

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2015

N° 2015 - 136

**TITRE : L'INSTALLATION EN MEDECINE GENERALE EN MILIEU
LIBERAL EN PICARDIE : FREINS ET RETICENCES**

**Etude qualitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale
2014, par focus groups.**

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE MENTION
MEDECINE GENERALE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 6 OCTOBRE 2015**

PAR

Odile CAMUS

PRESIDENT DU JURY : Madame le Professeur C. MAZIERE

**JUGES : Madame le Professeur C. MAZIERE,
Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT
Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL**

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur C. LEGROUX

Remerciements

A mon président du jury,

Madame le Professeur Cécile MAZIERE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Biochimie et biologie moléculaire)

Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de présider le jury de cette thèse,

Recevez mes sincères remerciements et mon profond respect.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous en remercie.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)
Responsable du service de Rhumatologie
Pôle "Autonomie"

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Recevez à l'occasion de ce travail mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Exploration fonctionnelle du système nerveux

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury de thèse,

Soyez assurée de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Charles LEGROUX

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Tu as contribué à me faire découvrir ta vision de la médecine générale et m'a confié ta patientèle au cours de mes stages d'internat, et je t'en remercie.

A ma mère, qui m'a permis de réaliser ces longues études et qui a toujours cru en mes capacités à y parvenir.

A Aurélien, qui a eu la patience d'attendre que je termine ce travail et qui a toujours été là malgré tout. A notre fille qui viendra tout juste de pointer le bout de son nez.

A ma grand-mère qui a elle aussi toujours cru en moi.

A mon grand père, qui doit être bien fier de là où il est.

A mes anciens co externes, avec qui j'ai partagé les premières expériences hospitalières.

A mes co internes de médecine générale, ces 3 ans d'internat sont passés plus rapidement grâce à vous tous, et à toutes ces petites anecdotes du quotidien.

Aux internes qui ont accepté de participer à ces focus groups malgré les difficultés de planning des uns et des autres.

Et aux autres, qui ont été, sont, ou seront là au quotidien.

SOMMAIRE

Remerciements	2
Sommaire	9
Abréviations.....	13
Introduction	14
Matériel et méthode	16
I – La population	16
II – Les entretiens	16
III – Le script d’entretien	17
IV – Méthode d’analyse	18
Résultats	19
I – La vision de la médecine générale	19
1- La position du médecin généraliste dans le parcours de soins	19
a. Au premier plan dans le parcours de soins.....	19
i. Gérer les polypathologies	19
ii. Gérer la « bobologie »	19
b. Un accès aux spécialistes jugé difficile	20
2- La solitude du médecin généraliste	20
a. Un exercice solitaire... même en groupe	20
b. Une collaboration parfois difficile	21
c. Se tenir informé de l’actualité	21
3- La relation médecin / patient	21
a. Une forte sollicitation	22
b. Des patients exigeants	22
c. Peu de reconnaissance	23
i. Clients plutôt que patients.....	23

ii. Une perte d'estime du médecin.....	23
II - La représentation de l'installation.....	23
1- Un manque de formation évident	24
2- Une surcharge administrative	25
a. Personnelle	25
b. Professionnelle	25
3- Avoir sa patientèle : encore un atout ?	26
a. La crainte des déserts médicaux	26
b. Un exercice routinier	26
4- Gestion financière du cabinet	27
a. De lourdes charges à payer	27
b. Trouver un remplaçant	28
5- L'hôpital, une sécurité	28
III – Les conditions d'exercice en libéral, pas des plus favorables.....	29
1- La perception de la qualité de vie	29
a. La charge horaire	29
i. Des journées à rallonge	29
ii. Une charge de travail en constante augmentation	30
b. Peu de temps libre dans la journée	30
c. Une obligation de présence	30
2- Une protection sociale médiocre	30
3- L'influence grandissante de la Sécurité Sociale	31
a. Rémunération sur ROSP	31
b. Une forte pression de la part des caisses	31
IV – Facteurs influençant le lieu d'exercice	32
1- L'origine géographique	32
a. Picard ou non	32
2- Rural ou urbain	32
3- La situation familiale	33
4- La vie privée avant tout	33

a. L'accès aux commodités, facteur essentiel	33
b. La « peur » du rural	34
5- Des aides qui entrent peu en jeu	34
Discussion	36
I - Méthode : avantages et limites	36
1- La population...	36
2- Les entretiens	36
3- La méthode d'analyse	37
II - L'installation en médecine générale intégrée dans le projet de vie.....	38
1- La vie privée avant la vie professionnelle.....	38
a. Un environnement de travail primordial	39
b. Un aspect financier secondaire	40
c. L'origine géographique, déterminante	40
2- Féminisation de la profession.....	41
3- Rester remplaçant plus longtemps, une alternative.....	43
III - Des freins, mais pas que	44
1- Des inquiétudes contrebalancées par des avantages	44
a. La liberté du libéral	44
b. La possibilité de déléguer	45
c. Une relation privilégiée avec les patients	45
d. Un exercice diversifié	46
2- Des projets qui mûrissent encore	46
3- Une vision de l'installation en évolution constante	47
IV - Des pistes pour lever les freins	48
1- Améliorer la formation dès le début.....	48
a. Formation administrative : le médecin chef d'entreprise.....	48
b. Favoriser la pratique de la médecine générale en stage	49
2- L'exercice en groupe	50
a. Rompre l'isolement	51
b. Partage du temps de travail.....	51
3- Laisser à la médecine générale la liberté d'exercice qui lui est propre	52

a. Alléger l'administratif.....	52
b. Moins de pression de la part des caisses	53
c. L'avenir de la loi santé ?	54
4- Maintenir et faire connaitre davantage les aides financières.....	54
Conclusion	56
Bibliographie.....	58
Annexes	60
I – Script d'entretien	60
II – Focus groups : entretiens 1 à 4 (cf clé USB).....	60

ABBREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CESP : Contrat d'Engagement du Service Public

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

ECN : Epreuves Classantes Nationales

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OR2S : Observatoire Régional de Santé

PAM : Praticiens et Auxiliaires Médicaux

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

ZFU : Zone Franche Urbaine

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

INTRODUCTION

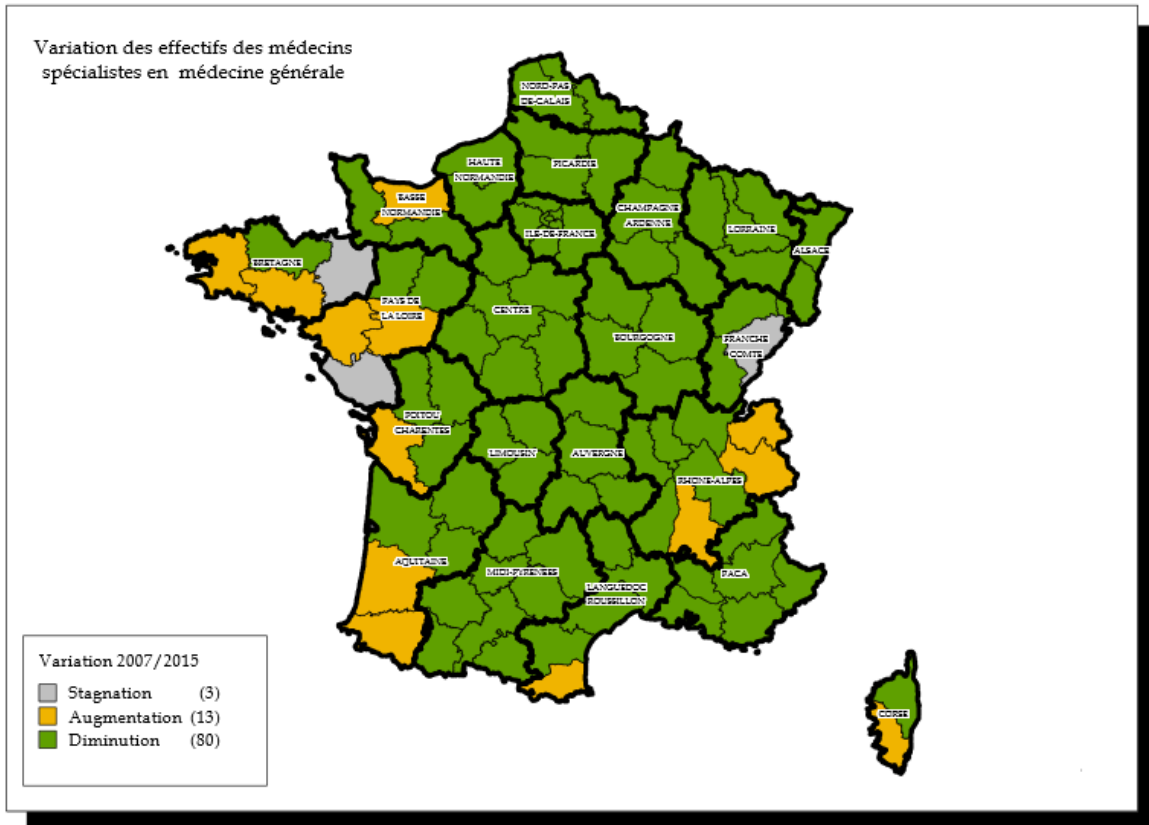
A l'heure où la population médicale est vieillissante avec de nombreux départs à la retraite prévus dans les années à venir, et où les patients expriment de plus en plus leurs difficultés à retrouver à un médecin traitant lorsque le leur arrête d'exercer, les dernières données en terme de démographie médicale aussi bien en Picardie qu'au niveau national sont peu rassurantes quant à l'évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière.

En effet, une étude conjointe de l'ARS et de l'INSEE publiée en janvier 2014 prévoit qu'en 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer et fait par ailleurs le constat que la Picardie a la plus faible densité de médecins généralistes en France [1], la moyenne d'âge des médecins généralistes en activité dans la région allant de 50 ans dans la Somme, à 54 ans dans l'Aisne. [2]

Les dernières statistiques provenant du conseil National de l'Ordre des Médecins démontrent que lors de la première inscription à l'Ordre, moins d'un tiers des généralistes inscrits le font en s'installant en libéral, ceci est particulièrement marqué dans la Somme avec seul 11% des inscrits. La majorité des inscriptions se fait donc soit sous la forme d'une activité salariée, soit en tant que remplaçant. Cette tendance reste vraie 5 ans après la première inscription. [2]

En 2015, la Picardie compte 2286 médecins généralistes en activité, soit une variation de -10,9% par rapport à l'année 2007 (allant de -17,7% dans l'Aisne à -5,3% dans la Somme), dont 59,1% exerçant en libéral et 34,8% en exercice salarié. Comparativement, au niveau national, on constate une moindre diminution du nombre de médecins généralistes puisque la moyenne nationale montre une variation de -7,4%. [3]

Figure 1 : Variation des effectifs des médecins généralistes entre 2007 et 2015.



Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins, Juin 2015.

Bien qu'au premier abord, en discutant avec différents collègues internes, l'installation en milieu libéral ne semble pas plus que ça les inquiéter, avec, pour bon nombre d'entre eux, un projet à plus ou moins long terme en réflexion, il est indéniable cependant, aussi bien au vu des chiffres, qu'au regard de la situation actuelle lorsqu'on se place d'un point de vue de patient, que l'accès aux soins chez le généraliste dans les années à venir a tendance à inquiéter : peur des délais de rendez vous qui s'allongent, du non remplacement des médecins partant à la retraite, de ne pas trouver de médecin traitant car bon nombre d'entre eux n'accepte plus de nouveaux patients ...

