

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2016

n° 2016 -20

**EXERCER EN LIBÉRAL : PERCEPTION PAR LE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

**Étude qualitative réalisée en 2015 auprès de 11 médecins généralistes
installés en Picardie**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 24 mars 2016

par

Florence LENGLET

Née le 15 novembre 1983 à AMIENS (80)

JURY

Président : Monsieur le Professeur MILLE Christian

Assesseurs : Monsieur le Professeur MAZIERE Jean-Claude

Madame le Professeur MAZIERE Cécile

Monsieur le Professeur TOURNEUX Pierre

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur LEFETZ Aimeric

« Le bonheur n'est pas le but mais le moyen de la vie »

Paul CLAUDEL

Journal (1904-1955)

TABLE DES MATIERES

I. <u>REMERCIEMENTS</u>	9
II. <u>ABREVIATIONS</u>	13
II. <u>INTRODUCTION</u>	15
1. Rappels historiques sur le libéral en médecine	15
2. Données démographiques	16
3. Structures de santé non libérale en médecine générale	16
4. Contexte particulier	17
III. <u>MATERIELS ET METHODES</u>	19
1. Choix de l'étude	19
2. Population	19
3. Recrutement	19
4. Entretiens	20
5. Analyse des données	20
IV. <u>RESULTATS</u>	21
1. Caractéristiques de l'échantillon	21
2. Travail autour de la notion de libéral avec les médecins généralistes	21
2.1. Définition du médecin généraliste libéral	21
2.1.1. Un médecin libre de ses propres choix	21
2.1.2. Un médecin disponible	23
2.1.3. Un médecin high-tech	23
2.1.4. Un médecin chef d'entreprise	24
2.1.5. La symbolique du paiement de la consultation	24
2.1.6. Un échange singulier avec son patient	24
2.2. Particularités lors de l'évocation de la notion de libéral	24
2.2.1. Influence de l'âge et de l'expérience en libéral	24
2.2.2. Association entre pratique de la médecine générale et pratique du libéral	25
3. Eléments de satisfaction des médecins généralistes dans leurs pratiques libérales	25
3.1. Satisfaction du travail accompli	25
3.2. Exprimer sa personnalité en travaillant	26
3.3. Avoir une compatibilité de travail avec une vie de famille	26
3.4. Vivre l'indépendance de pratiquer	26
3.5. Qualité de la relation médecin-malade en libéral	26
3.5.1. Le choix réciproque entre médecin-malade	27
3.5.2. Adaptation possible du temps de consultation	27
3.5.3. Un sentiment de bonne connaissance de leurs patients	27
3.5.4. La confiance des patients	27
3.5.5. La fidélité des patients	28
3.6. Choisir librement le traitement	28
3.7. Travailler avec des étudiants en médecine au cabinet	28
3.8. S'unir autour du libéral	28

4. Eléments d’insatisfaction des médecins généralistes dans leurs pratiques libérales	29
4.1. Un travail remis en cause par les tutelles	29
4.1.1. Critiques de la gestion de la médecine générale libérale par l’Etat	29
4.1.2. Critiques de la sécurité sociale	32
4.1.3. Craintes des mutuelles	32
4.2. Les charges administratives	32
4.2.1. Chronophages et croissantes	32
4.2.2. Manques d’enseignement pour leur gestion	32
4.2.3. Liées aux aléas des nouvelles lois	33
4.3. Les conditions de vie	33
4.4. La couverture sociale	33
4.4.1. Le congé maternité	33
4.4.2. L’arrêt de travail	33
4.5. Le prix de la consultation et de la visite	34
4.6. L’installation en médecine générale libérale	34
4.7. L’isolement dans la pratique libérale de la médecine générale	34
5. Vision du MGL concernant le salariat	35
5.1. Avantages du salariat pour le MG	35
5.1.1. La gestion des tâches administratives	35
5.1.2. Le temps de consultation	35
5.1.3. La qualité de vie	35
5.1.4. La sécurité sociale	36
5.1.5. Le salaire fixe	36
5.1.6. Activité adaptée à la féminisation de la pratique médicale	36
5.1.7. Intérêt pour les collectivités	36
5.1.8. Intérêt économique pour le système de santé	37
5.2. Inconvénients du salariat	37
5.2.1. La hiérarchie	37
5.2.2. Soumission aux tutelles	37
5.2.3. Contraintes administratives	37
5.2.4. Les horaires de consultation	38
5.2.5. Les répercussions sur la relation médecin-malade	38
5.2.6. Diminution du revenu	39
6. Vision du médecin généraliste libéral concernant l’avenir de son activité libérale	39
6.1. Vision pessimiste	39
6.1.1. La fin d’un système	39
6.1.2. Des doutes et des interrogations	40
6.2. Vision optimiste	40
6.2.1. L’amélioration du système libéral en médecine générale	40
6.2.2. Une cohabitation entre activités libérales et salariales	41
7. Attentes des MGL et améliorations proposées pour la pratique libérale	41
7.1. Préserver l’indépendance du médecin généraliste	41
7.2. Préserver la notion de médecin de famille	41
7.3. Réorganiser les tâches administratives	41
7.3.1. Simplifier l’administratif	42
7.3.2. Développer et utiliser internet	42
7.3.3. Intérêt du regroupement des médecins	42
7.4. Développer le rôle des plates-formes d’aide à l’installation	42

7.5. Améliorer la prise en charge financière	42
7.5.1. Le système de remboursement	42
7.5.2. Le prix des consultations	43
7.6. Améliorer la couverture sociale	43
7.7. Favoriser l'installation en libéral	43
7.8. Améliorer la politique de santé	43
7.8.1. Des projets sur le long terme	43
7.8.2. Implication des jeunes générations	44
7.8.3. Intérêt de maintenir une politique libérale	44
7.8.4. Centrer le débat sur l'humain	44
7.8.5. La question du nombre d'actifs dans le système libéral	44
V. DISCUSSION	45
1. Fiabilité de l'étude	45
2. Analyse des différents biais de l'étude	45
2.1. Biais liés au contexte de réalisation de l'étude	45
2.2. Biais liés à l'intervieweur	45
2.3. Biais d'interprétation	46
3. Analyse des principaux résultats et comparaison avec la littérature	46
3.1. Conception du libéral développé par le médecin généraliste	46
3.2. Perceptions des MGL du secteur libéral et du secteur salarié	50
3.2.1. Dans le domaine de la pratique du soin et de la relation médecin-malade	51
3.2.2. Dans le domaine de la qualité de vie et de l'organisation du travail	52
3.2.3. Dans le domaine de la politique de santé	55
3.3. Vision de l'avenir de l'exercice libéral en MG et propositions pour son amélioration	57
3.3.1. Préserver l'indépendance du MG et la notion de médecin de famille	58
3.3.2. Rationaliser les tâches administratives	58
3.3.3. Encourager au choix de la MGL et à l'installation des jeunes générations en libéral	60
3.3.4. Revaloriser l'acte médical	62
3.3.5. Améliorer la couverture sociale	63
3.3.6. Améliorer le système de remboursement	64
3.3.7. Instaurer des politiques de santé adaptées	64
VI. <u>CONCLUSION</u>	65
VII. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	69
VIII. <u>ANNEXES</u>	73
Annexe 1 : Répartition des médecins en activité selon le mode d'exercice en France en 2015	73
Annexe 2 : Les modes d'exercice par spécialité en France au 1er janvier 2015	74
Annexe 3 : Guide d'entretien	75
Annexe 4 : Caractéristiques des médecins interrogés dans notre étude	77
Annexe 5 : L'espace de liberté pour décider	78

I. REMERCIEMENTS

A mon Président du Jury,

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Pédo-psychiatrie)

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Recevez tous mes remerciements pour avoir accepté de prendre sur votre temps afin présider de le jury de cette thèse . Soyez assuré , Monsieur le Professeur , de mon profond respect et de toute ma reconnaissance .

A mes juges,

A Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(biochimie et biologie moléculaire)

Laboratoire de biochimie

Pôle « Biologie, Pharmacie et Santé des populations »

Chevalier dans l'ordre des Palmes Académiques

Recevez toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de tout mon respect .

A Madame le Professeur Cécile MAZIERE

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

(biochimie et biologie moléculaire)

Pôle « Biologie, Pharmacie et Santé des populations »

Recevez toute ma gratitude pour avoir accepté de donner de votre précieux temps pour juger ce travail. Soyez assurée de toute mon estime .

A Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Recevez toute ma gratitude pour avoir accepté immédiatement de juger ce travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance .

A Monsieur le Docteur Aimeric LEFETZ

Docteur en Médecine Générale, Maître de stage en Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de m'accompagner et de me soutenir dans ce travail , un grand merci pour votre aide dans sa construction et son élaboration.

Merci également pour m'avoir si bien accompagnée dans ma formation au sein de votre cabinet, nos échanges m'ont beaucoup appris, vous m'avez fait confiance, votre gentillesse et votre rigueur resteront un exemple à mes yeux.

A mes parents, vous avez toujours été présents à mes côtés, je vous dédie ce travail au nom de toutes ces années partagées...Vous avez su me guider, m'encourager et me rendre forte pour me préparer à devenir médecin. Je vous aime et je vous embrasse.

A Céline, ma grande petite soeur, notre complicité est un magnifique cadeau. Merci d'être toujours à mes côtés, merci pour tous ces instants de petits bonheurs partagés...Je suis très fière de toi. Je t'aime et je t'embrasse très fort.

A ma famille et mes grand-parents ainsi qu'à Pascal qui je sais sont à mes côtés en ce jour.

A Bertrand, à deux, nous avons trouvé l'équilibre...notre amour m'a permis d'avancer et de gagner chaque jour confiance, tu es ma source de bonheur. Je t'aime.

A Emilie, ton jolie sourire, ta joie de vivre et ton ouverture d'esprit m'ont toujours comblée de joie...Avec David, Vous êtes partis loin mais vous restez dans mon coeur.

A Régis et Mireille, vous m'avez accueillie chez vous chaleureusement, vos petites attentions et vos paroles d'encouragement m'ont beaucoup aidée. Soyez fière de votre fils qui m'apporte beaucoup de bonheur.

A ma marraine et à ma filleule. Claire, je te souhaite une belle réussite dans tes études. Je suis très fière d'être ta marraine. Ta maman a été une source d'inspiration pour entreprendre ma médecine. Je suis fière et heureuse de vous savoir à mes côtés en ce jour.

A mes amies LVP , à nos petites folies passées et à nos plus sages folies à venir! Vous avez eu toutes un rôle important dans ma vie. Je vous adore et vous aime fort.

A Aurélie D, ta force de caractère, ton engagement et ta sincérité sont exemplaires. Un grand merci aussi à ta maman pour son aide précieuse dans ce travail.

A Coralie H., ton amitié et ton sourire sont de véritables rayons de soleil, j'adore toute l'énergie que tu m'apportes...

A Dorine T., tes conseils et ta rigueur mélangés à une bonne dose d'enthousiasme font de toi une amie indispensable à mes yeux...

A Hélène H., merci pour ta gentillesse et ta prévenance, avec Jean-Eudes votre convivialité, votre humour et joie de vivre sont toujours au rendez-vous.

A Léonie V., nos années de médecine nous ont permis de construire notre amitié et de vivre beaucoup de moments de bonheur... Je n'oublierai jamais l'accueil chaleureux de ta famille.

A Héloïse R., j'ai toujours admiré ta sincérité et ton franc parlé...La petite Bretonne, que tu es devenue maintenant, ne doit pas oublier la petite Picarde que je suis restée...

A Smitha C., nous nous sommes rencontrées au pays de la montagne couronnée, ton sourire, ton extrême gentillesse font de toi « une reine de douceur », ton amitié m'est précieuse.

A madame Colson et Jean-Marc...votre assiduité, madame, a été un exemple de rigueur et m'a permis de me réconcilier aussi avec l'anglais. Merci à vous. Jean-marc ton soutien a aussi était précieux. Ta discrétion et tes attentions pour les autres sont de belles sources de bonheur. Merci.

A Clémence L. et Romain P., votre amitié nous apporte beaucoup, avec Bertrand, nous sommes ravies de partager ces moments avec vous.

A Antoine B. , l'aventurier souriant et énergique que tu es, nous comble de joie. Parti dans tes montagnes, ne crois pas que tu vas nous échapper!!

A Simon C. et Amandine V. ainsi qu'à Jeffrey H. merci d'être présents ce jour, votre amitié compte aussi beaucoup pour nous...

A Isabelle F., quel plaisir de t'avoir rencontrée...Nous partageons la même philosophie de travail. Merci aussi pour ton soutien.

A mes professeurs, aux médecins, aux infirmiers, aux aide-soignants et à toutes ces personnes rencontrées au cours de mes études et qui m'ont fait aimer ce beau métier, merci.

II. ABREVIATIONS

AGA	Association de Gestion Agrée pour professions libérales
ALD	Affection Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CMU	Couverture Maladie Universelle
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
EPHAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MG	Médecine Générale
MGL	Médecin Généraliste Libéral
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
PME	Petite et Moyenne Entreprise
PMI	Protection Maternelle Infantile
RAM	Réunion des Assureurs Maladie
RSI	Régime Social-des Indépendants
SARL	Société Anonyme à Responsabilité Limitée
SELARL	Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée
SCP	Société Civile Professionnelle
SECU	Sécurité sociale
SEL	Société d'Expression Libérale
SFMG	Société Française de Médecine Générale
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UNAPL	Union Nationale des Professions Libérales
URSSAF	Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
2035	Numéro de référence d'un formulaire de déclaration d'imposition

III. INTRODUCTION

1. Rappels historiques sur le libéral en médecine

Le docteur DUCOS dans sa thèse (1) , nous rappelait les différentes étapes historiques caractérisant l'organisation du système sanitaire français. On apprendait qu'en novembre 1926, naissait la Fédération nationale des syndicats de médecins de France. Cette dernière adoptait une charte des principes régissant l'exercice de la médecine et l'imposait le 30 novembre 1927 lors du congrès des syndicats médicaux de France. Une charte qui est toujours en vigueur pour l'essentiel sous le nom de *charte de la médecine libérale*. Elle comprenait 7 principes :

1. Le libre choix,
2. Le respect absolu du secret professionnel,
3. Le droit à des honoraires pour tout malade soigné,
4. Le paiement direct [...] en prenant pour base les tarifs syndicaux,
5. La liberté thérapeutique et de prescription,
6. Le contrôle des malades par la caisse et des médecins par le syndicat,
7. La nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses

Après la deuxième guerre mondiale, *l'Etat providence* (conception de l'État selon laquelle ce dernier est responsable du bien-être collectif suivant la définition du dictionnaire Larousse) s'inscrivait dans le préambule de la constitution d'octobre 1946 « *pour garantir à tous notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et le loisir* ». La sécurité sociale était créée et devenait un acteur essentiel dans le financement et l'organisation du système sanitaire français. Au moment de cette création, l'assurance maladie était inscrite dans un idéal de justice et le soin était considéré comme un droit. Les principes qui gouvernaient alors majoritairement l'organisation de la médecine ambulatoire en France étaient ceux de la médecine libérale . La convention médicale entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux constituait le principal outil de régulation de la médecine de ville.

Robert DEBRE formulait en 1944 des propositions de réformes hospitalo-universitaires, reprises des années plus tard, dans les ordonnances des 11 et 30 décembre 1958, par le gouvernement français lors de l'établissement de la constitution de la cinquième république. Il définissait le rôle du médecin dans cette organisation ainsi que le lien particulier qui devait unir l'activité libérale de la

médecine et l'Etat. *"Le médecin est un des agents principaux que le gouvernement devra employer pour résoudre le problème vital de la population française, pour lutter contre les maladies et les morts évitables et contre les fléaux sociaux. [Ainsi] on ne peut concevoir qu'une réforme simultanée et cohérente de la profession médicale et de l'organisation sanitaire de la France.../ Pour ce qui concerne la profession médicale par exemple, on peut ensemble les garder ou mieux, dirons nous, lui restaurer son noble caractère de profession libérale tout en créant sous la dépendance de l'Etat et des collectivités, une solide armature sanitaire...(2)*

Dans un travail de 2010 (3), le CNOM revenait sur une caractéristique d'apparence contradictoire qui définissait la pratique de la médecine libérale.

« on prend conscience qu'aujourd'hui l'identité des médecins libéraux est conçue sur deux modes de fonctionnements d'apparence contradictoire : un exercice très encadré par des institutions publiques (Haute Autorité de Santé, organisme de protection sociale...) et la préservation d'un caractère individuel libéral dans leur relation avec leurs patients ».

2. Données démographiques

En France, en 2015 (4), parmi les 198 365 médecins en activité régulière, on avait recensé : 88 750 médecins libéraux exclusifs, 87 410 médecins salariés (dont 65,4 % d'hospitaliers), 22 079 médecins avaient un exercice mixte (dont 67,4% de libéraux-hospitaliers), 13 médecins n'avaient pas d'exercice déclaré et 113 médecins avaient d'autres activités salariées ou libérales en catégorie « divers ». (voir annexe 1)

En médecine générale, pour la même année, l'effectif total était de 51 677 (soit 57,6 %) en activité libérale, 31 610 (soit 35,2 %) en activité salariée, 6 427 (soit 7,2 %) en activité mixte. (voir annexe 2).

3. Structures de santé non libérale en médecine générale

Le développement de nouvelles structures dans le cadre de politiques de santé gouvernementale en parallèle de la médecine générale libérale avaient constitué ainsi une autre forme d'organisation sectorielle des soins primaires. On notait pour exemples : les centres de PMI (Protection Médicale Infantile), l'organisation de la médecine scolaire, la création de centre de santé.

Dans les centres de santé, la gestion et la politique étaient prises en charge par des municipalités, des associations, des entreprises et des mutuelles. Ils représentaient une très faible part de l'offre de soins et se localisaient principalement dans les zones défavorisées ou isolées.

