

Évolution des conditions de travail en médecine générale : points de vue de médecins généralistes installés depuis au moins 10 ans dans les Alpes-Maritimes, recueillis lors d'entretiens individuels

Julia Chevalier

▶ **To cite this version:**

Julia Chevalier. Évolution des conditions de travail en médecine générale : points de vue de médecins généralistes installés depuis au moins 10 ans dans les Alpes-Maritimes, recueillis lors d'entretiens individuels. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01362458

HAL Id: dumas-01362458

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01362458

Submitted on 8 Sep 2016

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

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

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

EVOLUTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL EN MEDECINE GENERALE : POINTS DE VUE DE MEDECINS GENERALISTES INSTALLES DEPUIS AU MOINS 10 ANS DANS LES ALPES-MARITIMES, RECUEILLIS LORS D'ENTRETIENS INDIVIDUELS

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la faculté de médecine de Nice
Le mercredi 30 mars 2016

Par

Mlle Julia CHEVALIER
Née le 31 octobre 1988 (Var)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET	Président du jury
Madame le Professeur Véronique BREUIL	Assesseur
Monsieur le Professeur Olivier GUERIN	Assesseur
Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER	Assesseur (remplaçant)
Monsieur le Docteur Michel PAPA	Assesseur
Monsieur le Docteur Gérald BAROGHEL	Directeur de thèse

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

EVOLUTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL EN MEDECINE GENERALE : POINTS DE VUE DE MEDECINS GENERALISTES INSTALLES DEPUIS AU MOINS 10 ANS DANS LES ALPES-MARITIMES, RECUEILLIS LORS D'ENTRETIENS INDIVIDUELS

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la faculté de médecine de Nice
Le mercredi 30 mars 2016

Par

Mlle Julia CHEVALIER
Née le 31 octobre 1988 (Var)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET	Président du jury
Madame le Professeur Véronique BREUIL	Assesseur
Monsieur le Professeur Olivier GUERIN	Assesseur
Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER	Assesseur (remplaçant)
Monsieur le Docteur Michel PAPA	Assesseur
Monsieur le Docteur Gérald BAROGHEL	Directeur de thèse

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2015 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.INGLESAKIS Jean-André M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. HONORAIRES

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. HONORAIRES

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrice	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)

M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais
Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)

M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean Épidémiologie	Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Je remercie le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Je remercie le Professeur Véronique BREUIL de sa participation en tant que membre du jury.

Je remercie le Professeur Olivier GUERIN d'avoir bien voulu être membre du jury.

Je suis trés reconnaissante au Professeur Stéphane SCHNEIDER de participer à mon jury de thèse en l'absence de l'un des membres du jury initial.

Je remercie le Docteur Michel PAPA d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Je suis très reconnaissante de l'aide apportée tout au long de ce travail.

Enfin, je remercie le Docteur Gérald BAROGHEL d'avoir accepté la direction de ce projet. J'ai appris beaucoup à ses côtés. Initialement en stage, dans les suites pour ce projet. Et je sais qu'à l'avenir il m'apportera tout autant en tant que confrère et ami.

Remerciements personnels :

Je remercie tout particulièrement mon Thomas pour le soutient qu'il m'apporte au quotidien, quoi qu'il advienne. C'est en grande partie grâce à lui que j'ai réalisé ce travail et finalisé mon cursus. Il me soutient encore dans mon projet d'installation. Et j'espère lui donner autant en retour.

Je remercie mes parents, qui chacuns à leur manière m'ont soutenu tout au long de ces années.

Je remercie mes beaux-parents pour leur écoute, leur soutient. Un petit clin d'œil à Michelle et son aide pour la correction de ce travail.

Je n'oublie pas mon frère, son épouse et leur petit loup ; la kaouette sister et Loic ; Julia et Fabien ; ainsi que Sébastien et Anne-Sophie. Et l'ensemble de ma famille…

Je remercie également ma Lucile, aux multiples casquettes. Co-interne, psychothérapeute et surtout amie. Merci !

Un petit mot pour mes deux complices d'internat Lindsay et Laura. Vous m'avez manqué pendant la rédaction de ce travail.

Un autre coucou, et non des moindres à toutes ces rencontres : Laura, Maude, Audrey, Lauren…

Bien entendu, je remercie les différents professeurs avec qui j'ai pu travailler au cours de ma formation et les médecins rencontrés durant mes stages. Tout particulièrement le Docteur Lionel BARRAU, le Docteur Isabelle LERAIS, le Dr Renaud FERRIER et le Dr Bruno CECCARELLI.

Je remercie également le Docteur Amel FOUQUE-KASSAB qui m'a soutenu pendant ce dur labeur et avec qui, j'en suis certaine, nous irons loin.

Je remercie également mon médecin généraliste le Dr Michel MILLIAT qui par sa façon d'exercer la Médecine générale et, par ce qu'il est tout simplement, m'a donné envie d'exercer la Médecine et plus particulièrement la Médecine générale.

Table des matières

REMERCIEMENTS **6**

TABLE DES MATIERES **8**

ABREVIATIONS **11**

INTRODUCTION **12**

CONDITIONS DE TRAVAIL EN MEDECINE GENERALE **13**

1. DEFINITIONS ET GENERALITES 13
   1.1. Introduction aux « conditions de travail » *13*
   1.2. Nature des conditions de travail *13*
2. LE CAS PARTICULIER DE LA MEDECINE GENERALE 15
   2.1. Une volonté ancienne de définir la discipline *15*
   2.2. Des propositions de revalorisation multiples *16*
3. UNE VRAIE PROBLEMATIQUE : LES « CONDITIONS DE TRAVAIL » 18
   3.1. La charge de travail *18*
   3.2. Les patients et la relation médecin-malade *19*
   3.3. La croissance du phénomène de « burn-out » *19*
   3.4. Intrication entre vie professionnelle et personnelle *19*

MATERIEL ET METHODE **20**

I. METHODOLOGIE THEORIQUE 20
1. LE TYPE D'ETUDE 20
   1.1. La recherche qualitative *20*
   1.2. « Grounded Theory » *20*
   1.3. Justification scientifique *20*
2. METHODE CHOISIE : ENTRETIENS INDIVIDUELS 20
3. METHODE D'ANALYSE 21
4. SATURATION THEORIQUE 21

II. METHODOLOGIE EN PRATIQUE 22
1. POPULATION ETUDIEE 22
   1.1. Critères d'inclusion *22*
   1.2. Recrutement *22*
   1.3. Caractéristiques de l'échantillon *22*
   1.4. Validation des critères d'inclusion : année d'installation *22*
2. GUIDE, GRILLE ET TECHNIQUE D'ENTRETIEN 23
   2.1. Le guide d'entretien *23*
   2.2. La grille d'écoute *23*
   2.3. Les techniques d'entretien pour l'investigateur *23*
3. DEROULEMENT DES ENTRETIENS 23
   3.1. Lieu *23*
   3.2. Durée *23*
4. RECUEIL DES DONNEES 24
5. TRAITEMENT DES DONNEES 24
   5.1. Etapes et matériels *24*
   5.2. Détails concernant les retranscriptions *24*
   5.3. L'analyse finale *24*

RESULTATS **25**

1. RECRUTEMENT ET DEROULEMENT DES ENTRETIENS 25
   1.1. Résultats du recrutement *25*
   1.2. Lieu des entretiens *25*
   1.3. Date des entretiens *25*
   1.4. Durée des entretiens *25*

2. DEMOGRAPHIE DE LA POPULATION INTERROGEE 26
2.1. Age et sexe *26*
2.2. Type d'exercice *26*
2.3. Lien avec la faculté *26*

PARTIE A **28**

CHOIX DE LA MEDECINE GENERALE : ENTRE ATTRACTIVITE DU METIER ET CONTEXTE HOSTILE **28**
1. UN METIER ATTRACTIF DANS LA FORME ET LE FOND 28
1.1. Le choix d'une discipline : la Médecine *28*
1.2. Le choix d'une spécialité : la Médecine Générale *30*
2. L'HOSTILITE D'UNE EPOQUE FACE AUX POSSIBILITES ACTUELLES 33
3. INITIALEMENT, DES OPPORTUNITES 34
4. UNE EXIGENCE MALGRE TOUT : LA LIBERTE 35
5. PARFOIS, UN FIL CONDUCTEUR 36