Il m'a donc paru intéressant d'essayer d'établir un « état des lieux » sur ce qui semble freiner de plus en plus les jeunes médecins généralistes tout juste diplômés à s'installer, et à rester remplaçant plus longtemps ou à privilégier le salariat, voire à envisager un mode d'exercice tout autre que la médecine générale.

MATERIEL ET METHODE

Cette étude a été réalisée par le biais d'une étude qualitative. Le but n'est pas, contrairement à une approche quantitative, d'obtenir des résultats extrapolables à la population générale et d'en généraliser les conclusions, mais de faire ressortir par le biais d'entretiens des idées, des comportements, des lignes de conduite permettant d'expliquer des attitudes données et de répondre à une problématique.

I – La population

La population étudiée a été les internes de médecine générale de la faculté d'Amiens. Les internes interrogés ont été sélectionnés au hasard, sur la base du volontariat, après que leur sujet leur ait été exposé de façon « globale » comme étant en rapport avec l'installation en médecine générale.

Le critère d'inclusion était l'appartenance à l'échelon de la dernière année d'internat, soit les internes faisant partie de la promotion terminant en novembre 2014, ou ceux ayant un semestre de décalage sur la promotion 2013 et terminant leur internat en mai 2014. Le but était en effet de sélectionner les internes en fin de DES, c'est-à-dire à un moment où ils sont directement confrontés au problème du choix de leur avenir professionnel dans un avenir proche, et se posant donc des questions sur une éventuelle installation en milieu libéral.

L'échantillon étudié a regroupé au total 13 internes, dont 5 hommes et 8 femmes, d'âge moyen de 31,6 ans [27 – 45 ans], ayant réalisé leur externat dans différentes facultés de France, voire venant de l'étranger.

II – Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés sous forme de « focus group », par petits groupes de 3 à 4 internes de façon à favoriser une interactivité entre les participants.

Les 3 premiers entretiens ont été réalisés sur une période allant de mai à août 2014, puis, devant l'évolution de l'actualité, avec notamment le vote en 1ère lecture de la loi santé à l'Assemblée Nationale, un dernier entretien a été réalisé en avril 2015 afin de voir si de nouveaux éléments étaient mis en avant par les internes.

Le choix de réaliser des focus group a été fait afin de pouvoir rebondir sur les idées des uns et des autres, de pouvoir développer les idées mises en avant plus en profondeur que dans le cadre d'entretien semi dirigés, et de pouvoir mettre en confrontation les différents points de vue de chacun afin d'en tirer un maximum d'éléments à exploiter.

Les entretiens se sont déroulés dans une pièce au calme, et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone de façon anonyme, chaque personne étant désigné par une lettre allant de A à M. Le sujet de l'étude était expliqué à chaque début d'entretien.

La durée des entretiens était variable, selon le nombre de participants à chaque séance, et selon le contenu qui en ressortait. Il n'y avait pas de limite de temps.

La retranscription a été faite à l'aide de Microsoft Word. Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot, les silences et les rires ont été précisés lors de cette retranscription. Chaque prise de parole est notifié par une lettre attribué à chaque participant, mes questions et mes interventions sont notifiées par la lettre « Q ».

III – Le script d'entretien

Le script d'entretien, présenté en annexe, a été réalisé en s'appuyant sur un questionnaire fait de questions ouvertes. Il a été testé par quelques internes volontaires, n'ayant par la suite pas été inclus dans les focus group par soucis de préserver la spontanéité des réponses recueillies. Cela a permis de le modifier afin d'obtenir une meilleure compréhension des questions, ou d'élargir leur champ de réponses.

Le script final est composé de sept questions ouvertes, comportant des sous questions posées au besoin dans le but de développer et d'approfondir les idées mises en avant. L'ordre initial

des questions n'a pas toujours été respecté, afin de ne pas casser le fil de la discussion selon les thèmes abordés par les internes. Ainsi, certains propos ont permis de rebondir et de faire le lien avec une autre question, parfois même sans avoir à la poser de manière concrète.

IV – Méthode d'analyse

L'analyse des entretiens a été faite de façon manuelle, selon la méthode de la théorisation ancrée de Glaser et Strauss. Cette méthode a pour but de faire ressortir et d'explicitier des thèmes principaux émergeant de l'analyse des entretiens, et de les mettre en relation les uns avec les autres afin d'en extraire des idées concrètes.

Cela se fait en analysant le texte phrase par phrase, en sortant celles-ci de leur contexte, et en leur attribuant des mots clés représentatifs des idées exprimées, faisant émerger un « code ». Au fur et à mesure du codage, ces différents mots clés se regroupent entre eux lorsqu'ils expriment des idées similaires, et permettent de tirer des différents entretiens des concepts généraux.

RESULTATS

I – La vision de la médecine générale

La population interrogée pour cette étude avait eu l'occasion d'être confrontée plusieurs fois au cours de leur cursus à l'exercice de la médecine générale, que ce soit lors des stages d'externe, du stage d'interne de niveau 1, et parfois, en plus de cela, au cours du SASPAS, voire au cours de leurs remplacements pour ceux qui avaient eu l'occasion d'en faire. Ils avaient donc tous leur vision propre des choses, qu'ils avaient vu évoluer au fil de leur pratique et de leurs expériences personnelles.

1 - La position du médecin généraliste dans le parcours de soins

a – Au premier plan dans le parcours de soins

L'image première du médecin généraliste reste celle du médecin de premier recours, celle du médecin que les patients consultent pour tous leurs petits problèmes de la vie quotidienne, pour leur suivi, leurs inquiétudes, ou pour être orientés vers un médecin spécialiste lorsqu'ils en ressentent le besoin : le médecin de première ligne, qui doit « savoir tout gérer ».

i- Gérer les polypathologies

E : « En fait t'es au premier plan en ville, ou en milieu campagnard pour gérer les patients, les orienter, les suivre au long cours, t'es pas aidé en fait »

ii- Gérer la « bobologie »

G : « pour tout ce qui est traitement symptomatique, pour des petits rhumes, les petites rhinos, tout ça tu le fais pas à l'hôpital donc t'as aucune notion des traitements, des noms de médicaments, de ceci cela... Les enfants c'est pareil, même si on fait de la pédiatrie à l'hôpital, les pathologies c'est vachement réduit quand même ! »

« par contre j'ai pas du tout aimé la médecine en ville, j'ai pas aimé, en rural c'était vraiment sympa, mais les gens sinon ils viennent beaucoup pour des brouilles »

b – Un accès au spécialiste jugé difficile

Il ressort également une crainte de l'isolement sur le plan médical, avec la question du « que faire du patient » quand il y a un problème qu'on ne sait pas régler.

E : « *T'es seul pour gérer les patients et tout autour on t'aide pas, on te dit pas voilà si t'as un problème tu peux appeler un tel machin et tout, tu dois te démerder.* »

H : « *Mais ça va vite quand même à se déconnecter de la vraie vie, et de pas savoir des choses bêtes, adresser son patient à tel spécialiste ... Parce que quand on est tout seul dans son cabinet finalement on sait plus trop c'qui se passe autour de nous, alors que peut être avoir un petit pied à l'hôpital, ça permet de se dire, on connaît tel ou tel spécialiste, après on peut adresser, euh ...* »

L : « *Quand il nous faut un avis, il faut tout de suite prendre le téléphone. A l'hôpital, on a l'avis dans la journée en allant manger au self avec les confrères par exemple. [...] C'est plus « rassurant » pour les professionnels de santé, de ne pas être isolé* »

C : « *Quand on se retrouve bloqués à ne pas trop savoir quoi faire, c'est la solitude en fait.* »

K : « *le fait d'être seul si on a un problème quelconque en particulier l'éloignement géographique des spécialistes* »

2- La solitude du médecin généraliste

a - Un exercice solitaire... même en groupe

Plus que la peur de l'isolement « médical » à proprement parler est mis en avant une crainte de l'isolement « social » vis-à-vis des confrères.

A : « *Ce qui fait peur c'est peut être aussi d'être tout seul je pense aussi, quand on se retrouve avec autant de demandes et qu'on est tout seul ...* »

J : « *Après y'a le cabinet de groupe [...] On travaille pas ensemble, on travaille les uns à côté des autres, mais pas ensemble* »

H : « *J'suis pas sûre que finalement... on se voit tant que ça.[...] C'était juste, on s'disait bonjour, y'avait une salle de repos donc on s'voyait à 4h pour la pause, et encore, mais y'avait pas de relations... sans plus quoi. »*

b - Une collaboration parfois difficile

Il y a aussi la crainte de ne pas s'entendre avec ses associés sur le long terme :

B : « *Après ça pose le problème de collaboration faut toujours bien t'entendre mais ça c'est plus humain que médical. »*

J : « *Il suffit que y'ait des tensions dans la maison médicale et après les petites réunions sympas tu les fais plus ... »*

c - Se tenir informé de l'actualité

Le fait de travailler en cabinet, avec peu de contact avec les confrères, amène la crainte de ne pas être au courant des nouveautés médicales.

H : « *J'ai en tout cas vite peur de me retrouver dans mon train train de médecine générale où on est plus trop au courant de ce qui se passe, alors bon forcément on est obligés de faire des FMC tout ça, mais ça va vite quand même »*

3 - La relation médecin / patient

Globalement, il apparaît que l'évolution de la relation médecin / patient est perçue de façon négative par les internes, que ce soit par rapport à leurs demandes, ou à leurs exigences de prise en charge, ou encore à la confiance accordée au médecin, le tout dans un contexte où la demande est perçue comme étant de plus en plus forte.

a - Une forte sollicitation

La demande du patient vis-à-vis de son médecin traitant est jugée comme étant constante, le patient est perçu comme attendant du médecin une réponse immédiate, quelque soit les circonstances.

E : *« T'es sollicité plus que n'importe qui en fait, en milieu rural on t'appelle limite 24h sur 24 [...], mais en tout cas le médecin traitant, il est plus que médecin traitant en fait, limite il viendrait taper à ta porte à minuit pour te dire voilà y'a quelque chose qui va pas on fait quoi »*

b - Des patients exigeants

Les demandes des patients lors des consultations sont souvent assimilées à une exigence de prescription, la consultation n'est plus perçue par les internes comme un patient qui vient avec un problème pour lequel il sollicite le médecin, mais comme un patient qui vient avec son idée de la solution à y apporter à laquelle il faut subvenir.

Que ce soit pour un traitement :

K : *« quand ils râlent parce qu'on veut pas mettre d'antibio pour un rhume »*

M : *« [...] ou renouveler le traitement hyper lourd du mari qui ne peut pas venir à la consult »*

Pour une prise en charge ...

M : *« on peut se rendre compte que les gens ralent [...] si on refuse de les adresser à un spécialiste car c'est pas indiqué, ou si ils viennent avec un diagnostic pré établi et qu'on leur explique que non c'est pas ça ou que non, il ne faut pas se soigner comme ça... »*

Ou pour de l'administratif :

M : *« finalement ils arrivent avec leur demande et ne comprennent pas que je ne veuille pas leur faire un arrêt de travail antidaté »*

Avec globalement la peur qu'entraîne ces exigences dans le cadre d'un exercice quotidien :

J : *« Le fait de me laisser manger par les patients »*

L : « *Ce qui m’effraye c’est [...] l’exigence croissante des gens !!!* »

c - Peu de reconnaissance

i- Client plutôt que patient

Il ressort qu’en règle générale, le rôle du médecin et son implication dans la prise en charge des patients est plus perçue comme un dû, comme un service que le patient vient acheter, et non comme un soin donné lorsque cela est nécessaire et qui mérite reconnaissance.

