47 % la population de médecins généralistes ayant vécu une situation de burn-out en 2004³⁹. Et dans son enquête de 2007 l'URML d'Ile-de-France, épaulée par le Dr Eric GALAM, recensait 53 % de médecins libéraux menacés par l'éprouement professionnel⁴⁰, particulièrement les médecins de secteur 1 et les médecins généralistes.

En outre, Il faut noter que 34,6 % des médecins généralistes ayant cessé leur activité en Picardie étaient sujets au burn-out selon la thèse de Melle LEFEVRE³⁷. Aussi, le CNOM retrouve dans son enquête thématique 30 % de burn-out au sein des médecins libéraux ayant dévissé leur plaque en 2011⁶.

L'éprouement professionnel est directement lié à un risque de cessation anticipée d'activité dans notre étude ($p < 0,0001$). Pareillement, il a des conséquences personnelles : divorce, suicide, des conséquences sur les patients : erreur médicale, dégradation de la relation et surtout des conséquences démographiques avec un absentéisme augmenté⁴¹.

Seulement **2 %** de nos répondants ont eu recours à des structures d'aide destinées aux soignants, ce qui est clairement marginal devant une moitié de participants éprouvant un burn-out. Étant donné que ces structures sont encore trop peu nombreuses dans notre pays. Mais aussi, on note une méconnaissance de ces aides par les médecins et surtout l'anonymat n'y est pas toujours garanti comme en témoigne le Dr GALAM dans son article paru dans la revue *Médecine* en 2008⁴¹. Cependant le CNOM essaye de promouvoir ses structures d'aide : « éviter les burn-out » devient une priorité rédigée dans l'Atlas 2012¹.

Il a été mis en évidence, dans notre étude, que les hommes sont statistiquement moins sujets à l'épuisement professionnel que les femmes ($p = 0,017$). Une tentative d'explication est donnée par le lieu d'exercice des femmes qui est aussi défini par le métier du conjoint donc moins souvent choisi, les femmes doivent assumer les charges liées aux enfants et au foyer, et seraient plus souvent dépassées par les demandes des patients⁷.

Dans notre enquête, le burn-out est lié significativement à plus de temps pour gérer les tâches administratives ($p < 0,0001$), à l'insatisfaction au travail ($p < 0,0001$) et dans la vie personnelle ($p < 0,0001$). De plus, les médecins trouvant leur rémunération inadéquate par rapport au travail fourni ($p = 0,001$), ayant un ressenti de mauvaise santé et des difficultés pour trouver des remplaçants sont significativement plus en épuisement professionnel.

5.3.4 Cessation d'activité

Dans notre étude, **58 %** des médecins **souhaitent cesser au adapter** leur activité avant 65 ans s'ils en avaient la possibilité. C'est à peine moins que les 63 % retrouvés dans l'Ouest de la France en 2009³⁴.

Nous obtenons le chiffre considérable de **40,1 %** de répondants qui envisagent une cessation anticipée de l'activité libérale de médecins généralistes en région Rhône-Alpes en 2013. Cette énorme proportion est le reflet de la crise globale que traverse la profession et aura des conséquences démographiques considérables si ces souhaits étaient mis en application dans les prochaines années.

Notre taux dépasse largement les 30 % retrouvés en 2009 en région des Pays de Loire³⁴ et aussi les 30 % de généralistes libéraux qui cessent avant 65 ans selon la DREES en 2006²⁷.

Cependant dans le cadre de la population étudiée, nous retrouvons un âge moyen de cessation de **64,5 ans** très similaire des 64,8 ans mis en évidence par la DREES en 2006²⁷.

Et pourtant une large majorité de nos répondants se disent satisfaits dans leur exercice, 79 %, ce qui est paradoxal. Donc la satisfaction globale n'empêche pas la volonté de cesser l'activité libérale de façon anticipée.

Si on considère maintenant les cessations avant 60 ans, il y a 12,2 % des répondants qui l'envisagent, soit environ un tiers des cessations anticipées seraient précoces.

Nous avons obtenu des liens statistiques en ce qui concerne la cessation anticipée et c'est la première fois que cela est ainsi mis en évidence dans notre région. C'est toute l'originalité de notre analyse quantitative du phénomène.

En effet dans **le groupe des hommes**, il y a significativement **moins de cessation** anticipée ($p = 0,001$). Aussi, il a été démontré que les médecins généralistes de plus de 50 ans de la Région Rhône-Alpes qui envisagent une cessation anticipée avaient de façon significative pris **moins de semaines de vacances** ($p = 0,035$) et une **plus grande insatisfaction** globale dans leur exercice ($p = 0,004$). Ce lien significatif avec l'insatisfaction dans la qualité de vie professionnelle est également retrouvé dans l'étude des Pays de la Loire ($p = 0,001$)³⁴. Mais contrairement à notre population, la cessation anticipée y était liée significativement à ceux qui prenaient le plus de semaines de vacances ($p = 0,05$)³⁴.

Nous identifions un lien statistique significatif entre la cessation anticipée et un **ressenti plus mauvais sur l'état de santé** ($p = 0,002$); et le fait d'avoir éprouvé un syndrome d'**éprouvement professionnel** ($p < 0,0001$).

Il est à noter que nous n'avons pas mis en évidence de lien entre la cessation anticipée et le lieu d'exercice. Dans l'étude sur l'évolution de carrière libérale des médecins généralistes de la CREDES¹⁹ et dans l'enquête thématique du CNOM de 2011⁶, la cessation anticipée était plus élevée en zone urbaine. Ce type de lien n'est pas retrouvé dans notre enquête (soit parce qu'il n'existe réellement pas, soit par manque de puissance statistique). Il serait souhaitable de poursuivre les études à grande échelle sur le sujet afin de conclure sur le secteur d'exercice des cessations anticipées chez les médecins généralistes.

Une majorité de 79 % des médecins souhaitant cesser leur activité de façon anticipée pensent prendre leur retraite et 52 % d'entre eux envisagent de maintenir une activité médicale en suite. C'est peut-être là une lueur d'espoir pour la profession de médecins généralistes de maintenir en activité les retraités libéraux, pour aider leurs confrères notamment en réalisant des remplacements.

Cette poursuite d'activité des médecins retraités est mesurée par le CNOM avec augmentation constante ses dernières années¹. Ce type d'initiative est soutenu par les autorités avec la loi Fillon de 2003 qui autorise le cumul des honoraires libéraux avec les pensions de retraite²⁸.

Seulement 21 % de nos médecins pensant à une cessation anticipée envisagent une reconversion qui se fera majoritairement vers une autre activité médicale (24 %). Mais contre toute attente, 23 % se tourneraient plutôt pour une activité non médicale impliquant une nouvelle formation.

Le taux de reconversion semble vraiment lié à l'échantillon étudié puisque dans les Pays de Loire Melle DELANSORNE retrouvait près de 80 % de reconversions chez les médecins ayant réalisé des cessations effectives de 2000 à 2005³⁵. Nos taux de reconversions sont aussi différents car la période d'analyse de cette dernière thèse incluait le MICA qui n'est plus accessible pour notre population.

De plus, contrairement à la jeune génération, le salariat n'arrive qu'en troisième position avec 20 % des souhaits de reconversion dans notre étude ; contre 37,8 % de salariés chez les nouveaux inscrits aux tableaux de l'Ordre en 2012¹.

Nous retrouvons une moyenne d'âge statistiquement plus jeune pour le groupe reconversion versus retraite avec $p < 0,0001$. La reconversion implique une nouvelle carrière qui ne s'entrevoit que si la durée professionnelle est encore suffisante.

Nos répondants ont une vision bien pessimiste de l'avenir de leur cabinet car plus de la moitié pensent ne pas trouver de successeur (55 %). Ils se trouvent résignés de voir que les jeunes médecins ne répondent pas présents pour reprendre leur activité. Pourtant des thèses et études^{16, 18} ont démontré l'aspect fondamental des stages chez le praticien durant l'internat de médecine générale pour augmenter le taux d'installation des jeunes médecins. Mais cela est parfois rendu difficile dans certaines régions où il existe une véritable pénurie de maître de stage en ambulatoire¹⁶.

Nos médecins interrogés envisagent positivement le compagnonnage réclamé par les jeunes internes^{10,16} puisque 89,6 % le trouve « tout à fait ou plutôt » utile. Mais seulement 76,6 % y participeraient, ce qui montre que la mise en œuvre de ce compagnonnage mérite d'être soutenue.

5.3.5 Raisons de la cessation anticipée

Tout d'abord, avec le conseil du département de Biostatistique du CHU de Grenoble, il a été fait le choix de cumuler deux modalités pour appréhender les raisons de la cessation anticipée : un score d'importance de la raison dans la décision et le pourcentage de la raison sur les 401 questionnaires interprétables.