PARTIE B **38**

DETERMINATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL NECESSAIRES A UN EXERCICE SEREIN ET PERENNE DE LA MEDECINE GENERALE : LE VERSANT PERSONNEL **38**
1. DE NOUVEAUX OBJECTIFS 38
2. VIE PRIVEE ET PROFESSIONNELLE : ENTRE DEPENDANCE ET OPPOSITION 40
3. UNE QUESTION DE DISPONIBILITE ET D'INVESTISSEMENT PHYSIQUE ET PSYCHIQUE 41
4. RESTER FIDELE A SES PRINCIPES 43

PARTIE C **44**

LE VERSANT PROFESSIONNEL : CONDITIONS DE TRAVAIL LIEES A L'OUTIL DE TRAVAIL **44**
1. LE COTE MATERIALISTE DU MEDECIN : UN CABINET CONFORTABLE ET FONCTIONNEL 44
2. ADAPTER SON ACTIVITE A SES PREFERENCES ET A LA DEMANDE 45
3. UN TEMPS DE REFLEXION SUR L'ORGANISATION DE TRAVAIL INDISPENSABLE 48
3.1. Secrétariat : entre nécessité, refus et coût *48*
3.2. Planning : entre volonté d'organisation et accessibilité *49*
3.3. Informatique : de la peur de l'inconnu à la reconnaissance d'une certaine efficacité *50*
3.4. Le poids des charges financières *51*
3.5. La lourdeur administrative : un point qui partage les médecins *52*

PARTIE D **56**

CONDITIONS DE TRAVAIL LIEES AUX RELATIONS HUMAINES **56**
1. ATMOSPHERE AU SEIN DU CABINET 56
2. RELATIONS AVEC LES CONFRERES 57
2.1. Un climat serein : disparition de la concurrence *57*
2.2. Volonté de personnaliser l'adressage et création d'un réseau *58*
2.3. Réticence à la prise en charge hospitalière *59*
2.4. Conséquence : une perte de confiance *60*
2.5. Une nouvelle aire en termes de relation avec les spécialistes : la « télémédecine » *60*

PARTIE E **62**

RELATION MEDECIN-PATIENT : TRANSFORMATION DU PATIENT ET DE SES DEMANDES **62**
1. LES PATIENTS SONT LE REFLET DU MEDECIN 62
2. UNE RELATION D'AMOUR DEPUIS TOUJOURS 63
3. DEVELOPPEMENT DE LA NOTION D'ACCEPTATION MUTUELLE 64
3.1. Le médecin choisit ses patients *64*
3.2. Le médecin veut s'affirmer *65*
3.3. Les patients acceptent une personne et une méthode de travail *65*
4. UNE TRANSFORMATION DES PATIENTS EN LIEN AVEC UNE TRANSFORMATION DE LA SOCIETE 66

5. UNE RELATION IMPACTEE PAR L'EVOLUTION DES MOTIFS 68
6. UN BESOIN GRANDISSANT D'EDUCATION DES PATIENTS 70
6.1. L'éducation du patient par le médecin est devenue une priorité *70*
6.2. Le revers de la médaille d'une société high tech *70*
7. L'IMAGE DU MEDECIN : ENTRE NOUVEAUTES ET REPRESENTATION HISTORIQUE 72

PARTIE F 75

CONDITIONS DE TRAVAIL LIEES AU MONDE SOCIO-POLITICO-MEDICO-ECONOMIQUE : RELATION ENTRE L'ETAT, LA SECURITE SOCIALE, LE MONDE DE LA RECHERCHE MEDICALE ET LES MEDECINS GENERALISTES 75
1. LE REFUS D'UNE MEDECINE D'ETAT, OU LA LUTTE POUR UN EXERCICE LIBRE 75
1.1. L'Etat : absence de légitimité et raisonnement en dehors de la réalité *75*
1.2. Toujours plus de contraintes faisant craindre une restriction des libertés *76*
2. UN SYSTEME DE SANTE QUI DIVISE : ENTRE FATALISME, ADHESION ET DENONCIATION D'UNE DEGRADATION ET DE VALEURS BAFOUEES 77
2.1. Un cheminement inévitable *78*
2.2. Modalités de rémunération *78*
3. MALGRE TOUT, DES MEDECINS GLOBALEMENT SATISFAITS 85
3.1. De la rémunération « globale » *86*
3.2. Du choix de la profession *86*
4. DE LA TRANSFORMATION D'UN ART EN BUSINESS 87
5. UN SOUHAIT COMMUN : PRESERVER UNE MEDECINE GENERALE DE QUALITE, GLOBALE ET VARIEE, EFFICACE ET PROCHE DES POPULATIONS 88
5.1. Des décisions financières *89*
5.2. La nécessité d'une politique de ressources humaines *90*
6. UNE EVOLUTION DE LA MEDECINE THERAPEUTIQUE ET D'INVESTIGATION A DOUBLE TRANCHANT 92

PARTIE G 94

ET POUR L'AVENIR ? 94
1. DES AVIS DISCORDANTS CONCERNANT LE CHOIX DE LA PROFESSION FACE AUX JEUNES GENERATIONS 94
2. DES MESSAGES POUR LES JEUNES GENERATIONS : ENTRE VIGILANCE, OUVERTURE D'ESPRIT ET EXIGENCES 95
3. ET LE RISQUE DE « BURN-OUT » ? 97

DISCUSSION 100
1. LIMITES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE 100
1.1. La théorisation ancrée ou « grounded theory » *100*
1.2. Recrutement de l'échantillon *100*
1.3. Validité du critère d'inclusion principal *100*
1.4. Entretiens individuels versus focus groupe *100*
2. LIMITES DE L'ANALYSE 101
2.1. Absence de triangulation des données *101*
2.2. Pas de vérification auprès des participants *101*
2.3. Influences de l'analyste et partialité des commentaires *101*
3. IDEES PRINCIPALES 101
4. PERSPECTIVES 103

CONCLUSION 105

ANNEXES 106

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 118

RESUME 121

SERMENT D'HIPPOCRATE 122

Abréviations

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

FMC : Formation Médicale Continue

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine générale

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

ALD : Affection de Longue Durée

TPG : Tiers Payant Généralisé

Introduction

L'exercice de la Médecine générale subit depuis la fin des années 80 de profondes mutations dans divers domaines. Dans ce contexte mêlant évolution de la Médecine, évolution sociétale, avancées scientifiques et réformes de santé, la profession est souvent décrite en crise. Certains diront même qu'elle est marquée par le découragement et une perte de prestige. (1)

Quatre aspects sont souvent soulignés : une crise symbolique (la Médecine générale est méprisée), une crise politique et sociale, une crise de la formation (les généralistes sont formés par une université aux tendances élitistes, dirigée par les spécialistes) et une crise de l'investissement individuel. (2)

Le résultat : un corps médical sous tension avec un moindre choix de la profession par les jeunes générations (3), une hésitation à l'installation (4), des changements de carrière ou cessations anticipées d'activité (5) et la montée du phénomène de « burn-out ».

Les différentes études concernant les omnipraticiens véhiculent alors une même crainte : celle de voir disparaître la Médecine générale et le médecin de famille.

Face à cette « crise » de la Médecine générale, vraisemblablement ancienne et prenant de plus en plus d'ampleur, nous avons constaté au cours de notre recherche bibliographique un manque de données. Or, pour combattre l'ennemi, il faut le connaître…

La dégradation des conditions d'exercice semble tenir une place importante dans le marasme actuel et pourtant, ce paramètre semble n'avoir été que survolé. Bien qu'étiqueté « critères d'insatisfaction », on cerne encore mal ses constituants et l'impact qu'ils ont sur les premiers concernés, à savoir, les médecins généralistes.

Notre interrogation était donc de savoir comment les omnipraticiens percevaient l'évolution des conditions de travail en Médecine générale?

Notre expérience de la pratique ambulatoire nous a permis de voir que les médecins généralistes installés depuis au moins 10 ans avaient connu l'enracinement de cette crise, l'évolution sociétale ayant bouleversé la relation médecin-patient, mais également les mesures dites de revalorisation « plus ou moins bien adaptées et acceptées » qui ont transformé le système de santé français.

Nous proposons donc un travail qualitatif dont le but est de mettre en évidence les paramètres qui définissent les conditions de travail et leur degré d'importance, d'après les médecins généralistes. Les critères évolutifs et non évolutifs, le type de modifications et les raisons, ceci en vue de percevoir le vécu des médecins généralistes et leur ressenti actuel sur l'exercice de la Médecine générale en libéral. Enfin, avec toutes ces données, nous aborderons l'avenir… (6)

Pour ce faire, nous avons sélectionné au hasard puis rencontrés des médecins généralistes, installés en secteur I et exerçant depuis au moins 10 ans dans les Alpes-Maritimes. Alors, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés sur la base du volontariat et de l'anonymat. Des extraits de ce entretiens seront présentés par thème avec une analyse personnelle tout au long de ce travail.