G : « *Il faut leur faire exactement ce qu’ils veulent, et finalement c’est un client qui vient commander quelque chose chez le médecin. [...] Il vient nous voir parce qu’il veut quelque chose qu’on doit lui donner* »

J : « *On est vraiment des prestataires de services* »

ii- Une perte de l’estime du médecin

Le dévouement du médecin pour les patients n’est pas récompensé à sa juste valeur aux yeux des internes :

D : « *Et malgré ça je trouve qu’on a pas beaucoup d’estime, dès que y’a un soucis on nous reproche, alors qu’on est humain et on peut pas tout savoir non plus. [...] On est sollicité et on est pas forcément remerciés.* »

L : « *Le médecin n’est plus respecté comme avant, et c’est bien dommage !* »

II - La représentation de l’installation

Si presque tous évoquent une vision encore incomplète de ce qu’est l’installation à long terme de par le manque d’expérience hors du milieu hospitalier, et si pour beaucoup il semble en ressortir un certain nombre de points positifs, tous nuancent la pratique de la médecine

libérale en tant que médecin installé par des points négatifs variés, mais toujours fortement ancrés.

1 - Un manque de formation évident

Tout d'abord, si les personnes interrogées estiment avoir une formation médicale suffisante pour gérer leur patientèle, il en va autrement pour ce qui est de la gestion d'un cabinet.

E : « *La seule chose, c'est la gérance du cabinet, la dessus on est pas assez formés. [...]* Ouais je me sens pas prêt d'emblée à m'installer, gérer toute la paperasserie, etc, je préfère voir, voilà c'est encore une question de formation tu vois. »

F : « *On a quelques notions théoriques, mais le jour où on veut remplacer, ou s'installer, on est lâchés dans la nature, on est pas préparés on y connaît presque rien* »

A : « *Ce qui peut faire peur je pense c'est le salariat et la gestion* ».

D : « *Y'a des trucs qui sont fait au niveau de la fac mais c'est trop tard le soir, c'est à partir de 19h30, tu te déplaces de Paris t'imagines tu vas rentrer à quelle heure ? Ils avaient fait un truc installation en milieu libéral mais j'ai pas pu y aller ...* »

L : « *J'hésiterais moins à m'installer en libéral si je connaissais vraiment comment fonctionne un cabinet. J'ai encore l'impression qu'il y a des zones d'ombres dont je ne suis pas au courant. Si c'est pour que ça me tombe dessus quand je suis installée et que je ne peux pas anticiper le problème, c'est pas la peine.* »

La gestion de toute la partie comptable fait peur aussi :

E : « *Tout ce qui est comptabilité etc, même dans le cadre de la faculté ils t'expliquent pas, tout ce qui est comptabilité, créer une société...* »

B : « *Après y'a aussi le côté comptabilité, gestions des charges, gestion du cabinet, gestion des salariés éventuellement, toute cette vision là aussi, y'a une question d'habitude y'a une question de connaitre.* »

L : « *Et puis, médicalement, on est formé, mais pour gérer un cabinet ou faire de la compta, moi je me trouve complètement désarmée !* »

2 - Une surcharge administrative

Vient s'ajouter à cela le rôle très administratif, très « paperasse » de la médecine libérale, du médecin traitant, que ce soit vis-à-vis du cabinet mais aussi de la prise en charge des patients.

a -Personnelle

D'abord la gestion administrative personnelle qui vient avec le fait d'être chef d'entreprise :

F : « *Tout ce qui est comptabilité, savoir comment gérer tout ça...* »

C : « *Et puis beaucoup de contraintes administratives, de démarches à faire, d'organismes à contacter* »

M : « *Donc finalement je me dis pourquoi pas plutôt un contrat de collaborateur libéral, au moins t'as pas toute la compta d'un cabinet à gérer, tu sais ce que tu reverses au médecin à la fin du mois car c'est défini dans le contrat, ça fait déjà pas mal de paperasserie et de tracas compta en moins à gérer ...* »

b -Professionnelle

Et surtout le côté professionnel, avec ce que ça implique d'être le médecin traitant d'un patient, dans le suivi de son dossier et de toutes les formalités qui vont avec :

D : « *Toute la paperasse. Tout remplir, classer, tenir à jour [...] Ca demande beaucoup de temps, qu'on pourrait passer à voir des patients.*

F : « *Tous les trucs de certificats tu sais c'est le médecin généraliste qui doit les faire tous les trucs de déclaration d'ALD, pourquoi les spés ils peuvent pas le faire, dès que y'a un certificat les spés ils disent ouais allez voir votre médecin traitant* »

F : « *Tu te retrouves à faire un arrêt de travail d'un jour elle vient juste pour ça, elle vient elle dit j'ai rien c'est juste ça... pi à remplir certes c'est une ou deux minutes mais tu cumules toute la journée une ou deux minutes et après on te dit ouais le médecin G il est pas présent* »

L : « *Il y a une certaine lourdeur administrative par rapport à l'hôpital je trouve, sans compter les charges* »

3 - Avoir sa patientèle : encore un atout ?

S'il ressort des entretiens que le statut de remplaçant, à terme, n'est souvent pas celui qui est recherché, cela est toutefois fortement nuancé par les inconvénients qui incombent de devoir gérer une patientèle bien à soi.

a – La crainte des déserts médicaux

Le fait de se retrouver à faire face à de trop nombreux patients du fait de la pénurie de médecins dans certaines zones inquiète :

L : « *Et puis voilà oui, on manque de médecins, mais les autorités ne font pas non plus tout pour les attirer ! [...] Et puis, on voit que les gens ont des difficultés à trouver un médecin quand le leur part à la retraite* »

K : « *Et après dans l'avenir avec la pénurie de médecins généralistes, sur le long terme, difficile de dire si ça pourra encore être [un avantage]... »*

Certains envisagent d'ailleurs dès maintenant qu'il faudra vite refuser de prendre de nouveaux patients :

A : « *Dès le début je pense qu'il faudra limiter un peu, [...] la première année je pense qu'il faut accepter tout le monde mais après faut mettre le hola sinon on va pas pouvoir répondre à la demande médicale. »*

Même si d'un point de vue éthique cela n'est pas toujours facile :

M : « *On pourra pas absorber tous les patients, mais d'un côté quand on a une personne âgée qui va venir en disant je trouve personne pour venir me voir à domicile, ben c'est bien beau mais même si on essaye de limiter la charge de travail, si on prend pas ce genre de patient qui va le faire ?? »*

L : « *C'est comme si on n'aidait pas un aveugle à traverser, alors qu'on peut le faire ! »*

b – Un exercice routinier

L'exercice en cabinet est parfois perçu également comme une routine :

K : « *Après on a aussi le côté répétitif des consultations qui s'enchainent trop rapidement, ça y'a pas trop le choix, avec des horaires toujours identiques... Peut être un peu routinier en fait.* »

4 - Gestion financière du cabinet

Au-delà du côté purement administratif vient se greffer la nécessité de gérer tout le côté financier qu'implique le fait d'avoir son cabinet.

a – Un investissement non négligeable

S'installer, que ce soit seul ou en groupe, nécessite un investissement matériel important, auquel s'ajoute le coût du cabinet : loyer ou achat des locaux, achats des parts d'une éventuelle SCM, frais de logiciels informatiques, ...

K : « *L'installation m'angoisse un peu, j'ai pas les fonds nécessaires* »

M : « *Il faut avoir les fonds... et on est pas forcément dans un contexte où c'est le cas, ou alors il faut choisir entre investissement pro et investissement perso... et puis aussi toute les contraintes de gestion du cabinet, les frais à prendre en compte...* »

L : « *Et il faut aussi gérer tout de A à Z, on n'a pas toujours les moyens d'avoir une secrétaire ou une femme de ménage quand on débute. [...] On s'investit humainement et financièrement. Si le cabinet croule, ça retentit sur la vie privée, et ça s'est pas bon du tout !* »

b - De lourdes charges à payer

S'installer en libéral veut dire payer les charges du cabinet qui vont avec.

Et cela inquiète :

L : « *J'ai pas envie de passer des nuits à ne pas dormir parce que j'ai ça ou ça à payer, et que je n'ai pas eu assez de patients dans la journée pour couvrir les charges, ça ça me stresse beaucoup !* »

M : « [...] le côté quand on est installé des charges à devoir payer quoi qu'il en soit. Qu'on travaille ou qu'on soit en vacances, ou bien qu'on soit malade et qu'on puisse pas bosser, les charges du cabinet elles attendent pas »

Le côté rentabilité reste présent quoi qu'il en soit :

G : « On est libres de travailler si on veut moins, mais après si on veut que ça soit rentable faut quand même travailler quoi, sinon y'a plus d'avantage à être installé et avoir un salaire, faut être réaliste aussi. »

L : « Et en libéral, on n'a jamais le même salaire à la fin du mois, donc il faut savoir compter »

c - Trouver un remplaçant

Et qui dit charges à assumer dit devoir trouver un remplaçant pour, au-delà du fait d'être là pour gérer la patientèle, assurer une rentrée d'argent minimum lors des congès...

Ce qui n'est pas gagné d'avance :

M : « Surtout que c'est pas facile de trouver un remplaçant, alors si on a même pas ce petit quelque chose pour pouvoir couvrir les charges »

5 - L'hôpital, une sécurité

Même si l'exercice médical n'est pas décrit comme y étant toujours positif par les internes, l'hôpital continue à renvoyer, bien plus que le milieu libéral, une image de sécurité.

La sécurité de l'emploi :

K : « Les inconvénients sont de la médecine générale pour moi, c'est la non-sécurité de l'emploi »

La sécurité financière :

L : « A l'hôpital, c'est la même somme tous les mois point barre ! »

La sécurité juridique :

L : « *Et puis même au niveau responsabilité médicale, l'hôpital est là pour nous couvrir, en libéral on est directement fautif si il y un problème avec un patient.* »

La sécurité médicale :

H : « *Aussi l'isolement, c'est pour ça que moi je suis plus sur l'hospitalier.* »

L : « *A l'hôpital, on a l'avis dans la journée* »

III – Les conditions d'exercice en libéral, pas des plus favorables

1- La perception de la qualité de vie

De l'avis général, allier vie professionnelle et vie privée reste une priorité. Si on retrouve du positif au fait d'exercer en libéral, il n'en reste pas moins que beaucoup de contraintes se dégagent des réponses des internes, avec à la clé la crainte du retentissement de l'installation sur la qualité de vie.

a- La charge horaire

i- Des journées à rallonge

Classiquement, les journées sont longues en médecine générale, et cela est ressenti comme une réelle contrainte.