4. Contexte particulier

- loi santé

Une nouvelle loi (LOI n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé, dite « Loi de santé ») proposée par la ministre Marisol TOURAINE, a été promulguée le 26 janvier 2016 (5). Destinée à la prévention et à la réduction des inégalités d'accès aux soins, celle-ci avait fait l'objet de nombreuses critiques plutôt défavorables de la part des médecins libéraux. Les médecins avaient fait part de leurs inquiétudes concernant les conséquences liées à l'application de certaines mesures. Un grand nombre de débats et de manifestations avaient alors caractérisé le paysage de l'actualité en matière de santé dans notre pays.

- Questionnement du libéral face au salariat

L'avenir de la pratique d'une médecine libérale posait débat face au salariat. Elle amenait ses dirigeants à s'exprimer en faveur d'un renouveau : « *La médecine libérale doit être aménagée* », avait déclaré le président de la Fédération des Médecins de France, Jean-Paul Hamon (6).

- Image négative du secteur libéral en médecine générale

En mars 2014, la thèse du Docteur Hélène HURIER, intitulée « Déclin de l'exercice libéral de la médecine générale : Enquête auprès de médecins généralistes salariés picards » (7), mettait en évidence l'existence d'un mal-être au sein de la profession des médecins généralistes libéraux. En effet, elle précisait les déterminants qui confortaient le choix du médecin généraliste d'exercer en secteur salarié. A la suite de cette présentation et de la discussion qui s'en suivit avec le jury de thèse, des questions furent soulevées :

« Que pensaient les médecins généralistes installés en libéral de leur pratique dans ce secteur ? »

« Quels témoignages pouvaient-ils nous apporter sur le vécu du libéral actuel ? »

« Quelles étaient les motivations actuelles du médecin généraliste (MG) à pratiquer dans ce secteur d'activité ? »

Dans ce contexte particulier caractérisé par un mal être au sein du libéral et confrontée aussi à mon propre questionnement concernant ce secteur d'activité en médecine générale, j'avais décidé d'étudier la représentation et le ressenti du médecin généraliste dans sa pratique en libéral au quotidien.

L'OBJECTIF PRINCIPAL était de laisser décrire le vécu de l'exercice en secteur libéral par des médecins généralistes installés en Picardie.

Les OBJECTIFS SECONDAIRES étaient :

- d'étudier la notion de libéral en médecine générale au travers des témoignages des médecins généralistes installés en Picardie,
- de recueillir leur perception du salariat appliquée à la médecine générale,
- de recueillir leur perception sur l'avenir de leur pratique en libéral en MG,
- de recueillir des propositions pour améliorer l'exercice de la médecine générale en libéral.

III. MATERIEL ET METHODE

1. Choix de l'étude

Pour ce travail de recueil d'informations, il était nécessaire de donner aux médecins généralistes, installés en Picardie, la possibilité de décrire le vécu de leur pratique en libéral.

Il était plus adapté d'utiliser une méthode qualitative. Elle permettait d'étudier leurs déclarations et d'en faire ressortir des idées fortes toujours dans le but d'expliquer le pourquoi, de mettre en avant le sens, d'explorer au-delà de ce que déclare le sujet, en recherchant ce qu'il sous-entend et ce qui peut expliquer son comportement (8) (9) (10).

Comme le disait Paillé et Mucchielli en 2003, l'analyse qualitative est une démarche en recherche de sens (11).

2. Population

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être un médecin généraliste,
- être installé en secteur libéral ou en secteur mixte,
- Exercer en région Picarde,
- être volontaire pour participer à l'entretien semi-directif,
- et accepter les conditions de l'entretien.

3. Recrutement

Il a été décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés, au sein des cabinets des médecins généralistes. Pour cela, des contacts avec plusieurs cabinets de médecins généralistes en Picardie ont été pris par appel téléphonique. Le sujet de la thèse et les modalités de l'entretien étaient expliqués au cours de cette communication. Si le médecin acceptait d'être volontaire pour l'entretien, un rendez-vous était fixé.

Le choix des cabinets a été réalisé au hasard, après récupération des numéros de téléphone sur le site internet amélie.fr (12), en sélectionnant la rubrique « amélie-direct : choisir un médecin » sur le portail d'entrée du site puis en sélectionnant l'icône « un professionnel de santé ». Nous avons ensuite précisé le choix de la profession recherchée : « médecin généraliste » puis saisi au hasard des villes de Picardie.

Cette période de recrutement s'est déroulée pendant les mois de février et mars 2015.

4. Entretiens

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en face à face avec le médecin généraliste à partir d'un guide d'entretien élaboré avec l'aide de mon directeur de thèse (voir annexe 3). Ces entretiens ont tous été enregistrés sur un dictaphone numérique. Ce guide d'entretien se voulait une trame ouverte pour faciliter les déclarations.

Au début de l'entretien, il était rappelé le sujet de la thèse, les conditions de recueil et le strict respect de l'anonymat. Il était demandé aux médecins s'ils avaient des questions ou remarques sur la conduite de l'entretien afin d'éviter tout malentendu.

L'intervieweur ne pouvait que reformuler des questions ouvertes et relancer la discussion, mais ne devait pas induire des réponses ni poser de questions fermées.

Dans un premier temps, nous avons défini les aspects socio-démographiques du répondant, puis dans un second temps nous avons recueilli son point de vue général sur l'exercice libéral de la médecine générale. Pour finir, nous avons abordé le vécu de la pratique de sa spécialité en libéral.

Les entretiens ont été réalisés au cours des mois d'avril et de mai 2015.

5. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel N'Vivo 10 (13). Ce logiciel d'analyse qualitative a permis une analyse thématique associant une décontextualisation/recontextualisation comme le décrivait TESCH en 1990.

Dans un premier temps, à partir des verbatims (entretiens retranscrits intégralement par écrit), la décontextualisation a consisté à extraire une partie du texte dans le but de la rendre indépendante sémantiquement et de créer des thèmes communs entre les différents entretiens. Ces thèmes sont appelés des « codes » en recherche qualitative. Dans un deuxième temps, la recontextualisation a été effectuée et elle a été obtenue en compilant les différents codes pour en dégager un sens et une intelligibilité.

L'émergence des concepts généraux, des thèmes ainsi que leurs interactions ont été ensuite analysés. Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription intégrale et rigoureuse, toutes les déclarations des médecins ont été étudiées et encodées.

On considérait que le travail s'arrêtait à partir de la « saturation des données », lorsque la lecture du matériel n'apportait plus de nouveaux éléments (14)

IV. RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Onze entretiens ont été réalisés au cabinet de médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion. Les caractéristiques des médecins interrogés ont été regroupées sous forme d'un tableau. (voir annexe 4).

Notre échantillon était composé de 11 médecins, 4 femmes et 7 hommes, âgés de 33 à 63 ans avec une moyenne d'âge de 47 ans, 2 installés en milieu urbain et 9 en milieu rural. Les trois départements de ce qui est aujourd'hui l'ex-région Picardie étaient représentés : 3 médecins exerçaient dans la Somme, 6 dans l'Aisne et 2 dans l'Oise. Au total, 3 médecins exerçaient seuls et 8 en association, dont 2 dans des maisons de santé pluridisciplinaires. Ils exerçaient en moyenne depuis 20 ans. Un médecin généraliste (homme) était aussi médecin coordonnateur en EPHAD, un autre médecin (homme) était vacataire en PMI et un autre (femme) travaillant en crèche 1 jour par semaine. Les autres pratiquaient tous une activité à 100% en médecine générale libérale.

Concernant les entretiens, la durée totale des enregistrements a été de 6 heures 17 minutes et 15 secondes. La durée moyenne des enregistrements était de 33 minutes.

2. Travail autour de la notion de libéral avec les médecins généralistes

En introduction, il était demandé aux médecins généralistes de définir leur vision idéale de la pratique libérale. Le but était de s'assurer de la compréhension du sujet avant de continuer l'entretien et de recueillir leurs premières réactions au terme « libéral ». Les médecins ont ainsi énuméré un ensemble de critères permettant de caractériser cette notion.

2.1. Définition du médecin généraliste libéral

2.1.1. Un médecin libre de ses propres choix

- Libre sans hiérarchie

Les qualités d'indépendance et d'autonomie étaient reconnues essentielles pour pratiquer en libéral. Certains médecins développaient l'idée de ne pas avoir de hiérarchie et de n'avoir de comptes à rendre qu'à soi-même.

Dr A : « *idéalement pour moi la pratique libérale, c'est d'être autonome et de ne pas avoir quelqu'un qui me dise ce qu'il faut que je fasse (silence) et pas de chef* »

Dr D : « *c'était principalement de me soustraire à une forme d'autorité hospitalière que je n'ai pas toujours très bien vécue* »

Dr K : « *on a choisi d'être le maître du navire* »

- Libre d'organiser son temps de travail

Pour certains médecins, le libéral en médecine générale était la liberté d'organiser sa journée de travail, d'adapter ses horaires en fonction de ses obligations professionnelles et personnelles.

Dr A : « *vous voyez si j'avais envie de vous voir cet après-midi, je le fais, si je n'ai pas envie de travailler cet après-midi, je n'ouvre pas cet après-midi* »

Dr H : « *et bien la liberté de travailler, euh dans sa conscience, une liberté d'horaire* »

Dr K : « *une liberté d'exercice avec des horaires modulables* »

- Libre dans sa prescription

Le libéral se définissait aussi dans la pratique de nos médecins généralistes par la possibilité de choisir le traitement qu'ils jugeaient le mieux adapté pour le patient sans contraintes extérieures.

Dr B : « *si j'estime qu'un traitement est meilleur qu'un autre* »

Dr G : « *une liberté de prescription* »

- Libre d'orienter vers un spécialiste de son choix

L'idéal en libéral était pour nos répondants d'avoir le choix de l'orientation de leurs patients. Ils avaient le pouvoir du choix et aussi l'indépendance d'accorder leur confiance à des spécialistes, tout en connaissant précisément leur façon de travailler.

Dr A : « *ce qui caractérise...mes correspondants que je choisis comme je veux* »

Dr H : « *on a la liberté d'orienter les patients chez les gens que l'on connaît largement* »

Dr K : « *ce rôle de plate-forme tournante, de guide* »

- Libre dans le choix de ses formations

Parmi nos interlocuteurs, une femme médecin avait insisté sur la capacité à pouvoir choisir librement une formation complémentaire à celle de sa pratique, pour se spécialiser au sein de son

cabinet. Elle insistait sur ce caractère unique et particulier qu'offre la pratique en libéral de la médecine générale.

Dr E : « *on va pouvoir s'impliquer dans d'autres choses un peu plus spécialisées et ça on a le choix, on peut le faire ou ne pas le faire, c'est vraiment nous qui décidons (...) je pense qu'il y a qu'en libéral que tu peux avoir une telle liberté* »

Dr K : « *chacun peut choisir quand même de faire de la petite chirurgie, on peut choisir de faire de la gynécologie* »

- Libre pour mieux assumer ses responsabilités.

Seul face à ses prises de décisions, dans le libéral, le médecin était conscient des responsabilités qui étaient les siennes.

Dr A : « *j'aime prendre les décisions tout seul et en assumer les responsabilités entièrement. (...) Cela ne se dilue pas sauf par rapport au patient (...) j'assume la responsabilité d'un bout à l'autre quand je l'ai pris en charge* »

Dr G : « *une certaine liberté et de responsabilité* »

2.1.2 Un médecin disponible

On retrouvait dans ce résultat, l'idée que cette activité permettait une souplesse d'organisation pour le médecin généraliste et une adaptation à la demande de soin.

Dr A : « *Si vous m'appellez à 17 heures pour un enfant qui a de la fièvre et une otite et bien je le recevrai* »

Dr G : « *on est proche des gens, je pense, on est relativement disponible* »

2.1.3 Un médecin high-tech

Pour ce médecin, la notion de libéral était de développer sa créativité et son esprit d'innovation, dans un système non figé, en utilisant les nouvelles techniques mises à disposition et répondre à la demande des patients.

Dr D : « *Là actuellement, on est ici en train de mettre en place un système de prise de rendez-vous par internet (...) je n'ai demandé à personne sauf à mes associés (...) il y a un côté créatif et libre quelque part. Je n'ai pas demandé à la SECU (...) L'idée c'est d'être un peu plus moderne, cela se développe et donc dans les mois et les années qui viennent tout le monde va faire ça* »

2.1.4 Un médecin chef d'entreprise

Dans leur vision du libéral, la gestion du cabinet médical était comparable à celle d'une PME où le médecin était le seul décisionnaire.

Dr D : « *il y a peut-être un esprit un peu de chef d'entreprise, de conquérant (...) oui c'est ça la définition du libéral c'est la définition du chef d'entreprise* ».

Dr A : « *c'est une petite entreprise un cabinet de médecine libérale* »

2.1.5 La symbolique du paiement de la consultation

En libéral, le patient peut actuellement payer de différentes façons. Pour certains médecins, le paiement direct du patient au médecin était une part importante de la définition d'une activité libérale, synonyme de reconnaissance, de respect de son travail et de liberté d'action.

Dr F : « *c'est ça le libéral, c'est recevoir proprement nos règlements (...) il y a des patients qui sont en ALD à qui je pourrai faire le tiers payant, ils veulent me régler moi, ils estiment que toute consultation mérite salaire* »

Dr C : « *A chaque consultation, il y a une rémunération qui est remise en cause à chaque fois (...) s'il veut être soigné il a quand même intérêt à payer les 23 euros et cela instaure le respect. Et le fait, oui je reste persuadée que cette somme a un intérêt... Je reste persuadée que l'on respecte celui que l'on paie.* »

2.1.6 Un échange singulier avec son patient

Ce médecin définissait l'idéal du libéral par sa relation médecin-patient qui rejoignait parfois celui de la filiation.

Dr C : « *moi je pense qu'ici on a développé beaucoup d'amour parce que j'estime que ce sont mes autres enfants, voilà on n'a pas envie de les abandonner* ».

2.2 Particularités lors de l'évocation de la notion de libéral

2.2.1 Influence de l'âge et de l'expérience en libéral

Les réponses étaient variables en fonction de nos interrogés, les jeunes installés avaient le sentiment parfois de ne pas être légitimes pour donner leur opinion par manque d'expérience.

Dr E : « *dans le statut actuel moi je dirais pas grand chose, alors je n'ai que deux mois d'expérience (depuis installation) donc peut-être que je me rendrai compte qu'il y a plein de trucs à modifier* »

Chez les médecins plus expérimentés, on retrouvait plus de détails et parfois l'évocation concernant le libéral était de l'ordre du conseil, de l'avertissement.

Dr H : *« Donc vous avez pas mal de soucis à vous faire, je ne sais pas quel est l'avis de mes confrères généralistes, je pense que les vieux comme moi sont un peu préoccupés comme moi pour les jeunes »*

2.2.2 Association entre pratique de la médecine générale et pratique du libéral

Pour certains, la médecine générale est indissociable de la médecine libérale. Une femme médecin interrogée s'est remémorée sa prise en charge par son propre médecin généraliste. On retrouve alors l'évocation de la notion du médecin généraliste en terme de médecin de famille.

Dr E : *« je pense que je n'ai jamais vu ça autrement, moi quand j'étais plus jeune, avant d'être en médecine, pour moi un médecin généraliste il n'était forcément qu'en libéral cela n'existait pas un médecin généraliste qui travaillait autrement qu'en libéral, donc déjà j'ai cette image gravée depuis l'enfance de médecine générale égale médecine libérale »*

Dr F : *« oui, d'ailleurs je pense que nous sommes bien plus de médecins généralistes libéraux que de médecins spécialistes libéraux, la médecine pour moi, libérale est d'ailleurs pour moi avant tout généraliste »*

Parfois les médecins ont su clairement faire la différence entre les deux sujets, prouvant le caractère dissociable entre la pratique de la MG et celle du libéral.

Dr D : *« on propose la médecine générale salariée, la preuve que c'est dissociable »*

Dr K : *« ce n'est pas forcément quelque chose qui est liée, un service d'urgence qui est hospitalier fait de la médecine générale, mais pas de la pratique libérale (...) pour moi médecine générale et médecine libérale vont de pair sur une pratique libérale mais ce n'est pas indissociable »*

3. Eléments de satisfaction des médecins généralistes dans leurs pratiques libérales

3.1 Satisfaction du travail accompli

Certains médecins développaient le sentiment d'un travail bien fait dans l'exercice d'une pratique qui leur convenait et qui fonctionnait.

Dr J : *« moi je suis satisfait, j'ai encore la foi...je veux que cela reste, je trouve que cela marche bien »*

Dr I : « *c'est un mode de fonctionnement qui me convient (...) c'est un mode de travail qui fonctionne (...) malgré certains inconvénients le système me convient* »

Dr E : « *plutôt tendance à me satisfaire par rapport à la notion de contact et de suivis de prévention, on arrive à faire notre travail* »

3.2 Exprimer sa personnalité en travaillant

On retrouvait l'idée d'une satisfaction dans le travail libéral qui permettait l'investissement du médecin et l'expression de sa personnalité au travers du soin.

Dr J : « *je m'exprime comme ça et puis les patients vous connaissent et savent comment on fonctionne* »

Dr K : « *je ne suis pas déçue, au contraire cela me conforte dans ma décision, cela correspond à mon caractère, on peut à la fois être technique et relationnel, au cabinet ou en se déplaçant* »

3.3 Avoir une compatibilité de travail avec une vie de famille

Un résultat intéressant venant d'une jeune femme installée en libéral depuis un an qui témoignait de la possibilité d'allier vie de famille et exercice en libéral.