Nos répondants ont cité tout d'abord la « **mauvaise santé** » comme première raison pouvant les faire pencher vers une cessation anticipée d'activité libérale. Ceci montre la fragilité de la population des médecins généralistes de plus de 50 ans qui devant leur activité soutenue ont majoritairement peur pour leur santé.

Puis, en second lieu, vient « **l'insatisfaction au travail, voire burn-out** ». C'est un risque majeur pour notre profession exposée. Cette deuxième position s'explique par notre taux de burn-out important de 46 % et souligne bien le malaise qui existe parmi les généralistes et qu'il convient de prévenir afin de pérenniser les installations en libéral.

La « **lourdeur des tâches administratives** » apparaît tôt en troisième position. Il faut noter que les généralistes de la région Rhône-Alpes estiment que le dispositif du médecin traitant a provoqué un surcroît notable de travail administratif¹⁷.

Ensuite, vient la « **détérioration des relations familiales (avec le conjoint ou les enfants)** » et en cinquième position se retrouve la « **rémunération insuffisante** ». Aussi, on peut citer la « **charge de travail excessive** » et les « **charges financières trop lourdes du cabinet** ».

L'étude qualitative de la DREES par Mme VEGA⁷ en 2007 a présenté comme raisons principales de cessation :

- Une charge de travail trop importante, notamment administrative
- Risque d'épuisement professionnel par dévalorisation de la vision du métier
- Incapacité à moduler et tempérer les demandes des patients
- Manque de soutien des pouvoirs publics
- Charges financières lourdes et refus de la « course à l'acte »
- Opportunité de carrière

Ce que cette étude qualitative a montré a pu être en partie démontré quantitativement par notre enquête. Aussi, le burn-out arrive tôt dans les propositions illustrant son rôle majeur dans la décision de cessation anticipée en libéral. La charge de travail notamment administrative est globalement toujours mentionnée comme raison capitale. Il n'est pas licite de réaliser plus de comparaisons avec une analyse qualitative.

Les raisons de cessation anticipée retrouvées dans la thèse quantitative de Melle DELANSORNE³⁵ en 2009 sont :

- Charge de travail horaire importante
- Charge de travail liée à la permanence des soins
- Conciliation avec la vie de famille
- Exigences des patients
- Tâches administratives
- Attrait pour une autre activité médicale.

Globalement, ces raisons évoquées dans les Pays de Loire sont semblables aux nôtres de la région Rhône-Alpes. On note que la charge de travail et les relations familiales sont dans les deux études des raisons majeures de cessation.

Cependant la disparité principale se trouve dans la charge liée à la permanence des soins qui n'apparaît pas dans notre région dans les sept premières raisons. Cela peut s'expliquer par l'organisation locale des gardes qui est réalisée par les ARS (Agence Régionale de Santé).

La « rémunération insuffisante » est évoquée en cinquième position dans notre enquête et n'apparaît pas dans les causes primordiales de l'étude précédente. Ceci semble surprenant

d'autant que le mécontentement sur le mode de rémunération est grandissant parmi les médecins généralistes. Cela représente-t-il une particularité régionale ? Ou peut-on l'expliquer par le temps qui s'est écoulé entre nos deux enquêtes ?

Il faut également citer les résultats de la thèse quantitative de Melle LEFEVRE réalisée en 2010 en Picardie³⁷ qui retrouve des raisons de cessation très similaires aux nôtres :

- Manque de temps pour la vie privée
- Intérêt pour une autre activité
- Charge de travail excessive
- Exigences des patients consuméristes
- Désaccord avec les politiques
- Raison de santé

Il est intéressant de constater que toutes ces raisons sont globalement les mêmes que celles des jeunes médecins réticents à s'installer^{16, 18}. Ce qui illustre bien la crise globale de la profession tant au début qu'à la fin de carrière. Les médecins généralistes sont en pleine mutation dans leur exercice et essayent de redéfinir de nouvelles modalités de travail.

5.3.6 Propositions pour l'amélioration de l'exercice libéral

Au sein de la population étudiée, les mesures incitatives à l'amélioration de l'exercice libéral sont :

- D'abord, l'allègement administratif
- Puis, une meilleure rémunération des actes
- Une restructuration du mode de rémunération
- Une meilleure prise en compte par les Autorités de tutelle
- L'aide au regroupement/création de cabinet
- Une diminution de la charge de travail
- Aussi, une facilité des remplacements
- Et enfin, une assistance de gestion et de comptabilité.

Logiquement, l'allègement administratif arrive en tête des propositions tant son poids est grand dans la pratique quotidienne. Cet allègement ne peut s'envisager qu'avec une modification globale et profonde des demandes des patients. Dans l'enquête de la CAREPS¹⁷ de 2010, pour 2 consultations sur 5 il y avait la rédaction d'un formulaire administratif : certificat, dispense, éviction scolaire, arrêt de travail,... Et à cela il faut ajouter toutes les tâches administratives quotidiennes : courrier, secrétariat, télétransmissions, formulaires ALD, comptabilité... qui incombent aux médecins libéraux.

Les mesures financières avec revalorisation des actes et restructuration globale du mode de rémunération arrivent très tôt démontrant leur importance dans notre région.

Devant le travail fourni considérable, il est impératif que la rémunération suive. Cet aspect financier n'est pas aussi présent dans les Pays de Loire en 2009 puis qu'il n'apparaît pas dans les cinq premières propositions³⁵.

La prise en compte par les autorités de tutelle est cruciale pour notre population d'enquêtés comme en témoignent les réponses libres présentées en **Annexe 8** ainsi que les nombreux courriels reçus. Sans être contestataires, les médecins interrogés ont le sentiment de ne pas être entendus par les autorités qui leur demandent pourtant toujours tant d'efforts. Cela peut participer aussi au syndrome d'épuisement professionnel si conséquent en médecine générale.

En cinquième position, vient l'aide au regroupement/création de cabinet qui est souvent bien mal connue des médecins^{16, 18}. Comme la PAPS (Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé) n'a pas convaincu, la Ministre de la Santé a proposé la création en décembre 2012 des Référents à l'Installation dans chaque ARS⁴². Ce référent unique permettra une démarche active dans l'information et la mise en œuvre des aides existantes pour la création de nouveaux cabinets pour les internes et les remplaçants mais également les aides pour la restructuration et le regroupement des cabinets actuels.

La réduction de la charge de travail qui arrive en sixième place est un thème central pour améliorer la qualité de vie professionnelle du généraliste. Dans l'enquête réalisée en 2009 dans l'Ouest de la France, les médecins avaient adapté leur temps de travail en le réduisant afin d'éviter des cessations anticipées³⁴. La modération du temps de travail paraît être un bon moyen de diminution de la charge de travail puisque le recours à une tierce personne implique des charges qui sont déjà trop lourdes. Cette réduction du temps de travail est aussi une alternative retrouvée au niveau international comme nous le verrons plus loin.

Cependant, il est étonnant de constater que la délégation de tâches aux IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat) se positionne en dernier. Ce n'est pas une éventualité retenue par nos enquêtés. Pourtant, le succès de la coopération ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe) menée en 2008 dans le département des Deux-Sèvres est important sur le rapport efficacité/coût⁴³. Cette initiative des médecins généralistes de Poitou-Charentes qui consistait en une coopération avec des IDE libérales pour le suivi et l'éducation des patients diabétiques de type 2 a fait l'objet d'une étude médico-économique (Avant-Après, et Ici-Ailleurs) qui démontre une efficacité favorable. Il s'agit de la seule expérimentation de collaboration entre professionnels de santé évaluée en soins primaires. Elle s'inscrit dans la volonté de transfert de compétences entre professionnels de santé préconisée par le rapport BERLAND²² et est aussi envisagée en médecine générale dans d'autres pays comme le Canada⁴⁴.

L'amélioration globale des conditions de travail pour les médecins généralistes est essentielle pour éviter des syndromes d'épuisement professionnel et des cessations

anticipées d'activité. Les propositions ci-dessus sont variées et complémentaires, elles montrent la nécessaire évolution de la profession qui doit s'opérer dans le futur vers un nouveau modèle qui est encore à définir.

5.4 Portrait type du médecin envisageant une cessation anticipée

Pour résumer d'après notre population étudiée, le médecin généraliste libéral de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes à risque de réaliser une cessation d'activité avant 65 ans :

- est le plus souvent une femme
- prend significativement moins de 5 semaines de vacances par an
- a une plus grande insatisfaction globale dans sa profession
- a un ressenti plus mauvais sur son état de santé
- a significativement plus éprouvé de syndrome d'épuisement professionnel.