C : « *J'étais par exemple chez un praticien qui consulte chez lui, des grosses journées, donc il ne sort jamais de chez lui. J'ai trouvé ça très difficile à gérer.* »

G : « *Les horaires, moi le prat chez qui j'ai travaillé c'est quand même 8h le matin, souvent ils finissent pas avant 20h* »

K : « *Les remplacements me montrent que s'installer dans une région très peu dotée en généraliste signifie avoir des horaires incompatibles avec mon projet de vie privée.* »

ii- Une charge de travail en constante augmentation

Le contexte actuelle et l'évolution prévue de la démographie médicale angoisse :

B : « *On va plutôt avoir trop de boulot que pas assez [...] c'est bien pour nous, mais du coup ça fait un peu flipper par rapport à la charge de travail.* »

E : « *La charge de travail [...], y'a une demande trop importante des patients* »

K : « *Je me rends compte que les anciens généralistes vont tous partir en retraite d'un seul coup et que la charge de travail va être trop conséquente.* »

b - Peu de temps libre dans la journée

G : « *Ils se laissent pas de grosses pauses, pour avoir une vie familiale et tout, c'est quand même assez difficile ...* »

C : « *Il faut tout gérer, on a pas trop le temps non plus, il y a les autres patients derrière qui attendent...* »

c - Une obligation de présence

G : « *Si tu veux faire un peu le tour, que les gens soient pas obligés de poser une journée juste pour des vaccins, faut forcément que ça soit des horaires où les autres ne travaillent pas, donc soit tôt le matin ou tard le soir.* »

M : « *On a aussi des obligations, on peut pas se permettre de partir X semaines d'affilée en vacances, par exemple ça paraît difficile de dire allez je prend les 2 semaines à Noël, j'ai pas de remplaçant, tant pis les patients se débrouilleront.* »

2 - Une protection sociale médiocre

Comme toute profession non salariée, la protection sociale diffère, mais particulièrement chez les médecins libéraux qui sont sous le régime des PAM et affiliés à la CARMF pour tout ce qui est retraite.

Avec en conséquence, ce que cela implique en terme de couverture sociale :

B : « *Bon y'a quand même la protection sociale [...] Parce que si jamais on a une maladie grave, c'est qu'au bout de 6 mois... euh 90 jours... enfin... ouais, qu'on est ...* »

M : « *Qu'on travaille ou qu'on soit en vacances, ou bien qu'on soit malade et qu'on puisse pas bosser, les charges du cabinet elles attendent pas et donc à moins d'avoir une prévoyance ça peut vite être la merde si on travaille pas pendant plusieurs semaines.* »

K : « *La non sécurité [...] en cas d'arrêt maladie* »

3 - L'influence grandissante de la Sécurité Sociale

a - Rémunération sur ROSP

La prime attribuée chaque année par la sécurité sociale si les objectifs de santé publique sont atteints n'est pas perçue que de manière positive, mais parfois plutôt comme une sanction lorsque ces objectifs n'ont pas été atteints :

F : « *Et la sécu oui qui fixe des objectifs, alors ok c'est bien d'avoir des objectifs, mais en fait ça fait un peu, si t'arrives pas à bien soigner tes patients, si tu « travailles pas bien » entre guillemets, désolé t'es pas payé.* »

b- Une forte pression de la part des caisses

Globalement, le ressenti des internes va dans le sens où la médecine libérale est, justement, de moins en moins « libre » de ses décisions.

E : « *Et aussi, au niveau où on est restreints, c'est la sécu qui bloque pour faire quoi que ce soit, alors que tas une profession où t'es sensé...* »

K : *« Aussi, l'actualité sur le tiers-payant ne me donne aucunement envie en ce moment de m'installer. On sait pas ce qui va en sortir vraiment, et franchement c'est déjà assez compliqué comme ça avec tout ce qu'il y a à gérer... »*

IV – Facteurs influençant le lieu d'exercice

1- L'origine géographique

a - Picard ou non

Le lieu d'origine des internes est le facteur qui apparaît comme étant le plus déterminant quant à leur intention de rester ou non dans la région.

L : *« J'ai choisi Amiens, parce que je suis originaire de la Picardie, de l'Aisne exactement. [...] J'y suis née, donc forcément attachée avec la famille qui n'est pas très loin. »*

B : *« J'habite en Picardie, donc c'est pour ça que j'ai choisi la Picardie. »*

A : *« J'y ai toujours vécu, j'aime y vivre. »*

G : *« Avant de partir à Lille j'étais de Picardie donc je suis revenue. »*

... Même si cela n'est pas la garantie de rester en Picardie pour y pratiquer par la suite :

K : *« Je trouvais cela plus rassurant et pratique d'effectuer son internat dans une région que je connaissais déjà, quitte à changer de région après l'internat. »*

b - Rural ou urbain

A : « *Moi j'ai eu une aide, le CESP, donc ça m'a permis de... de m'installer dans une zone limitée, généralement c'est en rural, c'est en sous doté, mais en fait toute la Picardie est sous dotée. [...] Moi j'aurais pas été ailleurs, je savais que c'était à côté de chez moi.* »

2 - La situation familiale

L : « *Et puis, en arrivant sur Amiens, mon copain, mari maintenant, a trouvé du travail par ici. Donc après, notre vie s'est construite ici, ça coulait de source de choisir Amiens* »

M : « *Toute ma vie personnelle est ici, et quand on commence à avoir des attaches, une vie de famille, etc, c'est pas pour partir à l'autre bout de la France...* »

B : « *Y'a toute une vie parce que voilà j'ai 30 ans, un enfant, y'a tout ça, t'es lié à une famille.* »

C : « *Avant, c'était de repartir en Italie pour pouvoir faire gynécologie. Maintenant je suis là, j'ai mon copain, je ne sais pas si je veux faire un DU ou autre chose...* »

3 - La vie privée avant tout

Les internes ne veulent pas sacrifier leur vie privée au détriment de leur vie professionnelle. Ceux qui souhaitent s'installer le feront, mais certainement pas n'importe où :

a - L'accès aux commodités, facteur essentiel

Avant tout, le lieu d'exercice est défini par l'environnement alentour : écoles, commerces, loisirs, environnement adapté au conjoint.

L : « *J'ai pas envie d'être au fin fond de la campagne pour aller soigner les gens, pour aller chercher mon pain, ou encore conduire mes enfants à l'école ou à leur activité.* »

B : « *Après faut voir pour les écoles pas loin, l'école de musique, euh... [...] Faut vraiment voir tout ça, j'vais pas m'installer là où y'a pas d'école de musique pour mon enfant, où y'a*

pas un supermarché plus grand, où si j'suis à plus d'une heure d'un centre commercial tu vois j'veux acheter un meuble bah voilà... [...] Faut que ma femme trouve du travail, ça jouera. »

A : « Faut que ça soit adapté pour une famille. »

b - La « peur » du rural

Avec un passage obligatoire en milieu rural au cours de la maquette de l'internat, l'exercice y est forcément connu des internes, et il continue à inquiéter, ou du moins suscite des interrogations.

K : « En plus, je sais toujours pas vraiment si je préfère le rural ou l'urbain... »

L : « Pas trop loin de la ville non plus [...] pour pas non plus passer mon temps sur la route à faire des visites à n'en plus finir !! »

E : « On en revient toujours à la famille tu vois, [...] y'a une demande trop importante des patients, ça serait à la décharge de ta famille »

F : « La priorité c'est quand même de pouvoir conjuguer les deux sans que le côté professionnel envahisse ta vie privée, pas te retrouver non plus à bosser à 1h de la maison et à rentrer à pas d'heure le soir et au final de pas avoir le temps de profiter de ta famille ... »

4 - Des aides qui entrent peu en jeu

Les aides à disposition lors d'une installation en libérale ne sont pas forcément connues de tous même si globalement, ceux qui se destinent à cette forme d'exercice sont assez bien informés sur les aides principales.

Cependant, d'un point de vue global, même si cela peut donner un coup de pouce, ces aides sont loin de convaincre de s'installer dans un lieu donné.

M : « C'est vrai que ponctuellement si on a le projet de s'installer à tel ou tel endroit et qu'on nous donne un coup de pouce c'est tout bénéf, par contre se baser que la dessus bon, ça

dépend de l'endroit, mais après y'a pas que le côté financier qui entre en compte, il faut vraiment inclure le tout dans un projet général et que ça colle avec ce projet. »

Parfois, accepter de s'engager contre une contre partie financière durant les études peut même être vécu comme une entrave par la suite :

F : « Par exemple pour le CESP, on nous le propose quasi dès le début des études, [...] on peut se dire au début oui de toute façon moi j'veux bosser en rural, mais tu sais pas si au final tu vas pas remettre ce choix en cause plus tard, donc pour s'engager la dedans c'est pas facile. [...] On peut vite se retrouver bloqués. »

A : « J'pense que tous ceux qui ont choisi le CESP voulaient de base s'installer et ils ont profité de l'opportunité [...] Donc j'pense que les aides financières ont pas forcément incité tant que ça. [...] Moi je l'ai prise parce que j'habite à côté, donc l'argent j'allais pas le refuser. »

I : « Moi je fais le contrat d'engagement du service publique depuis le début de l'internat, c'est une aide mais à la fin t'as quand même une belle contrainte. »

En tout cas, ce n'est certainement pas un attrait suffisant pour influencer le lieu d'une installation future, l'environnement privé, notamment l'accessibilité à un travail pour le conjoint a une place essentielle.

D : « Moi personnellement, j'suis déjà installée avec mon conjoint, il a déjà son entreprise, j'vais pas le faire bouger alors qu'il est déjà installé alors que moi je dois m'installer, [...] après si c'est pas loin les subventions, oui je pourrais, mais moi ça m'influencerait pas plus que ça. »

E : « J'serais tout seul, j'm'en fiche, on me propose des aides ouais carrément j'y vais, mais pas quand t'as une famille, tu peux pas tout lâcher comme ça si eux ça les désavantage. »

DISCUSSION

I – La méthode : avantages et limites

1- La population

Les entretiens ont été menés sur la base du volontariat, après avoir exposé brièvement le sujet comme étant en rapport avec l'installation en milieu libéral. Du fait même du principe du volontariat, il est clair qu'il y a un biais de sélection puisque les internes intéressés par le sujet ont plus facilement répondu présent. De même, l'étude étant réalisée sur les internes de ma promotion, ceux qui me connaissaient personnellement ont également plus facilement accepté de répondre.

Les entretiens ont été réalisés en petits groupes du fait des difficultés à réunir chacun en un lieu commun et à un moment précis étant donné les obligations professionnelles de chacun et la disparité géographique, les internes étant en stage sur toute la région Picarde. Cela peut à la fois constituer un avantage : petit groupe donc interactions plus faciles les uns avec les autres ; mais aussi un inconvénient : moins de participants, donc moins d'idées différentes sur lesquelles rebondir.

L'étude ayant été réalisée sur des étudiants en fin d'internat, étant les premiers concernés par leur avenir, limite aussi forcément les réponses : même en étant passés à plusieurs reprises au cours de leurs stages, de leurs déplacements, dans le milieu libéral, leur expérience reste toute relative puisqu'elle est encore peu étendue, et ce qui constitue pour eux un frein aujourd'hui peut ne plus l'être après quelques années d'exercice. De même, on peut imaginer que des médecins plus âgés, remplaçants ou non, auraient pu évoquer eux aussi de tous autres arguments, sur des choses auxquelles les internes n'ont pas encore été confrontés.

2- Les entretiens

Le script a été formulé dans le but d'obtenir des réponses les plus variées et les plus ouvertes possibles tout en orientant suffisamment les questions pour ne pas avoir de réponses qui s'égarent ou qui sont hors sujet.