Dr K : « *la compatibilité avec une vie de famille (...) avoir une vie de famille à côté c'est possible, il faut trouver la bonne méthode* »

3.4 Vivre l'indépendance de pratiquer

On retrouvait dans ces réponses le sentiment d'une pratique indépendante

Dr B : « *je suis très content d'être en libéral car j'ai quand même ma liberté* »

3.5 Qualité de la relation médecin-malade en libéral

En majorité, les médecins s'accordaient pour déclarer que l'exercice libéral était propice au bon développement de la relation médecin-malade.

Dr E : « *moi ce qui me conforte dans mon exercice, c'est la relation avec les patients (...) ça me conforte dans mon choix de faire du libéral (...) ce contact avec les gens qui est super (...) c'est la relation avec les gens qui est essentielle* »

3.5.1 Le choix réciproque entre médecin-malade

Dans l'exercice de la médecine générale en libéral la possibilité de choix réciproque médecin-malade semblait essentielle.

Dr C : « *le fait que les gens viennent nous voir et que nous nous les acceptons (...) on est en osmose (...) si on ne se sent pas à l'aise avec nous et nous si on n'est pas à l'aise avec eux je pense que l'on ne peut pas avoir de bons résultats (...) on fait des petits couples (...) je pense que lorsqu'on s'est choisi c'est beaucoup plus simple* »

Dr E : « *bah tout simplement la liberté de pouvoir choisir ses patients* »

3.5.2 Adaptation possible du temps de consultation

Un des médecins évoquait l'intérêt de pouvoir déterminer le temps idéal de la consultation pour chacun des patients.

Dr K : « *on module avec l'agenda, on sait qu'il y a des gens que l'on a pour des suivis psychologiques (...) on peut s'organiser, les voir vingt minutes ou une demi-heure, voire trois quarts d'heure* »

3.5.3 Un sentiment de bonne connaissance de leurs patients

Le libéral en médecine générale permettait aux médecins de connaître leurs patients de manière très précise.

Dr E : « *les gens, on ne les voit pas au quotidien mais quasiment et dans leur quotidien* »

Dr A : « *là quand je prends en charge un patient je m'en occupe complètement...mes patients je les connais (...)*»

Dr G : « *une qualité d'approche des patients* »

3.5.4 La confiance des patients

Les médecins évoquaient la confiance et l'attachement des patients envers leur médecin.

Dr A : « *ce sont les patients qui confortent notre exercice libéral en médecine générale, je pense qu'ils y sont attachés et nous le rendent....les patients sont attachés à leur médecin, à pouvoir choisir et pouvoir avoir un interlocuteur spécifique* »

Dr C : « *nos patients réclament quand même la médecine qu'on aime c'est cela qui nous reconforte...ce sont nos patients qui font que l'on est encore là* »

Dr A : « *il y a un contact privilégié avec mon patient (...) il y a une relation de confiance qui s'instaure avec les patients et cette relation de confiance ne peut à mon avis s'installer que dans ce cadre-là* »

Dr J : « *et nos patients nous connaissent bien (...) il y en a c'est amicaux (...) c'est ce côté humain* »

3.5.5 La fidélité des patients

La fidélité de la patientèle, faisait partie des satisfactions des médecins généralistes libéraux. Elle était une reconnaissance de leur travail produit.

Dr A : « *cela me satisfait c'est le retour des patients, la satisfaction de notre exercice c'est quand les patients sont contents* »

3.6 Choisir librement le traitement

L'activité libérale permettait de choisir la thérapeutique la plus adaptée.

Dr K : « *qui mieux que le médecin est amené à prescrire le meilleur traitement pour son patient au vu de sa globalité justement ?* »

3.7 Travailler avec des étudiants en médecine au cabinet

L'activité libérale donnait la possibilité aux médecins généralistes installés de recevoir en stage des internes ou externes. Ainsi, certains voyaient l'attrait de ce compagnonnage dans le partage du vécu de leur activité.

Dr J : « *je crois que j'ai un petit peu adhéré à ce projet dans cette idée- là, on va transmettre quelque chose (...) et puis les intéresser à ça* »

3.8 S'unir autour du libéral

Il existait chez certains de nos répondants une satisfaction concernant un sentiment d'unité autour du libéral entre MG.

Dr D : « *ce qui me conforte c'est que le désir de conserver les avantages du libéral est quand même très présent chez les médecins généralistes (...) il y a une levée de voix (...) les gens se mobilisaient donc ça cela me conforte* »

Dr K : « *on essaie de faire entendre notre voix, on essaie de se faire écouter (...) on se défend pour un système de santé, pour des valeurs, pour une façon d'exercer* »

4. Eléments d'insatisfaction des médecins généralistes dans leurs pratiques libérales

4.1 Un travail remis en cause par les tutelles

4.1.1 Critiques de la gestion de la médecine générale libérale par l'Etat

- Son implication jugée trop forte

Des médecins dénonçaient le poids des décisions politiques et le rôle de plus en plus présent de l'état dans leur activité. Un médecin évoquait même le terme « d'étatisation » pour définir ce phénomène, un terme fort, manifestant son mécontentement.

Dr A : « *les autorités essaient de plus en plus de s'immiscer par des règles de plus en plus présentes* »

Dr K : « *attention à ne pas étatiser la médecine* »

- Ses lois jugées complexes

Certains de nos médecins étaient tracassés par des lois jugées trop difficiles à mettre en œuvre.

Dr J : « *il y a des normes et puis il faut faire exactement l'inverse de ce que l'on a dit, on ressent ça aussi nous* »

Dr A : « *je m'arrache les cheveux à trouver des textes de lois, à faire des dérogations pour pouvoir continuer à exercer ici par ce que je devrai refaire-faire des trucs totalement infaisables.* »

- Son manque de concertation avec les médecins

Les résultats montraient que les médecins étaient insuffisamment sollicités dans les orientations et les décisions politiques.

Dr J : « *on a une ministre elle est très... (rires) elle ne cède sur rien, ils ont des pensées uniques ces gens-là, je crois qu'ils ne tiennent pas compte des médecins* »

Dr B : « *je pense qu'il faut que cela soit fait en concertation avec le professionnel de santé, pas autrement* »

Dr K : « *il y a quand même une grosse rupture de dialogue entre les instances supérieures hiérarchiques et le médecin dans son cabinet* »

- Son manque de soutien pour la profession

On retrouvait dans nos entretiens, l'idée que certains médecins éprouvaient un manque de considération de la part des pouvoirs publics.

Dr G : « on ne se sent pas très soutenu, je pense que globalement on ne sent pas les soutiens derrière nous, ni financiers, ni politiques »

Dr H : « la volonté politique de la faire disparaître et l'arrière-pensée il y a dix ans que supprimer les médecins ferait baisser le coût de la SECU (...) il n'y a pas d'harmonie santé, il n'y a pas de plan santé »

- La « loi santé » : un exemple de contestation

Il semblait, au regard de nos témoignages concernant cette loi, que celle-ci était l'exemple d'un catalyseur du mal être de nos médecins au sein de leur pratique.

On percevait une crainte concernant l'avenir de la profession ainsi qu'une baisse à venir de l'activité libérale.

Dr E : « la crainte pour la loi santé (...) je pense que si cette loi passe, il n'y aura plus de médecine généraliste »

Dr B : « l'étatisation de la médecine générale libérale avec la loi santé qui va être votée très prochainement (...) on sera des salariés sans en avoir le nom et sans les avantages en plus »

Les médecins s'interrogeaient encore sur l'organisation de cette loi.

Dr G : « c'est comme la ministre, elle parle du tiers-payant, ok d'accord mais les modalités elle n'en parle pas (...) là actuellement il n'y a pas de garantie, c'est trop faible »

Pour nos médecins, la libre prescription était remise en cause par cette loi, accordant aux mutuelles un droit de regard plus important.

Dr B : « cela va changer quand les mutuelles vont mettre leur nez dans tout ça, c'est ce qui s'est passé en Angleterre ou en Allemagne. On va nous dire monsieur B vous coûtez trop cher, il faut vendre des médicaments moins chers, il faut prescrire moins d'examens »

Il existait des réticences face au tiers-payant et sa généralisation était vécue comme une dépendance beaucoup plus importante des praticiens à l'état et aux mutuelles.

Dr D : « On va devoir un peu mendier auprès des institutions auprès des complémentaires et puis s'ils ne veulent pas pour X raisons et bien on n'a plus qu'à dire amen et point (...) le fait que j'ai une institution qui intervienne pour payer le médecin pour moi c'est une tutelle qui s'installe et donc qui nuit à mon côté libéral »

Dr F : « le tiers-payant on le pratique déjà pour les patients qui ont des situations financières difficiles pour les patients qui sont en ALD, c'est un tiers-payant qu'on fait de toute façon, qu'il soit généralisé, c'est nous salarier finalement des mutuelles et de la SECU or (...) c'est pas pour ça que j'ai choisi la médecine générale en libéral, c'est justement pour être libre »

Dr H : « les mutuelles vont prendre le relais des paiements mais aussi de la sécurité sociale leurs systèmes d'aiguillage seront plus décisionnels (...) elles choisiront à mon avis l'orientation, elles nous orienteront vers tel hôpital, l'autre moins cher »

Le tiers-payant généralisé était vécu comme la source d'une augmentation des tâches administratives.

Dr F : « s'il n'y avait que le tiers-payant SECU cela ne me dérangerait pas d'être payé que par la SECU même si on sait qu'il y aura du coup quelques retards (...) ce qui me dérange davantage c'est le tiers-payant mutuel (...) sachant qu'il y a plus de mille mutuelles (...) il y a mon jeune collègue installé qui se bat tous les jours avec les mutuelles et pour 6 euros 90, il faudrait que l'on se batte au téléphone pour qu'ils nous paient ? »

Dr G : « si le tiers-payant vous le mettez en application, on va devoir courir après les mutuelles pour se faire payer et puis c'est tout »

Dr I : « c'est la part de bureaucratie supplémentaire, la part à rechercher des mutuelles qui pose le problème »

Dr J : « si c'est pour que l'on devienne dépendant du paiement de la SECU, il faudrait passer du temps et les infirmières, les pharmaciens disent ça (...) elles paient quelqu'un pour qu'il recherche la part mutuelle du tiers-payant, c'est ubuesque, on a vraiment pas le temps pour ça »

Les médecins jugeaient cette loi pénalisante aussi pour le patient.

Dr B : « Cela m'embête un peu la perte de chance elle ne va pas être tellement pour moi mais plutôt pour le patient (...) on dit que c'est une loi qui est faite pour les patients et pour l'égalité, je ne suis pas d'accord du tout parce que derrière il y a plein de choses cachées » »

Dr H : « ce n'est pas le souhait des politiques qu'elle soit adaptée ou pas car on est dans une dimension économique et on se contre-fout des gens, le patient n'est pas au centre du débat (...) on va donner le tiers-payant aux gens, c'est une mesure électoralement sympa mais on n'a pas dit tout le reste »

4.1.2 Critiques de la Sécurité Sociale

Certains déploraient le rôle de la sécurité sociale, le considérant de plus en plus intrusif et directif.

Dr K : « *si vous avez suivi un peu l'actualité depuis novembre pour certains médicaments on est obligé de demander l'accord de la SECU pour les prescrire, je trouve cela extrêmement dommage* »

Dr B : « *je pense que l'on va devenir des fonctionnaires de la sécurité sociale (...) la SECU commence à s'immiscer de plus en plus dans nos statistiques* »

Dr D : « *le mode de rémunération change et va de plus en plus vers « si tu vas dans les clous de ce que la SECU attend de toi alors tu seras revalorisé » et ça cela ne me plaît pas trop (...) si demain on arrêta le paiement à la performance cela ne me poserait pas de problème* »

4.1.3 Craintes des mutuelles

Ici, notre médecin exprimait sa peur du rôle des mutuelles, à l'origine pour elle d'une diminution de l'indépendance accordée aux médecins généralistes libéraux. Elle avait le sentiment de devenir une salariée, ce qui était à l'encontre de ses principes dans l'exercice de ses fonctions.

Dr F : « *on va perdre notre statut de libéral complètement (...) c'est nous salarier finalement des mutuelles* »

4.2 Les charges administratives

4.2.1 Chronophages et croissantes

Les temps consacrés aux tâches administratives, imposaient aux médecins généralistes libéraux, des amplitudes de travail de plus en plus conséquentes, au détriment du temps de consultation. Ce ressenti était plus important chez ceux installés seuls et en zone rurale.

Dr A : « *cela prend du temps, faire des feuilles de paie, tout ce qui est administratif (...) c'est vrai que l'on nous rajoute toujours de plus en plus de paperasserie* »

Dr H : « *je pense qu'elle est totalement spoliée par la paperasse qui s'accumule, par des tas de choses* »

4.2.2 Manques d'enseignement pour leur gestion

Les cours en faculté concernant l'enseignement des modalités de fonctionnement et de prise en charge des activités administratives étaient remis en cause.

Dr K : « *on ne vous apprend pas une fois lâché où s'inscrire, à qui s'adresser pour avoir des aides, remplir une 2035, remplir une 2042 (...) c'est abordé mais c'est abordé de façon tellement*

succincte (...) c'est la grosse découverte la première année quoi donc c'est compliqué (...) je trouve que c'est très court au cours des études pour être et dire que je suis armée pour »

4.2.3 Liées aux aléas des nouvelles lois

Il était souligné l'impact des changements et de l'apparition de nouvelles lois mis en place par un gouvernement.

Dr A : « *Tout le temps il y a des nouveautés (...) des nouveautés qui sont pour nous des tracasseries administratives il y en a tout le temps »*

4.3 Les conditions de vie

Ce médecin, installé en zone rurale et confronté au départ à la retraite de ses collègues non remplacés, nous faisait part de son désarroi. Il s'inquiétait pour sa qualité de vie et s'interrogeait sur les conséquences du manque de médecins.

Dr H : « *le manque de temps (...) on n'est pas assez nombreux (...) On a quand même ici un médecin suicidé dans notre commune et un médecin infarcté à quarante ans (silence) Et sur sept médecins on est plus que trois.»*

4.4 La couverture sociale

4.4.1 Le congé maternité

La question du congé maternité en libéral était une source d'inquiétude.

Dr I : « *les femmes médecins que je vois ont toujours des difficultés à gérer leur grossesse»*

4.4.2 L'arrêt de travail

Des difficultés financières pour certains libéraux concernant ce domaine étaient évoquées. La connaissance du fonctionnement des arrêts de travail en libéral était une préoccupation. Un médecin reprochait le manque d'enseignement en faculté sur les modalités de prise en charge en libéral.

Dr K : « *c'est compliqué de s'arrêter (...) il y a un délai de carence de quatre-vingt-dix jours pour avoir une rémunération (...) c'est des choses à prendre en compte et on n'est pas forcément au courant pendant les études »*

Dr I : « *on a tous des histoires de collègues mal assurés qui ont été en grandes difficultés financières parce qu'ils ne s'étaient pas assurés ou pas suffisamment assurés ou parce qu'ils avaient été négligeants. »*

4.5 Le prix de la consultation et de la visite

La rémunération était une source d'insatisfaction pour ce médecin qui évoquait la tarification de sa consultation trop faible au regard de son temps de travail.

Dr B : « *les consultations ne sont pas revalorisées* »

Dr C : « *une visite à 33 euros cela fait 10 minutes pour y aller 10 minutes pour revenir, le temps qu'il ouvre patatipatata 20 minutes sur place, cela fait 40 minutes à 33 euros, le coiffeur gagne mieux sa vie que nous. Donc bien sûr que nous avons besoin d'une revalorisation, c'est incontestable. C'est vrai que l'on gagne bien notre vie mais au vu des responsabilités et du nombre d'années d'étude, je peux comprendre que les jeunes n'aient pas envie de faire ça* »

Dr G : « *on consacre sûrement beaucoup de temps à son travail (...) le temps n'est pas forcément reconnu à sa juste valeur (...) on ne nous encourage pas non plus à y consacrer plus de temps* »

4.6 L'installation en médecine générale libérale

Les résultats montraient une préoccupation persistante concernant l'installation de médecins généralistes en libéral. Il subsistait un sentiment d'insatisfaction chez les anciens, mais aussi chez les nouveaux installés.

Dr G : « *actuellement il y a un manque d'activité en libéral, il n'y a qu'à voir les statistiques, il y a peu de jeunes médecins qui choisissent la médecine libérale aujourd'hui..*»

Une jeune femme médecin évoquait ces craintes et le problème des charges en tant que nouvelle installée comparativement à son chiffre d'affaire

Dr F : « *les charges énormes qui nous tombent dessus, c'est énorme, d'URSSAF, de CARMF, tout ça, les charges sont énormes pour une nouvelle installée* »

4.7 L'isolement dans la pratique libérale de la médecine générale

L'idée d'être en difficulté pour communiquer avec d'autres médecins et avec les systèmes administratifs apparaissait dans les propos de certains de nos médecins.

Dr K : « *malgré l'informatisation on a quand même des soucis de communication entre les collègues, entre les administratifs (...) c'est un peu compliqué de dialoguer, en fait cela prend du temps* »

5. Vision du médecin généraliste libéral concernant le salariat

5.1 Avantages du salariat pour le médecin généraliste

5.1.1 La gestion des tâches administratives

Un médecin, installé depuis 20 ans en zone urbaine et en association, était convaincu de l'aspect bénéfique du salariat et de ses possibilités de délégation et de diminution des tâches administratives.

Dr A : *« les avantages j'en verrai plein à être salarié (...) c'est plus de paperasserie (...) plus de comptabilité (...) moins d'administratif, plus de 2035 à remplir (...) un exercice salarié cela permettrait d'avoir plus de moyens en terme de personnel, d'avoir une secrétaire en plus occupée aux formalités administratives (...) plus obligé de tenir mes comptes en fin de journée »*

Dr I : *« déléguer plus facilement certaines tâches »*

5.1.2 Le temps de consultation

Il y avait une vision positive de l'exercice salarié de la médecine générale dans le sens où il favoriserait l'augmentation du temps dédié à la consultation.