Cette catégorie de médecins généralistes doit être repérée afin de proposer rapidement des aides pour éviter des fermetures prématurées de cabinets qui participeraient d'autant plus à la crise démographique qui s'annonce dans notre pays.

5.5 Regard international sur la cessation anticipée d'activité

Ce phénomène de cessation anticipée d'activité des médecins généralistes libéraux est retrouvé assez globalement dans les pays occidentaux³². En effet, il a été étudié au Royaume-Uni, en Irlande, en Finlande et en Australie³³ notamment. L'inquiétude primordiale au niveau international est toujours la même, à savoir une pénurie dans les années à venir au niveau de l'offre de soins primaires. Ce qui serait lourdement majoré par ces cessations d'activité avant 65 ans.

Les raisons de cessations anticipées sont multiples. Néanmoins ces causes sont de nature essentiellement personnelle, économique et organisationnelle⁴⁵ comme cela a été analysé aussi en Belgique. Cet aspect économique est déterminé par le système de Protection Sociale, pas uniquement le Régime de Retraite mais l'ensemble des systèmes de protection sociale propres à chaque pays⁴⁶. Par exemple, en Australie le système de retraite prévoit des sanctions financières pour tout travailleur libéral qui partirait en retraite avant 65 ans. Donc les médecins généralistes libéraux préfèrent réduire leur temps de travail dès 60 ans, afin de faire durer leur carrière plus agréablement jusqu'aux 65 ans⁴⁷.

Les situations sont donc nuancées en fonction des politiques et de la pratique de la médecine générale libérale de chaque pays. Nous verrons succinctement trois cas où la cessation anticipée a bien été étudiée et représente aussi là-bas un problème de santé publique notable.

➤ Au Royaume-Uni, les médecins généralistes libéraux travaillent majoritairement en groupe au sein de structures privées, indépendantes, composées essentiellement de généralistes avec secrétaires et infirmières libérales. Chaque médecin du groupe contractualise avec le NHS (National Health Service) et reçoit une rémunération qui associe de la capitation, du paiement par forfait et du paiement à l'acte⁴⁸.

En 2001, Mr DAVIDSON et son équipe ont comptabilisé le chiffre considérable de 65,1 % de souhaits de cessation anticipée au cours de leur enquête nationale portant sur 1717 médecins libéraux, toutes spécialités confondues, ayant obtenu leur diplôme en 1974³⁶. Dans cette cohorte, l'âge moyen de cessation est de 61 ans ; les femmes sont globalement plus satisfaites de leur exercice et déclarent de façon significative plus de vœux de rester en activité jusqu'à 65 ans par rapport aux hommes ($p = 0,01$). 45,1 % des interrogés, souhaitant une cessation anticipée, disent avoir mis en place des mesures financières afin de permettre ce départ précoce. Les hommes sont plus prévoyants que les femmes sur cet aspect ($p < 0,001$)³⁶. Globalement, les raisons de cessation anticipée sont proches de celles que nous avons retrouvées à savoir :

- Pression au travail, Burn-out
- Causes familiales, manque de loisir
- Désillusions par le métier, par le NHS
- Raisons de santé (dans le sens : cesser encore en bonne santé pour en profiter)
- Et rémunération trop faible.

Il n'y a pas de différence significative entre les raisons des généralistes et des autres spécialistes. Il est à noter que le Royaume-Uni est le pays d'Europe où la rémunération des médecins est la plus forte, et pourtant la rémunération se trouve dans les cinq premières causes de cessation anticipée.

Mme LUCE montre, en 2002, un chiffre plus proche du nôtre avec environ 30 % des médecins généralistes interrogés qui envisagent une cessation avant 60 ans. Contrairement à l'étude précédente et comme dans notre enquête, elle retrouve une proportion plus importante de femmes voulant cesser plus tôt⁴⁹. Dans cette cohorte, près de 35 % des généralistes se trouvent au dessus du « seuil de détresse psychologique ». Au Royaume-Uni, l'insatisfaction au travail et le burn-out sont, là aussi, des raisons majeures de cessation^{49, 50}. Puis, viennent les demandes innombrables des patients, la bureaucratie liée à la gestion d'un cabinet avec du personnel, et rapidement on trouve la désillusion par rapport au NHS⁵⁰ (qui ne réalise pas ce qui a été promis dans le contrat initial).

La cessation anticipée est un phénomène qui prend de l'ampleur au Royaume-Uni avec, en 1998, 14 % d'intensions de cessations anticipées parmi les médecins généralistes selon l'enquête de Mr SIBBALD⁵¹. Puis, ce chiffre s'élève à 22 % en 2001. La cessation précoce devient un problème sociétal car elle concerne également les cadres⁵¹.

➤ La situation au Canada est toute autre, puisque les médecins généralistes libéraux exercent en grande majorité au sein de centres de santé pluridisciplinaires privés où ils sont rémunérés à l'acte⁴⁸. Les patients doivent s'inscrire auprès d'un médecin généraliste et attendre parfois plusieurs mois que celui-ci devienne leur référent tant la pénurie est grande dans certaine région. Il existe au Canada une véritable valorisation du médecin de famille par les autorités, avec lesquelles le groupe de médecins signent tout de même un contrat de gestion du centre de santé bien qu'il soit privé⁴⁸.

La pénurie actuelle de médecins de soins primaires est liée à des erreurs du passé dans les années quatre-vingt dix : augmentation du troisième cycle des études médicales, avec une augmentation du pourcentage de spécialistes, augmentation des départs en retraite de la génération des « baby-boomers » et une émigration vers les USA pour la formation⁴⁴. Ce risque pour la démographie médicale en soins de premiers recours, au Canada, inquiète les autorités. Elles préconisent un allègement de la charge de travail par délégations de tâches aux infirmières, aux sages-femmes et aux kinésithérapeutes, et surtout une décentralisation de la formation vers des stages ambulatoires afin de revaloriser le choix des étudiants pour la médecine générale⁴⁴.

Il y a peu de cessations précoces d'activité au Canada du fait de causes financières. En effet, il n'existe pas de pensions de retraite pour les travailleurs indépendants⁵². Si le médecin l'a prévu au début de sa carrière, il peut bénéficier d'un fond privé pour lequel il a cotisé. C'est là, que l'on voit l'importance du Régime de retraite dans le phénomène de cessation anticipée. Comme en Australie, nombreux sont les généralistes libéraux canadiens à ralentir leur activité dès 60 ans pour profiter d'une meilleure qualité de vie professionnelle et profiter de leurs loisirs⁵².

Dans l'état de Québec, les médecins généralistes prennent leur retraite tard, en moyenne à 68 ans du fait de ces raisons financières⁵³. Mais depuis 2009, on voit apparaître de plus en plus de cessations précoces d'activité au sein des médecins libéraux : généralistes, psychiatres et internistes notamment. Les facteurs en cause sont mondialement les mêmes et proches de ceux que nous avons mis en évidence : d'abord un taux de satisfaction faible sur sa pratique, puis une perception de mauvaise santé, une charge excessive de travail, trop de bureaucratie, et la pénurie de médecins (qui provoque une vision négative sur le métier)⁵³.

Là encore, l'épuisement professionnel est pointé du doigt en premier lieu au Canada. Et une prise de conscience sur l'importance de l'amélioration des conditions de travail des médecins généralistes semble avoir lieu afin d'éviter des retraites prématurées⁵⁴.

➤ Le cas de la Suisse nous permettra de nous rapprocher géographiquement de notre situation. Les médecins généralistes libéraux exercent au sein de centres de santé privés, dans lesquels se trouvent également un laboratoire d'analyses médicales et un cabinet de radiologie⁵⁵. Il existe une assurance maladie d'état mais chaque résident suisse est dans l'obligation de souscrire à une assurance privée souvent très coûteuse mais performante. Les patients sont répartis dans les différents centres de santé selon leur adresse.

La situation démographique médicale en Suisse risque de se dégrader également dans les prochaines années. Notamment au niveau des soins primaires car les généralistes libéraux sont plus âgés que les spécialistes⁵⁶ et leur départ massif en retraite met en péril l'accès aux soins. De plus, l'attrait des étudiants pour la médecine générale est moindre depuis quelques années, ce qui fait craindre une pénurie de successeurs⁵⁶. En comparant le recours et l'offre de soins, il est estimé qu'en 2030 plus de 10 millions de consultations de médecine générale ne seront pas couvertes⁵⁷. Il y a donc urgence à prendre en charge ce problème démographique, qui peut être majoré par la volonté des jeunes médecins de travailler moins que leurs aînés⁵⁷ comme en France.