Cependant du fait des questions ouvertes, la discussion s'éloignait parfois du sujet et il fallait alors l'y réorienter, ce qui a pu influencer les réponses ultérieures.

De plus, le script a été rédigé de façon à orienter les réponses, et étant directement concernée par le sujet, il est évident que lors de cette rédaction, mon propre ressenti quant à l'installation a forcément influencé la façon dont les questions ont été formulées et peuvent dès lors amener plus facilement à certaines réponses qu'à d'autres.

Les entretiens ont été réalisés en focus group plutôt qu'en entretiens individuels, dans le but de favoriser l'interaction et de pouvoir rebondir sur les idées des uns et des autres, pour amener au final un maximum d'idées différentes possibles.

Les entretiens ont été réalisés à un moment T, depuis, le changement d'actualité, avec notamment le vote de la loi santé par l'Assemblée Nationale, a pu modifier la donne. Afin de coller un maximum au ressenti actuel de la population étudiée, un dernier entretien, non prévu initialement, a donc été réalisé afin de voir si cela permettait de recueillir de nouvelles données. Peu de choses nouvelles ont émergées de cet entretien, mais cependant, le script d'entretien n'avait pas non plus été conçu pour orienter vers ce sujet d'actualité...

3- La méthode d'analyse

L'analyse qualitative a été préférée pour la réalisation de cette étude car il s'agissait ici de faire un « état des lieux » de la situation en mettant en avant les différentes raisons qui freinent aujourd'hui l'installation en médecine générale, et non de se contenter de recenser sous forme de statistiques si telle ou telle raison constitue un obstacle à l'installation. Chacun a, de par sa propre expérience et son propre ressenti, une ou des réticences vis-à-vis de l'installation en libéral, et c'est dans sa globalité qu'il faut prendre le problème si on veut pouvoir lever ces freins et redonner envie aux jeunes médecins de s'installer.

Cette méthode permet donc plus de diversité dans les réponses, et plus de liberté d'expression qu'une analyse quantitative qui a tendance à regrouper les réponses dans des cases bien précises.

La limite principale de la méthode qualitative de par son principe même repose sur l'échantillon réduit des sujets interrogés et donc sa non représentativité : on ne peut ici pas

extrapoler les résultats à l'ensemble de la population de médecins, et ce n'est d'ailleurs pas le but recherché.

Enfin, l'analyse des entretiens reste soumise à interprétation, et bien qu'on essaye de coller au plus près à ce qui a été dit, il est facile de faire une interprétation erronée des idées qu'ont pu exprimer les différentes personnes interrogées, l'analyse restant ici avant tout fortement intuitive.

II - L'installation en médecine générale intégrée dans le projet de vie

1- La vie privée avant la vie professionnelle

Contrairement aux anciennes générations de médecins qui ne comptaient pas leurs heures, souvent au détriment de leur vie familiale, les jeunes médecins d'aujourd'hui veulent non seulement conjuguer vie professionnelle et vie privée, mais ils souhaitent même donner la priorité à leur vie familiale.

Si l'exercice de la médecine générale reste majoritairement une vocation chez les internes ayant participé à l'étude – mis à part ceux qui, dès le début, ne se destinaient pas à rester dans cette voie, ils ne sont plus près à faire le sacrifice de leur vie familiale à ce titre.

Cette notion se retrouve dans le travail réalisé par S. POISSON RUBI en 2006 [4], étude menée sur 249 médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003, où il était déjà mis en avant que les jeunes médecins n'étaient pas près à sacrifier leur vie privée au détriment de leur carrière.

L'image du médecin joignable 24h/24, qui fait des journées de plus de 12h, qui se libère à tout heure pour une visite de routine n'est définitivement plus celle qui attire.

Cela semble aussi venir du fait que la mentalité des patients est perçue différemment. La relation paternaliste qui existait il fut un temps entre le médecin de famille et son patient, avec la pleine confiance que cela impliquait, a évolué et beaucoup mettent en avant le côté de plus en plus exigeants des patients, avec une relation qui se transforme davantage en clientélisme,

chose à laquelle les jeunes praticiens refusent de se soumettre. C'est d'ailleurs pour certains la raison évoquée quant au fait de ne pas souhaiter exercer la médecine générale.

a) Un environnement de travail primordial

Fort de ce soucis de donner la priorité à leur vie familiale, les jeunes médecins ne sont plus prêts à exercer n'importe où, dans n'importe quelles conditions.

Le milieu rural fait peur, de par la surcharge de travail qui va avec : manques de médecins installés en campagne, avec, forcément, les journées de travail à rallonge pour satisfaire à la demande des patients et donc de ne plus avoir de temps disponible pour la famille et les loisirs personnels. Et même si beaucoup s'accordent à dire qu'ils ne se laisseront pas déborder par la demande des patients à laquelle ils souhaitent mettre un frein dès le début pour éviter de tomber dans l'engrenage de toujours plus de demandes à satisfaire, il faut tout de même prendre en compte que la rémunération à l'acte en France, parmi les plus faibles en Europe, ne laisse guère le choix que de travailler beaucoup ou vite, avec, forcément, une perte soit de la qualité de vie du médecin, soit de la qualité des soins qui en découle. En effet, selon les chiffres de l'OCDE [5], en 2010/2011, le revenu moyen d'un généraliste français s'élevait à 83000 dollars, soit des chiffres arrivant en queue de peloton, alors que parallèlement, le médecin généraliste français est celui qui fait le plus d'heures de travail par semaine au sein de l'OCDE.

Mais surtout, désert médical va souvent de paire avec désert culturel et social : peu ou pas de loisirs à proximité pour les enfants, pas de commerces de proximité, car il est vrai que de plus en plus de petits villages sont désormais sans boulangerie, sans bureau de tabac, sans bureau de poste, sans transports en communs, sans écoles ! Avec la nécessité que cela entraîne de parcourir des kilomètres pour la moindre petite course.

Et c'est bien ce problème d'absence de commodités qui freine l'installation dans ces zones, car, comme le montre une enquête réalisée par la DRASS de Picardie et l'OR2S en 2007 auprès d'internes picards [6], le cadre de vie global de la région constitue plutôt un facteur positif, puisque susceptible de pousser 71% des internes de médecine générale à rester exercer, se classant ainsi en 3eme position derrière le conjoint et la famille.

b)- Un aspect financier secondaire

Depuis 2004, un certain nombre de mesures incitatives ont été mises en place pour tenter de favoriser l'installation des jeunes médecins en zone sous dotées, la plupart à type d'incitation financière.

Il en ressort que le résultat n'est pas celui escompté, puisque les déserts médicaux sont à ce jour loin d'avoir disparu et inquiètent toujours politiques et professionnels de santé.

Comme le montrait déjà en 2007 un sondage BVA réalisé à la demande du CNOM [7], cela tient du fait que l'aspect financier est loin d'être au premier plan quant aux attentes des jeunes praticiens pour ce qui concerne leur lieu d'exercice, avec, au contraire, au premier plan, les notions d'épanouissement personnel et familial, et d'accès au travail pour le conjoint, ce qui n'est pas toujours facile dans les zones rurales, surtout au vu du contexte actuel.

C'est d'ailleurs ce qui ressort de ce travail, avec la volonté de ne pas faire déménager un conjoint déjà bien installé dans son travail, mais aussi et surtout, de ne pas accepter de travailler dans n'importe quelles conditions simplement pour gagner plus.

Ainsi, si globalement la présence d'aides financières est plutôt perçue de façon positive par les internes ayant participé à cette étude, ils mettent cependant en avant le côté « piège » de certaines d'entre elles, avec surtout l'exemple cité plusieurs fois du CESP, qui, en contrepartie d'une aide financière mensuelle non négligeable versée dès sa souscription, engage l'interne par la suite à exercer en zone sous dotée pendant une durée équivalente à celle où l'aide a été perçue. Si ceux qui sont sûrs de vouloir s'installer à un endroit précis sont enclins à accepter ce type de contrat, pour beaucoup, cela équivaut à la contrainte de ne plus pouvoir changer d'avis avant plusieurs années et de se retrouver bloqués à un endroit où ils n'auront peut être plus envie d'être dans le futur, avec tout ce que cela implique sur le plan personnel.

c) L'origine géographique, déterminante

Parmi la population interrogée, la majeure partie était originaire de Picardie. Parmi les internes venant d'ailleurs, la plupart était issue de régions limitrophes et était arrivée en Picardie pour l'internat, soit pour suivre un conjoint, soit pour des raisons de rapprochement

familial, ou encore à défaut par non accessibilité de leur région d'origine en lien avec un classement insuffisant aux ECN.

Si la région d'origine joue peu sur le souhait ou non de s'installer en libéral, cela intervient par contre de façon quasi catégorique sur le fait de rester ou non en Picardie. Si les internes picards ne savent pas tous s'ils veulent rester ou non, ceux originaires d'autres régions et venus par défaut réaliser leur internat en Picardie disent d'emblée vouloir repartir, et ce pour des raisons familiales : conjoint resté dans la région d'origine, souhait de se rapprocher à nouveau de la famille.

En effet, la longueur des études médicales fait que, quand un interne termine son internat de médecine générale, il a au minimum 27 ans, souvent plus, comme le montre la moyenne d'âge des internes répondant à cette étude, avec, souvent, une vie familiale déjà construite et ce depuis l'externat.

Selon l'enquête de la DRASS de Picardie et de l'OR2S de 2007 [6], à long terme, 50% des internes (toutes spécialités confondues) originaires de la région reste en Picardie, c'est le cas pour moins de 10% des internes issus d'autres régions, confirmant bien cet effet de ne pas vouloir rester dans une région dont ils ne sont pas issus.

Le travail de thèse du Dr Charlotte Renoult, qui s'était d'ailleurs intéressée au devenir des internes de médecine générale de la faculté d'Amiens issus des années 2006 et 2007 avait d'ailleurs montré en 2013 que si la majorité des médecins originaires de Picardie étaient restés dans la région, ce n'était le cas pour aucun originaire d'ailleurs. [8]

Il semble donc difficile, d'après ce constat, d'attirer de jeunes généralistes issus d'autres régions en Picardie, sauf en cas d'absence d'attaches familiales.

2- Féminisation de la profession

La démographie médicale a, et continue d'évoluer vers une féminisation de la profession depuis plusieurs années.

Aujourd'hui, la France compte 40 072 femmes généralistes, soit 44,6% des effectifs [3], contre 20% dans les années 1980. Selon les projections de la DREES, la parité devrait être atteinte en 2020 [9].

Cette féminisation induit des modifications de l'exercice médical en médecine générale. Comme le soulignent les internes femmes ayant répondu à ce travail, cela va de pair avec le souhait de ne pas « subir » l'exercice de la médecine libéral et de pouvoir garder du temps libre pour les activités personnelles et familiales.

Selon une étude réalisée par l'URML de Rhône Alpes en 2005, auprès de 1500 médecins en activité [10], la différence dans la façon d'exercer entre hommes et femmes généralistes est nette : moins d'heures de travail chez les femmes (12h par semaine en moyenne), une semaine de congès annuels en plus, et une moyenne de 83 consultations par semaine contre 102 chez les hommes. Les femmes sont également moins enclins à faire des visites à domicile que les hommes (68% des femmes médecins en font, contre 87% des hommes), et dans une moindre mesure : 7 visites hebdomadaires en moyenne pour les femmes contre 12 pour les hommes.

Parallèlement, on retrouve moins de femmes généralistes installées à la campagne.