Dr A : *« voyez dans le salariat vous arrivez et vous ne vous consacrez qu'à vos consultations »*

Dr D : *« si le médecin est salarié, il est payé tant par mois, je vais dire 5000 euros quel que soit le nombre d'actes qu'il fait, donc il peut très bien dire je passe une demi-heure par patient de toutes les manières je suis payé pareil et donc c'est intéressant pour les patients de se dire on a une demi-heure »*

5.1.3 La qualité de vie

Ce médecin généraliste évoquait une vision pratique de ce système plus propice à la gestion des activités extra-professionnelles.

Dr A : *« j'aurai des horaires qui seraient certainement moins larges (...) je serais certainement beaucoup plus tranquille, cela me permettrait de faire du sport tous les jours et pas uniquement le mercredi et le weekend »*

5.1.4 La Sécurité Sociale

Comparativement au libéral, les avantages sociaux qu'offrait le régime salarié étaient indéniablement considérés comme un avantage.

Dr I : « *c'est tous les avantages sociaux liés au salariat : arrêt maladie rémunéré, journée enfant malade* ».

Dr K : « *les congés payés (...) cela semble protecteur quelque part aux yeux du médecin qui pratique en libéral* »

5.1.5 Le salaire fixe

Pour ce médecin, la garantie d'un salaire fixe grâce au salariat serait un avantage.

Dr I : « *l'avantage c'est un salaire qui tombe tous les mois, c'est un nombre d'heures défini au départ* »

Dr A : « *je serai payé tant par mois et voilà* »

Dr K : « *les revenus réguliers* »

5.1.6 Activité adaptée à la féminisation de la pratique médicale

Un des médecins expliquait le point positif de cette activité mise en place en cabinet de médecine pour s'adapter à la pratique et l'emploi du temps de femme médecin généraliste.

Dr B : « *la médecine se féminise de plus en plus, je conçois tout à fait que les femmes préfèrent le salariat pour plein de raisons (...) je pense que c'est un meilleur compromis* »

Dr I : « *pour les jeunes générations qui se féminisent effectivement je pense que pas mal de gens, jeunes femmes et même hommes, trouvent un avantage par rapport au salariat avec des horaires qui sont souvent étendus* »

Dr J : « *j'ai une remplaçante femme (...) elle voulait partir plus tôt donc cela peut-être un choix de s'installer en mode salarié* »

5.1.7 Intérêt pour les collectivités

Cette jeune femme médecin soulignait l'intérêt pour certaines communes d'un mode salarié, pour favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes.

Dr K : « *il peut y avoir des avantages par exemple comme cela se fait dans certaines communes, qui rémunèrent un médecin généraliste, qui s'occupent des locaux, le médecin arrive et exerce une médecine salariée tout en faisant une médecine générale* »

5.1.8 Intérêt économique pour le système de santé

On a constaté que les médecins s'interrogeaient sur l'intérêt d'une économie de santé dans le développement d'une activité salariée appliquée en médecine générale.

Dr E : « *pour la collectivité cela serait peut-être de faire des économies à la SECU* »

Dr A : « *est-ce qu'une médecine générale salariée coûterait moins chère qu'une médecine libérale ? Je n'en ai aucune idée* »

5.2 Inconvénients du salariat

5.2.1 La hiérarchie

Pour nos interrogés, c'était le devoir d'obéir à une hiérarchie qui était un inconvénient dans ce système.

Dr A : « *si je n'ai pas envie de travailler cet après-midi, je n'ouvre pas cet après-midi, voilà ça si je suis salarié on va me dire vous devez être là* »

Dr D : « *qui dit salarié dit hiérarchie et donc autorité (...) c'est à dire un chef au-dessus qui doit déterminer les salaires, les horaires, déterminer le mode de fonctionnement (...) ça moi je ne veux pas !* »

Dr I : « *on a forcément des comptes à rendre à notre employeur (...) vous auriez des comptes à rendre aux gens qui vous emploient* »

5.2.2 Soumission aux tutelles

Le point négatif du salariat en médecine générale semblait être, pour les médecins, la domination trop présente de l'état, des mutuelles ou de la sécurité sociale

Dr I : « *c'est le fait d'être dépendant des tutelles* »

Dr K : « *si on salarie la médecine générale on risque de ne plus donner non plus le libre accès, le libre choix pour suivre nos patients (...) on vous dirait vous n'avez pas prescrit de telle façon (...) je pense que les gens auront l'impression d'avoir ce couperet, cette épée de Damoclès* »

5.2.3 Contraintes administratives

Un médecin avait suggéré une aggravation des charges administratives dans le cadre d'une activité salariée.

Dr I : « *je pense que si j'étais salarié probablement que le temps administratif serait encore plus important (...) nous libéraux nous râtons parce que l'on a beaucoup de contraintes administratives mais je pense qu'elles seraient peut-être encore pires* »

5.2.4 Les horaires de consultation

Les médecins se demandaient si les créneaux de consultations pouvaient répondre à la demande de soin.

Dr A : « *si je suis salarié avec des horaires bien précis et bien je ferai comme un salarié et que c'est 9H-17H, à 9H je serai là, à 17H je serai parti...si vous m'appellez à 17h pour un enfant qui a de la fièvre et une otite (...) je renverrai sur les urgences, il n'y aura plus cet avantage qu'ont les patients (...) je ne vois pas pourquoi je ferais des heures que je n'ai pas prévu de faire* »

Dr E : « *si en plus on fait des horaires moins lourds, clairement cela va donner des rendez-vous à combien de temps? Là on a déjà du mal à donner des rendez-vous décents* »

5.2.5 Les répercussions sur la relation médecin-malade

Par rapport à l'activité libérale, les généralistes craignaient une dévalorisation de la relation médecin-malade.

- Dépersonnalisation du soin

Dr A : « *mes patients je les connais et là cela sera plus anonyme (...) un jour cela sera moi, un jour cela sera un autre, madame machine je ne la connaîtrai pas plus qu'un autre* »

Dr C : « *je pense qu'il va y avoir des dérives inévitables, c'est à dire qu'en fait ce côté donnant/donnant il n'existera plus...on va perdre quelque chose des deux côtés le patient et le médecin* »

Dr E : « *cela ne sera pas toujours le même médecin qui suivra les mêmes personnes (...) je ne pense pas que l'on puisse suivre les gens comme ça et je pense que l'on perdra énormément en suivi du patient en relationnel avec les gens* »

- Choix du médecin par défaut

Les médecins généralistes remettaient en question l'idée du choix du médecin avec ce système.

Dr A : « *vous voyez l'exercice salarié vous ne savez pas ils vont peut-être revenir parce que vous leur avez été nommé comme médecin et qu'ils ne peuvent pas aller en voir un autre* »

- Impact du statut de médecin généraliste salarié

Notre médecin s'interrogeait sur les conséquences d'un système où le médecin généraliste était payé directement par l'Etat. Qu'elle serait l'impact dans la relation médecine-malade?

Dr C : « *je pense que la dérive sera tout naturellement (...) est ce que j'aurai autant de considération pour la personne qui me rémunérera, qui sera en fait l'Etat ? Je ne suis pas sûr parce que l'Etat ne me fait pas de sourire, il ne me dit pas merci quand il me paie. Mon patient quand il me paie, il me fait un sourire, il me dit bonne journée, il me considère, je ne suis pas sûr que l'état me donnera autant* »

5.2.6 Diminution du revenu

La question du revenu était aussi une préoccupation des médecins.

Dr E : « *on va perdre du salaire, clairement on ne va pas être payé la même chose si l'on devient salarié* »

Dr D : « *quand j'entends le salaire des médecins salariés euh... je trouve que c'est dommage car je pense qu'ils gagnent beaucoup moins que moi que ce que je peux gagner (...) il y a un manque à gagner au niveau du chiffre d'affaire* »

6. Vision du médecin généraliste libéral concernant l'avenir de son activité

6.1 Vision pessimiste

6.1.1 La fin d'un système

Pour certains médecins, la fin d'un cycle arrivait, la pratique libérale laissant bientôt sa place à celle salariée.

Dr G : « *je n'ai pas une vision optimiste (...) puisque on a beaucoup de mal à trouver une suite à notre activité (...) on est des mammouths, une espèce en voie de disparition donc ce n'est pas optimiste (...) il y aura d'autres formes d'exercices ultérieurs mais qu'il reste encore à bien déterminer* »

Dr H : « *depuis que je suis installée le système de soin se dégrade lentement mais sûrement et puis va se terminer puisque dans 5 ou 6 ans il n'y aura plus de médecins généralistes libéraux (...) c'est la fin (...) on arrive à la fin d'un cycle, on va passer à autre chose à une médecine salariée, qui va être radicalement différente et très éloignée des centres de vie...cela marchait très bien et on interrompt un cycle...c'est un choix économique, politique* »

Dr I : *« je me demande si cette pratique n'est pas condamnée à court terme ou à moyen terme »*

Dr J : *« je ne sais pas si on va continuer (...) je pense que l'on est de plus en plus dépendant de la SECU (...) je crois qu'un jour on va peut-être dépendre des mutuelles (...) j'ai déjà eu des patients qui me disent d'ailleurs « on appréhende votre disparition » (...) je sens que cela va s'en aller (...) on va tuer la médecine générale enfin le libéral indépendant »*

6.1.2 Des doutes et des interrogations

Certains médecins s'interrogeaient et attendaient des réponses pour s'adapter à l'évolution des pratiques.

Dr E : *« avec cette épée de Damoclès, avec la loi santé je me rends compte qu'il va y avoir des changements et des gros changements donc je ne sais pas trop pour le moment »*

Dr B : *« pour l'instant je me pose beaucoup de questions avec cette loi, on verra comment on fera... je continuerai à faire de la médecine générale car j'aime ce que je fais mais après voilà peut-être que l'on fera autrement »*

Dr K : *« Avec plein de questions »*

6.2 Vision optimiste

6.2.1 L'amélioration du système libéral en médecine générale

Ici, nos résultats montraient que certains de nos médecins restaient confiants. Ils se basaient sur la reconnaissance de la part des patients et le rôle qu'ils pourraient tenir dans le maintien du système libéral en médecine générale.

Dr E : *« je pense que cela ne va pas changer justement que cela va continuer comme ça, que cela va s'améliorer et que nous serons un peu plus nombreux »*

Dr F : *« ce n'est pas une vision c'est un espoir...c'est que je vais toujours me plaire dans cette exercice, que je vais me plaire dans cette maison médicale, avec mes collègues (...) moi j'ai confiance en l'avenir, il faut avoir confiance en l'avenir. On a déjà confiance dans la manière de vouloir soigner ses patients»*

Dr A : *« moi je suis plutôt optimiste (...) les patients y sont attachés (...) c'est eux qui nous sauveront »*

6.2.2 Une cohabitation entre activités libérales et salariales

Ce résultat montrait que, pour certains médecins, une mixité entre les deux formes de pratiques pourrait perdurer et que les deux formes d'activité pourraient cohabiter.

Dr A : « *on pourrait faire très bien coexister deux systèmes, un système de médecine générale salariée avec pourquoi pas des dispensaires (...) non je pense que les deux peuvent cohabiter* »

7. Attentes des médecins généralistes libéraux et améliorations proposées pour la pratique libérale

7.1 Préserver l'indépendance du médecin généraliste

On retrouvait dans notre recueil de résultats, l'envie chez nos médecins de conserver leur statut d'indépendant. Le système libéral qu'ils avaient choisi, leur convenait et devait perdurer.

Dr E : « *notre système de soin actuel, je le trouve plutôt bien, c'est je pense l'un des meilleurs du monde et je trouve cela dommage justement de vouloir le changer* »

Dr A : « *voilà moi le système actuel me convient bien* »

Dr B : « *il faut que l'on maintienne notre indépendance (...) Il faut que l'on puisse la garder pour continuer à soigner quelqu'un correctement* »

Dr C : « *on a tellement peur que l'on nous l'enlève que l'on se dit voilà on voudrait au moins conserver ce qui nous reste* »

Dr G : « *on est des libéraux il faut que l'on reste des libéraux* »

7.2 Préserver la notion de médecin de famille

Les fondements de la médecine générale étaient rappelés par nos médecins. Ils réaffirmaient au sein d'une pratique libérale la nécessité de conserver la notion de médecin de famille.

Dr K : « *je pense qu'il ne faut pas toucher au fond, je pense ne pas toucher à ce qui fait la fédération du médecin de famille* »

7.3 Réorganiser les tâches administratives

Il y avait une véritable attente de changements par rapport à la gestion des tâches administratives.

7.3.1 Simplifier l'administratif

Dr A : « *il faudrait simplifier, simplifier la gestion de tout ce qui n'est pas médical ... il faut simplifier pour que l'on consacre le plus de temps possible à l'exercice médical et le moins à la gestion administrative* »

7.3.2 Développer et utiliser internet

L'utilisation d'internet pourrait favoriser la prise des rendez-vous et libérer la secrétaire pour d'autres tâches administratives.

Dr D : « *là actuellement on est ici en train de mettre en place un système de prise de rendez-vous par internet, c'est à dire que les gens vont continuer à appeler la secrétaire ou décider d'aller sur internet et de cliquer pour avoir un rendez-vous* »

7.3.3 Intérêt du regroupement des médecins

Un médecin évoquait l'intérêt de la prise en charge administrative dans des structures de regroupement comme les maisons pluridisciplinaires.

Dr I : « *le moins de charges possibles pour qu'il y ait plus de soins alors effectivement cela pourrait être l'avantage des maisons pluridisciplinaires si tout ce qui est administratif dans le travail est pris en compte* »

7.4 Développer le rôle des plates-formes d'aide à l'installation

Un médecin, récemment installé, rappelait l'intérêt de cet accompagnement au cours des procédures d'installation et l'idée d'un parrainage à l'installation.

Dr K : « *il y a des plates-formes d'accueil, quand on va s'inscrire, on dit par exemple avez-vous pensé à l'URSSAF (...) vraiment accompagner (...) est-ce que cela serait possible de faire des parrainages à l'installation ?* »

7.5 Améliorer la prise en charge financière

7.5.1 Le système de remboursement

Ce médecin insistait sur la réduction des délais de remboursement concernant le paiement de certaines consultations et les problèmes rencontrés avec certaines mutuelles.

Dr B : « *le tiers-payant avec les gens qui ont la CMU je n'ai aucun souci, c'est payé intégralement par la SECU, je n'ai pas de problème, le tiers-payant avec le RSI, la RAM c'est infernal* »

7.5.2 Le prix des consultations

Certains des médecins désiraient une revalorisation du prix de la consultation.

Dr C : « *j'ai des patients, des messieurs, qui me disent « je donne 18 euros au coiffeur ça me fait mal au cœur de vous donner que 23 euros (...) bien sûr que nous avons besoin d'une revalorisation, c'est incontestable, c'est vrai que l'on gagne bien notre vie mais au vu des responsabilités et du nombre d'années d'étude, je peux comprendre que les jeunes n'aient pas envie de faire ça »*

Dr B : « *les tarifs de consultations qui sont les plus bas d'Europe (...) le tarif de la consultation en France c'est absolument inadmissible »*

Dr D : « *on me dit « ok, on revalorise votre C (consultation) » je trouve que cela colle plus à la médecine libérale »*

7.6 Améliorer la couverture sociale

Il y avait un vrai désir de la part des interrogés de modifier certains termes de la couverture sociale.

Dr B : « *il faut vraiment penser à avoir une meilleure couverture sociale »*

Dr D : « *Si cela pouvait se modifier cela serait pas mal, je pense que cela sécuriserait beaucoup plus les jeunes qui veulent se lancer dans le libéral »*

7.7 Favoriser l'installation en libéral

Pour nos médecins, il fallait continuer le travail pour favoriser l'installation des jeunes médecins généralistes en libéral et être encore plus nombreux à pratiquer.

Dr E : « *ce qu'il faudrait c'est surtout que l'on soit plus de médecins généralistes installés pour avoir un peu plus de temps avec les patients... que faudrait-il maintenir ? Tout mais en plus nombreux »*

7.8 Améliorer la politique de santé

7.8.1 Des projets sur le long terme

Initier des projets politiques sur le long terme et favoriser l'implication des médecins généralistes étaient des suggestions retrouvées dans nos résultats.

Dr H : « *il n'y a pas d'harmonie santé, il n'y a pas de plan santé. De toute façon rien n'est prévu après nous (...) il faut se projeter dans 10, 20, 25 ans dans la vie plus tard, ce qui n'est pas fait actuellement, on a des projections électorales pures, à 2 ans, 3 ans mais il n'y a pas de projet à 20 ans à 40 ans (...) il faut savoir où on va, comment on va faire (...) il faudrait une politique réfléchie*

et intelligente, qu'ils viennent avec nous au moins 15 jours par an pour nous suivre et voir un peu qu'elle est la demande »

7.8.2 Implication des jeunes générations

L'avenir de la médecine libérale dépendait de l'implication des générations futures de médecins généralistes.

Dr H : *« c'est à vous de prendre les décisions, c'est à vous de vous présenter vous faire élire, de réfléchir, de devenir des décisionnels »*

7.8.3 Intérêt de maintenir une politique libérale

Ce médecin semblait en faveur d'une politique libérale pour proposer aux médecins le libre choix de pratiquer comme ils le souhaitaient.

Dr D : *« l'avenir je le vois en donnant la possibilité à ceux qui choisissent la médecine générale de choisir le statut qui leur convient »*

7.8.4 Centrer le débat sur l'humain

Il fallait placer véritablement l'humain au centre des objectifs de l'amélioration de l'activité libérale.