Cette pénurie de successeurs en médecine générale met à mal la capacité de prise de retraite pour les anciennes générations car le « Goodwill » (c'est-à-dire le prix de rachat de la patientelle) n'est plus assuré⁵⁵. La question financière de la retraite est finalement centrale en Suisse aussi, puisque le « Goodwill » constitue la pension de retraite principale. Aussi, la réticence à la reprise de cabinet est liée à la structure de l'exercice libéral de la médecine générale en Suisse. En effet, le successeur est dans l'obligation de reprendre également tous les salariés : secrétaires, laborantins, manipulateurs radio, ce qui paraît souvent plus contraignant aux jeunes médecins que de créer un cabinet *de novo*⁵⁵.

Devant toutes ces difficultés, un sentiment de frustration et de découragement gagne de façon importante les généralistes suisses de plus de 55 ans, qui envisagent plus volontiers une cessation anticipée. Les raisons évoquées sont semblables à celles que notre enquête a révélées comme : la fatigue physique, les exigences accrues des patients, la complexité des tâches administratives, la diminution des revenus et les politiques comptables des Caisses-Maladie⁵⁵.

La sonnette d'alarme a été tirée dès 2012 en Suisse afin de prendre en compte les conditions de travail des généralistes pour éviter les cessations précoces d'activité libérale qui vont nécessairement accroître le problème démographique à venir⁵⁸. De plus, il faut harmoniser au niveau fédéral, les politiques de gestion de la densité médicale (capacité de formation, aides à l'installation, répartition dans les spécialités,...). Ce qui est pour l'instant géré de façon cantonale⁵⁸.

Il est donc possible de se rendre compte que la cessation anticipée d'activité en médecine générale libérale est un processus pleinement présent au niveau des pays industrialisés. Elle a été étudiée de façon plus au moins approfondie selon les régions mais on note que la crise globale : démographique, idéologique, politique et économique que traverse la profession est universelle au niveau des pays occidentaux. De ce fait, les raisons de cette cessation anticipée sont remarquablement identiques quelque soit le territoire comme nous venons de le voir.

Pour compléter ces recherches, il serait intéressant de suivre dans le temps ce phénomène afin de mesurer l'impact réel qu'il aura sur la crise démographique médicale à venir et savoir s'il se pérennisera dans le futur à l'échelle mondiale comme française.

6 Conclusion

THESE SOUTENUE PAR : Maryline RAMOS DA CRUZ

TITRE : Déterminants à la cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes. Une analyse quantitative du phénomène.

La démographie médicale s'engage dans une période de crise importante dans les prochaines années, notamment pour la médecine générale. Mais cette crise n'est pas seulement démographique, puisqu'elle touche aussi l'aspect économique, sociétal et politique. En effet, les réformes entreprises jusqu'à maintenant n'ont pas réussi à prévenir cette pénurie qui s'annonce. De plus, la place sociale du médecin est dégradée, la médecine n'est plus un sacerdoce et s'exerce comme les autres professions.

C'est dans ce contexte déjà difficile que surgit l'obstacle de la cessation anticipée d'activité libérale, qui correspond à un arrêt de l'activité avant 65 ans. Ce phénomène qui prend de l'ampleur, tant en France qu'au niveau international, devient clairement un élément déstabilisateur pour la médecine générale. Ce qui pourrait entraîner un véritable problème de santé publique dans les années à venir ; puisqu'il majore la difficulté d'accès aux soins primaires pour la population.

Dans le but de mieux appréhender ce fait nouveau, nous nous sommes donné, d'une part, comme objectif de définir les principaux facteurs déterminant la décision de cessation anticipée d'activité ; et d'autre part, d'essayer de quantifier ce phénomène en région Rhône-Alpes pour obtenir des données chiffrées manquantes sur le sujet. Pour ce faire, nous avons opté pour une enquête descriptive transversale quantitative par voie informatique.

Au total, 1832 questionnaires ont été envoyés par courriel de juillet à décembre 2013. Il a été recueilli 401 réponses exploitables, ce qui donne un taux de participation intéressant de 22,7 %.

Parmi nos interrogés 46 % disent avoir vécu un épisode d'épuisement professionnel, ce qui montre bien la difficulté dans la pratique de la médecine générale et la situation de crise que vit la profession. Aussi, 58 % de nos répondants pensent cesser ou adapter leur activité libérale avant 65 ans, et un nombre impressionnant de 40,1 % désirent réaliser une cessation anticipée d'activité. Pour notre population, cette cessation précoce d'activité est liée significativement au sexe féminin, au fait d'avoir éprouvé un épuisement professionnel, au fait de prendre moins de 5 semaines de vacances par an, à un ressenti plus mauvais sur son état de santé et au sentiment d'insatisfaction dans l'exercice médical.

Les cinq raisons principales de cessation anticipée mises en évidence sont, par ordre d'importance : un mauvais état de santé, l'insatisfaction au travail voire l'épuisement professionnel, la lourdeur des tâches administratives, la dégradation des relations familiales et une rémunération jugée insuffisante. Ces sujets de mécontentement sont retrouvés assez globalement au niveau international. Aussi, nos répondants semblent bien pessimistes sur l'avenir de leur cabinet puisque plus de la moitié pensent ne pas trouver de successeur.

Notre étude permet d'améliorer les connaissances sur la cessation anticipée d'activité en région Rhône-Alpes, mais il serait souhaitable d'établir maintenant des recherches quantitatives au niveau national sur le sujet. Bien qu'ils s'agissent de désidératas, la proportion de 40,1 % de cessation anticipée représente une réelle menace au niveau démographique si ces souhaits étaient mis en œuvre. C'est pourquoi, à l'avenir, d'autres enquêtes devraient étudier aussi les cessations d'activité effectives.

Ce phénomène est complexe et s'inscrit dans la singularité du parcours de chaque médecin généraliste libéral, il s'agit d'une décision toute personnelle. Par conséquent, les mesures globales, pour éviter ces cessations anticipées d'activité, sont ardues mais indispensables. Nos administrateurs doivent désormais prendre en considération les mesures d'aides à l'amélioration de l'exercice libéral afin de limiter les conséquences sur l'accès aux soins primaires. Ce sont essentiellement l'allègement administratif, la restructuration du mode de rémunération et aussi une meilleure reconnaissance par les autorités de tutelle qui arrivent en tête dans notre enquête. Il faut également noter que la prévention du risque d'épuisement professionnel est indispensable dans nos exercices très exposés puisqu'il est fortement lié à l'insatisfaction au travail et au risque de cessation anticipée.

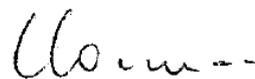
La médecine générale est donc entrée dans une phase de nécessaire transformation. C'est bien un questionnement sur le statut libéral qu'il convient de réaliser en France à l'avenir. Les aides à la poursuite de l'activité libérale deviennent obligatoires et passent aussi par une revalorisation de la médecine générale au niveau de la rémunération, au sein des universités et aussi parmi le discours sociétal.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 17 Mars 2014

LE DOYEN

Professeur Jean-Paul ROMANET



LA PRESIDENTE DU JURY

Professeur Mireille MOUSSEAU

Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble
Oncologie clinique
Dr Mireille MOUSSEAU - Hôpital Jeanne
38000 LA TRONCHE
04 76 00 00 00

Liste des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

ASRA : Association d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes

CAREPS : Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSBM : Dépenses de Santé et en Biens Médicaux

ECN : Examen Classant National

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de la Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Interne de Médecine Générale

MEP : Médecine à Exercice Particulier

MICA : Mécanisme d'Incitation à la Cessation anticipée d'Activité

NHS : National Health Service

NS : Non Significatif

OFCE : Observatoire Français des Conjectures Economiques

PAPS : Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé

PCEM 1 : Première année de Premier Cycle des Etudes Médicales

PdS : Permanence des Soins

PIB : Produit Intérieur Brut

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

URML-RA : Union Régionale des Médecins Libéraux – Rhône-Alpes

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

WONCA : World Organization of National Colleges Academies of general practitioners