Cela concorde avec les résultats de ce travail où l'on retrouve parmi les arguments freinant l'exercice libéral de la profession, la volonté de ne pas se trouver pris dans l'engrenage des consultations qui s'enchainent, avec un rythme de travail difficile à gérer.

En 2007, le travail de thèse d' Alexandre Flacher et de Nicolas Baude [11] concluait d'ailleurs déjà qu'il faudrait adapter le système de soins aux désirs des femmes pour favoriser l'attractivité de l'exercice libéral.

Les femmes s'orientent également davantage vers un exercice salarié que libéral. Un résultat confirmé par l'Atlas de la démographie médicale de 2015 [3], qui montre que 47% des femmes généralistes exercent en salariat, contre seulement 25% des hommes. Cela peut aisément s'expliquer par le fait que les conditions sont plus favorables aux femmes en milieu salarié : congès maternité bien plus avantageux qu'en libéral notamment.

Mais si cela est vrai pour les femmes, il semblerait que la tendance soit aussi en marche pour les hommes, puisque les internes hommes ayant répondu évoquent aussi ce souhait de garder du temps pour la famille, et de ne pas se laisser déborder par la charge de travail qui incombe au fait d'avoir un cabinet médical et sa patientèle à gérer.

Il semblerait en effet que la féminisation de la profession ait engagé une réflexion sur l'exercice médical libéral, avec une tendance à la modification de la façon d'exercer pour redonner une part plus importante à la vie privée [12]. On constate ainsi que de plus en plus

de médecins hommes installés prennent aussi certaines demi journées, voire une journée complète, de libre dans leur semaine pour la consacrer à d'autres activités.

Peut être cette démocratisation de la réduction du temps de travail des médecins permettra t-elle à l'avenir de rassurer les jeunes médecins quant à un équilibre vie professionnelle / vie privée plus facile à conserver que pour l'ancienne école du médecin qui travaillait non stop.

3- Rester remplaçant plus longtemps, une alternative

Dans son travail de 2009, le Dr J-L Salmon constatait déjà un retard à l'installation chez les jeunes médecins généralistes thésés dans le nord est de la France. [13] En effet, on tend à voir des médecins qui, après leur thèse, préfèrent continuer les remplacements, parfois sur le long terme, plutôt que de s'installer.

En 2012, le Dr K Mazalovic réalisait un travail sur l'engouement pour ce mode d'exercice [14], et mettait en évidence deux catégories : ceux qui repoussent l'installation au moment adéquat, quand les enfants seront plus grands, que la situation financière le permettra ... et ceux qui se voient rester remplaçants sur le long terme. Elle mettait alors en évidence l'allongement entre la fin des études médicales et l'installation, avec un âge à l'installation qui est passé de 29 ans il y a une trentaine d'années, à plus de 35 ans aujourd'hui, montrant bien l'évolution de la pratique de la médecine générale.

On retrouve ici beaucoup d'internes qui expriment d'ailleurs ce souhait de passer par la case remplacements : pour se faire une expérience, pour approfondir leurs connaissances du monde libéral qu'ils jugent nettement insuffisantes, pour ne pas s'engager sur le long terme dans un cabinet. Le remplacement semble être devenu une étape nécessaire dans le prolongement de la formation universitaire, peut être parce que, si celle-ci est relativement bien adaptée au milieu hospitalier, elle ne permet pas de prendre un contact suffisant avec le milieu libéral.

L'installation n'est en tout cas plus perçue par les internes comme un but en soi, mais plutôt comme une éventualité future à considérer. La plupart souhaitent se donner le temps de la réflexion car le contexte actuel effraie : évolution de la loi santé, départs à la retraite massifs de généralistes dans les années à venir. Ce que retiennent les jeunes médecins, c'est avant tout l'instabilité actuelle de ce mode d'exercice et ceux qui estiment vouloir travailler en libéral

veulent être sûr de ne pas avoir à faire machine arrière si la situation venait à s'aggraver dans un futur proche.

Sans compter que, comme cela a été souligné à plusieurs reprises, le remplaçant s'épargne nombre de tracasseries administratives et financières liées à la gestion d'un cabinet voire d'un personnel.

Plusieurs travaux mettent d'ailleurs également en avant ces différents arguments à rester remplaçant. [15, 16]

III – Des freins ... Mais pas que

Même si de nombreuses craintes quant à l'installation en libéral sont ressorties de cette étude, il faut tout de même fortement nuancer la situation, à savoir que pour chaque point négatif, pour chaque inquiétude, bien souvent, était mis spontanément en avant une contrepartie positive à l'exercice libéral, parfois même de la part des personnes ne se destinant pas à une carrière en libéral.

1- Des inquiétudes contrebalancées par des avantages

a) La liberté du libéral

Les internes évoquent d'emblée l'aspect positif d'être libre d'organiser son temps comme bon leur semble, leur permettant à la fois d'éviter la surcharge de travail que tous craignent, mais aussi d'organiser en parallèle des plages de temps libre pour leur vie personnelle :

A : « *On est libres des horaires, on est son chef [...] C'est vraiment comme on veut.* »

B : « *Par rapport à la vie de famille c'est quand même intéressant le libéral, au contraire c'est même un des grands grands avantages* »

D : « *Ca reste quand même plus un avantage dans le sens où j'organise mon temps en fonction de mes tâches avec mes enfants et avec ma famille, c'est surtout ça aussi qui me motive pour le libéral* »

K : « *On peut tout de même gérer son emploi du temps comme l'on veut en fonction du salaire que l'on souhaite obtenir.* »

L : « *J'organise mon temps comme je le veux dans la journée ; notamment en revenant manger chez moi le midi, et ça ça n'a pas de prix.* »

Pouvoir prendre un jour off dans la semaine pour souffler :

E : « *Des rendez vous tel ou tel jour, tel jour je travaille pas [...], parce que en milieu salarial t'as pas le choix t'es obligé* »

Egalement évoquée comme un avantage, la liberté de prendre des congés à la demande, contrairement au milieu salarié, ou au statut de remplaçant qui bien souvent signifie travailler pendant les congés scolaires :

A : « *Parce que à l'hôpital par exemple, [...] faut toujours s'organiser pour les congés, être là jusqu'à la relève de garde.* »

F : « *Ne pas dépendre des horaires ou des dates des médecins que tu remplaces* »

E : « *Là toi-même si tu veux pas travailler pendant 2 semaines tu travailles pas pendant 2 semaines, c'est ton problème* »

L : « *[...] si je veux partir en vacances à tel moment, je ne suis pas obligée, ou du moins c'est plus facile de choisir ses périodes de vacances.* »

b) La possibilité de déléguer

La grande crainte, qui revient dans la plupart des entretiens, de l'administratif : temps à y consacrer, manque de formation pour le faire, est aussi relativisée par le fait de pouvoir passer la main :

A : « *Tout ce qui est hors médical après tu peux le déléguer, tu peux prendre un expert comptable, tu peux prendre une secrétaire, tu le bascules dans tes charges.* »

c) Une relation privilégiée avec les patients

Le fait d'être installé et de suivre sa propre patientèle, bien que pouvant comporter les inconvénients évoqués précédemment, évoque aussi du positif :

A : « *On a une relation avec les gens* »

L : « *Surtout, être proche des gens au quotidien. [...] Et puis, on voit que les gens ont des difficultés à trouver un médecin quand le leur part à la retraite, ça serait un peu égoïste de ne pas s'installer, alors que c'est notre métier et que ça pourrait les aider.*»

d) Un exercice diversifié

Le rôle du généraliste ne se cantonne pas non plus au cliché éternel de la bobologie et des renouvellements de traitement et certains évoquent la possibilité de pouvoir diversifier leur pratique pour sortir de cette routine :

A : « *En fait j'ai aussi la possibilité de faire des vacations à la PMI, donc je vais m'orienter aussi dans les 2 voies* »

2- Des projets qui mûrissent encore

Si beaucoup hésitent à s'installer, et sur le lieu de leur futur installation à l'heure actuelle, la plupart ne ferme pas pour autant la porte à l'éventualité d'une installation en libéral.

Les jeunes médecins le disent d'ailleurs eux-mêmes : les 6 mois de stage chez le praticien sont loin d'être suffisant pour avoir une vue d'ensemble de la gestion de la médecine générale, d'un cabinet, et ils souhaitent se laisser le temps de se faire une expérience plus approfondie avant de décider de la suite de leur carrière.

H : « *J'étais pas vraiment portée sur le libéral, j'aimais beaucoup la médecine polyvalente à l'hôpital, et finalement après le stage prat, j'me dis que j'me laisse toutes les possibilités. Je sais pas encore vraiment ce que je veux faire à long terme.* »

G : « *J'me suis dit que même si je devais m'installer après c'était pas ... ça me dérangerait pas du tout.* »

Les freins et les inquiétudes qu'ils ont pu constater lors de leur passage chez le praticien sont donc bien là, mais ils l'admettent eux-mêmes : le futur les fera peut être changer d'avis. Les expériences à venir feront probablement la différence. C'est surtout l'avis de ce qui ont pour projet la pratique de la médecine libérale, mais qui souhaitent pour l'instant garder un statut de remplaçant afin d'approfondir la vision qu'ils ont pu avoir jusqu'alors de sa pratique.

3- Une vision de l'installation en évolution constante

La vision de l'installation chez les internes n'est pas figée : au début étaient les préjugés de ce que pouvait être l'exercice en cabinet, puis, avec l'expérience, et l'évolution de l'actualité, cette vision évolue et conditionne leurs souhaits vis-à-vis de leur pratique future.

Il s'agit d'attentes de leur part pouvant devenir une condition sine qua non quant à la possibilité de s'installer : parmi ceux qui souhaitent pratiquer la médecine générale en libéral, beaucoup souhaitent s'installer à plus ou moins long terme, mais souhaitent pouvoir faire évoluer l'image qu'ils ont de l'installation avant de s'engager.

Un point peu abordé de ce travail car apparu après la réalisation de la plupart des focus groups : l'impact de la loi santé sur la vision de l'installation chez les jeunes médecins : le seul à avoir évoqué ce point le considère comme ayant un impact fortement négatif et ne l'incite pas du tout à franchir le cap.

On peut imaginer que comme lui, beaucoup vont remettre en question un projet d'installation future en attendant de voir comment cette loi fait évoluer la pratique de la médecine générale.

En effet, les mouvements de grève et les actions successives des médecins installés à l'encontre de cette loi ne sont pas là pour rassurer.

Selon un sondage Ifop réalisé pour Le quotidien du médecin [17], 57% des médecins libéraux souhaitent ainsi le retrait du projet dans son intégralité, et 34% sa réécriture partielle. Notamment, 87% sont contre la généralisation du tiers payant, 76% contre l'instauration d'un service territorial de santé au public, organisé sous la tutelle des ARS, et 68% contre l'évolution des compétences médicales comme par exemple, l'autorisation pour les pharmaciens de vacciner.

Il ne tient donc qu'aux médecins installés, dont les jeunes souhaitent pouvoir profiter de l'expérience dans la tenue d'un cabinet, et aux pouvoirs publics, en prenant en compte ce qui inquiète vraiment les internes, de faire pencher la balance vers une installation future.

IV – Des pistes pour lever les freins

Si l'on souhaite pouvoir faire repartir le nombre de médecins généralistes à la hausse dans les années à venir, et limiter les problèmes d'accès aux soins qui se profilent, il convient donc de mettre en relation le négatif et le positif qui ressortent de ces divers entretiens.