Conditions de travail en Médecine Générale

1. Définitions et généralités

1.1. Introduction aux « conditions de travail »

Pour toute activité professionnelle, les « conditions de travail » sont un ensemble de paramètres qui influent fortement sur la satisfaction ressentie dans la pratique quotidienne de cette activité. Les aspects matériels sont souvent cités en premier, mais la vie relationnelle y participe tout autant, de même que le statut de l'emploi. Les conditions de travail sont finalement une espèce de construction qu'il est difficile d'analyser et de comprendre. M. Gollac et S.Volkoff (7) soulignaient notamment la difficulté même des premiers concernés, « les professionnels », à en parler. Parallèlement, il est tout aussi difficile de mettre en lumière ce qui constitue les « bonnes conditions de travail ». En effet, l'absence de souffrance ne signifie pas automatiquement l'existence de « bonnes conditions de travail ». Elles peuvent alors être exprimées de la façon suivante : ce sont celles « qui donnent au travailleur la liberté de travail favorable à sa santé » (Volkoff). De même, une possibilité d'objectiver les conditions de travail passe par l'évaluation d'une variation relative dans le temps, amélioration ou dégradation qualitative, que les groupes de professionnels concernés constatent. Un autre rapport peut être établi : la comparaison avec le temps hors travail ou, d'une autre manière, les conditions de vie extra entreprise. Alors, certains acteurs institutionnels sont susceptibles d'aider à prendre conscience des conditions de travail notamment l'Etat, la Sécurité Sociale, les syndicats…

Finalement, l'ensemble de ces éléments permet de dire que les conditions d'exercice relèvent également d'une question politique et sociale. Une approche pluridisciplinaire est donc nécessaire mêlant sociologie, ergonomie, psychologie, socio-économie du travail et de l'emploi.

1.2. Nature des conditions de travail

1.2.1. Le cadre temporel

Le « cadre temporel » du travail est un sous ensemble important des conditions de travail et est d'une grande variété. On peut citer le type d'horaires (rythmes imposés ou travail posté), la durée des déplacements quotidiens entre le domicile et le lieu de travail, la variabilité de la durée quotidienne de travail, les pauses et congés, les heures supplémentaires, le travail de nuit et les horaires décalés, les temps partiels et finalement l'empiètement du travail sur les temps de loisirs. Parmi ces paramètres, ceux plus spécifiquement liés à la productivité relèvent de la pression temporelle et sont un facteur aggravant des autres conditions. Ils peuvent transformer de simples exigences qualitatives en contraintes préjudiciables et en situation ingérable.

1.2.2. Les contraintes physiques

Les contraintes physiques sont étroitement liées aux tâches effectuées et à l'environnement :

- Sollicitations mécaniques : efforts, postures pénibles, attention permanente, gestes et déplacements répétitifs, secousses, vibrations ;
- Expositions à diverses nuisances, polluants ou agents chimiques / biologiques ;

- Risques de blessures ou d'accidents.

Les facteurs « architecturaux » tels que les conditions d'éclairage (naturel/artificiel) ou la qualité des locaux (exiguïté, esthétique, climatisation, vue sur l'extérieur) font également partie de ces paramètres.

Il est important de noter que l'impact est souvent rapide et peu réversible. Ainsi l'accumulation d'efforts excessifs peut entrainer une souffrance au travail et l'apparition de troubles ou pathologies psychosomatiques.

1.2.3. Les sollicitations psychologiques

Les sollicitations psychologiques ou psycho-sociales sont les traits de l'activité et de son cadre qui aboutissent au « stress » quand elles excèdent les capacités de l'individu. Elles peuvent être étroitement liées à l'activité (exigences cognitives) ou dépendre de conditions plus larges (responsabilité, peur latente de l'erreur, rapports interindividuels et ambiance de travail).
La psychopathologie du travail donne encore lieu à peu de diagnostics. Certains effets sont tout de même remarqués, comme le « burn-out ». Christophe Dejours (psychiatre et psychanalyste) (8) montre notamment que l'écart croissant entre les efforts déployés et la rémunération provoque une augmentation des risques psychiatriques. Plus encore, ce sont les modifications techniques et environnementales du travail dans l'organisation néo-libérale (9) qui peuvent être à l'origine de nouveaux maux tels qu'insomnie, lombalgies, et harcèlement moral.
Yves Lasfargue (10), quant à lui, montre que les techniques d'information et de communication peuvent être sources de pénibilité et engendrer de la fatigue mentale. En particulier, le travail permanent sur une représentation abstraite de la réalité imposé par l'usage d'internet et des nouvelles technologies est l'une des sources de charges mentales. Une autre source de charge mentale est de respecter à la lettre des procédures et des règles de jeu imposées par ces logiciels. Aussi, Yves Lasfargue a introduit la notion « d'ergostressie » pour désigner le stress lié à ce paramètre.

1.2.4. Le rapport avec le public

La relation à un public ajoute de nouveaux paramètres aux composantes temporelles, physiques et mentales des conditions de travail. Aux exigences hiérarchiques, se joignent les exigences souvent complexes des personnes rencontrées ou entrevues. Exigences qui peuvent ne s'accorder que partiellement avec les conceptions personnelles des professionnels et devenir de vraies contraintes.

1.2.5. Les conditions sociales

Cette dernière catégorie regroupe indistinctement les facteurs qui dépendent des conditions générales du travail et de l'emploi dans la société et, celles que l'individu amène avec lui. Ces facteurs se rattachent aux sollicitations psychologiques, dans la mesure où l'excès de la demande sur l'offre, durcissant la dépendance du professionnel à son emploi, accroit son niveau de tension psychique. Ces conditions sont d'autant plus importantes que le professionnel est lui même fortement dépendant de son emploi pour des raisons personnelles (chef de famille, dettes…) et qu'il ne dispose pas, par ailleurs, de l'opportunité d'améliorer ou changer son emploi.

1.2.6. Situations particulières et individuelles

Il est important d'insister sur le fait que tous les individus ne sont pas égaux face aux exigences et contraintes d'une activité, ce qui souligne l'importance de :

- Reconnaître l'existence de groupes de personnes présentant une certaine vulnérabilité : les personnes handicapées, souffrant de maladies chroniques ou à évolution lente, les femmes enceintes, les personnes psychologiquement fragiles (état dépressif, dépendance alcoolique), les personnes susceptibles de souffrir de discrimination ou de pressions particulières ;
- L'orientation initiale et de la sélection professionnelle pour un accord de l'emploi avec les capacités individuelles ;
- Des préoccupations ergonomiques pour l'adaptation des tâches et des postes à la personne ;
- La formation professionnelle pour une meilleure maîtrise et une plus grande autonomie.

1.2.7. Effet de l'âge

Le vieillissement nécessite des aménagements dans l'organisation du travail. On parle de « flexibilité ».

2. Le cas particulier de la Médecine Générale

2.1. Une volonté ancienne de définir la discipline

Avant toute chose, il est primordial de rappeler que c'est au XIXème siècle que le cadre légal de la Médecine a été défini. En effet, à partir de la loi du 30 novembre 1892, « nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français ». Ainsi, cette loi a mis fin à la dualité entre « officier de santé » et « docteur en médecine ». Alors que l'officier de santé exerçait la médecine à l'échelle départementale, suite à l'obtention d'un brevet de santé après de brèves études, le docteur en médecine obtenait son titre à l'issue d'une formation en école de Médecine (devenue Faculté en 1808) après plusieurs examens et une soutenance de thèse. Il pouvait alors exercer la médecine et la chirurgie sur tout le territoire.

Au milieu des années 1900, les choses évoluent…

Une dualité dans la profession va se créer. Avec la réforme Debré de 1958 et la création des CHU, la Médecine spécialisée va être consacrée. La Médecine générale semble alors se définir « par défaut de spécialisation ». Et, au fil du temps, ce trouble identitaire ne va faire que s'accroitre. Le retentissement : une profession méprisée et fuie.

L'heure est donc à la redéfinition de la Médecine générale, au travail pour son évolution et sa promotion. De nombreux projets vont ainsi voir le jour mais l'un des plus marquants a été celui de la WONCA en 2002 validant une définition consensuelle de la « Médecine générale et du médecin généraliste-médecin de famille » (11).