Liste des figures et tableaux

Figure 1 - Effectif et densité de l'ensemble des médecins de 1984 à 2012	15
Figure 2 - Effectif et densité de médecins en activité selon le scénario tendanciel	16
Figure 3 - Solde des entrées et sorties temporaires ou définitives d'après le scénario tendanciel	17
Figure 4 - Evolution de l'incidence des ALD entre 1997 et 2010.....	20
Figure 5 - Evolution de l'âge à l'installation des médecins généralistes libéraux de 1980 à 1999	21
Figure 6 - Evolution de l'activité moyenne des femmes et des hommes généralistes selon la période d'installation, données du CREDES.....	22
Figure 7 - Evolution du mode d'exercice des médecins généralistes en activité de 2007 à 2017	23
Figure 8 - Evolution du numerus clausus depuis sa création jusqu'à 2008.....	25
Figure 9 - Illustration des réponses obtenues	35
Figure 10 - Répartition selon le sexe (n = 401).....	36
Figure 11 - Lieu d'obtention du diplôme (n = 401).....	37
Figure 12 - Répartition selon le lieu d'exercice (n = 401).....	38
Figure 13 - Répartition selon les types de cabinet (n = 401).....	38
Figure 14 - Physionomie de la population soignée (n = 401)	39
Figure 15 - Durée moyenne des consultations (n= 401)	39
Figure 16 - Temps dédié par jour pour gérer les tâches administratives (n = 401)	40
Figure 17 - Temps de travail hebdomadaire (n = 401)	40
Figure 18 - Nombre de demi-journées de libre par semaine (hormis le dimanche), (n = 401).....	40
Figure 19 - Nombre de semaines de vacances par an (n = 401)	41
Figure 20 - Réalisation de la permanence des soins et Modalités de la garde (n = 401).....	41
Figure 21 - Satisfaction pour l'activité de médecine générale libérale (n = 401).....	43
Figure 22 - Illustration de la satisfaction dans la pratique de la profession (n = 401)	43
Figure 23 - Répartition de l'épuisement professionnel et du recours aux aides (n = 401)	44
Figure 24 - Illustration du ressenti par rapport à l'état de santé (n= 401).....	45
Figure 25 - Illustration de la satisfaction par rapport à la vie personnelle (n = 401)	45
Figure 26 - Répartition de la pertinence des types de rémunération (n = 401).....	46
Figure 27 - Illustration du devenir des cabinets avant 65 ans (n = 401)	47
Figure 28 - Répartition de l'âge de cessation par rapport à la borne de 65 ans (n = 401).....	47
Figure 29 - Répartition de l'activité après la cessation libérale (n = 401)	48
Figure 30 - Répartition de la poursuite d'activité médicale après la retraite (n = 312)	49
Figure 31 - Représentation de l'activité souhaitée pour la reconversion (n = 132).....	49
Figure 32 – Capacité à trouver un successeur et du besoin d'aide dans cette recherche (n = 398).....	50
Figure 33 - Utilité d'un compagnonnage par les médecins seniors lors de l'installation des jeunes médecins en libéral (n = 399, non réponse = 2)	50
Figure 34 - Participation au compagnonnage (n = 397, non réponse = 4)	51
Figure 35 - Représentation des raisons de la cessation anticipée	52
Figure 36 - Utilité des propositions pour l'amélioration de l'exercice libéral	53

Tableau 1 - Evolution des effectifs de médecins actifs et retraités inscrits au tableau de l'Ordre de 2006 à 2012	27
Tableau 2 - Nombre d'enfants moyen selon le sexe (n = 401).....	36
Tableau 3 - Accueil des étudiants en médecine	42
Tableau 4 - Difficultés pour trouver un remplaçant.....	42
Tableau 5 - Adéquation de la rémunération au travail fourni	46

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire informatif

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS
Vie personnelle
1. Quel est votre âge ? <input type="text"/>
2. Sexe <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
3. Vivez-vous : <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> seul
4. Combien d'enfants avez-vous ? indiquez le nombre <input type="text"/>
5. Dont combien d'enfants à charge ? indiquez le nombre <input type="text"/>
Parcours professionnel et Exercice libéral actuel
6. Où avez-vous obtenu votre diplôme ? <input type="radio"/> Région Rhône-Alpes <input type="radio"/> Ailleurs en France <input type="radio"/> UE <input type="radio"/> Hors UE
7. En quelle année vous êtes-vous installé pour la première fois en libéral ? Indiquez une année <input type="text"/>
8. Et dans l'installation actuelle ? Indiquez une année <input type="text"/>
9. Quel est le secteur de votre commune d'exercice ? <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Semi-rural <input type="radio"/> Urbain
10. Exercez-vous dans la même commune que votre domicile ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

11. Afin de définir la physionomie de vos consultations, quelle est la part de CMU que vous voyez?

- ≤ 10 %
- 10-15%
- 15-20 %
- ≥ 20 %

12. Vous exercez :

- Seul en cabinet
- Au sein d'un groupe

Parcours professionnel et Exercice libéral actuel

13. Si en groupe :

- composé de médecins
- maison de santé pluridisciplinaire

14. Possédez-vous un secrétariat (sur place ou téléphonique) ?

- OUI
- NON

15. Durée moyenne des consultations ?

- ≤ 10 min
- 10-15 min
- 15-20 min
- ≥ 20 min

16. Temps passé par jour pour gérer les tâches administratives ?

- ≤ 30 min
- 30 à 60 min
- ≥ 60 min

17. Durée moyenne de travail par semaine ?

- ≤ 30h
- 30-40h
- 40-50h
- 50-60h
- ≥ 60h

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

18. Nombre de demi-journées de libre par semaine (sans compter le dimanche)?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- ≥ 6

19. Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?

- ≤ 3
- 4 à 6
- 6 à 8
- ≥ 8

20. Avez-vous des difficultés à trouver des remplaçants ?

- OUI
- NON

21. Recevez-vous des étudiants en médecine (UPL, SASPAS, journée de présentation) ?

- OUI
- NON

22. Participez-vous à la permanence des soins ?

- OUI
- NON

Parcours professionnel et Exercice libéral actuel

23. Si oui, dans quel type de structure ?

- maison médicale
- visite de nuit

Epanouissement et satisfaction

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

24. Votre exercice actuel vous satisfait-il ?

- Pas du tout satisfaisant
 Plutôt pas satisfaisant
 Plutôt satisfaisant
 Tout à fait satisfaisant

25. Plus particulièrement, décrivez votre degré de satisfaction vis-à-vis...

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
Qualité relation médecin-malade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Charge de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomie décisionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconnaissance de votre travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Avez-vous vécu ou vivez-vous une situation d'épuisement professionnel ?

- OUI
 NON

27. Avez-vous eu recours à une structure d'aide aux soignants (type réseau ASRA = réseau d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes) ?

- OUI
 NON

28. Votre rémunération vous paraît-elle adéquate au travail fourni ?

- OUI
 NON

29. Quels types de rémunération du médecin généraliste vous paraissent pertinents ?

- Une rémunération à l'acte, avec revalorisation des actes
 Une rémunération par Capitation (= en fonction du nombre de patients suivis), de leur type de pathologie, de leur âge, du lieu d'exercice
 Une rémunération par Capitation qui prend aussi en compte les résultats thérapeutiques des patients (ROSP = Rémunération sur Objectifs de Santé Publique)
 Une association mixte : paiements à l'acte et rémunération par capitation

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

30. Que pensez-vous de votre temps de vie personnelle (loisir, sportif, social et familial) ?

- Pas du tout satisfaisant
- Plutôt pas satisfaisant
- Plutôt satisfaisant
- Tout à fait satisfaisant

31. Quel est votre ressenti sur votre état de santé ?

- Très mauvais
- Assez mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

Avenir professionnel

32. Pensez-vous cesser ou adapter votre activité libérale ?

- OUI
- NON

33. A quel âge envisagez-vous d'arrêter (même temporairement) la médecine générale libérale ?

indiquez votre âge
d'arrêt

34. Que feriez-vous ensuite :

- Retraite
- Reconversion

Avenir professionnel

35. Quel avenir envisagez-vous ? (plusieurs choix possibles)

- devenir salarié privé
- devenir salarié hospitalier
- remplacement en libéral
- spécialisation en libéral (gériatrie, nutrition, soins palliatifs,...)
- autre activité médicale rémunérée (expertise, ONG, MEP...)
- autre activité non médicale

Avenir professionnel

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

36. En cas de retraite, pensez-vous poursuivre une activité médicale même minime ?

- OUI
 NON

Votre succession

37. Pensez-vous trouver un successeur?

- OUI
 NON

38. Avez-vous besoin d'aide dans cette recherche ?

- OUI
 NON

39. Que pensez-vous du compagnonnage réclamé par les jeunes médecins ?

- pas du tout utile
 plutôt pas utile
 plutôt utile
 tout à fait utile

40. S'il était mis en place y participeriez-vous ?

- OUI
 NON

Courage, Courage... il ne reste que 2 pages à répondre...