Dr C : *« on ne veut plus du cas par cas humain et cela c'est notre drame »*

7.8.5 La question du nombre d'actifs dans ce système libéral

La nécessité d'augmenter le nombre de médecins dans le cadre de cette activité était mis en évidence par ce médecin.

Dr K : *« le moyen qui manque le plus est le moyen humain »*

V. DISCUSSION

1. Fiabilité de l'étude

Le choix de l'étude qualitative a été dicté par notre question de recherche ce qui est fréquent (14) dans ce type d'étude. Elle était particulièrement adaptée au traitement de notre thème, lié au domaine du subjectif. Cette étude a permis le traitement d'un phénomène social en questionnant les sujets dans leur environnement et leur contexte.

La validité de l'étude a été contrôlée par la saturation des données analysées au travers des onze entretiens.

La sélection des médecins interrogés avec le respect des critères d'inclusion a permis l'obtention d'une grande diversité dans les réponses recueillies.

Les médecins ont été questionnés au sein de leur cabinet pour faciliter le recueil de données.

Le travail d'enregistrement avec le dictaphone numérique n'a pas créé d'interférence ou bloqué le dialogue. Les participants ont vite oublié sa présence et il n'a jamais été considéré comme une « troisième » présence parasitant l'entretien (8).

2. Analyse des différents biais de l'étude

2.1. Biais liés au contexte de réalisation de l'étude

Notre étude a été réalisée au moment de l'élaboration du projet de la « Loi de santé ». Ainsi les médecins interrogés ont pu être influencés dans leurs réponses au cours de cette période de débats actifs. La majorité des médecins interrogés a apprécié de s'exprimer sur ce thème et a souligné l'intérêt de cette étude dans ce contexte. Finalement, notre sujet a permis de compléter ce travail de réflexion.

2.2. Biais liés à l'intervieweur

Dans ce travail, il a existé une influence liée à la proximité « métier » de l'intervieweur et des répondants. Cette proximité a pu rendre le dialogue plus facile, créer une connivence, mais aussi parfois induire des réticences à se confier de peur d'être jugé.

Il aurait pu exister de l'empathie entre l'intervieweur et les répondants, qui aurait pu influencer sur le déroulement du travail et entraîner une difficulté de reproduction des données. Ainsi, la grille d'entretien a été une aide précieuse pour permettre de limiter ce biais. Les questions ont été scrupuleusement définies pour cadrer notre recherche et elles ont permis d'interroger en limitant l'influence sur les réponses.

2.3. Biais d'interprétation

Dans notre méthode, la mise en théorie des pensées des médecins a été faite par le chercheur lui-même. La création des codes a été forcément parfois déductive. C'est pourquoi cette méthode d'analyse a été influencée par la subjectivité du chercheur. De plus, celle-ci a été faite par une seule et unique enquêtrice. L'idéal aurait été dans ce cas d'utiliser une triangulation des sources et des méthodes c'est à dire de comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données ou de deux sources. Ce qui n'est pas usuellement fait.

3. Analyse des principaux résultats et comparaison avec la littérature

Quels enseignements peuvent être tirés des propos des médecins généralistes interrogés concernant leur vécu du libéral ?

3.1 Conception du libéral développé par le médecin généraliste

La description idéale du concept « libéral » en médecine générale n'a pas été simple à définir pour nos médecins interrogés. Parfois, ils leur était difficile d'évoquer le vécu du libéral, sans évoquer les caractéristiques de la médecine générale. Le sentiment d'une forte intrication entre la médecine générale et la pratique libérale était palpable. On percevait que la pratique de la médecine était fortement liée à la liberté accordée aux médecins, comme si l'expression même de médecine générale en dépendait.

Ainsi, la pratique d'une médecine générale, dans un cadre libéral, semblait parfois inconcevable autrement, comme indissociable. Elle était fortement ancrée dans les représentations de nos médecins. Il serait, d'ailleurs, intéressant de poser la question aux patients afin de déterminer, s'ils avaient le même ressenti.

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude, mettaient majoritairement au centre du concept **la notion de liberté**. Mais de quelle liberté s'agissait-il ? Si l'on consulte le dictionnaire de la langue française de LITTRÉ, on ne retrouve pas moins de vingt-quatre sens. L'écrivain Paul RICOEUR, lui, n'acceptait de liberté qu'en rapport avec une volonté sensée. Ainsi le premier tome de *La philosophie de la volonté* intitulé « *Le volontaire et l'involontaire* » définissait le rapport entre pouvoir et vouloir et plus largement, le rapport entre liberté et nature (15). Celle définie par nos médecins se caractérisait par le **libre choix au quotidien**. Ce qui était défini précisément dans « la charte de la médecine libérale » du 7 juillet 1927.

Rappelons aussi qu'historiquement, les lois d'organisation du système de santé du XIX^{ème} siècle avaient permis à la profession de s'organiser elle-même, comme le rappelle Claude LEITCHER (16). La loi de 1795 avait permis de former des médecins et des chirurgiens dans des établissements centralisés (Paris, Strasbourg et Montpellier). Celle de 1803 avait déterminé les conditions d'exercice des praticiens, des docteurs en médecine, formés dans ces trois facultés et des officiers de santé issus des écoles de médecine. A l'époque les docteurs en médecine avaient la possibilité de pratiquer dans toute la France, ils étaient autonomes. Tandis que les officiers de santé pouvaient pratiquer uniquement dans le périmètre de leur formation, sous le contrôle d'un de ces docteurs en médecine. Les officiers de santé disparaîtront en 1892 et en parallèle se développeront les spécialités médicales avec la création de chaires dans les hôpitaux. On apprend dans les propos de l'auteur, qu'à l'époque, le temps plein hospitalier n'existait pas et que les médecins hospitaliers étaient des médecins libéraux dans le sens le plus pur du terme. « *Ils exercent au sein des hôpitaux le matin, quasi gratuitement, en soignant les nécessiteux qui sont aussi « objet de recherche » clinique, ce qui permettra l'émergence et le développement des spécialités cliniques. Ils soignent leur clientèle privée l'après-midi, assurant ainsi leurs revenus* » (16).

Pour nos médecins, pratiquer en libéral c'était ne compter que sur soi-même, sans hiérarchie.

Dans leur conception, le médecin libéral devait faire preuve d'indépendance. La notion d'indépendance du médecin que l'on trouve dans l'article 5 du code de déontologie et qui définit de manière générale la pratique de la médecine (17) « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ».

Pour nos médecins, la conception du libéral se caractérisait essentiellement dans deux domaines : la liberté et la relation médecin-malade.

- La liberté :

La liberté de prescription et du choix du spécialiste.

L'exercice libéral se définissait par la possibilité d'avoir le contrôle sur sa prescription. Il était important pour les médecins de choisir librement le traitement le mieux adapté en fonction de la pathologie diagnostiquée. Une liberté qui s'inscrit comme le plus important des principes, repris par le code de déontologie dans l'article 8 (18) « *Dans les limites fixées par la loi et compte-tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* ». Un cadre de prescription était reconnu par certains

de nos médecins, mais la primauté du choix décisionnel devait rester à la charge du médecin prescripteur. Une santé sous tutelle, décrite par Jean DUCOS dans sa thèse (1), était légitimée par les spécificités de l'économie de santé impliquant entre autres les notions d'éthique et de justice sociale.

Une notion d'indépendance, défendue par le CNOM, qui définissait à nouveau le modèle de la médecine libérale « *examinant les critères traditionnels de l'exercice libéral de la médecine, nous avons conclu que deux parmi eux restaient essentiels : l'indépendance professionnelle du médecin libéral et une rémunération essentiellement à l'acte* » (3).

La liberté financière par un acte de paiement direct du patient à son médecin finalisant la consultation.

On retrouvait dans une enquête du CNOM, réalisée au cours de l'année 2015, à partir d'une consultation des professionnels de santé inscrits à l'Ordre des Médecins (19), qu'en activité libérale exclusive, 64% seraient satisfaits par leur mode de rémunération à l'acte. L'activité salariée trouvait aussi un taux de satisfaction intéressant estimé à 74%.

Les pouvoirs publics évoquaient récemment une généralisation du tiers-payant, dans la future loi de santé (5). Cette intervention dans la relation médecin-malade était devenue une source de craintes chez les soignants. Nous pouvons nous interroger sur les conséquences à l'avenir de l'application de cette loi.

La liberté d'organiser son temps de travail en fonction de ses propres desideratas.

Le CNOM rapportait que 72% des médecins actuels, exerçant en groupe, étaient satisfaits de l'organisation au sein de leur structure (19), ce qui confirme bien l'idée retrouvée dans notre thèse. Des chiffres d'ailleurs qui étaient supérieurs à ceux concernant une organisation en milieu hospitalier (53 %) et chez les médecins scolaires (41%).

La liberté de choisir librement sa formation.

Dans notre étude, les médecins pouvaient répondre à leurs propres envies de pratique, en fonction de leurs goûts et répondre aussi aux besoins précis de leur patientèle. En Picardie, l'Université de Picardie Jules Verne, avec l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine (UFR) d'Amiens est en charge de la formation continue et propose des diplômes universitaires.

Les médecins ont aussi la possibilité d'adhérer à des programmes de séminaires (sponsorisés ou non par des laboratoires). Ils peuvent intégrer des « groupes de pairs », qui se réunissent avec d'autres

confrères autour d'une thématique médicale, réaliser des échanges de pratiques et discuter des nouvelles recommandations. La lecture d'articles scientifiques et l'adhésion à des revues spécialisées font aussi partie de cette démarche libre de choix de formation.

Cependant, l'arrivée du DPC rendu obligatoire par la loi HPST de juillet 2009 et opérationnel depuis l'année 2013 a mis un cadre plus précis dans cette objectif de formation (20). On remarque alors l'existence d'un choix de se former librement mais avec, malgré tout, une intervention de l'état dans ce mécanisme qui garantit la qualité du soin du praticien.

La liberté d'agir en chef d'entreprise et de développer la notion de créativité au sein de l'activité libérale.

Ces notions ont été retrouvées dans le rapport rédigé en janvier 2010, par Maître Brigitte LONGUET, missionnée à l'époque par Hervé NOVELLI, à l'époque secrétaire d'Etat chargé du Commerce, de l'Artisanat, des Petites et Moyennes Entreprises, du Tourisme, des Services et de la Consommation « *l'activité libérale constitue donc un vivier pour l'innovation, par la création de nouveaux métiers ou de nouvelles activités en réponse aux mutations des comportements, des modes de vie et des attentes ou des besoins des citoyens* » (21).

On retrouvait aussi cette même idée dans les conclusions du CNOM à l'issue du séminaire mars 2010, « *le médecin de surcroît producteur de richesses et garant de l'état de santé de la population donc de sa productivité et acteur de l'activité économique du secteur de santé* » (3).

La liberté d'utilisation des technologies modernes.

Un centre de préoccupations pour les médecins généralistes libéraux. Il semblait alors nécessaire de considérer cet aspect novateur de la pratique libérale de la médecine générale. Le développement de l'utilisation de la télémédecine, du smartphone caractérisait ce phénomène, ce qui était rappelé par le CNOM (3) et constaté dans d'autres études (22) (23).

Il paraissait nécessaire de considérer l'activité libérale en médecine générale en terme d'entreprise novatrice et de donner les moyens à nos chefs d'entreprise-médecins de pouvoir développer au mieux leur activité.

- La relation médecin-malade :

La pratique libérale de la médecine générale offrait, selon nos médecins, un espace particulier pour la **relation médecin-malade**. Ainsi l'activité libérale apporterait un cadre favorable au

développement de cette relation. On retrouvait cette idée dans un document de la SFMG (24), dans un travail concernant la démarche décisionnelle médicale en médecine générale (voir annexe 5). La notion d'espace de liberté où le médecin et le patient pouvaient négocier une décision partagée. Il précisait que celle-ci dépendait de 3 domaines qui peuvent varier au cours du temps : les caractéristiques liées au patient, celles liées au médecin et enfin les éléments conjoncturels. « *Penser que les décisions ne se prennent qu'en fonction du résultat de consultation et de ses risques graves est une illusion. En effet, l'efficacité des décisions médicales dépend aussi d'autres éléments liés au patient, au médecin et à leur environnement* ». (24)

Finalement, on remarquait que les médecins interrogés étaient capables de citer de nombreuses idées autour du libéral. Nous avons découvert un groupe identitaire présentant **un attachement fort** à sa pratique libérale. Lors de cet échange sur ce mode d'activité, on a remarqué qu'il existait une véritable « **identité libérale** » chez nos médecins généralistes.

Ainsi lorsque l'on évoquait le concept de la pratique de la « médecine générale dans le secteur libéral », il fallait garder le sens initial de chacun des mots utilisés pour définir ce domaine en particulier celui de « libéral » c'était ce que nos médecins interrogés avaient suggéré. Si cette conception de la médecine générale devait perdurer, il semblait donc nécessaire de ne pas oublier le sens du terme « libéral » pour continuer à l'appliquer.

3.2. Perceptions des MGL du secteur libéral et du secteur salarié

Le CNOM, nous informait que 61% des médecins, de toutes spécialités confondues inscrits à l'ordre, exprimaient une « **satisfaction globale** » à l'égard de leur situation professionnelle (19).

Certains des médecins interrogés lors de notre étude décrivaient un **sentiment de satisfaction dans leur travail** et plus précisément dans l'accomplissement du soin de proximité. La liberté, qu'ils avaient dans leur activité, permettait d'**exprimer leur personnalité au travers du soin** et leur donnait l'envie de s'investir davantage. « **Vivre l'indépendance de pratiquer** » était essentiel. On ressentait, chez eux, un certain plaisir à pratiquer en libéral à cette condition.

Leurs témoignages de leur pratique libérale dans sa réalité quotidienne et leur perception du secteur salarié, nous avaient permis d'établir un constat d'efficacité dans trois domaines repris ci-dessous :

3.2.1 Dans le domaine de la pratique du soin et de la relation médecin-malade

La pratique en **secteur libéral** permettait une meilleure :

- **Qualité de relation entre médecin et malade**

Ils ressentait l'attachement des patients à leur médecin généraliste installé en libéral. Effectivement, on constatait dans la concertation de 2015 (19) que 97% des patients interrogés reconnaissaient l'existence d'une bonne relation avec le médecin traitant (sur la base de 3 516 français ayant consultés au cours des 12 derniers mois).

Le libéral était propice au bon déroulement de la relation médecin-malade avec la possibilité d'offrir **une personnalisation du soin**. Le médecin libéral développait une qualité d'approche. Il déclarait **mieux connaître son patient**, ce dernier n'étant pas considéré comme anonyme. Un avantage qui pouvait être associé avec la possibilité d'adapter le temps de consultation, cité ci-dessous et le type de soin de la manière la plus appropriée au patient.

Cette pratique en libéral assurait-elle finalement le soin de proximité dans de meilleures conditions ? Pour nos médecins, elle garantissait **la confiance des patients** et la volonté de poursuivre ensemble le soin dans de bonnes conditions. Le constat de **la fidélité de leurs patients** paraissait essentiel, car il représentait une véritable preuve de **reconnaissance de leur travail**.

Certains médecins s'interrogeaient de la qualité du soin accordée en médecine générale dans le secteur salarié. Pour certains, le risque était de perdre la considération du patient dans le rôle du médecin généraliste, ainsi que la reconnaissance de son travail. La liberté, dans le choix des traitements, semblait primordiale. Les médecins généralistes s'interrogeaient sur les possibilités de choix laissées au médecin avec le système salarié.

- **Qualité en terme d'autonomie**

L'**absence d'une hiérarchie** était un des avantages mis en avant. Certains ont évoqué que le choix du libéral était intervenu après avoir connu le fonctionnement salarié hospitalier pendant leurs études. Ils avaient fui toutes formes d'autorité et aspiraient à être le plus autonomes possible.

- **Possibilité de choix réciproque entre médecin et patient**

La liberté de **se choisir** permettait, au sein de la relation médecin-malade, d'être en osmose, en harmonie pour former un duo ayant un objectif commun : l'efficacité dans le soin. Cette liberté de choix était considérée comme l'accès à une relation de confiance établie entre le médecin et le patient.

- Possibilité d'adapter le temps de consultation

Une étude de la DRESS (25), sur l'organisation et le temps de travail des médecins généralistes, nous informait que la durée moyenne de consultation au cabinet était d'un peu moins de 18 minutes. Avec tout de même quelques disparités en fonction des médecins, 47% déclarant un temps de 15 minutes et 30% de 20 minutes. A cela, il était nécessaire d'ajouter des actes gratuits, estimés par les médecins interrogés, à environ 6 par semaine.

Pour certains, le fait de devoir respecter des « horaires de bureau » dans le secteur salarié pouvait rendre le médecin moins disponible, avec des plages horaires moins souples pour les consultations. La diminution de la disponibilité du médecin généraliste pouvait être une cause d'aggravation de l'engorgement des urgences.

- Possibilité de développement de leur carrière professionnelle

Une possibilité était offerte grâce aux perfectionnements ou formations mises à disposition suivant les modalités citées plus haut dans le point 3.1.

- Possibilité d'accueil d'étudiants en médecine

L'accueil d'un jeune stagiaire permettait de témoigner et transmettre directement le vécu du libéral en MG. Les données de la DRESSE (25) précisait que, 19% des médecins généralistes déclaraient avoir accueilli en stage des étudiants de médecine générale dans les 12 derniers mois : 15% de médecins avaient accueilli des étudiants du 3ème cycle et 9 % des étudiants de deuxième cycle. Les médecins exerçant en groupe étaient plus nombreux, 24% contre 13% de médecins exerçant seuls.