2.2. Des propositions de revalorisation multiples

2.2.1. Renforcement de la formation

Une réflexion sur l'enseignement de la Médecine générale est initiée dès 1970. S'en suivent :

- en 1973, la création de la Société Française de Médecine générale ;
- en 1984, la première réforme de l'internat : le concours n'est obligatoire que pour les spécialistes. Le Certificat d'études spécialisées / CES qui permettait aux généralistes de se spécialiser par leur ancienneté et leur notoriété ou une fois qu'ils avaient fini leur 7ème année du tronc commun et qu'ils n'avaient pas passé l'internat, est supprimé. Alors une distinction entre les étudiants va se créer ;
- en 1997 sont créés les départements hospitalo-universitaires de Médecine générale / DUMG ;
- le troisième cycle des études de Médecine générale est allongé d'un cinquième semestre qui est un stage en cabinet avec un omnipraticien ;
- en 2004, une nouvelle réforme de l'internat au vu des années précédentes. Un Diplôme d'Etudes Spécialisées / DES de Médecine générale est créé. La Médecine générale devient une spécialité comme les autres. Tous les étudiants doivent passer l'Examen Classant National ECN. Ils choisissent alors en fonction de leur classement le lieu d'étude et la spécialité. C'est la fin du clivage « résident » et « interne de spécialité » ;
- en 2007, les conséquences de cette réforme ont été rédigées dans un rapport adressé à Xavier Bertrand (Ministre de la Santé) et le bilan est plutôt mitigé : la très grande majorité des postes non pourvus sont des postes de Médecine générale (12) ;
- en 2009, avec la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire, notamment les articles 14 et 15, la Médecine générale et les besoins de la formation initiale sont adoptés par l'Assemblée Nationale. La Médecine générale est alors définie pour la première fois dans la loi de France (13) ;
- la formation médicale continue est également renforcée et progressivement organisée. Jusqu'en 1970, la formation continue, comme la formation initiale était dispensée par les facultés de Médecine, mais n'était pas toujours adaptée. En 1974, le Fond d'Assurance Formation des Professions Médicales est créé (FAF-PM) à l'initiative des deux principaux syndicats CSNF et FMF. En 1978, l'Union Nationale de Formation Médicale UNAFORMEC voit le jour (14). Elle va permettre la mise au point d'une pédagogie adaptée aux besoins des praticiens. Alors, la FMC qui était une obligation déontologique (15) devient une obligation légale en 1996 (16). En 2004, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles va compléter ce dispositif (17).

2.2.1.1. Diversification des modes de rémunération

L'activité libérale constitue l'une des deux formes d'exercice de la Médecine générale en France et la forme principale d'exercice en ambulatoire. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en 2015, 57,6% des omnipraticiens exercent en libéral, 7,2% ont une activité mixte et 35,2% sont salariés (3 médecins ont un statut différent). Le mode de rémunération qui lui est associé, est le paiement à l'acte. Il est qualifié d'inéquitable par la profession (18). Là encore, le ministère de la santé soumet depuis plusieurs années des propositions pour faire évoluer les avis :

- en 2011, après 4 ans de gel, la consultation est passée à 23 euros ;
- la valeur des actes est en train d'être actualisée par des Comités Indépendants ;
- de nouveaux modes de rémunération sont apparus (19). Notamment, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles / CAPI en 2009, remplacé par la Rémunération

sur Objectifs de Santé Publique / ROSP en 2011. Mais l'impact ne fut pas celui attendu. Ainsi selon une étude de la DREES en 2009, 61% des médecins étaient favorables à ces dernières mesures et 39% défavorables. Plus tard, une enquête *Ifop* parue dans *Le quotidien du médecin* a montré que 60% des médecins adhérant à la ROSP jugeaient en réalité qu'il s'agissait d'une mauvaise option. D'ailleurs, 3% des médecins généralistes restent actuellement réfractaires (20). En ce sens, en 2014, une thèse de Médecine générale a été consacrée à la question de savoir pourquoi (21). Les arguments d'opposition mis en lumière ont été les suivants : l'absence de lien avec une amélioration des pratiques ou de la qualité des soins, l'argument déontologique et moral assimilant cette rémunération à un « bakchich », une critique de fond concernant le choix des indicateurs, un sentiment d'instrumentalisation des médecins généralistes par les Caisses et la crainte d'une prise de pouvoir par l'Assurance Maladie.

2.2.1.2. Refonte du système de santé en France

En 2004, le dispositif de Médecin traitant a connu un succès en demi-teinte (22). Visant à mieux réguler l'accès aux spécialistes, une meilleure maitrise des dépenses, une meilleure qualité de prise en charge et une équité de traitement, il a initialement augmenté la charge administrative des médecins et finalement peu modifié les pratiques …

Ensuite, parce qu'on ne vit pas aujourd'hui comme il y a des décennies, il a semblé important de réfléchir à moduler notre système de santé pour faire face aux nouveaux enjeux. Aussi, le dernier rapport 2015 de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) sur l'état de santé de la population en France montre que les français sont globalement en meilleure santé que leurs voisins européens. Mais ils sont confrontés à trois enjeux majeurs :

- l'allongement de la durée de vie : espérance de vie de 85,4 ans pour les femmes (+1,6 années en 10 ans) et de 79,2 ans pour les hommes (+ 2,5 ans) ;
- la progression des maladies chroniques : par exemple, entre 2010 et 2012, le cap de 3 millions de français atteints de diabète a été franchi ;
- la persistance d'inégalités de santé : les enfants d'ouvriers ont 10 fois plus de risques d'être obèses que les enfants de cadres ; les cadres vivent 10 ans de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles. Enfin entre 2002 et 2012, ce qui restait à la charge des patients n'a cessé d'augmenter et les déserts médicaux se sont installés.

Alors, en 2013, pour répondre à ces trois défis, Marisol Touraine, a lancé un vaste projet de refonte du système de santé (23). Dés lors, de nombreux désaccords sont ressortis, notamment concernant le tiers payant généralisé ou le développement de communautés professionnelles territoriales de santé. D'ailleurs entre novembre 2013 et février 2014, pas moins de 160 débats se sont organisés pour « lutter » contre cette « loi de modernisation du système de santé ». Encore aujourd'hui la tension est palpable et les discussions sans cesse relancées (24). En janvier 2016, La Grande Conférence de la santé a revu le projet et rien n'est encore validé définitivement.

2.2.2. Une profession actuellement fébrile et en danger

2.2.2.1. Des effectifs en baisse

Dans son Atlas de la Démographie Médicale 2015, le Conseil National de l'Ordre des Médecins met en avant certains chiffres (25) :

- l'effectif des médecins généralistes a diminué de 10,3 % entre 2007 et 2015. Il est probable de constater une chute, d'ici à 2020, de 58104 omnipraticiens (libéraux ou mixtes) à 54179 ;
- chaque année, 25% des médecins diplômés de facultés françaises décident de ne pas s'inscrire au tableau et une plus grande proportion modifie son activité ou opte pour une cessation anticipée depuis ces dernières années. Signe que la discipline cache probablement des travers. Mais, plus important encore, il s'agit là d'un véritable problème de santé publique.

2.2.2.2. Une satisfaction en cours de glissement

Pourtant, fait surprenant, la plupart des études, s'accordent à dire que les généralistes sont « heureux » et majoritairement satisfaits de leur statut professionnel. A ceci près qu'avec les années, les proportions diffèrent et les tendances tendent à s'inverser :

- en 2007, une étude de la DREES montrait que 75,8% des médecins étaient satisfaits de leur activité professionnelle ;
- en 2015, une enquête *Ifop* réalisée pour *Le quotidien du généraliste* (26) interpelle par ses résultats : 59% sont satisfaits dont 13% très satisfaits et 46% assez satisfaits ; contre 40% d'insatisfaits dont 23% peu satisfaits, 17% pas de tout satisfaits et 1% ne se prononçant pas. Alors, face à ces résultats annonciateurs de grands bouleversements, ce travail est l'un des seuls à avoir pointé du doigt la problématique principale faisant que la profession est ressentie comme « en crise » : les conditions d'exercice. Dans les suites, elle a suspecté certaines causes potentielles d'insatisfaction.

A noter que, de façon concrète, nous avons ressenti cette atmosphère d'insatisfaction et de volonté de soulèvement lors de réunions entre confrères (Formation médicale continue, séminaires, groupes de pairs) ou en discutant avec les maitres de stage… D'où notre réflexion actuelle sur le sujet.

3. Une vraie problématique : les « conditions de travail »

3.1. La charge de travail

A ce sujet, les données bien que nombreuses sont souvent parcellaires et anciennes. Elles permettent malgré tout, en les comparant, d'estimer des ordres de grandeurs en terme de temps de travail avec une décomposition en grandes catégories.