Les points positifs évoqués par les internes ayant participé à cette étude montrent bien que l'exercice libéral n'est pas perçu que de façon négative, loin de là, mais certains aspects effraient, et parfois de plus en plus.

Si certains points, propres à cet exercice, ne peuvent pas être modifiés (absence de congès payés, protection sociale différente de celle d'un salarié ...), d'autres points méritent d'être pris en compte si on veut pouvoir relancer l'attrait de la médecine générale chez les plus jeunes.

En effet, de nombreux doutes persistent dans l'esprit des jeunes médecins quant à l'avantage ou non d'une installation en libéral avec toujours cette balance pour / contre qu'il faudrait réussir à faire pencher du côté « pour ».

1- Améliorer la formation dès le début

a) Formation administrative : le médecin chef d'entreprise

Un médecin généraliste installé dans son propre cabinet est assimilable à une profession indépendante classique et doit tenir également le rôle de chef d'entreprise : charges du cabinet à payer (et à calculer en l'absence de comptable), cotisations sociales personnelles obligatoires, comptabilité à tenir à jour pour les impôts, gestion des stocks de consommables

du cabinet, gestion du secrétariat si secrétariat il y a, et donc gestion des salaires des éventuels employés...

Là où l'interne n'a pas à se soucier de rien de tout cela puisqu'occupant un poste de salarié, et là où le remplaçant n'y est confronté que de loin avec pour seule comptabilité, le fait de tenir à jour les rétrocessions et des frais professionnels bien plus faciles à calculer, le médecin qui s'installe a nombre d'obligations administratives à tenir à jour.

Beaucoup d'entre eux font appel à un comptable pour se simplifier le travail mais tout jeune médecin n'en a pas forcément les moyens au vu des charges à payer (et n'en a pas forcément non plus l'envie).

S'il est vrai que certaines facultés abordent brièvement le sujet au cours de l'internat de médecine générale, cela reste très (trop) superficiel et concrètement, en l'absence de comptable, se former sur le tas sans faire d'erreur demande énormément de temps et d'implications personnelle (organismes sociaux à contacter à la moindre question, qui d'ailleurs ne savent pas toujours non plus répondre correctement...).

Il pourrait donc être judicieux, et cela fait partie des demandes des internes qui ressortent de cette étude, d'approfondir ce côté de la pratique libérale au cours de l'internat, éventuellement en faisant appel à des comptables qui seraient mieux à même d'expliquer la façon de tenir à jour une comptabilité qu'un médecin enseignant « classique ».

Beaucoup d'internes ignorent d'ailleurs jusqu'à la fin de l'internat la façon de réellement tenir leur cabinet et les charges que cela implique, car le peu de temps qu'ils passent en stage chez le praticien se concentre davantage sur la pratique médicale que sur ce côté administratif, et ainsi beaucoup disent vouloir faire des remplacements justement pour ces raisons.

b) Favoriser la pratique de la médecine générale en stage

En plus du côté « comptabilité personnelle », la demande de formation pour la pratique concrète de la médecine générale libérale est grande elle aussi.

En effet, au cours de l'internat de médecine générale, l'interne ne passe, sur 3 années d'internat, que 6 mois, ou au mieux un an en médecine libérale. S'il paraît important de passer par l'hôpital ne serait ce que parce que les patients ont souvent des questions à ce sujet, les

internes regrettent volontiers que ce ne soit pas le lieu le plus adapté pour leur future pratique de généraliste : pathologies trop poussées, traitement qu'ils ne pourront jamais instaurer à leur cabinet, et au contraire, pathologies courantes et petits maux de tous les jours passés à la trappe.

Il faudrait donc pouvoir favoriser encore davantage le développement des stages chez le praticien qui prépare mieux à l'exercice réel et donc pour cela disposer de suffisamment de praticiens pour pouvoir accueillir les internes dans les meilleures conditions qu'il soit : beaucoup sont demandeurs de pouvoir réaliser un SASPAS, mais concrètement, le nombre de praticiens très limité pour accueillir les étudiants dans ce contexte fait que très peu y ont accès et cela est bien dommage car c'est la mise en autonomie de ce stage qui prépare probablement le mieux à la réalité de la médecine générale. De plus, au final, la qualité de l'apprentissage reste en partie dépendante de l'implication du maître de stage : si certains prennent leur rôle à cœur, d'autres voient plutôt cela comme un « remplacement gratuit » et laissent parfois les internes à l'abandon, avec à la clé, certes un gain d'autonomie mais pas de discussion possible, ni sur la partie administrative relative à la médecine générale, ni sur les situations qui auraient pu poser problème.

Il existe actuellement un projet qui ferait passer l'internat de médecine générale de 3 à 4 ans, avec, à la clé, une année dite « professionnalisante » qui permettrait de passer davantage de temps en médecine de ville, avec éventuellement une participation à la permanence de soins, projet pour lequel le Syndicat National des Enseignants en Médecine Générale s'est prononcé favorablement récemment [18].

Si sur le principe, augmenter le temps passé en médecine libéral ne peut qu'être encouragé, l'allongement d'un an de la durée de l'internat, lui, ne fait pas l'unanimité chez les syndicats d'internes, dans un contexte d'études déjà très longues. [19]

2- L'exercice en groupe

Beaucoup l'évoquent, certains le craignent du fait d'une entente parfois aléatoire sur le long terme, mais la poursuite du développement de cabinets de groupe permettrait de palier à certains désavantages évoqués par les internes.

Si l'exercice en cabinet de groupe a été évoqué plusieurs fois, certains y voient une vraie solution, d'autres n'y voient « qu'un » moyen de partager les charges avec finalement peu de contact humain entre les médecins.

a) Rompre l'isolement

L'un des points négatifs qui revient à plusieurs reprises au sein de ce travail est la solitude du médecin généraliste, qui certes passe sa journée à voir patient après patient, mais qui a tendance à perdre contact avec ses confrères.

Il est vrai qu'avec les emplois du temps des uns et des autres, il paraît facile de passer la journée sans voir ses collègues, même lorsqu'on exerce dans le bureau d'à côté, à part les croiser en allant chercher un patient en salle d'attente.

Certains ont évoqués la possibilité de faire des réunions de groupe, sortes de groupes d'échanges de pratique, permettant ainsi d'évoquer les difficultés des uns et des autres, les questions que chacun se pose face à son patient et où l'on a pas toujours les réponses sur le moment. Cela implique certes encore d'accorder du temps à ces moments d'échanges, mais permettrait de garder un pied dans l'actualité médicale en échangeant avec d'autres collègues généralistes, et également pourquoi pas, de tenter de résoudre certains cas cliniques « complexes », ce qui ressemblerait alors plus à un véritable travail d'équipe comme il peut s'en réaliser en milieu hospitalier.

b) Partage du temps de travail

Le travail en cabinet de groupe a aussi l'avantage de permettre de gérer au mieux son temps de travail et donc de moins se laisser déborder comme beaucoup le craignent.

Cela revient à être plus libre de ses horaires, avec la possibilité de prendre une journée de temps libre dans la semaine sans rompre la permanence des soins en cas de problème, et également de toujours offrir un cabinet ouvert même pendant les vacances des uns et des autres et ce en l'absence de remplaçant.

Si l'un est absent, la patientèle peut se rabattre sur l'un des autres médecins tout en restant dans le parcours de soins, et avec le partage des dossiers médicaux, si les dossiers sont bien

tenus, il est facile de prendre en charge le patient étant donné que ses antécédents sont facilement accessibles aux autres médecins.

Il est vrai qu'on peut y opposer le fait que cela lie les uns aux autres avec nécessité d'entente préalable sur les emplois du temps des uns et des autres qu'il faut planifier à l'avance et qui doivent convenir à tout le monde... Et au vu du contexte actuel, même en groupe, la demande à tendance à rester forte.

Mais cela reste une piste intéressante.

3- Laisser à la médecine générale la liberté d'exercice qui lui est propre

a. Alléger l'administratif

Il est indéniable que la partie purement administrative liée à la gestion des dossiers des patients est grande en médecine générale et impose donc d'y passer un temps non négligeable.

On peut citer notamment tout ce qui concerne les demandes et renouvellements de protocoles de soins pour les prises en charge en ALD par exemple, dont pour certains l'existence même d'une date de fin de prise en charge sauf demande de renouvellement paraissent aberrantes : diabète, cardiopathies sévères... Pour tous ces cas, on pourrait envisager une prise en charge acceptée au long cours sans besoin de renouvellement au bout de x années, ce qui allégerait déjà de façon non négligeable le travail administratif du médecin, au vu du nombre de patients désormais en ALD.

Il y a aussi le problème de certains règlements en tiers payant, qui ne sont parfois jamais réglés par les caisses : soit car les droits du patients ne sont pas à jour, et que le médecin l'ignorait, on peut penser au cas du patient qui vient sans carte vitale ni justificatif papier mais qui assure être à jour : techniquement non vérifiable au cours de la consultation... ; soit car un patient bénéficiaire de la CMU n'a pas de médecin traitant déclaré et est donc considéré comme hors parcours de soins : le médecin n'est alors pas réglé de l'intégralité de sa consultation par la sécurité sociale ; soit tout simplement pour un problème administratif X de la part des différentes caisses. Ce qu'il faut alors retenir c'est que globalement, pour un médecin, vérifier que tous ces actes lui sont bien réglés sont mission quasi impossible au vu

de leur nombre et du délai de règlement parfois très important : là encore, beaucoup de temps perdu pour la tenue d'une comptabilité exacte.

b. Moins de pression de la part des caisses

L'implication grandissante de la sécurité sociale pour que les pratiques des généralistes s'inscrivent dans des « standards statistiques » pèse également beaucoup sur les réticences des internes à s'installer.

Il a été évoqué les contrôles, de plus en plus nombreux, concernant par exemple les médecins prescrivant « trop » d'arrêts de travail par rapport aux statistiques régionales, mais également les statistiques à respecter pour rentrer dans les objectifs du ROSP et obtenir la fameuse « prime à l'efficacité » : les visites répétées des « dames sécu » comme les appellent les médecins sont parfois vécues comme un rappel à l'ordre quand leurs chiffres ne collent pas avec les objectifs : « vous prescrivez trop d'antibiotiques », « un pourcentage trop élevé de votre patientèle est sous benzodiazépines », « trop de mentions non substituables non justifiées »..., et parfois, « le » courrier sanction qui arrive et qui prévient d'une convocation pour que le médecin justifie ses pratiques...

Sont apparues récemment aussi les demandes d'entente préalables, pour la prescription de certains médicaments, on peut citer le cas maintenant bien connu chez les médecins du Crestor®, hypocholestérolémiant que les médecins généralistes ne sont désormais plus libres de prescrire sans avoir auparavant obtenu l'autorisation de la sécurité sociale [20]. Cette démarche, déjà mal vue lors de sa mise en œuvre par les médecins, est encore moins bien passée lorsque les médecins se sont vus envoyé un courrier de la part de la sécurité sociale les accusant à tort de ne pas respecter ce nouveau protocole, courrier vécu comme un harcèlement de plus de la part des caisses. [21]

Tous ces rappels à l'ordre sont vécus comme une perte de liberté de prescrire et de prendre en charge leurs patients correctement.