3.2.2. Dans le domaine de la qualité de vie et de l'organisation du travail

Le travail en **secteur salarial** permettrait :

- Une meilleure qualité de vie

Le choix de l'activité salariée serait pris pour **la qualité de vie** qui en découlerait, en particulier pour la gestion des activités extra-professionnelles. Comparativement à l'activité libérale, l'organisation proposée par le système salarié, serait plus attrayante. Un mode salarié permettait une gestion plus aisée du temps consacré à la vie privée, avec des horaires plus confortables. L'étude du docteur HURIER (7), révélait, que le facteur déterminant, du choix du salariat, était la qualité de vie pour 58,4% des médecins interrogés.

Conscients, du phénomène de féminisation de la médecine, certains de nos MGL considéraient que **le salariat était le mode de pratique le plus approprié pour la femme médecin, désireuse d'entreprendre une grossesse.**

Mais l'idée d'une possibilité d'adaptation de la pratique libérale avec leur vie de famille n'était pas écartée. En effet, d'après les témoignages de nos femmes médecins interrogées, il existait une compatibilité entre les horaires de travail et une vie de famille.

Les chiffres récents de la démographie médicale confirmaient ce point de vue et ne semblaient pas montrer un départ massif des femmes médecins généralistes vers le salariat. En effet, la féminisation avérée de la profession profitait, largement en 2015, au secteur libéral : 60% des médecins généralistes libéraux mixtes âgés de moins de 40 ans étaient des femmes (4). De plus, ce phénomène d'adaptation ne semblait pas uniquement concerner les femmes mais l'ensemble de la profession. « *On notait l'existence d'une tendance chez les nouvelles générations de médecins, hommes comme femmes, de pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée, cela ne voulait pas dire que les jeunes générations ne souhaitent plus exercer en libéral car, lors de leur première inscription à l'Ordre des Médecins, 15% des jeunes médecins choisissaient l'exercice libéral/mixte en 1ère intention, mais cinq ans plus tard, ils étaient 40% à s'orienter vers ce mode d'exercice* » (4).

- Une meilleure concentration du temps à la pratique du soin

Proposer une médecine générale, en mode salarié, permettait de **concentrer la majorité du temps des médecins à la pratique du soin**, en les délestant du temps consacré aux tâches administratives. Le médecin ne serait que l'acteur du soin et la délégation administrative leur semblait pour certains plus facilement applicable qu'en libéral. Cette idée se confirmait dans l'article de la revue du praticien « *Exercer en centre municipal de santé* » (26) où des médecins interrogés évoquaient leur choix d'arrêt de leur activité libérale pour une orientation vers le mode salarié, en centre municipal de santé, dans une zone démographiquement défavorisée. Les sources de motivation, à l'arrêt de l'exercice libéral, étaient « *l'impression de passer plus de temps à gérer des problèmes organisationnels et administratifs* ». Ils voulaient « *faire du soin et seulement du soin* » d'où leur choix d'exercer dans un centre de santé en tant que salariés.

L'idée d'être concentré uniquement sur le soin médical était séduisante. Dans la thèse d'Hélène HURIER (7), 19,20% des médecins interrogés choisissaient le salariat. Ce dernier présentait une

charge moins lourde de travail. Cette étude signalait que l'intérêt était de voir moins de patients mais plus longtemps, pour un salaire fixe toujours garanti à la fin du mois.

La gestion des tâches administratives en libéral était une préoccupation majeure. Nos médecins généralistes évoquaient que **le temps consacré à la gestion administrative** devenait de plus en plus **chronophage**. Il était vécu comme **une véritable contrainte**. Dans une étude de DREES, en 2012, le nombre d'heures consacrées à l'administratif par les médecins généralistes (25) était en moyenne de 4 heures par semaine. Un temps consacré « *aux tâches de gestion, de secrétariat, de comptabilité, en dehors des consultations et des visites* », qui représentait 7% de leur temps de travail hebdomadaire moyen, 20% déclaraient y consacrer une heure au maximum et 12% huit heures ou plus. On retrouvait dans l'étude du CNOM (19) que 61% de médecins, travaillant en libéral (généralistes et spécialistes confondus) étaient insatisfaits de la charge de travail des tâches administratives. Ce caractère contraignant, source d'insatisfaction, était aussi retrouvé dans une enquête réalisée auprès de médecins généralistes installés dans la Loire (27). Le même sentiment se dégageait dans la population des médecins remplaçants. Ces derniers jugeaient les contraintes administratives d'un cabinet libéral trop lourdes et constituaient un véritable frein à l'installation (28) (29). Ainsi le médecin généraliste en libéral ne devrait-il pas se poser les bonnes questions, avant son installation et de manière quotidienne au cours de sa pratique afin d'adapter au mieux l'organisation du temps administratif et celui de ses consultations ? Il semblait devoir sans cesse trouver un équilibre idéal entre les deux, afin de respecter ses objectifs de pratique et sa philosophie de travail. Actuellement, cela n'était pas aisé à mettre en œuvre et représentait une difficulté majeure dans la pratique de la médecine générale en libérale. Ce sentiment était encore plus accentué, quand on constatait, que certains de nos médecins souhaitaient consacrer le maximum de leur temps à la pratique de la médecine et le minimum au domaine de l'administratif.

Devant l'affirmation suivante : « *Le médecin subit trop de contraintes réglementaires, économiques, administratives* » 97% de médecins inscrits à l'Ordre des Médecins répondaient de manière affirmative, une tendance qui ne semblait pas toucher uniquement la profession libérale en médecine (19).

De plus, la lourdeur administrative était la troisième cause des cessations anticipées d'activité en libéral des MG de plus de 50 ans (30) derrière « *la mauvaise santé* » et « *l'insatisfaction au travail, voire le burn-out* ».

3.2.3. Dans le domaine de la politique de santé

Il existait un sentiment de déception à l'égard des décisions politiques, en matière de santé. Une tendance prononcée, à l'issue de la grande concertation, par l'ensemble de la profession médicale (19) avec 93% des médecins, qui s'estimaient « *insatisfaits du pilotage de la santé par les pouvoirs publics* » (dont 56% très insatisfaits).

La mise en application des lois, en particulier la « Loi de santé », faisait l'objet de reproche **sur le manque de dialogue**, au moment de son élaboration. Une situation particulièrement critique, pour les médecins libéraux interrogés, qui soulignaient **le manque de concertation** dans les prises de décisions politiques et d'orientations en matière de santé.

Certains évoquaient une **remise en question de leur statut de libéral** par l'Etat. Ce ressenti était aussi retrouvé (19) avec 80% de médecins, en activité libérale, qui se disaient insatisfaits de leur relation avec les pouvoirs publics, 62% insatisfaits de leur relation avec l'assurance maladie et 58% insatisfaits du travail effectué avec les ARS.

Au travers des déclarations des médecins interrogés, il s'était dégagé :

- Le sentiment d'une intrusion croissante de l'Etat

Les MGL avaient l'impression de **devoir rendre des comptes** à l'Etat, aux mutuelles et à la sécurité sociale de manière plus conséquente. Cette forme de soumission de plus en plus contraignante leur donnait le sentiment de perdre progressivement leur indépendance . Pour certains médecins, cette situation était à l'origine d'une aggravation du temps consacré aux tâches administratives.

- Le sentiment d'une rémunération à l'acte trop faible

Cette source d'insatisfaction était aussi confirmée par le CNOM (19). La comparaison avec la tarification des consultations, dans d'autres pays, accentuait ce sentiment d'injustice chez nos répondants. Il existait une inadéquation entre la valeur monétaire de l'acte et le temps consacré à l'acte médical.

- Le sentiment d'une couverture sociale injuste

Une priorité évoquée aussi par le CNOM (3) portait sur l'amélioration de la protection sociale. En particulier, **les congés maternités** qui restaient problématiques pour la femme médecin généraliste. Un constat que révélait E. HUBERT dans son rapport (31) : les prestations versées, lors de la grossesse, couvraient à peine les charges des femmes médecins généralistes, installées en libéral. Il en était de même pour les cas de grossesse pathologique.

L'application des 90 jours de carence, lors des arrêts de travail en médecine générale libérale, était considérée comme peu adaptée, en particulier pour le médecin qui n'avait pas souscrit une assurance prévoyance.

Le salariat de la médecine générale résoudrait certains problèmes de couverture sociale. Le médecin généraliste profiterait **des avantages sociaux accordés aux salariés**.

Le congé maternité et l'arrêt maladie étaient des facteurs qui orientaient vers le choix du salariat pour 29,4% des médecins généralistes interrogés dans l'étude du Dr HURIER (7).

- Le sentiment d'un manque de médecins toujours présent

Le manque de médecins était une source d'inquiétude dans la population étudiée. **Le manque d'attractivité pour la médecine générale libérale** et les difficultés, encore palpables pour les jeunes, à l'installation s'ajoutaient à ce constat.

Le CNOM (19) informait que seuls 53% des médecins « *encourageaient une jeune personne de leur entourage à devenir médecin* », 16% n'encourageraient « *pas du tout* » à suivre leur voie, ce qui renforce le sentiment général perçu dans notre étude. Il était à noter que 66% des Français étaient « *d'accord* » pour dire que les jeunes générations n'avaient plus envie de devenir médecin.

Nos médecins répondants avaient suggéré que le développement d'un mode salarié pour l'exercice de la médecine générale pouvait être une solution intéressante aux problèmes d'installation en zones démedicalisées.

- Le sentiment d'une remise en cause d'ordre économique

On notait une interrogation sur **l'intérêt économique** d'une pratique salariale. Existait-il une médecine générale salariée moins chère que la médecine générale libérale actuelle ? La question restait posée, un doute était émis sur cette éventualité. En 2013, le rapport IGAS, n°RM2013-119P (32) confirmait cette interrogation : « *si leur efficacité médico-économique ne peut être prouvée, leur utilité sanitaire et sociale est réelle. Il importe alors d'analyser les causes de leur fragilité*

financière, ce qui conduit à proposer un nouveau modèle économique, reconnaissant aux centres de santé une rémunération forfaitaire en plus du paiement à l'acte, sous réserve d'efforts de gestion. Telle est la principale orientation du présent rapport (...) potentiel devant le mode d'organisation actuel des centres de santé assurant leur pérennité essentiellement par le biais de subventions ».

Pour finir on constatait que malgré l'existence de difficultés, l'exercice libéral satisfaisait nos médecins généralistes. Des éléments moteurs propres à l'activité libérale, telle la liberté, l'indépendance et les relations médecin-malade, étaient des sources de motivations. On retrouvait des formes « d'accession au bonheur », de pratiquer chez nos MGL, qu'il semblait nécessaire de préserver. Un constat renforcé par le fait, qu'actuellement 89% des médecins (inscrits à l'ordre) se disaient « *fiers* » d'appartenir à la profession de médecin (dont 50% très fiers), 88% se disaient « *heureux* » d'être médecins (dont 42% « *très heureux* ») et 71% choisiraient à nouveau de devenir médecins, « *si c'était à refaire* » (19)

Mais, il était noté dans ce même document du CNOM, que 18% de médecins (libéraux et spécialistes confondus) exprimaient leur lassitude dans l'exercice de leur profession. Ce constat renforçait l'idée d'un travail nécessaire pour réduire cette proportion. (19)

Finalement, il se dégagait un sentiment d'unité entre les médecins généralistes libéraux, pour la défense de la pratique en libéral.

3.3 Vision de l'avenir de l'exercice libéral en MG et propositions pour son amélioration

A l'issue de nos échanges, les avis concernant l'avenir de la pratique libérale, en médecine générale, étaient partagés. Certains médecins étaient pris de doutes, ils ressentaient une évolution constante et incessante des pratiques en libéral. Ils portaient un regard interrogateur, soucieux de ne pouvoir s'adapter au mieux à ces changements.

Les plus pessimistes considéraient que l'activité libérale ne durerait pas, évoquant la fin proche de ce système, l'arrêt d'un cycle au profit d'une activité salariée à part entière pour la médecine générale.

D'autres évoquaient la pérennité d'une cohabitation, avec un système de prise en charge en médecine générale par une **activité mixte**, une médecine générale libérale et salariée.

Une partie des interrogés restait cependant **confiante et optimiste**, la pratique libérale de la médecine générale était ancrée dans les mœurs. Ils étaient satisfaits et heureux de pratiquer la MG dans le secteur libéral d'aujourd'hui.

Cependant, on ne pouvait pas écarter le constat actuel d'un **mal être général** chez nos médecins libéraux. En effet, les répondants, même positifs, employaient dans leur langage des termes marquant leur inquiétude tels que : « *ce sont les patients (...) qui nous sauveront* » ou encore « *ce n'est pas une vision, c'est un espoir* ». Ces témoignages montraient un mélange de sentiments de satisfaction au travail et des **crain**tes d'évolutions, qui pourraient affecter la pratique libérale. Mais malgré ce contexte, un **espoir** et un **désir important de changements** existaient pour préserver cette activité.

Les échanges nous ont permis de faire émerger des propositions d'amélioration pour la pratique actuelle en secteur libéral. Il serait nécessaire de :

3.3.1 Préserver l'indépendance du MG et la notion de médecin de famille

On percevait le désir de continuer à pratiquer dans un système, où ils se sentaient libres et indépendants. Les médecins rappelaient aussi la nécessité de conserver la notion de médecin de famille, un fondement essentiel au sein d'une pratique libérale en médecine générale.

3.3.2 Rationaliser les tâches administratives

La simplification des tâches administratives ou la possibilité de les déléguer étaient attendues. On retrouvait que la plupart des médecins avait finalement l'impression d'y parvenir plutôt bien (25). Que 36% pensaient « *qu'ils étaient bien organisés et que les choses se passaient comme ils le souhaitaient* ». 45% « *qu'ils pouvaient être mieux organisés mais que dans l'ensemble ça allait* ». Néanmoins 19% disaient « *avoir le sentiment d'être débordés* ». Une des priorités était **d'éviter une aggravation de ce sentiment de surcharge dans le travail** de nos médecins.

Cette baisse des contraintes administratives pourrait provenir :

- d'une ré-organisation du secrétariat

Il était suggéré d'utiliser au maximum la polyvalence du secrétariat avec les propositions suivantes :

- Redéfinir les tâches attribuées au secrétariat, les mettre en qualité et développer le rôle de la secrétaire en ne la cantonnant pas uniquement à la prise de rendez-vous.
- Développer l'utilisation d'internet pour les prises des rendez-vous et réaffecter le temps gagné par la secrétaire à d'autres tâches administratives.

- du développement de nouvelles assistances professionnelles

Le CNOM (3) développait l'idée de l'apparition de nouveaux métiers et la création d'une assistance professionnelle au bénéfice du patient et ceci au-delà du cadre du secrétariat.

Il évoquait l'attribution d'allocations pérennes, de la part des organismes de protection sociale, pour la prise en charge des salaires du personnel attaché à la gestion des activités médico-sociales ou médico-administratives, ce qui favoriserait la création de formation spécialisée à la gestion administrative médicale (demande d'ALD, prolongation d'arrêt de travail ou de protocole de soins...). On pourrait imaginer, après réalisation de l'examen clinique et notifications/prescription du médecin traitant une prise en charge du bureau administratif qui compléterait pour remplir les documents spécifiques des patients.

Les médecins généralistes restaient toutefois perplexes : ils émettaient des doutes quant à leurs possibilités financières pour pouvoir développer ces projets d'embauches ou de formations au sein de leur cabinet.

- du regroupement des médecins

L'étude de DREES, de 2012, (25) précisait que la présence de secrétariat était plus fréquente parmi les médecins pratiquant en groupe (76% contre 34% pour ceux exerçant seuls) et aussi au-dessus d'un certain seuil d'activité. Ainsi 63% des médecins, réalisant plus de 4000 consultations et visites par an, disposaient d'un secrétariat contre 43% de leurs confrères ayant une activité moins importante. La prise en charge financière du salaire pour l'emploi d'une secrétaire était peu envisageable seul pour de nombreux médecins, alors que partagée, elle pouvait s'envisager. L'idée séduisait les plus jeunes médecins installés (70% pour les moins de 45 ans contre 53% pour les 45 ans ou plus) (22).

On distinguait plusieurs types de regroupements (33) proposés aux médecins généralistes lors de leur installation en libéral. On retiendra plus particulièrement :

La SEL (Société d'Exercice Libéral)

Elle regroupe des individus qui doivent être de même profession (médecin, infirmière, kinésithérapeute, pédicure, orthophoniste, orthoptiste, diététicien) et dans la même situation vis-à-vis de la Convention Nationale.

La SCM (Société Civile de Moyens)

Elle permet à un médecin généraliste de partager les frais de l'exercice avec d'autres praticiens et conserver une autonomie professionnelle. C'est un groupement qui permet de partager avec d'autres praticiens l'acquisition et la gestion des moyens matériels utilisés dans l'exercice professionnel (locaux, équipements, personnel...) et laisse aux associés la maîtrise de leurs honoraires individuels.

L'avantage de la SCM est de partager des frais, de pouvoir acquérir plus facilement des matériels plus coûteux et plus performants, voire, souvent, de pouvoir se regrouper avec d'autres professionnels de santé, avec d'autres médecins de disciplines différentes ou avec des paramédicaux.

Une SCM se constitue de deux associés au moins. Elle est dirigée par un gérant, qui est ou non associé et les bénéfices de la société correspondant aux droits des associés sont imposés en BNC, sous le régime de la déclaration contrôlée.

Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires

Ces dernières sont développées dans le cadre de politiques de santé ainsi les pouvoirs publics sont impliqués pour initier ou mettre en oeuvre ces projets. Les Caisses de Sécurité Sociales, les ARS, départements ou les mairies proposent des aides financières. En contre-partie, les professionnels sont fédérés autour d'un « Projet de Santé » commun avec des objectifs précis. On peut s'interroger sur la durée de fonctionnement de ce type de structure et sur la pérennité de l'attribution des aides. Le système d'organisation et de répartition des tâches semble plus facile à organiser pour décharger nos médecins grâce à ces prises en charges financières mais qu'en est-il du lien de dépendance lié à ces financements ?