En 2009, selon la synthèse de 3 enquêtes : emploi 2004 de l'INSEE (27), le Panel de médecins généralistes libéraux 2007 de la DREES (28) et l'enquête du Centre de Sociologie et de Démographie Médical CSDM de 2007 (29), les médecins généralistes déclaraient travailler globalement entre 52 et 60h par semaine en 2007. Il y a 20 ans, il était question de 48h. Plus précisément, en 2004 une analyse de la littérature (30) s'est intéressée à cette notion retrouvant la répartition suivante : 61% du temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral, 19% aux activités hors libéral et 20% aux activités autres. En détails : 33h par semaine consacrées aux visites et consultations, 2h par semaine pour une activité salariée, 4h par semaine pour une permanence médicale d'urgence (astreinte ou garde), 1h30 par semaine pour la prise de rendez-vous (hors cabinet avec secrétariat), 6h30 par semaine pour les charges

administratives, 3h par mois et 6 journées par an pour la FMC et 1h par semaine pour l'entretien des locaux.

Parallèlement à cette mise en lumière de différentes catégories dans le temps de travail, une notion émerge et rassemble les protagonistes : le temps et la charge de travail sont trop importants. Une étude de la DREES publiée en 2007 montrait d'ailleurs qu'un praticien sur deux voulait réduire ses horaires d'au moins 12h.

3.2. Les patients et la relation médecin-malade

Progressivement, le profil des patients a changé (31) entrainant une modification de la relation médecin-malade.

En 2001, un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins tentait de définir les « nouveaux patients ». Associé à la médicalisation de la société et à l'accès facile et généralisé à toute information, « le patient est devenu plus éclairé, documenté, exigeant à l'égard d'un savoir médical ». Ainsi, selon Franck GINTRAND, 7 français sur 10 consultent internet pour obtenir des informations sur leur santé (32).

La relation médecin-malade s'en trouve inévitablement modifiée. Toutefois, cette transformation s'est en réalité opérée progressivement sur des décennies. Elle a, pour certains auteurs, été accélérée par la loi de mars 2002 sur les droits des malades (33). On est alors en droit de se demander quel est l'impact sur le déroulement des consultations et l'exercice du médecin…

3.3. La croissance du phénomène de « burn-out »

Le "burn-out" ou « syndrome d'épuisement professionnel » se définit par un trio de symptômes : épuisement professionnel, déshumanisation de la relation à l'autre et perte d'accomplissement personnel (34) (35). En 2007, une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux URML d'Ile de France a montré que 53% des médecins libéraux se sentiraient menacés par ce phénomène (36). D'autres études régionales ont confirmé ces chiffres (URML de Bourgogne), avec au stade ultime, le suicide. Une étude conduite en 2003 par le CNOM a montré que le risque de suicide était multiplié par 2,37 chez les médecins par rapport à la population générale du même âge. De même, selon une étude conduite par la CARMF et le CNOM, le sur-risque de suicide des omnipraticiens est de 1,8 (37).

3.4. Intrication entre vie professionnelle et personnelle

Est née récemment la notion de « work-life balance » (38). Alors, la profession médicale longtemps fondée sur la disponibilité permanente prend une autre direction. Pour les jeunes générations, et de plus en plus chez les séniors, cette notion ne semble plus aller de soi. Des stratégies sont déployées pour réguler (sans nécessairement réduire) l'activité professionnelle afin de s'aménager du temps « pour soi ». Les femmes interrogées à ce sujet mettent leur vie familiale au premier plan alors que les hommes revendiquent plutôt la recherche d'un équilibre individuel par la pratique de loisirs notamment.

Actuellement il y a une réelle rupture entre les désirs des jeunes générations et ce qui se passait il y a quelques décennies (39) (40) (41). Si les conditions d'exercice n'évoluent pas avec les mœurs, il y a fort à parier que la Médecine générale va connaître « la précarité ».

Matériel et méthode

I. Méthodologie théorique

1. Le type d'étude

1.1. La recherche qualitative

Les comportements des acteurs du système de soins ne suivent pas toujours la logique scientifique. Si la recherche quantitative est capable de mesurer ce constat, elle dispose de peu d'outils efficaces pour en rechercher l'explication.

Issue des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative quant à elle, a pour objectif spécifique d'identifier les représentations et comportement des fournisseurs et consommateurs de soins. Elle peut permettre d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux. Finalement, elle a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel en prenant en compte des dynamiques, des processus et des modes de compréhension (42).

A partir de ces notions, nous avons donc choisi de réaliser une étude s'inscrivant dans le cadre de la recherche qualitative pour ce projet. Alors, nous nous sommes appuyés sur un recueil de points de vue, organisé à la fois de façon scientifique et selon l'interprétation du chercheur. Le tout dans un soucis de d'objectivité.

1.2. « Grounded Theory »

On parle de « théorisation ancrée » lorsque le chercheur développe une théorie issue d'éléments qu'il cherche à vérifier. Les données sont alors recueillies puis analysées sans aucune hypothèse préalable.

Nous avons donc choisi cette méthode car étant à l'écoute de ce qui est dit sans opinion préconçue, elle est propice à l'émergence de concepts nouveaux et originaux. Elle ne se limite donc pas à vérifier des notions préexistantes (43).

1.3. Justification scientifique

La recherche qualitative est aujourd'hui considérée comme incontournable lorsqu'il s'agit :

- de tenter d'expliciter les processus et déterminants sous-jacents d'une décision ou action ;
- d'étudier des sujets complexes ou impliquant des enjeux affectifs.

Ce type de méthodologie est donc tout à fait adapté à l'étude de l'évolution des conditions de travail en Médecine générale au regard des omnipraticiens.

2. Méthode choisie : entretiens individuels

La méthode par entretien collectif dite « focus group » (44) a été écartée pour des questions de faisabilité. Les médecins généralistes étant particulièrement sollicités, tenter de les réunir pour un travail en groupe semblait trop fastidieux.

Nous avons donc opté pour l'entretien individuel qui est plus simple du fait que seules deux personnes sont concernées par le rendez vous. L'entretien peut alors s'intercaler facilement dans la journée de l'un et l'autre. Par ailleurs, cela permet de créer un climat d'intimité propice à des révélations honnêtes, parfois tranchées ou d'ordres privées.

Ensuite, nous avons choisi que les conversations seraient partiellement structurées par un guide d'entretien, laissant ainsi une certaine liberté d'improvisation autant pour le médecin que pour l'investigateur.

En effet, s'agissant d'entretien semi-structuré, le chercheur utilise un grille préétablie de questions ouvertes. Il s'intéresse aux causes et aux logiques qui guident les comportements des individus. Ce canevas d'entretien reprend alors la liste des thèmes abordés. Et pour chacun de ces thèmes, des sous questions dites « de relance » permettent d'amener à des points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément. L'avantage étant que ce canevas reste souple et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'entretien.

Cette absence de rigidité nous a séduit, permettant ainsi de confirmer certaines idées et de rester ouvert à de nouveaux concepts.

3. Méthode d'analyse

L'objectif de l'analyse en théorisation ancrée est de faire apparaître les concepts présents dans les propos recueillis en mettant en jeu la capacité d'analyse et d'interprétation du chercheur, en dehors de toute idée personnelle préconçue.

Nous avons choisi le méthode dite de codage axial, c'est à dire constituant un corpus de concepts au fur et à mesure de leurs apparitions dans les entretiens successifs.

Le travail d'analyse a été effectué au cours de l'étude dés les premiers entretiens de manière « globale ». Puis à la fin, une nouvelle analyse plus fine a été réalisée.

A noter que dans certains cas, un double codage peut être mis en place, c'est-à-dire qu'un deuxième chercheur peut réaliser une analyse sans prendre connaissance des résultats du premier. Une triangulation de ces deux analyses indépendantes produit alors le résultat final. Cette double analyse n'a pas été effectuée pour notre étude.

4. Saturation théorique

La saturation théorique s'obtient lorsque tout nouvel entretien n'apporte pas de concept supplémentaire à ceux qui ont été recueillis lors des analyses précédentes. Alors, la saturation est vérifiée par un ou deux entretiens supplémentaires.

Pour notre étude et afin de respecter des critères de faisabilité, nous avions fixé préalablement le nombre d'entretiens finaux à 20, estimant à priori que la saturation pourrait être obtenue.