Les deux prochaines questions sont les plus importantes car elles permettent de recueillir vos raisons

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

41. En cas de départ précoce, quelles motivations vont précipiter votre choix :

	Pas du tout d'importance	Peu d'importance	Nette participation	Raison majeure
Mauvaise santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insatisfaction au travail (voire burn-out)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercice réel trop loin des idéaux sur la médecine que vous vous faisiez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Charge de travail excessive (amplitude horaire, difficulté de prise de vacances,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détérioration relation avec conjoint, avec enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres raisons familiales (état de santé ou emploi du conjoint,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations confraternelles difficiles (avec associées ou médecins du secteur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non reconnaissance par les autorités : Ministère, CPAM, Ordre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apparition d'une nouvelle opportunité professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gardes de permanence des soins trop lourdes, trop fréquentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomie dans la prise de décision remise en question	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tâches administratives trop importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frais liés aux normes d'accessibilité aux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

cabinets médicaux
(applicables en 2015)

Temps médical
accordé au patient
trop faible

Charges financières
du cabinet trop
lourdes

Rémunération
insuffisante

Pas assez de loisir

Isolement dans sa
pratique

Risque d'agression
au cabinet

Envie de changer de
structure de cabinet
(regroupement,
nouvelle installation)

Recherche de
successeur vaine

Exigences des
patients difficiles à
satisfaire

Autre (précisez votre raison)

Comme promis, c'est la dernière question...

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

42. Quelles mesures, selon vous, seraient utiles à mettre en place pour améliorer la qualité de vie professionnelle du médecin généraliste :

	Pas du tout utile	Plutôt pas utile	Plutôt utile	Vraiment utile
Allègement administratif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistance de gestion, comptabilité (initiative en Bretagne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminution de la charge de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délégation de tâches aux infirmières (initiative en Poitou-Charentes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promotion de la collaboration libérale (assistantat libéral en Mayenne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilité de remplacement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps partiel, Flexibilité des horaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meilleure liberté professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispense de gardes plus tôt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meilleure prise en compte par les Autorités (Ministère, ARS, CNAM,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meilleure rémunération des actes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restructuration du mode de rémunération (pas seulement du paiement à l'acte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide au regroupement et création nouveau cabinet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incitation à la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

création de maisons
médicales

Autre (précisez votre mesure)

Annexe 2 : Récépissé de la déclaration à la CNIL

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1672232 v 0

du 17-05-2013

Madame DA CRUZ Maryline
UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE
DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

Service :

Adresse : FACULTE DE MEDECINE DOMAINE DE LA MERCI

Code postal : 38706

Ville : LA TRONCHE CEDEX

N° SIREN ou SIRET :

193818382

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 0456520108

Fax. : 0456520044

Traitement déclaré

Finalité : FICHIER ANONYME DE GESTION STATISTIQUE DES REPONSES A UN QUESTIONNAIRE DANS LE CADRE D'UNE THESE DE MEDECINE

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : « www.cnil.fr »

Fait à Paris, le 17 mai 2013
Par délégation de la commission


Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 3 : Analyse statistique selon la difficulté à trouver un remplaçant

<i>Difficulté à trouver un remplaçant</i>		<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>P-value</i>	<i>Résultat</i>
Secteur commune d'exercice	Rural	40 (9,9%)	32 (7,9%)	0,975	NS
	Semi-rural	80 (19,9%)	68 (17,0%)		
	Urbain	98 (24,5%)	83 (20,8%)		
Part de CMU	Inf 10 %	143 (35,7%)	122 (30,4%)	0,670	NS
	10-15 %	47 (11,7%)	41 (10,3%)		
	15-20%	21 (5,2%)	12 (3,0%)		
	Sup 20 %	7 (1,7%)	8 (2,0%)		
Secrétariat	OUI	155 (38,7%)	133 (33,1%)	0,727	NS
	NON	63 (15,7%)	50 (12,5%)		
Participation PdS	OUI	132 (33,0%)	118 (29,4%)	0,418	NS
	NON	86 (21,4%)	65 (16,2%)		
Réception des étudiants	OUI	73 (18,2%)	85 (21,2%)	0,008	Significatif
	NON	145 (36,2%)	98 (24,4%)		
Burn-out	OUI	117 (29,2%)	66 (16,4%)	< 0,0001	Significatif
	NON	101 (25,2%)	117 (29,2%)		
Trouver un successeur	OUI	74 (18,1%)	102 (26,4%)	< 0,0001	Significatif
	NON	144 (36,1%)	78 (19,4%)		

Annexe 4 : Analyse statistique selon l'épuisement professionnel

<i>Epuisement professionnel</i>		<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>P-value</i>	<i>Résultat</i>
Secteur commune d'exercice	Rural	29 (7 %)	43 (11 %)	0,461	NS
	Semi-rural	66 (17 %)	82 (20 %)		
	Urbain	88 (22 %)	93 (23 %)		
Vous vivez	En couple	158 (39 %)	194 (49 %)	0,419	NS
	Seul	25 (6 %)	24 (6 %)		
Réinstallation	OUI	64 (16 %)	57 (14 %)	0,055	NS
	NON	119 (30%)	161 (40 %)		
Participation PdS	OUI	109 (27 %)	141 (36 %)	0,292	NS
	NON	74 (18 %)	77 (19 %)		
Temps travail hebdomadaire	Inf 30 h	8 (2 %)	12 (3 %)	0,588	NS
	30 – 40 h	30 (7%)	38 (8 %)		
	40 – 50 h	63 (16 %)	75 (19 %)		
	50 – 60 h	51 (13 %)	68 (17 %)		
	Sup 60 h	31 (9%)	25 (6 %)		
Semaines de vacances	Inf 3	22 (5 %)	27 (7 %)	0,819	NS
	4 – 6	93(23 %)	112 (28 %)		
	6 – 8	46 (12 %)	59 (15 %)		
	Sup 8	22 (5 %)	20 (5 %)		
Trouver successeur	OUI	74 (19%)	102 (25 %)	0,189	NS
	NON	108 (27 %)	114 (29 %)		
Tâches administratives	Inf 30 min	16 (4 %)	46 (11 %)	< 0,0001	Significatif
	30 – 60 min	99 (25 %)	129 (32 %)		
	Sup 60 min	68 (17 %)	43 (11 %)		
Sexe	Homme	114 (28 %)	160 (40 %)	0,017	Significatif
	Femme	69 (18 %)	58 (14 %)		
Satisfaction	Pas du tout et plutôt pas	58 (14 %)	27 (7 %)	< 0,0001	Significatif
	Plutôt satisfait	106 (26 %)	143 (36 %)		
	Tout à fait satisfait	19 (5 %)	48 (12 %)		
Rémunération adéquate	OUI	42 (11 %)	83 (20 %)	0,001	Significatif
	NON	141 (35 %)	135 (34 %)		
Satisfaction vie personnelle	Pas du tout satisfaisante	38 (9 %)	19 (5 %)	< 0,0001	Significatif
	Plutôt pas satisfaisante	80 (20 %)	53 (13 %)		
	Plutôt satisfaisante	58 (14 %)	118 (29 %)		
	Tout à fait satisfaisante	7 (2 %)	28 (8 %)		
Ressenti sur santé	Très et assez mauvais	52 (14 %)	18 (4 %)	< 0,0001	Significatif
	Plutôt bon	119 (29 %)	154 (38 %)		
	Très bon	12 (3 %)	46 (12 %)		

Annexe 5 : Analyse statistique selon la Cessation Anticipée

Cessation Anticipée		OUI	NON	P-value	Résultat
Secteur commune d'exercice	Rural	28 (7 %)	44 (11 %)	0,954	NS
	Semi-rural	59 (15 %)	89 (22 %)		
	Urbain	74 (18 %)	107 (27 %)		
Vous vivez	En couple	143 (36 %)	209 (52 %)	0,603	NS
	Seul	18 (4 %)	31 (8 %)		
Lieu du diplôme	Rhône-Alpes	117 (29 %)	160 (40 %)	0,202	NS
	Ailleurs	44 (11 %)	80 (20 %)		
Réinstallation	OUI	43 (11 %)	78 (19 %)	0,215	NS
	NON	118 (29 %)	162 (41 %)		
Domicile dans la même commune	OUI	77 (19 %)	114 (28 %)	0,949	NS
	NON	84 (21 %)	126 (32 %)		
Part de CMU	Inf 10%	110 (28 %)	115 (30 %)	0,573	NS
	10 – 15%	36 (10 %)	52 (15 %)		
	15 – 20%	11 (4 %)	22 (7 %)		
	Sup 20%	4 (2 %)	11 (4 %)		
Exercice	Seul	66 (17 %)	114 (29 %)	0,199	NS
	En groupe	95 (23 %)	126 (31 %)		
Secrétariat	OUI	123 (31 %)	165 (41 %)	0,095	NS
	NON	38 (9 %)	75 (19 %)		
Durée des consultations	Inf 15 min	38 (9 %)	59 (15 %)	0,553	NS
	15 – 20 min	70 (18 %)	114 (28 %)		
	Sup 20 min	53 (13 %)	67 (17 %)		
Participation PdS	OUI	99 (25 %)	151 (38 %)	0,773	NS
	NON	62 (15 %)	89 (22 %)		
Tâches administratives	Inf 30 min	21 (5 %)	41 (10 %)	0,528	NS
	30 - 60 min	93 (23 %)	135 (34 %)		
	Sup 60 min	47 (12 %)	64 (16 %)		
Temps de travail hebdomadaire	Inf 30 h	8 (2 %)	12 (3 %)	0,795	NS
	30 – 40 h	28 (7 %)	40 (10 %)		
	40 – 50 h	60 (15 %)	78 (19 %)		
	50 – 60 h	46 (12 %)	73 (18 %)		
	Sup 60 h	19 (5 %)	37 (9 %)		
Nombre de demi-journées de libre	≤ 1	27 (6 %)	44 (11 %)	0,269	NS
	2	47 (12 %)	87 (21 %)		
	3	51 (13 %)	61 (15 %)		
	4	27 (7 %)	29 (7 %)		
	≥ 5	9 (3 %)	19 (5 %)		
Trouver successeur	OUI	67 (17 %)	109 (27 %)	0,440	NS
	NON	93 (23 %)	129 (33 %)		