3.3.3 Encourager au choix de la MGL et à l'installation des jeunes générations en libéral

- Par des adaptations de l'enseignement accordé aux internes de MG

Dans notre étude, les médecins mettaient en avant l'importance de la découverte et de la connaissance du libéral pendant la formation. Ils soulignaient **le manque de formation pratique** à la gestion du cabinet.

Actuellement, certains cours dans l'enseignement de médecine générale évoquent en quelques heures la déclaration d'impôt, l'intérêt d'une AGA... Mais il n'y a pas d'enseignements concrets à

la gestion des tâches administratives. Ne faudrait-il pas mettre en place des travaux dirigés dans le but de réaliser des exercices concrets à faire, corrigés par un enseignant spécialisé ? Il serait nécessaire d'organiser l'intervention de comptables ou agent d'AGA pour éviter de découvrir sur le vif toutes les subtilités des administrations.

- Par la mise en valeur du stage de l'interne chez le MG

Pour nos médecins interrogés dans notre étude, l'attractivité de la médecine générale passe par le compagnonnage. La notion de partage est au centre de cette démarche, le médecin y trouve un temps d'échange, un moyen de transmettre son savoir mais aussi de recueillir de nouvelles informations concernant l'évolution des pratiques médicales pour moderniser sa pratique au contact de l'étudiant. L'externe peut mieux découvrir le monde de la médecine générale, l'interne peut se sensibiliser, lui, à la pratique libérale et intégrer progressivement les us et coutumes, être guidé par son aîné et atténuer ses craintes potentielles face à cet exercice. En 2010, le CNOM jugeait que la formation universitaire ne préparait pas à l'exercice médical libéral, elle ne préparait qu'à l'exercice hospitalier et n'orientait pas vers un exercice libéral de la médecine (3). Depuis 1997, les stages en médecine générale libérale ont été imposés dans les cursus de formation. Ce système a mis plusieurs années pour se mettre en place rencontrant des difficultés d'organisation, de recrutement de maîtres de stage et cette mesure connaît depuis quelques années un élan de concrétisation.

Il serait souhaitable de continuer à favoriser ce processus en le renforçant. Lors de la réalisation du portfolio validant ce stage, il serait peut-être souhaitable de demander à l'interne des situations concrètes représentant l'activité libérale. Une validation d'acquis, en faveur d'une connaissance du libéral, devrait pouvoir être réalisée par le maître de stage auprès de son étudiant, en particulier dans le domaine des formalités administratives.

Toujours d'après la DREES, 1/3 des médecins n'ayant jamais reçu d'étudiants serait prêt à le faire. Par contre, ceux qui ne souhaitaient pas recevoir d'étudiants déclaraient à 75% considérer cette activité comme une charge de travail trop importante (25).

Il serait nécessaire de développer ce compagnonnage en organisant plus de campagnes de sensibilisation au sein des cabinets médicaux. Tous les médecins généralistes devraient être dans l'obligation d'avoir la responsabilité d'un étudiant. Le serment d'Hippocrate lui-même rappelle la nécessité de la transmission du savoir médical par le biais de l'enseignement entre ses pairs (34).

- Par des mesures adaptées à l'installation du jeune médecin diplômé

Il serait nécessaire, de développer des mesures incitatives pour attirer les jeunes générations. Le coût élevé des charges financières induites à l'installation et au cours de la pratique était évoqué comme frein à l'installation. Dans la thèse du Docteur Hélène HURIER, on apprend que la diminution de ces charges salariales serait un facteur favorisant à la pratique en libérale pour 37,95% (7). Une étude en Haute-Garonne (28) révélait, que plus de 75% des médecins remplaçants considéraient que le montant des charges financières constituait un frein à l'installation. Dans notre étude, un jeune médecin installé en cabinet de groupe, depuis quelques mois suggérait l'idée d'un ajustement des charges. Elle s'exprimait en tant que créatrice d'entreprise, dans une période où elle constituait sa patientèle.

Des efforts étaient encore à fournir pour améliorer les conditions à l'installation et redorer l'image d'une pratique en libéral, on notait d'ailleurs que malgré ces difficultés l'intention de s'installer dans les populations de remplaçants était réelle. (28) (29).

3.3.4. Revaloriser l'acte médical

Les médecins libéraux souhaitaient la valorisation de leur activité. Elle passait par la revalorisation de l'acte médical. On retrouvait aussi dans la thèse du Docteur Hélène HURIER (7) cette idée, 35,5% des médecins interrogés dans son enquête considéraient en effet que l'augmentation des honoraires était un des facteurs favorisant la pratique libérale.

Dans le panorama de la santé de 2015 (35) des indicateurs OCDE, on trouvait un tableau comparatif des salaires de médecins généralistes libéraux de l'année 2013 avec les salaires moyens des populations de chaque pays. La rémunération comparative des médecins libéraux était reprise pour onze pays : l'Australie, l'Autriche, la Belgique, l'Irlande, le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, le Luxembourg, le Canada et la France.

La rémunération comparative des MGL français occupait la 9ème place. En France, les MGL gagnaient 2,4 fois le salaire moyen de la population contre 2,9 au Canada et 3,2 au Royaume-Uni.

Certains médecins interrogés confirmaient le sentiment d'un manque de valorisation de leur acte. Cette situation était vécue comme une injustice accompagnée d'un sentiment d'incompréhension par nos médecins.

3.3.5. Améliorer la couverture sociale

Il était nécessaire d'améliorer la prise en charge de la couverture sociale pour **rendre plus attractif la médecine libérale**.

Cette question d'amélioration de la couverture sociale pour les praticiens libéraux était évoquée par le CNOM (3) en ce qui concerne les congés maternités, l'interruption temporaire d'activité avant le 91^{ème} jour et la sécurisation des retraites des libéraux.

Pour les congés maternité, l'enquête de E. HUBERT (31) évoquait l'intérêt d'une augmentation des indemnités journalières.

On retrouvait aussi l'exemple concret dans la thèse du docteur LOMON (36), qui avait étudié les femmes médecins généralistes ayant vécu leur maternité au cours de leur pratique libérale. On découvrait que : « *les craintes pécuniaires pendant les congés maternités étaient réservées aux libérales, les internes et les salariées étaient plus sereines* ». Ces craintes étaient souvent en rapport avec un manque d'information concernant leurs droits et leurs indemnités alors que les droits des salariées étaient bien connus. Le docteur LOMON avait constaté que les femmes installées considéraient généralement les indemnités insuffisantes en regard des charges qu'elles avaient à assumer. C'était déjà le cas en 1998 dans le travail du docteur CHAVANNE-COULON (37) la durée du congé s'était allongée depuis (de 10 semaines à 16 semaines) et que les femmes validaient maintenant des points retraites. Les indemnités étaient toujours considérées comme insuffisantes car forfaitaires, sans aucune relation avec les revenus et ne permettaient pas de couvrir les charges. Ces indemnités étaient considérées comme injustes par rapport aux indemnités versées dans la pratique salariée.

Le docteur LOMON évoquait aussi les inquiétudes des femmes en libéral concernant l'absence de revenu en cas d'arrêt maladie pour menace d'accouchement prématuré. Dans le travail du docteur CHAVANNE-COULON, les femmes libérales craignaient une grossesse pathologique imposant un arrêt, les congés légaux étaient jugés trop courts et les indemnités trop faibles. La nécessité d'une amélioration de la couverture sociale par des indemnisations spécifiques en cas de grossesse pathologique serait à envisager.

Malgré les difficultés évoquées ci-dessus, on notait que les femmes médecins, autrefois plus attirées par l'exercice salarié, se tournaient de plus en plus vers l'exercice libéral. Ainsi 30% d'entre-elles exerçaient dans le secteur libéral en 2003, ce taux devrait atteindre 45% en 2020 selon les prévisions du CNOM (38).

3.3.6. Améliorer le système de remboursement

Les médecins évoquaient les problèmes liés aux remboursements des soins. Une véritable « course aux remboursements » était décrite par certains de nos médecins, en particulier avec la sécurité sociale des indépendants (RSI, RAM) ainsi qu'avec les mutuelles d'étudiants. Les délais de remboursement par certaines mutuelles étaient considérés comme trop longs. Dans un contexte où le temps de gestion des tâches administratives était déjà en dehors des limites acceptables, ce phénomène de « course aux remboursements » ne faisait qu'aggraver la situation. Une inquiétude qui s'était amplifiée chez nos médecins depuis l'annonce de la généralisation du tiers-payant dans le cadre de la nouvelle loi de santé. Certains s'inquiétaient de l'aggravation possible des problèmes de remboursements des actes. Mais, suite au passage de la « Loi santé » devant le conseil constitutionnel, le tiers payants obligatoire a été rendu invalide, entraînant une modification de la loi. *« le tiers payant devient un droit pour tous les Français, pour la partie remboursée par la sécurité sociale, Les professionnels de santé pourront en plus proposer le tiers payant pour la partie remboursée par les complémentaires santé »* (4)

3.3.7. Instaurer des politiques de santé adaptées

L'initiation de projets de loi sur un plus long terme était attendue par nos professionnels de santé. L'union et la solidarité entre médecins généralistes semblaient requises. Nos médecins interrogés soulignaient l'importance d'une amélioration du dialogue avec les dirigeants politiques. L'élaboration du projet de la « loi santé » était un exemple de tentative de dialogue. En effet, de novembre 2013 à février 2014, 160 débats ont été animés dans les régions et 25 000 personnes, dont les médecins généralistes libéraux, ont participé à la réflexion sur les orientations de cette loi, présentées ensuite le 19 juin 2014 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme (5). L'ensemble de la profession devait continuer d'être sensibilisé et impliqué dans les prises de décisions politiques en matière de santé. Un médecin soulignait l'importance de l'implication des jeunes générations, directement liées à l'avenir de l'activité libérale en MG.

VI. CONCLUSION

L'étude de la représentation du médecin généraliste concernant son activité médicale a permis de découvrir un groupe corporatif fortement attaché à la notion de « libéral ».

Nos médecins généralistes semblaient majoritairement fiers dans leur exercice. La liberté, l'indépendance et la relation médecin-malade étaient des sources de motivation dans leur pratique de tous les jours.

De plus, à de nombreuses reprises, la pratique d'une médecine générale semblait indissociable de la notion de libéral prouvant que celle-ci était fortement ancrée dans l'esprit de nos médecins. La notion de libéral semblait alors faire partie intégrante de l'identité du médecin généraliste.

Il serait d'ailleurs intéressant de poser la question aux patients, dans une autre thèse, afin de déterminer s'ils avaient le même ressenti.

Ainsi notre étude a fait émerger des éléments positifs dans la pratique libérale en médecine générale malgré l'existence d'un mal être dans ce secteur professionnel.

Un constat d'efficacité du secteur libéral et du secteur salarial a été établi dans différents domaines à partir des témoignages et de la perception de nos médecins. Un travail de thèse qualitative, auprès des patients en soins dans les centres de santé, pourrait être entrepris pour qualifier « la relation médecin généraliste salarié-malade ».

On retrouvait chez nos médecins une vision partagée de l'avenir de la pratique libérale. Le sentiment d'une crise de confiance était perceptible, lié à un manque d'écoute et de compréhension de la part des autorités publiques. Le rôle économique du médecin généraliste libéral et le statut de libéral étaient parfois perçus comme « remis en cause ». N'y aurait-il pas un intérêt de la part des autorités à dynamiser ces « PME de santé », pour redonner confiance et entretenir la passion du métier chez ses acteurs de santé?

Nos médecins généralistes libéraux étaient en faveur d'une amélioration de leurs conditions de pratiques vu les nombreuses propositions qu'ils avaient formulées. Il restait, toutefois, nécessaire de continuer à moderniser la pratique libérale, avec le consensus du corps professionnel. Un travail d'initiation au libéral des étudiants en médecine générale devait continuer à se développer grâce à l'implication d'un plus grand nombre de médecins maîtres de stages. Le développement de la grille de validation des acquis des internes en médecine générale (effectuant leur stage chez le MG) et la validation par le maître de stage de leurs connaissances nous semblaient nécessaires. Un travail

d'étude sur les réticences des médecins généralistes à la participation à une formation en tant que maître de stage serait également intéressant à envisager.

Seuls des projets politiques réalisés sur le long terme, en collaboration étroite avec les médecins généralistes, devaient permettre la modernisation du système libéral. Les pouvoirs politiques devaient développer et améliorer un travail de proximité pour mieux comprendre leurs attentes, afin de garder leur confiance et de témoigner d'un certain respect vis-à-vis de leur statut professionnel. En contrepartie, les nouvelles générations de médecins généralistes libéraux devaient s'impliquer davantage dans les orientations et les prises de décisions concernant l'avenir de leur profession.

R. DEBRE formulait, en 1944, des préconisations pour l'organisation du système de santé français (2) : *« Quelle que soit l'organisation économique de la société (...) il apparaît qu'elle ne doit pas troubler le colloque singulier entre le médecin et le malade.../ La profession médicale (devra donc) être orientée vers la bonne mise en application de tout le programme sanitaire (...) l'égalité entre les Français est sacrée (et) le nivellement doit être réalisé par le haut. Pour y parvenir, il faut atteindre deux objectifs : que chaque groupement familial ait son médecin, médecin de famille, bien instruit, continuant à s'instruire, convenablement honoré et point surmené ; en second lieu, que l'organisation sanitaire comporte un effort général de la collectivité pour assurer à chaque Français le bénéfice des progrès de la médecine par l'organisation de centres de médecine préventive et curative de centres de diagnostic et de soins.../ Tel est le rôle exclusif des Assurances sociales qui devront englober l'assistance médicale gratuite, les accidents du travail, les soins des mutilés, des invalides de guerre et de l'industrie ».*

Des propos tenus il y a plus de 70 ans et qui ont été réaffirmés par nos médecins généralistes libéraux.

A l'issue de notre étude, se pose la question de la pertinence du numéris clausus dans un système où l'activité salariale et l'activité libérale en médecine générale vont devoir continuer à coexister. En effet, compte tenu du problème de répartition territoriale des médecins généralistes en France et de la perception du libéral évoquée par nos médecins, le nombre de déserts médicaux ne serait-il pas aggravé par le numéris clausus qui fige les disponibilités de médecins formés à une échéance d'au moins dix ans? Quelle valeur ajoutée apporte le numéris clausus dans notre système économique de santé?

VII. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Jean Ducos. L'économie de la médecine libérale (Thèse de sciences économiques).Paris : Université Paris Dauphiné;2010
- (2) R. Debré, 'Médecine. Santé publique. Population', Ed. du Médecin français, Paris, 1944
- (3) Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. 2010 (page consultée le 2 février 2015), en ligne. <http://www.snof.org/sites/default/files/Rapport-Legmann.pdf>
- (4) Le breton-lerouillois G, Rault JF, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2015. Conseil national de l'ordre des médecins.
- (5) République F. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel de La République Française (en ligne). Version électronique authentifiée publiée au JO du 27/01/2016, consulté le 07/02/2016. Disponibilité sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031912641.
- (6) RTL."La médecine libérale doit être aménagée", déclare Jean-Paul Hamon. (page consultée le 12 février 2015) <http://www.rtl.fr/actu/societe-faits-divers/la-medecine-liberale-doit-etre-amenagee-declare-jean-paul-hamon-7781799200>
- (7) Hurier H. Déclin de l'exercice libéral de la médecine générale: enquête auprès de médecins généralistes salariés picards (Thèse de médecine générale).Amiens : Université Picardie Jules Verne;2014.
- (8) Couratier C, Miquel C. Les études qualitatives : théories, applications, méthodologie,pratique. Paris: L'Harmattan; 2007.
- (9) Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz,Patrick Imbert, Laurent Letrilliart, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer La revue française de médecine générale. 2008;19(84):142–5.
- (10)Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 2001 avril-juin;32(2):117–21.
- (11)Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2003.
- (12) Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). (page consultée le 05/02/2015) [amélie.fr](http://www.ameli.fr) l'assurance maladie en ligne. <http://www.ameli.fr>
- (13) Logiciel N°VIVO 10.
- (14) Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer.2008; 84:142-5.

- (15) Giroux M. Paul Ricoeur : repenser la volonté. Philitt philosophie, littérature, cinéma (en ligne). publié le 4 mars 2013 (consulté le 12/02/2016). Disponibilité sur internet : <http://philitt.fr/2013/03/04/ricoeur-repenser-la-volonte/>
- (16) Leicher C. Le médecin libéral en 2010. Les Tribunes de la santé 3/2010 (n° 28): 55-63
- (17) Article 5 (article R.4127-5 du code de la santé publique). page consultée le 15/10/2015. Conseil national de l'ordre des médecins, (en ligne). <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-5-independance-professionnelle-229>
- (18) Article 8 (article R.4127- 8 du code de la santé publique). page consultée le 15/10/2015. Conseil national de l'ordre des médecins, (en ligne). <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-8-liberte-de-prescription-232>.
- (19) Conseil National de l'ordre des médecins (CNOM). (page consultée le 20/12/2015). Résultats de la grande consultation (en ligne). <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1671>
- (20) Haute Autorité de Santé (HAS). DPC, mode d'emploi. (page consultée le 12/02/2012).http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288606/fr/dpc-mode-d-emploi
- (21) Longuet B. 33 propositions pour une nouvelle dynamique de l'activité libérale. Secrétariat d'Etat au commerce, à l'artisanat, aux petites et moyennes entreprises, au tourisme, aux services et à la consommation, Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi. Janvier 2010. Rapport;178 pages
- (22) Cypriani F. Télémedecine en 2014: enquête auprès des Médecins libéraux français (Thèse de médecine générale).Strasbourg : faculté de médecine de Strasbourg;2014
- (23) Nicolas C. Place du smartphone en médecine générale : étude réalisée auprès de 88 médecins généralistes de Haute-Corse (Thèse de médecine générale).Nice : faculté de médecine Sophia-Antipolis;2013.
- (24) Société française de médecine générale (SFMG). (page consultée le 11/09/2015). La démarche médicale en médecine générale, une réflexion théorique pour des applications pratiques, (en ligne). http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf.
- (25) DREES. Etudes et résultats.N°797.Mars 2012
- (26) Cannasse S. Entretien Didier Duhot et Yannick Ruelle, le salariat permet de se recentrer sur le soin. La revue du praticien médecine générale. Mai 2013; (901): 358-359.
- (27) Martin A. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle?. Medecine. Février 2008;4(2):89-93
- (28) Sabatier P. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne (Thèse de médecine générale). Toulouse : Université Toulouse III;2014.