II. Méthodologie en pratique

1. Population étudiée

1.1. Critères d'inclusion

Les médecins généralistes admis dans l'étude devaient :

- Etre encore en activité dans les Alpes-Maritimes ;
- Appartenir au secteur I ;
- Exercer depuis au moins dix ans, c'est à dire installés en libéral depuis 2005 ou avant.

1.2. Recrutement

Une partie des médecins a été contactée par téléphone avec un échange direct ou par l'intermédiaire de leur secrétariat. L'autre partie par courrier électronique.

Nous connaissions trois des médecins interrogés. Pour les autres, la sélection s'est faite au hasard via les annuaires disponibles sur le web et celui du site de la faculté pour les médecins-maitres de stage.

Au moment de la sélection des médecins de l'étude, dans un souci de couvrir au mieux l'ensemble du territoire des Alpes-Maritimes, nous nous sommes aidés de la cartographie interactive donnée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins dans son Atlas Mondial de la démographie médicale annuelle.

Le découpage était le suivant : Tende, Saint Laurent du Var, Saint Etienne de Tinée, Puget-Théniers, Vence, Cagnes sur Mer, Cannes, Mougins, Mandelieu La Napoule, Le Cannet, Vallauris, Antibes, Nice, Menton.

(Annexe 1 : cartographie interactive)

1.3. Caractéristiques de l'échantillon

Dans la mesure où dans une étude qualitative, l'échantillonnage ne recherche pas de significativité statistique qui pourrait attester d'une concordance dans l'échantillon et dans la population générale, notre échantillonnage est dit « raisonné ». C'est à dire qu'il s'agit d'un échantillon équilibré et propice à l'obtention de tous les points de vue représentatifs concernant notre problématique.

(Annexes 2-3-4-5 : Tableaux 1 à 4 Caractéristiques des médecins interrogés)

1.4. Validation des critères d'inclusion : année d'installation

Concernant l'année d'installation, chaque médecin a été interrogé par téléphone ou mail lors de la prise du rendez-vous et oralement dès le début de l'entretien.

2. Guide, grille et technique d'entretien

2.1. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien que nous avons élaboré est fourni en annexe 2. Il était basé initialement sur le fruit de notre recherche bibliographique et a quelque peu évolué au cours des interviews du fait de notions spontanément évoquées à plusieurs reprises et semblant apporter des informations pertinentes pour répondre à notre problématique.

(Annexe 6 : Guide d'entretien)

2.2. La grille d'écoute

Une « grille d'écoute » a été établie au cours de la recherche bibliographique, avant de débuter les entretiens, permettant d'identifier les thèmes retenus mais également pour se rendre compte de points de vue énoncés et différents des concepts recensés précédemment dans la littérature.

2.3. Les techniques d'entretien pour l'investigateur

Face aux problèmes d'aisance et de relance rencontrés lors des premiers entretiens, nous nous sommes formés aux techniques d'entretien par la lecture de divers travaux qualitatifs. Une attention particulière a été portée sur l'écoute, les astuces de relance, les pièges de l'influence ce, en vue d'un recueil d'informations le plus exhaustif et neutre possible.

3. Déroulement des entretiens

3.1. Lieu

Notre volonté était de rencontrer les médecins sur leur lieu d'exercice. A la fois pour préserver le contexte de « conditions de travail » matérielles et en vue d'obtenir des informations supplémentaires quant à leur profil.

3.2. Durée

A partir de différents travaux qualitatifs basés sur le même principe d'entretiens semi-dirigés, nous avons estimé initialement la durée moyenne des entretiens à 30 minutes. Lorsque nous avons contacté les médecins, nous les en avons informés.

Cette prévision a été confirmée dès les premiers interviews. Pour autant, certaines rencontres se sont prolongées avec des interlocuteurs très loquaces et intéressés. D'autres ont été très courtes.

La durée a été relevée pour chaque échange.

(Annexes 7-8-9-10 : Tableaux 1 à 4 Date, durée et volume des entretiens)

4. Recueil des données

La clause de confidentialité et le but de l'étude ont été rappelés oralement à chaque début d'entretien et la confirmation de l'accord de chaque participant a alors été obtenue.

A noter que pour certains entretiens, il a été nécessaire de rappeler et de rassurer sur cette notion d'anonymat alors que les médecins abordaient des sujets sensibles ou d'ordre privé.

Un seul médecin a d'ailleurs refusé d'être enregistré prétextant un risque d'autocensure et de manque d'honnêteté. Il s'est alors agit de prendre en notes les propos énoncés.

5. Traitement des données

5.1. Etapes et matériels

Les entretiens ont été enregistrés en double à l'aide d'un dictaphone et d'un Smartphone. Ils ont ensuite été retranscrits manuellement sur Mac dans un fichier Word. Nous avons alors analysé les échanges « manuellement » après impression.

En toute honnêteté, nous avons choisi ce type de méthode d'analyse n'ayant pas réussi à maitriser convenablement le logiciel Nvivo et n'étant pas suffisamment performants dans le domaine de l'informatique.

5.2. Détails concernant les retranscriptions

Chaque entretien est désigné par une lettre E et un numéro correspondant à sa position de passage dans l'étude.

Ils ont été retranscrits mot à mot constituant un corpus de verbatim.

Les interruptions téléphoniques n'ont pas été retranscrites volontairement car sans rapport avec le sujet de l'étude et pour des raisons évidentes de confidentialité. Les interruptions sont signalées entre parenthèses avec leur durée.

Il a parfois été notifié, là encore entre parenthèses, des expressions, notamment le rire de médecins interrogés.

Les fautes de syntaxes ont volontairement été reproduites pour rester fidèle à l'atmosphère de l'échange. Pour autant, la ponctuation est déduite et plutôt fondée sur notre ressenti personnel.

A noter que nous avons également consigné le nombre de mots par entretien pouvant témoigner, en plus de la durée, du volume de l'échange.

5.3. L'analyse finale

Au moment de l'analyse, nous n'avons pas repris la grille d'entretien afin de rester le plus objectif dans notre interprétation des différentes idées énoncées.

Résultats

I. Caractéristiques descriptives

1. Recrutement et déroulement des entretiens

1.1. Résultats du recrutement

Au total, nous avons contacté 35 médecins.

11 n'ont jamais répondu au message laissé sur leur répondeur ou envoyé sur leur boite mail. 2 médecins allaient prendre leurs vacances et ne pouvaient pas prendre sur leur temps pour cet entretien. Un seul médecin a refusé directement car trop occupé « pour ces trucs là ».

2 médecins ont été écartés. Un exerçant en secteur II et l'autre déconventionné avec une activité de médecin généraliste très limitée.

Finalement, l'étude se base sur l'analyse de 20 entretiens, retranscrits intégralement.

1.2. Lieu des entretiens

Sur les 20 entretiens, 17 se sont déroulés au cabinet du médecin interviewé. 2 médecins, que nous connaissions, ont jugé plus simple, en terme de planning, de se voir chez eux. Pour un médecin qui exerçait en zone rurale difficile d'accès, l'entretien s'est fait par téléphone.

1.3. Date des entretiens

Les premiers entretiens se sont déroulés au cours de l'été 2015, sur le courant du mois d'aout. Il y a ensuite eu une période de « stand by » jusqu'en automne, afin de vérifier les paramètres méthodologiques de l'étude, la conduite des entretiens et que les premières idées rapportées répondaient à notre problématique de départ. Alors, le restant des entretiens s'est organisé entre novembre et décembre 2015.

1.4. Durée des entretiens

L'entretien le plus court a duré 22 minutes 35 secondes. Le plus long 1 heure 10 minutes 20 secondes. La durée moyenne étant d'environ 37 minutes.

A noter qu'un médecin a demandé à ce que l'entretien soit écourté devant reprendre le cours de son planning de consultation.

2. Démographie de la population interrogée

2.1. Age et sexe

Initialement, une répartition homme-femme était recherchée. Non pas pour représenter les proportions de la population médicale mais en vue de mettre en évidence des concepts éventuellement influencés par le genre.

Ainsi, parmi les interviewés, on retrouve 11 hommes et 9 femmes.

L'âge moyen des médecins interrogés est de 57 ans. Le plus jeune étant âgé de 42 ans et le plus âgé de 64 ans. A noter que la majorité des médecins interrogés se situent dans une même tranche d'âge, entre 50 et 60 ans, par pur hasard.

2.2. Type d'exercice

Tous les médecins interrogés appartiennent volontairement au secteur I car le plus représenté.

Par ailleurs, nous avons cherché à représenter les différentes zones d'exercice. Ainsi, on compte 11 médecins en zone urbaine, 6 médecins en semi-rurale et 3 médecins en région rurale.