Compagnonnage	Pas du tout et plutôt pas utile	14 (4 %)	26 (7 %)	0,198	NS
	Plutôt utile	96 (24 %)	121 (30 %)		
	Tout à fait utile	50 (12 %)	91 (23 %)		
Satisfaction vie personnelle	Pas de tout satisfaisante	25 (7 %)	32 (8 %)	0,211	NS
	Plutôt pas satisfaisante	59 (15 %)	74 (18 %)		
	Plutôt satisfaisante	68 (17 %)	108 (26 %)		
	Tout à fait satisfaisante	9 (2 %)	26 (7 %)		
Difficulté de remplacement	OUI	93 (23 %)	125 (31 %)	0,263	NS
	NON	68 (17 %)	115 (29 %)		
Accueil des étudiants	OUI	58 (15 %)	100 (25 %)	0,257	NS
	NON	103 (26 %)	140 (34 %)		
Rémunération adéquate	OUI	45 (11 %)	80 (19 %)	0,254	NS
	NON	116 (29 %)	160 (41 %°)		
Type de rémunération	à l'acte	46 (11 %)	73 (18 %)	0,517	NS
	mixte	105 (26 %)	143 (36 %)		
	par capitation	5 (1 %)	11 (3 %)		
	ROSP	5 (1 %)	13 (4 %)		
Semaines de vacances	Inf 3	15 (4 %)	34 (7 %)	0,035	Significatif
	4 – 6	78 (19 %)	127 (32 %)		
	6 – 8	54 (13 %)	51 (12 %)		
	Sup 8	14 (4 %)	28 (6 %)		
Sexe	Homme	95 (24 %)	179 (45 %)	0,001	Significatif
	Femme	66 (17 %)	61 (14 %)		
Satisfaction exercice médical	Pas du tout et plutôt pas	40 (10 %)	45 (11 %)	0,004	Significatif
	Plutôt satisfait	106 (27 %)	143 (36 %)		
	Tout à fait satisfait	15 (4 %)	52 (12 %)		
Epuisement professionnel	OUI	91 (23 %)	92 (23 %)	< 0,0001	Significatif
	NON	70 (17 %)	148 (37 %)		
Ressenti sur santé	Très et assez mauvais	39 (10 %)	31 (8 %)	0,002	Significatif
	Plutôt bon	107 (26 %)	166 (41 %)		
	Très bon	15 (4 %)	43 (11 %)		

Annexe 6 : Test-t de Student de comparaison de moyennes

Moyenne d'âge selon le sexe :

	Sexe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Quel est votre âge ?	Homme	274	58,78	4,181	,253
	Femme	127	56,43	3,745	,332

Normalité de la distribution	OUI	t- test	Degré de liberté	p-value
Egalité des variances	OUI	5,421	399	< 0,0001

Moyenne d'enfant selon le sexe :

	Sexe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Combien d'enfants avez-vous ?	Homme	274	2,82	1,133	,068
	Femme	127	2,35	1,198	,106

Normalité de la distribution	OUI	t- test	Degré de liberté	p-value
Egalité des variances	OUI	3,833	399	< 0,0001

Moyenne d'âge selon retraite ou reconversion :

	Avenir	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Quel est votre âge ?	Retraite	315	58,55	4,078	,230
	Reconversion	86	56,16	4,081	,440

Normalité de la distribution	OUI	t- test	Degré de liberté	p-value
Egalité des variances	OUI	4,803	399	< 0,0001

Annexe 7 : Autres raisons de cessation précoce

Réponses libres pour la question 41

- Burn out, charges administratives, exercice loin des idéaux.
- Formation post-universitaire inappropriée et négligée par les gouvernements, multiplication des cabinets à prendre en charge pendant la période de vacances (absence de remplaçant), tracasseries administratives sans fin !!!
- Absence de structure permettant de soigner les médecins, charges inacceptables, temps de gestion hors cabinet trop important, conflit familial généré par le manque de temps consacré à la famille.
- Envie de faire autre chose que de la médecine.
- Vivre autre chose que le travail.
- Seule avec deux enfants.
- Je quitte au 31/12/2013 pour un plein temps hospitalier.
- Aucune envie de m'arrêter précocement.
- Mari associé plus âgé, qui partira à 62 ans.
- Difficultés à adapter la cadence voulue de travail et la rentabilité en libéral.
- J'ai déjà un successeur avec qui je collabore.
- Pas de désir de départ précoce, beaucoup des contraintes énoncées ci-dessus se sont éloignées par mon intégration récente dans une maison de santé pluridisciplinaire.
- Recherche d'autres épanouissements par le temps libre.
- En fait aucune des propositions ne me paraissent valide pour moi, car je suis dans une situation qui anticipe la plupart.
- Des problèmes évoqués, sauf santé et impondérables familiaux.
- Disqualification de l'art médical au profit d'une science exclusive entraînant trop de règles.
- Départ anticipé par la retraite de mon conjoint aussi médecin.
- Retraite de mon conjoint plus précoce.
- Choix de réorientation.

- J'arrêterai quand j'en aurais assez ce qui n'est pas le cas actuellement.
- Evolution des patients : exigences, CMU distribuée sans contrôle, non responsabilisation.
- M'ouvrir sur d'autres activités.
- Coût trop élevé de l'outil de travail.
- Envie de faire autre chose.

Annexe 8 : Propositions pour l'amélioration de l'exercice libéral

Réponses libres pour la question 42

- Eviter la perte de temps dans la coordination des soins.
- Consultation annuelle auprès d'un confrère (que j'organise pour moi).
- Médecin = être humain pas fossoyeur de Sécurité Sociale, qui doit vivre. Considérer le résultat de la dépense et non pas la dépense par elle-même.
- Reconnaissance des actes d'urgence très mal considérée quand on fait des actes de même type qu'une équipe SMUR à 50mn du premier hôpital (intubation de TC grave, arrêt cardiaque, polytraumatisé...).
- Travail de coordination à rémunérer, (voir congrès MG France).
- Souplesse dans l'organisation des soins primaires, respecter et faciliter le développement de l'existant. Respecter les contraintes locales et adopter des solutions tenant compte du terrain.
- Meilleure collaboration avec autres professionnels de santé.
- Ce n'est pas la "délégation de tâche" dont nous besoin, c'est de pouvoir employer des auxiliaires dans le cabinet pour un travail en commun, partage de tâche, aborder le patient et le travail différemment.
- Impression générale qu'on se moque de nous !!
- La difficulté des médecins vient du changement de mentalité, de civilisation.
- Aide pour avoir un secrétariat, ménage.
- Halte au harcèlement de la SECU.
- Diminution charges financières/taxes, Urssaf...pour un meilleur bénéfice.
- Changement de mentalité de l'Assurance maladie vis à vis des médecins.
- J'ai l'impression d'avoir créé cela (secrétariat / cabinet de groupe / secteur 2 / plus de garde après en avoir fait beaucoup dont des nuits et des week-ends de régulation - sans en être mort, etc).
- Favoriser les relations confraternelles, augmenter le numerus clausus.