- (29) Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin (Thèse de médecine générale). Grenoble : faculté de médecine de Grenoble; 2011
- (30) Ramos Da Cruz M. Déterminants à la cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes : une analyse quantitative du phénomène (Thèse de médecine). Grenoble : faculté de médecine de Grenoble;2014
- (31) HUBERT E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Rapport au président de la république française. Novembre 2010
- (32) Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Juillet 2013.Rapport n°RM2013-119P;138 pages.
- (33) Solutions [médicales.fr](http://solutionsmedicales.fr). Le portail au service des professionnels de santé. (page consulté le 11/02/2016).<http://solutionsmedicales.fr/s-installer-en-liberal/les-differents-modes-d-exercice-en-liberal>
- (34) Hippocrate, Œuvres complètes, trad. Emile Littré.J.B.Baillière.Paris.1839
- (35) OCDE.(page consultée le 10/12/2016). Panorama de santé 2015, (en ligne).<http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>
- (36) Laumon A. La maternité de la femme médecin généraliste en Picardie : obstacles,avantages et conséquences. étude qualitative à partir de quatorze entretiens semi-dirigés (Thèse de médecine générale). Amiens : Université Picardie Jules Verne; 2014.
- (37) Chavanne-Coulon F. La maternité chez la femme médecin libérale : à propos d'une enquête menée dans le rhône auprès de 451 femmes médecins libérales généralistes et spécialistes (Thèse de médecine générale). Lyon : Université de médecine de Lyon;1998.
- (38) Carton M, De Kervasdoué A, Segnac-Slawinski R, Carpentier B, Genisson C, Marry C, et al. Dix-neuvième Jeudi de l'Ordre Les filles d'Hippocrate : quand la médecine se féminise. Ordre national des médecins. Mis à jour le 25 septembre 2003. Disponible sur <http://www.conseilnational.medecin.fr>

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Répartition des médecins en activité selon le mode d'exercice en France en 2015

Mode d'exercice		Effectifs 2015	Pourcentage 2015	Variation n-8
Libéral		88750	44,7%	-6,3%
Mixte		22079	11,1%	+14,7%
	Libéral-Salarié	6240		
	Libéral-Hospitalier	14872		
	Libéral-Salarié-Hospitalier	967		
Salarié		87410	44,1%	+5,4%
	Salarié	27217		
	Hospitalier	57124		
	Salarié-Hospitalier	3069		
Divers		113	0,1%	
Sans exercice déclaré		13		
Total France entière		198365		

Annexe 2 : Les modes d'exercice par spécialité en France au 1er janvier 2015

Spécialités		Libéral	Mixte	Salarié	Sans	Divers
Anatomie et cytologie-pathologiques	Effectif N % ligne	533 36,10%	129 8,70%	814 55,10%	0 0,00%	0 0,00%
Anesthésie-réanimation	Effectif N % ligne	3114 30,80%	445 4,40%	6540 64,80%	0 0,00%	1 0,00%
Biologie médicale	Effectif N % ligne	1065 37,30%	41 1,40%	1747 61,20%	1 0,00%	2 0,10%
Cardiologie et maladies vasculaires	Effectif N % ligne	2662 43,50%	1576 25,80%	1881 30,70%	0 0,00%	0 0,00%
Chirurgie de la face et du cou	Effectif N % ligne	7 58,30%	4 33,30%	1 8,30%	0 0,00%	0 0,00%
Chirurgie générale	Effectif N % ligne	819 25,10%	488 15,00%	1950 59,80%	2 0,10%	4 0,10%
Chirurgie infantile	Effectif N % ligne	36 12,50%	70 24,30%	182 63,20%	0 0,00%	0 0,00%
Chirurgie maxillo-faciale	Effectif N % ligne	150 49,30%	96 31,60%	58 19,10%	0 0,00%	0 0,00%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	Effectif N % ligne	1547 51,50%	673 22,40%	781 26,00%	0 0,00%	3 0,10%
CPRE	Effectif N % ligne	513 63,00%	195 24,00%	105 12,90%	0 0,00%	1 0,10%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	Effectif N % ligne	110 26,10%	111 26,30%	201 47,60%	0 0,00%	0 0,00%
Chirurgie urologique	Effectif N % ligne	577 51,60%	275 24,60%	266 23,80%	0 0,00%	0 0,00%
Chirurgie vasculaire	Effectif N % ligne	224 46,20%	124 25,60%	137 28,20%	0 0,00%	0 0,00%
Chirurgie viscérale et digestive	Effectif N % ligne	334 35,50%	179 19,00%	426 45,30%	0 0,00%	1 0,10%
Dermatologie et vénéréologie	Effectif N % ligne	2238 63,10%	720 20,30%	588 16,60%	0 0,00%	0 0,00%
Endocrinologie et métabolisme	Effectif N % ligne	489 28,10%	296 17,00%	958 55,00%	0 0,00%	0 0,00%
Gastro-entérologie et hépatologie	Effectif N % ligne	1259 37,00%	715 21,00%	1426 41,90%	0 0,00%	0 0,00%
Génétique médicale	Effectif N % ligne	6 2,60%	3 1,30%	222 96,10%	0 0,00%	0 0,00%
Gériatrie	Effectif N % ligne	32 2,00%	37 2,30%	1511 95,60%	0 0,00%	0 0,00%
Gynécologie médicale	Effectif N % ligne	843 65,50%	261 20,30%	183 14,20%	0 0,00%	0 0,00%
Gynécologie médicale et obstétrique	Effectif N % ligne	833 60,50%	328 23,80%	216 15,70%	0 0,00%	0 0,00%
Gynécologie-obstétrique	Effectif N % ligne	1413 33,60%	1007 23,90%	1784 42,40%	0 0,00%	2 0,00%
Hématologie	Effectif N % ligne	12 2,50%	20 4,20%	449 93,30%	0 0,00%	0 0,00%
Médecine du travail	Effectif N % ligne	12 0,20%	11 0,20%	5234 99,40%	5 0,10%	2 0,00%
Médecine générale	Effectif N % ligne	51677 57,60%	6427 7,20%	31610 35,20%	3 0,00%	71 0,10%
Médecine interne	Effectif N % ligne	158 7,10%	132 6,00%	1922 86,90%	0 0,00%	1 0,00%
Médecine nucléaire	Effectif N % ligne	185 28,40%	156 24,00%	310 47,60%	0 0,00%	0 0,00%

Annexe 3 : Guide d'entretien

- 1) Quel âge avez-vous?
- 2) Un homme ou une femme?
- 3) Etes-vous en couple? Quelle est la profession de votre conjoint? Avez-vous des enfants?
- 4) Où exercez-vous? Pourquoi ce choix de lieu d'exercice?
- 5) Depuis combien de temps exercez-vous une activité libérale?
- 6) Quel est votre mode d'exercice?
 - rural/semi-rural/urbain?
 - seul/en collaboration?
 - activité 100% médecine générale/ mixte?
- 7) Quand et pourquoi avoir choisi la médecine générale?

VOTRE POINT DE VUE GENERAL SUR L'EXERCICE LIBERAL DE LA MEDECINE GENERALE

De façon générale selon vous :

- 8) Qu'est ce qui, pourrait définir idéalement une pratique libérale ?
- 9) Qu'apporte aujourd'hui l'exercice libéral ?
 - Au contenu du métier et mission du médecin généraliste
 - Au système de soins
 - Au médecin
 - Au patient
- 10) Qu'est ce qui menace aujourd'hui l'exercice libéral de la médecine générale?
- 11) Qu'est ce qui conforte aujourd'hui l'exercice libéral de la médecine générale?
- 12) Quels avantages /inconvénients voyez vous à l'exercice salarié de la médecine générale?
 - pour le médecin généraliste
 - Pour le contenu du métier de médecin généraliste
 - Pour les patients
 - Pour la collectivité
- 13) Pour vous est-ce que la médecine générale est indissociable de la médecine libérale?

VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE EXERCICE LIBERAL DE LA MEDECINE GENERALE

En ce qui vous concerne dans votre pratique aujourd'hui :

- 14) Qu'est-ce qui caractérise pour vous l'aspect libéral de votre pratique?
- 15) En quoi ceci est-il important pour votre pratique ?
- 16) En quoi cela vous satisfait-il ?
- 17) En quoi cela vous déçoit-il ?
- 18) En quoi cela a-t'il changé par rapports à vos débuts ?

En ce qui vous concerne pour demain

- 20) Que faudrait-il modifier dans votre statut actuel de libéral ?
- 21) Que faudrait-il maintenir dans votre statut actuel de libéral ?
- 22) Que faudrait-il changer ?
 - dans le contenu de votre métier de médecin généraliste libéral
 - dans le fonctionnement du système de soins
- 23) Quelle vision avez-vous de l'avenir de votre exercice en tant que médecin généraliste libéral?

Annexe 4 : Caractéristiques des médecins interrogés dans notre étude

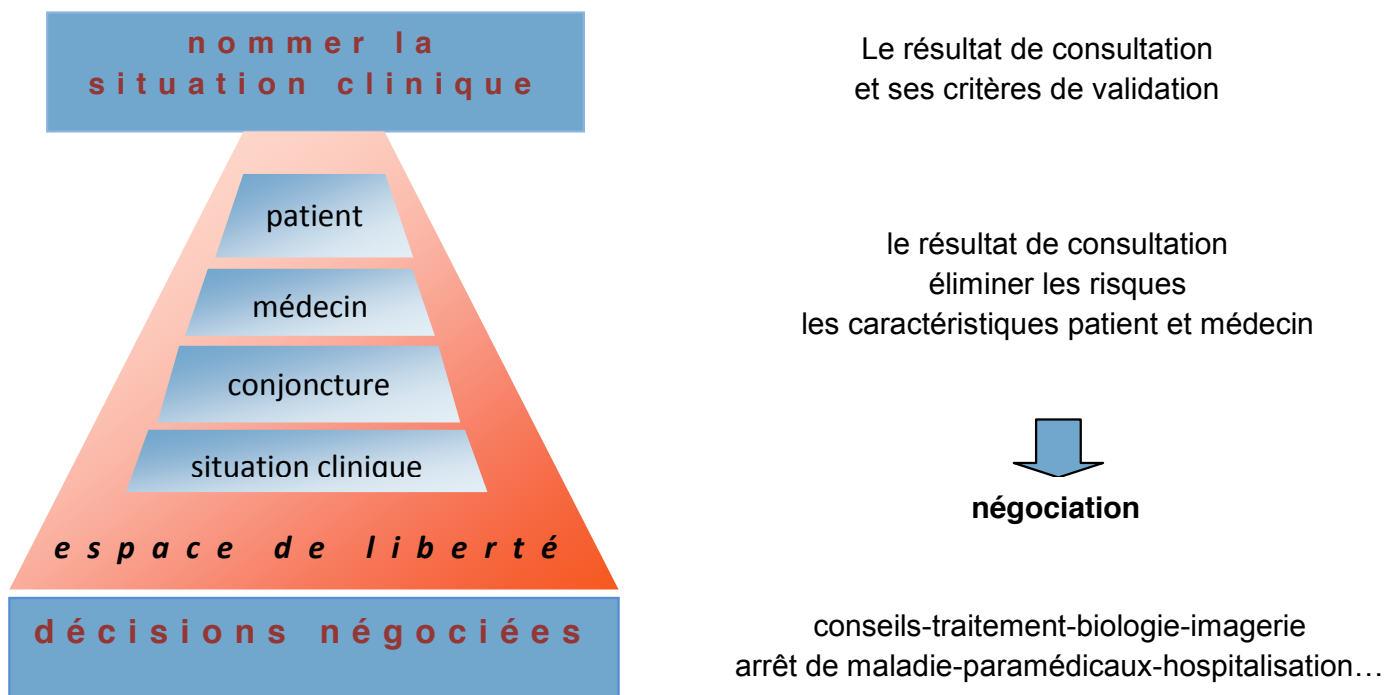
	Pseudo - nyme	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Type d'installation	Type d'activité	Nombre d'années d'expérience en libéral
1	Dr A	49 ans	M	Urbain	Association	100% MG	22 ans
2	Dr B	41 ans	M	Urbain	Association	100% MG	10 ans
3	Dr C	49 ans	F	Rural	Association	100% MG	23 ans
4	Dr D	37 ans	M	Rural	Association	MGL+ vacataire PMI	11 ans
5	Dr E	33 ans	F	Rural	Association	100% MG	4ans et 9 mois
6	Dr F	34 ans	F	Rural	Association	MGL + vacataire en crèche	4 ans
7	Dr G	63 ans	M	Rural	Seul	MGL+ médecin coordonnateur EPHAD	38 ans
8	Dr H	60 ans	M	Rural	Association	100% MG	35 ans
9	Dr I	54 ans	M	Rural	Association	100% MG	28 ans
10	Dr J	62 ans	M	Rural	Seul	100% MG	39 ans
11	Dr K	34 ans	F	Rural	Association	100% MG	5 ans

Annexe 5 : L'espace de liberté pour décider

Pour prendre ses décisions, le médecin possède une marge de négociation. Nous appelons cela l'espace de liberté.

Celui-ci est directement lié aux caractéristiques de la situation clinique, du patient, du médecin et des éléments conjoncturels. En fonction des cas, chaque caractéristique prend plus ou moins d'importance.

Par exemple, le poids de la situation clinique, ou les caractéristiques du patient, peuvent limiter très fortement l'espace de liberté.



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

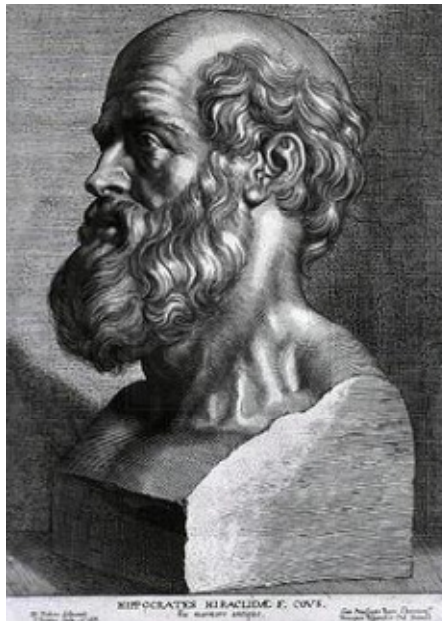
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

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

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

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

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



EXERCER EN LIBÉRAL : PERCEPTION PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE
Étude qualitative réalisée en 2015 auprès de 11 médecins généralistes installés en Picardie

MOTS CLES : médecin généraliste, secteur d'activité, libéral, salariat, perception

RESUME :

Une contradiction caractérise la pratique du médecin libéral : il doit respecter les règles émises par les institutions publiques tout en ayant le souhait de préserver l'esprit libéral au sein de sa relation médecin-malade. De plus, actuellement, il existe une image négative de l'exercice libéral en médecine générale.

Dans ce contexte, nous avons demandé aux médecins généralistes de nous faire part de leur vision et ressenti sur leur activité en libéral.

Pour cela, onze médecins généralistes libéraux, installés en Picardie, ont participé à des entretiens semi-dirigés qui ont été encodés avec le logiciel N'Vivo 10. Leurs témoignages ont permis de caractériser leur définition et leur vécu du libéral, leur perception du salariat, leur perception de l'avenir et de proposer les solutions nécessaires pour améliorer leur pratique dans le secteur libéral.

Une conception de la pratique libérale en médecine générale a été développée par nos médecins. Nous avons pu mettre en évidence les sources de motivations et les inconvénients au sein de leur secteur d'activité. Nos médecins étaient préoccupés

par la préservation de leur statut libéral . Ils souhaitaient une amélioration du dialogue avec l'Etat, des plans d'actions politiques sur un plus long terme ainsi que la prise en considération du potentiel économique de leur activité et une revalorisation de leurs actes.

EXERCISE IN LIBERAL : PERCEPTION BY GENERAL PRACTITIONERS

Qualitative study in 2015 of 11 general practitioners installed in Picardy

KEYWORDS : General practitioners (GP), business lines, liberal, employe, perception

SUMMARY :

A contradiction characterizes the liberal medical practice : doctors must comply with the rules issued by public institutions while having the desire to preserve the liberal mind in the doctor-to-patient relationship. Moreover, nowadays, there is a negative image of liberal practice in general medicine.

In this context, we asked general practitioners to share their own vision and approach of their liberal activity. For that purpose, Picardy eleven general practitioners, participated in semi-directed interviews. Their interviews were encoded with software N'Vivo 10. Their testimonies characterized their definition and the way they regarded Liberal, as well as their perception of business lines, their perception of the future and offer of the solutions necessary to improve a liberal activity.

A conception of liberal practice in général medecine has been developed by our doctors. We were able to highlight the pros and cons of motivation in this practice. The doctors were deeply concerned with the preservation of their liberal status. They wanted a better dialogue with the government, on a longer term political action plans and the respect of their economical potential of the professional activity and a better valorisation of their medical actions.