2.3. Lien avec la faculté

Sur les 20 médecins interrogés, 8 sont des maitres de stage dans le cadre de l'équipe du DERMG de la faculté de Médecine de Nice.

II. Résultats qualitatifs : extraits du verbatim et commentaires

Dans cette partie, nous présentons les idées pertinentes énoncées par les médecins généralistes ayant participé à ce travail de recherche, illustrées par des extraits de leurs discours.

Pour chaque sous-partie, une introduction courte met sur la piste des notions abordées dans les suites et une analyse strictement personnelle figure en conclusion partielle.

Partie A

Choix de la Médecine Générale : entre attractivité du métier et contexte hostile

1. Un métier attractif dans la forme et le fond

Selon A. Maslow (psychologue américain), l'homme a des besoins fondamentaux auxquels il doit se référer pour un épanouissement global. Les besoins physiologiques que sont la respiration, le sexe, le sommeil, l'excrétion et l'homéostasie. Le besoin de sécurité regroupant intégrité corporelle, sécurité d'emploi, approvisionnement, protection morale, familiale et propriété privée. Le besoin d'appartenance avec l'amitié, la famille et l'intimité sexuelle. Le besoin d'estime portant sur l'amour propre, la confiance et le respect mutuel. Et, le besoin de réussite personnelle par la moralité, la créativité, la spontanéité, la résolution de problèmes, la reconnaissance des faits et la xénophilie.

Partant de ce principe, il semblait donc logique, pour parler des conditions d'exercice en Médecine générale, de s'interroger sur les fondements de ce choix de carrière. L'objectif étant d'en extraire d'éventuelles particularités communes avec établissement de profils divers pouvant être en lien avec la suite du travail, c'est à dire le vécu de l'évolution des conditions de travail dans la profession.

Les médecins ont donc été questionnés sur le choix de la Médecine. Celui de la Médecine générale plus spécifiquement et sur leurs projets professionnels en fin de formation.

1.1. Le choix d'une discipline : la Médecine

1.1.1. Un choix par défaut

- **Un choix de hasard.**
  - *« Je ne sais pas. C'était le hasard. Non vraiment, c'était un pur hasard » (E1)*
  - *« Un choix de hasard (…) Voilà, je ne sais pas. Ce n'était pas un choix vraiment très conscient » (E6)*
  - *« Comme tout le monde je crois… Au hasard » (E20)*

- **Une préférence pour les matières scientifiques.**
  - *« D'abord j'étais scientifique. Pas du tout littéraire » (E4)*
  - *« Moi je suis de la génération où on était soit scientifique… et il y avait la biologie. Et en scientifique on avait un devoir royal de faire soit Math sup soit Médecine » (E6)*
  - *« Après, je suis plutôt de nature scientifique. Je veux dire, je n'étais pas du tout attirée ni par le droit ni par le commerce (…) En technico-scientifique, c'est ce qui m'allait le mieux » (E14)*

- **Une impression de destinée, de vocation sans savoir pourquoi.**
    - *« Mais finalement le choix s'est imposé comme étant le meilleur pour moi » (E6)*
    - *« C'était la Médecine parce que je ne voyais pas ce que je pouvais faire d'autre » (E8)*
    - *« Et je ne sais pas, je me suis jamais posé la question de faire autre chose » (E13)*

1.1.2. Un choix sous influences

- **Des choix influencés par les événements de vie avec une volonté plus ou moins consciente de soigner sa famille.**
    - *« Ma mère était maniaco-dépressive. Je pense que depuis l'enfance, c'est la lecture du langage corporel et inconsciemment, vouloir sauver ma mère » (E4)*
    - *« Quand j'étais petit, je voulais être neurochirurgien. Mon grand père avait fait un accident cérébral et il avait une aphasie (…) Et je pense que quelque part je voulais réparer mon grand père » (E13)*

- **Une image parentale ou fraternelle importante.**
    - *« J'avais l'habitude du milieu médical. Mon frère ainé était en Médecine. Je ne savais pas trop quoi faire alors j'ai fait ça » (E2)*
    - *« Parce que c'est un choix familial…Mon père est médecin. Mon oncle est médecin. Euh…dans la famille on est médecin de père en fils. Mon frère est médecin » (E8)*
    - *« Et puis mon père était médecin généraliste aussi. Donc je l'ai vu bosser et ça me plaisait donc je me suis dit « tiens, je veux faire ça »» (E15)*

- **Lien avec l'image sociétale de la profession : le prestige.**
    - *« Mais surtout je voulais partir (…) je voulais fuir du bourg où j'étais. Donc j'ai choisi Médecine. Et puis je voulais une certaine vie. Je suis d'une famille modeste. Je voulais me donner les moyens de réussir » (E9)*
    - *« Mes parents n'étaient pas dans le médical. Mais il y avait un désir parental fort. De réussite. Peut être pour l'image ? » (E19)*

- **Un choix influencé par les rencontres de l'enfance.**
    - *« Alors c'est vrai qu'on a été élevé de manière très catholique et j'avais au catéchisme une bonne sœur qui était vraiment exceptionnelle et qui avait fait beaucoup de missions humanitaires et ça aussi, je pense que ça m'a influencé.» (E10)*

1.1.3. Le rêve d'une vie

- **Un rêve d'enfant.**
    - *« Parce que j'en avais envie. Je crois que j'ai décidé ça, je devais avoir neuf ans » (E5)*
    - *« C'est un choix de la petite enfance. J'ai toujours toujours voulu faire ça (…) Donc voilà c'est vraiment depuis le début. Chaque fois qu'on me demandait ce que je voulais faire, c'était médecin » (E10)*
    - *« J'ai toujours voulu faire ça. Depuis l'âge de 5 ans » (E13)*

- **Le gout des études et la soif d'apprendre.**
    - *« J'avais un très bon niveau scolaire, je voulais faire des études » (E9)*

1.1.4. La volonté d'un métier au contact des autres

- **Le choix d'un métier en interaction avec son prochain.**
    - *« Ce qui me plaisait c'était le contact » (E12)*
    - *« Sauf peut être à une époque j'ai voulu être vétérinaire mais je suis revenu à la Médecine. Tout simplement pour le contact humain » (E13)*

1.2. Le choix d'une spécialité : la Médecine Générale

1.2.1. Le goût pour la variété

- **Une attirance pour la diversité.**
    - *« J'ai envisagé de faire gynéco un moment mais, sans conviction parce que j'aime bien la variété » (E5)*
    - *« Voilà, moi ce qui m'a séduit c'est le multitâche de la Médecine Générale et de pouvoir varier les pratiques » (E6)*
    - *« Je voulais quelque chose de large. Le médecin généraliste pour moi c'est quelqu'un qui touche un petit peu à tout » (E17)*

- **La volonté d'une prise en charge globale.**
    - *« Bon maintenant je travaille plus tranquille, je ne fais plus d'acte mais au début on a envie de tout gérer, de travailler un maximum » (E9)*
    - *« C'est un boulot qui me plaisait dans le fond, dans la forme, dans la prise en charge globale de la personne » (E15)*

1.2.2. Le sentiment d'une personnalité adaptée

- **Accepter d'être curieux**.
    - *« Je suis curieuse de tout, ça me convient bien » (E4)*
    - *« Le contact avec les gens, discuter, savoir leur histoire, savoir pourquoi ils sont comme ça. En fait je suis un peu curieuse (…) Parce que j'ai envie de les aider, de savoir leurs histoires » (E5)*
    - *« Maintenant je suis curieuse de la vie. Donc la Médecine générale ça me convenait bien » (E11)*

- **La recherche de continuité de soins dans « la durée ».**
    - *« Pouvoir suivre les gens » (E6)*

1.2.3. Une prise de conscience précoce de la réalité

- **Trop feignant pour une spécialité.**
    - *« Plutôt Médecine…Oh, peut être il y a eu un doute, un moment donné. Mais il fallait travailler pour faire l'internat » (E3)*

- *« Peut être parce que, comment dirais-je? Je n'ai pas été assez persévérant pour faire une spécialité » (E8)*
- *« ... ou peut être un peu trop feignant pour travailler. Donc je me suis consacré plutôt à la Médecine générale qu'à une spécialité » (E17)*

- **Un besoin financier d'entrer dans la vie active.**
  - *« Après c'était différent les spécialités à l'époque et moi je voulais quand même travailler et gagner ma vie assez rapidement » (E2)*
  - *« Et je me suis marié et j'ai eu deux gosses. Et donc à 25 ans, il fallait que je gagne ma vie. Parce que j'étais père de famille » (E8)*
  - *« Et puis il fallait que je commence à gagner ma vie quand même. Mes parents étaient ouvriers. J'ai pas été trop aidé. Il y a un moment où il faut manger. Médecine générale tu étais rapidement dans le monde du travail » (E9)*