S'il est vrai qu'il y a eu beaucoup d'abus – on peut notamment mentionner nombres d'arrêts de travail de complaisance demandés par les patients, peut être qu'assouplir un peu ces contrôles, et ne pas systématiquement considérer le médecin qui s'éloigne des moyennes

statistiques comme « coupable » ou « mauvais » pourrait inciter davantage les plus jeunes à s'installer...

c. L'avenir de la loi santé ?

Peu évoquée donc au cours de ce travail, il semble tout de même important de se poser la question de l'avenir de ces différents points si la loi santé est définitivement adoptée.

En effet, on en revient notamment au surplus administratif que redoutent tant les jeunes médecins : qui dit tiers payant généralisé dit s'assurer que les droits du patients sont à jour, et pas seulement les droits de la sécurité sociale mais aussi les droits des mutuelles : soit un système simple et efficace voit le jour pour que cette vérification ne prenne que quelques secondes à partir de la carte vitale du patient, soit cela ouvre la porte à de nombreux impayés.

Et que dire du temps passé à relancer certains organismes mauvais payeurs même quand les patients sont à jour de leurs cotisations ? Car chaque règlement de consultation devra alors être vérifié pour pouvoir valider la comptabilité du médecin.

On ne va donc pas à priori vers une simplification de l'administratif, contrairement à ce que réclament et espèrent les internes.

4- Maintenir et faire connaitre davantage les aides financières

Si l'aspect financier n'est pas le point qui est mis le plus en avant par les internes, et s'il est donc établi que ce n'est pas cet aspect qui les fera changer d'avis à lui seul, ces aides sont malgré tout très bien perçues par la majorité des jeunes médecins et peuvent faire pencher la balance, entre deux zones d'installations proches, pour l'une plutôt que pour l'autre.

Il paraît donc important de les maintenir en place et d'en parler davantage, car si certaines d'entre elles paraissent très bien connues, d'autres n'ont pas du tout été évoquées au cours des entretiens, elles pourraient pourtant intéresser un certain nombre de généralistes désireux de s'installer mais hésitant encore sur la façon de le faire ou sur le lieu exact.

Les aides nationales paraissent donc bien connues : on cite le CESP, apprécié bien que nuancé par la contrainte qu'il impose de par le fait de devoir s'installer dans une zone définie, pour

une durée parfois longue ; et également le contrat de praticien territorial, qui a l'avantage de compenser partiellement la carence de protection sociale reprochée à la pratique de la médecine libérale, avec notamment la mise en place d'une indemnité majorée lorsqu'une femme médecin prend son congés maternité avec, de plus, la garantie d'un revenu minimum mensuel. Là encore, le lieu d'installation est imposé parmi les zones déficitaires, ce qui peut parfois freiner.

D'autres aides, elles, ne sont citées que de façon très vagues. Certains internes parlent « d'aides fournies par les communes » mais sans plus de détails : il est vrai que certaines collectivités territoriales proposent de mettre à disposition des locaux, parfois une secrétaire ; cela reste très variables selon les localités et ces dispositifs sont en effet très peu connus : sauf à chercher à se renseigner à droite à gauche, difficile d'être au courant de telles pratiques. Peut être faudrait-il envisager davantage de communication sur ces aides locales.

Les aides fiscales pour les zones sous dotées (ZRR et ZFU) ne semblent pas non plus connues. Dans ces zones, les médecins qui s'y installeraient pourraient prétendre à des exonérations fiscales non négligeables : exonération de la cotisation foncière des entreprises, exonérations partielles et temporaires d'impôt sur le revenu... De telles zones existent en Picardie notamment dans l'Aisne et certains médecins, sans le savoir, pourraient peut être bénéficier de ces exonérations à l'installation [22, 23].

CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en avant les inquiétudes ressenties par les jeunes médecins quant à leur avenir dans l'exercice libéral de leur profession, au sein d'un contexte pas vraiment ressenti comme favorable : départs à la retraite massifs dans les années à venir, grosse charge de travail en perspective, manque global de médecin que ce soit généralistes ou spécialistes, sentiment de couler de plus en plus sous des tâches administratives non maîtrisées et avec des patients perçus comme de plus en plus exigeants ...

Si tous ces points constituent autant de freins à l'installation chez les généralistes tout juste diplômés, il en ressort également que, pour ceux qui ont choisi d'exercer la médecine générale par vocation et qui comptent poursuivre dans cette voie, toutes ces difficultés, même si elles sont ressenties chez chacun, ne les empêcheront pas de pratiquer leur métier avec passion, et pour ceux-ci, la pratique libérale de la médecine générale reste le mode d'exercice le plus adapté.

La vision de la pratique de la médecine générale continue ainsi d'évoluer chez les plus jeunes, qui ne veulent désormais plus donner 100% de leur temps à leur travail, mais qui cherchent plutôt à trouver le juste équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Il en résulte que la vision de l'installation elle aussi est différente : choix du lieu le plus adapté à leur vie familiale, réduction raisonnée de leurs horaires de travail à la faveur de leur temps personnel, sont autant de choses avec lesquelles il faut désormais composer quand on leur parle d'une éventuelle installation.

Il est possible d'agir pour trouver des solutions adaptées sur nombre de ces points qui effraient, et il faudra s'y atteler sans tarder si on veut continuer à faire en sorte que les jeunes médecins s'installent malgré tout.

Il faut aussi prendre en considération que la médecine générale n'est pas parmi les spécialités les plus valorisées : peu mise en avant déjà dès le début des études médicales, toujours perçue comme un lieu de « petite prise en charge », entraînant de façon précoce une perception souvent mauvaise chez les étudiants. Et bien que reconnue désormais comme spécialité à part entière, la rémunération à l'acte n'a toujours pas été aligné sur celui d'une consultation de spécialiste.

Reste aussi le fait que, fort du fait de vouloir apporter le meilleur environnement possible à leur famille, et malgré tous les efforts qui pourraient être fait pour palier à d'autres points négatifs, les déserts médicaux, que ce soit en Picardie ou ailleurs, ne pourront cesser d'exister dans les zones rurales que si priorité est faite pour les redynamiser, à l'heure où tout y ferme

...

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ARS/INSEE Démographie médicale. [En ligne] Publié le 27 janvier 2014. Disponible sur http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/professions_de_sante/INSEE/IPA85_VF.pdf
- [2] Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Picardie – Situation en 2013. [En ligne] Mis à jour le 26 novembre 2013. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf
- [3] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2015. [en ligne] Publié le 16 juin 2015. Disponible sur http://www.demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/atlas_2015.pdf
- [4] S POISSON RUBI, Devenir socioprofessionnel des étudiants en médecine générale de la faculté de Poitiers Enquête menée auprès de 200 étudiants ayant validé leur cursus entre avril 1999 et novembre 2004, Poitiers, 2006
- [5] OCDE, Revenus moyens des médecins généralistes Européens. [En ligne]. Publié en 2011. Disponible sur www.oecd.org
- [6] OR2S, Drass de Picardie, Internes de Picardie, quel devenir dans la région ? [En ligne] Modifié le 15 avril 2008. Disponible sur www.or2s.fr
- [7] BVA, Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. [En ligne] Publié en mars 2007. Disponible sur www.bva.fr
- [8] RENOULT C, Devenir des internes de médecine générale formés à la faculté de médecine d'Amiens : promotions sortantes 2009-2010. Amiens, 2013.
- [9] BESSIERE S, BREUIL-GENIER P, DARRINE S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. DREES, Etudes et Résultats, Novembre 2004, N°352
- [10] URML Rhone Alpes, Trois études sur la féminisation de la profession médicale. [En ligne] Publié en janvier 2005. Disponible sur [www.urps-med-
ra.fr/upload/urmlra/.../ETUDES_FEMINISATION.pdf](http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/.../ETUDES_FEMINISATION.pdf)
- [11] FLACHER A, BAUDE N, Exercice médical des futurs médecins généralistes : désirs et

attentes des internes, Grenoble, 2007.

[12] CARTON M, CERRUTI FR, LE GUERN H, MERCAT FX, MONIER B, POUILLARD J. Féminisation et exercice médical : apports et conséquences. Avril 2000.

[13] SALMON J-L, Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est. Reims, 2009.

[14] MAZALOVIC K, Le remplacement en médecine générale : pourquoi un tel engouement pour ce mode d'exercice ? Dijon, 2012.

[15] COPPOLANI E, Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? : enquête auprès de médecins généralistes remplaçants thésés de Haute Garonne. Toulouse, 2014.

[16] GALAND E, Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant ? : méthode focus group et entretiens semi-directifs. [En ligne] Publié en 2012. Disponible sur <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=0c1253de-d837-411f-8f07-a4dc6bf4081a>

[17] Ifop, Les médecins libéraux, le projet de loi de santé et la cote de confiance de Marisol Touraine. [En ligne] Publié en mars 2015. Disponible sur www.ifop.com

[18] SNEMG, Communiqué de presse : Réforme du 3ème cycle des études médicales. [En ligne]. Publié le 3 juin 2015. Disponible sur <http://www.cnge.fr>

[19] SRP-IMG, Un DES de médecine générale en 4 ans ? [En ligne]. Publié le 29 septembre 2014. Disponible sur <http://www.srp-img.com/>

[20] Ameli, Accord préalable et hypocholestérolémiants. [En ligne]. Mis à jour le 5 décembre 2014. Disponible sur www.ameli.fr

[21] Pourquoi Docteur ? Statines : l'Assurance Maladie accuse a tort des milliers de généralistes. [En ligne] Publié le 22 juin 2015. Disponible sur <http://www.pourquoidocteur.fr/>

[22] Datar, Ma commune est-elle classée en ZRR ? [En ligne] Modifié le 18 mars 2015. Disponible sur www.datar.gouv.fr.

[23] Système d'information géographique de la politique de la ville, Atlas des Zones Franches Urbaines. [En ligne] Modifié le 16 aout 2015. Disponible sur <http://sig.ville.gouv.fr/atlas>.

ANNEXES

I – Script d’entretien

Script d’entretien en vue des focus group

- 1) Pourquoi avez-vous choisi l’internat de médecine générale ? Etait – ce un choix voulu ou par défaut ? Avez – vous choisi la faculté d’Amiens volontairement ou était ce un choix secondaire ? Etes vous satisfait de votre vie en Picardie ?
- 2) Actuellement, quel est votre projet professionnel à la fin de l’internat ? Pourquoi vous orientez vous davantage vers ce projet ?
- 3) Le stage chez le praticien a-t-il changé votre point de vue concernant la médecine générale et son exercice ? En quel sens ?
- 4) Quels sont pour vous les inconvénients de la médecine générale en milieu libéral comparée à la pratique hospitalière de la médecine, ou à une pratique salariée ? Pour vous, voyez-vous la pratique libérale plus comme un avantage ou comme un inconvénient par rapport à la vie privée que vous envisagez ?
- 5) Pensez-vous qu’aujourd’hui il est facile de s’installer et de pratiquer sa profession en milieu libéral dans la région ? Quels sont les points qui pourraient vous effrayer ?
- 6) Connaissez-vous les aides mises à disposition pour une installation dans la région, dans les zones sous dotées ? Y êtes-vous sensibles et celles-ci, ou éventuellement d’autres aides, pourraient-elles influencer votre choix ? Pourquoi ?
- 7) Votre vie privée influence t-elle beaucoup votre projet professionnel ?

II – Focus groups : entretiens 1 à 4 (cf Clé USB)