Bibliographie

1. ROMESTAING P., Atlas de la démographie médicale 2012, Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-2012-1245> (cité le 18 décembre 2012).
2. ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *DREES : Série Etudes et Résultats*, février 2009, n°679, 8 p.
3. VÉGA A., CABÉ M-H. et BLANDIN O. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. *DREES : Dossiers Solidarité et Santé*, 2008, n°6.
4. FAUVET L. Les médecins au 1^{er} janvier 2012. *DREES : Etudes et Résultats*, mars 2012, n° 796, 8 p.
5. BARLET M., FAUVET L. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? - La France et ses régions. *DREES : Dossier*, 2010, p. 65 – 77.
6. ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2011 – Enquête thématique. *CNOM*, 2011, p. 75-81.
7. VEGA A. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux, Tome 1. *DREES : Série Etudes*, décembre 2007, n° 73, 115 p.
8. BLANDIN O., CABE M-H. Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux, Tome 2. *DREES : Série études et recherches*, mars 2008, n°7, 85 p.
9. BRUTEL C., OMALEK L., Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030. *INSEE : Résultats Société*, juillet 2003, n° 16, p 19-30.
10. ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Rhône-Alpes, situation au 1^{er} janvier 2011. *CNOM*, 2011.
11. URPS Médecins Rhône-Alpes. Démographie des médecins généralistes en région Rhône-Alpes - Synthèse RÉGIONALE. *Série Étude de l'URML-RA*, septembre 2012, 31 p.
12. BELLAMY V., BEAUMEL C. Bilan démographique 2012 – La population croît, mais plus modérément. *Insee Première*, janvier 2013, n° 1429.
13. ROBERT-BOBEE I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 – La population continue à croître et le vieillissement se poursuit. *Insee Première*, juillet 2006, n° 1089, 4p.

14. Données sur les ALD de l'IRDES mises à jour le 14 mars 2012, Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/ALD/IncidenceALD.html> (cité le 17 février 2013)
15. Données sur l'Hôpital de l'IRDES mises à jour en novembre 2010, Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/Hopital/Sejours.htm> (cité le 17 février 2013)
16. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Résultats. Janvier 2011, 30 p.
17. BEZ N., CARON J. Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et Etude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. CAREPS pour l'URML Rhône-Alpes, septembre 2010, rapport n° 661, 50 p.
18. DECORDE A. Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord Alpin. Thèse de doctorat en médecine. Université de Grenoble. 2011. 90 p.
19. LUCAS-GABRIELLI V., SOURTY-LE GUELLEC M-J. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). CREDES : Questions d'économie de la santé, avril 2004, n°81, 8p.
20. ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2011. CNOM, 2011, p. 1-74.
21. MARCHAND-ANTONIN B. Le numéris clausus. Ses effets secondaires, sa place dans la globalisation de la médecine. Thèse de doctorat en médecine, Université de Rennes, 2009.
22. BERLAND Y., GAUSSERON T. Mission « Démographie des professions de santé », Tome 1. Rapport n° 2002135 de la *Documentation Française*. Ministère de la Santé, des familles et des personnes handicapées, novembre 2002, 113 p.
23. FAUVET L., ROMAIN O. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. DREES : Etudes et Résultats, mars 2012, n° 802, 8 p.
24. BIRENE B. pour l'ANEMF. Analyse de la Répartition des Postes d'Internes pour l'année Universitaire 2012 – 2013. Juillet 2012, 17 p.
25. Arrêté du 6 mai 1988 portant sur l'approbation de la convention relative à la cessation anticipée d'activité des médecins, institué par l'art. 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988, paru au Journal Officiel du 8 mai 1988, p 6754-6756.
26. Chapitre 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, paru au Journal Officiel du 25 avril 1996, p. 6311.
27. BILLAUT A. Les cessations d'activité des médecins. DREES : Etudes et Résultats, avril 2006, n° 484, 4 p.

28. Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant sur la réforme des retraites, proposée par François Fillon, parue au Journal Officiel le 22 août 2004, p. 14310. Version consolidée le 1^{er} juillet 2011.
29. Données sur la consommation médicale totale de l'IRDES, avec les sources : Eco-Santé France 2012, INSEE et DREES, mises à jour le 10 septembre 2012, disponibles sur <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DepensesSante/ConsoMedicaleTotale.htm> (cité le 22 janvier 2013)
30. CORNILLEAU G. Crise et dépenses de santé. Financement et politiques à court-moyen terme. *OFCE : les notes*, février 2012, n° 12, 20 p.
31. DORMONT B., SAMSON A-L. Carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. *DREES : Série Etudes et Recherches*, janvier 2008, n° 75.
32. HEPONIEMI T., KOUVONEN A. Health, psychosocial factors and retirement intentions among Finnish physicians. *Occupational Medicine*, 2008, n° 58, p. 406-412.
33. BRETT T. D., ARNOLD-REED D. Retirement intentions of general practitioners aged 45–65 years. *MJA*, July 2009, volume 191, n° 2, p. 75-77.
34. ROBINO S., BUIS H. Perspectives d'activité pour les médecins généralistes de plus de 55 ans dans l'Ouest de la France. *Santé publique*, 2009, volume 21, n° 6, p. 571-581.
35. DELANSORNE F., BUIS H. Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux dans les trois départements de l'Ouest de la France. Quelle réalité ? *Santé Publique*, 2009, volume 21, p. 375-382.
36. DAVIDSON J-M., LAMBERT T-W. Retirement intentions of doctors who qualified in United Kingdom in 1974: postal questionnaire survey. *Journal of Public Health Medicine*, 2001, volume 23, n° 4, p. 323-328.
37. LEFEVRE C. Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux : étude entre 2000 et 2007 en Picardie. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Amiens. 2010. 114 p.
38. BLANCHARD T. Facteurs influençant les cessations précoces d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers. 2012. 195 p.
39. TRUCHOT D. Le Burn-out des médecins généralistes de Poitou-Charentes - Rapport de Recherche pour l'URML de Poitou-Charentes. Avril 2004.
40. MOURIES R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. Communiqué de presse. *URML Ile-de-France*, juin 2007, 31 p.
41. GALAM E. Burn-out des médecins libéraux, 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. *Médecine*, janvier 2008, volume 4, n° 1, p. 43-46.

42. POIMBOEUF J., pour l'ISNAR-IMG. Référents à l'installation : c'est parti ! Communiqué de presse de Février 2013. Disponible sur <http://isnar-img.com/node/132> (cité le 27 mai 2013).
43. BOURGUEIL Y, LE FUR P. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *IRDES. Questions d'économie de la santé*, novembre 2008, n° 136, 8 p.
44. International Medical Workforce Conference: Oxford, UK, 2003. CHAN B. Physician Workforce Planning: What Have We Learned? : Lessons for Planning Medical School Capacity and IMG Policies. The Canadian Perspective.
45. LORANT V., ARTOISENET C. Pourquoi certains médecins abandonnent-ils la profession? *Healthcare Executive*, juin 2007, n° 34, p. 45-48.
46. DEBRAND T., SIRVEN N. Quelles sont les motivations des départs à la retraite en Europe : situation personnelle, familiale, professionnelle, ou rôle de la protection sociale ? *IRDES*, Document de travail, juin 2009, 26 p.
47. SCHOFIELD D., BEARD J. Baby boomer doctors and nurses: demographic change and transitions to retirement. *MJA*, July 2005, volume 183, n° 2, p. 80-83.
48. BOURGUEIL Y., MAREK A. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique*, 2009/hs1, volume 21, p. 27-38. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-27.htm> (cité le 26 février 2013).
49. LUCE A., VAN ZWANENBERG T. 2002: What might encourage later retirement among general practitioners? *Journal of Management in Medicine*, 2002, volume 16, n° 4-5, p. 303-310.
50. NEWTON J., LUCE A. Job dissatisfaction and early retirement: a qualitative study of general practitioners in the Northern Deanery. *Primary Health Care : Research and Development*, 2004; n° 5, p. 68-76.
51. SIBBALD B., BOJKE C. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ*, janvier 2003, volume 326, n° 2, 4 p.
52. RACINE M., GORDON L. Debates: Should older family physicians retire? Yes or NO. *Can Fam Physician*, janvier 2012, n° 58, p. 22-24.
53. GOULET F., LADOUCEUR R. Le médecin et la retraite. *Le Médecin du Québec*, mai 2011, volume 46, n° 5, p. 83-89.
54. MIEDEMA B., EASLEY J. Crossing boundaries. Family physicians' struggles to protect their private lives. *Can Fam Physician*, mars 2009, volume 55, p. 286-287.
55. CARREL J., NEMITZ I. Remise ou reprise d'un cabinet médical : entre rêve et réalité. *Primary Care*, 2012, volume 12, n° 6, p. 319-320.

56. PERRIER A, CORNUZ J. Vers une société unique de spécialistes en médecine générale et médecine interne en Suisse ? *Rev Med Suisse*, 2008, volume 4, p. 262-272.
57. JACCARD RUEDIN H., SEEMATTER-BAGNOUD L. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - Projections à l'horizon 2030. *Observatoire suisse de la santé*, 2008, 125 p.
58. LOGEAN S. Pénurie de médecins : un chaos programmé. *L'Hebdo suisse*, 2012. Disponible sur http://www.hebdo.ch/penurie_de_medecins_un_chaos_programme_141655.html. (Cité le 12 mars 2013).