- **La réassurance d'un besoin, d'une demande.**
  - *« Ca me plaisait. Et en plus je me disais que j'aurai toujours du boulot » (E16)*

1.2.4. Un côté humaniste

- **Aimer son prochain.**
  - *« Le goût d'aider les autres je pense » (E17)*
  - *« L'envie d'aider les autres je pense » (E19)*
  - *« L'intérêt pour les autres. L'envie d'aider. De partager » (E20)*

1.2.5. Influences des rencontres au cours du parcours professionnel

- **Les rencontres au cours du cursus étudiant peuvent influencer le choix.**
  - *« Je travaillais la nuit comme infirmier dans différents services. J'ai pu voir pleins de spécialités mais finalement c'est en allant voir en ville que je me suis senti bien. J'ai travaillé avec deux médecins qui correspondaient bien à mon style » (E2)*
  - *« Quand j'ai été en fac de sciences, quand j'ai eu mon diplôme. Il y a eu une fille, qui a fait Médecine. Il faillait juste rattraper l'anat. Je me suis dis, si elle, elle peut le faire, moi aussi. Et je suis passée en Médecine » (E4)*
  - *« Et je pense que c'est aussi les rencontres au cours des études qui sont importantes » (E13)*

1.2.6. Une seule Médecine possible : La Médecine Générale

- **Médecine générale : la vraie Médecine.**
  - *« La vrai Médecine, discuter avec ses patients. Pas une Médecine du travail ou médecin de la Sécu » (E5)*

- **Médecine générale : la plus belle des médecines.**
  - *« Ah bien parce que je trouve que c'est la plus belle Médecine » (E10)*

Le choix de débuter l'entretien par ces questions n'est pas anodin mais est le fruit d'une première réflexion basée sur deux principes.

Le premier étant cette pyramide des besoins fondamentaux de A. Maslow selon laquelle il semble vraisemblable que chaque décision que prend un individu soit dictée par le respect ou non de ces critères et qu'à partir de cela s'établissent des profils divers et variés.

Par ailleurs, le choix professionnel est un processus complexe relevant de quelques grandes classes de déterminants parmi lesquelles on retrouve un rôle des aptitudes, des intérêts et des traits de personnalité tels que le sujet lui même les perçoit ; des réactions immédiates et automatiques liées aux caractéristiques des diverses professions et, la conduite humaine comme le rappelle Nuttin « guidée et dominée par un projet d'effort de réaliser ou d'atteindre un objet but ».

Notre volonté était donc de cerner quelque peu les médecins interrogés dans l'hypothèse que cela pourrait avoir influencé les résultats de la suite de notre travail, notamment le vécu d'une profession et surtout, son évolution. L'homme réagit différemment face à un événement en fonction de l'image qu'il en avait et de l'image qu'il projetait d'en faire.

Pour la plupart des médecins, la question du choix de cette carrière n'a été ni spontanée ni évidente, preuve qu'il ne s'agit plus d'un sacerdoce. Elle a souvent suscité un temps de réflexion, une hésitation, des répétitions ou encore des contradictions.

Concernant le choix de la Médecine. Pour une partie, l'idée qu'il s'agissait d'un choix du hasard venait en premier. Mais souvent, elle a été complétée, éliminant, corrigeant cette notion. Alors sont ressortis 4 autres courants.

L'influence. Celle des parents notamment sur le processus d'orientation est ressortie mais, pour un seul médecin il a été question de s'être vu imposé le choix du métier. Pour les autres, il s'agissait plus d'une orientation inconsciente. Une partie avait le désir d'être utile à la santé de sa famille, l'autre a été influencée par la profession du parent ou de la fratrie. A ce propos, la plupart des recherches sociologiques sur le choix et la réalisation professionnelle se sont focalisées sur les places de travail occupées par les parents en tant que composante du contexte de développement de carrière du jeune et toute profession peut avoir un impact. Ainsi, nous avons pu observer le désir de faire la même profession que les parents « médecins », de faire une profession intellectuelle comme les parents « professeurs » ou une profession prestigieuse différente du milieu « ouvrier » initial. Parallèlement à l'influence parentale, a été soulignée l'importance des rencontres qui ont provoqué l'envie ou le respect et, donc l'orientation finale.

L'accomplissement d'un rêve. Pour certains d'entre eux, il s'agissait d'un souhait de l'enfance avec une explication souvent imprécise, qui semble finalement faire le lien avec le troisième courant qui serait celui d'un destin. « Je sais que je veux faire ça et, je sais que je ne veux rien faire d'autre ». Et, fait étonnant, pour une profession assez cartésienne, il semble y avoir une acceptation de ne pas justifier ce choix. Alors, cette absence d'argumentaire pourrait nous orienter sur la piste de vocations mais le terme n'a pourtant jamais été employé.

Enfin, on retrouve l'homme et son humanité. La Médecine c'est « les autres ». Pour certains, il s'agit d'une « envie », pour d'autres d'un « besoin ». L'idée commune revient à dire qu'inconditionnellement, le médecin aime l'homme.

Concernant maintenant le choix plus spécifique de la Médecine Générale, on comprend que la discipline attire parce qu'elle :

- est variée et globale ;
- suppose que le médecin soit curieux et humaniste ;
- permet d'entrer dans la vie active et donc, la vraie vie.

On retrouve encore la notion d'influence, notamment au cours des études. Des professeurs, des maitres de stage mais, fait intéressant, pas des patients rencontrés…

Maintenant, il serait malhonnête de dire qu'aucun n'a hésité avec une spécialité. En effet, certains n'ont pas suffisamment travaillé ou d'autres ne voulaient pas travailler d'avantage. D'ailleurs, c'est étonnant de voir que ce choix reposait largement sur la charge de travail au cours des études et non sur celle une fois l'activité exercée. A postériori, il pourra être intéressant de comparer la lourdeur du travail pendant les études et celle de la profession une fois installé… cela bouleverserait il les choix initiaux ?

2. L'hostilité d'une époque face aux possibilités actuelles

Pour parler d'une évolution, bonne ou mauvaise, il faut nécessairement partir d'un point A, arriver à un point B et faire un état des lieux.

L'évolution étant abordée dans les suites, cette partie s'est donc intéressée au contexte d'installation passé et actuel.

- **Initialement, un climat de concurrence avec beaucoup de médecins, peu de consultations et un clientélisme important.**
    - *« A l'époque c'était quand même très très compliqué. Les conditions d'installation étaient pas du tout celles que vous connaissez (...) il y avait énormément de médecins à Nice qui étaient au SMIG (...) il y avait en fait trop de médecins et il y avait une espèce de Médecine clientéliste » (E6)*
    - *« Mais un moment donné c'est le nombre qui a entrainé ces choses. On est plus nombreux, on a moins de respect » (E8)*
    - *« On était nombreux avec peu de rempla. C'était vraiment la guerre » (E13)*

- **Actuellement, profiter du besoin de médecins généralistes pour négocier et refuser de s'adapter perpétuellement.**
    - *« Pourtant on est de moins en moins et je pense qu'il faudrait plutôt nous bichonner et redonner envie aux jeunes » (E1)*
    - *« Parce qu'il va y a avoir de moins en moins de médecins généralistes. Parce que si les jeunes savent y faire ils peuvent revaloriser leur profession. Parce que c'est un besoin. Je ne pense pas que la société puisse vivre sans généralistes. Et puisque c'est un besoin, une nécessité, la nécessité faisant la loi, la loi fera qu'on sera obligé de vous gratifier, pas forcement payé mais gratifié d'avantage. Donc je pense que dans l'avenir ça reprendra » (E8)*
    - *« Je pense que l'avantage qu'ils ont c'est qu'ils sont au creux de la vague où on manque de médecins généralistes mais il ne faut pas louper le coche des négociations et se retrouver trop nombreux comme c'était le cas pour nous » (E9)*

Parmi les médecins interrogés, seuls deux ont une activité proche des 10 ans d'exercice, les autres se situent entre 20 et 30 ans et ont donc connu tous les bouleversements numériques du monde médical en lien avec une offre importante mais une demande limitée notamment du fait d'un accès financier aux soins moins évident.

Cette notion de concurrence initiale avec un surnombre a été vécue comme un désavantage et un moindre pouvoir de négociation. Avec un courant d'acceptation parce qu'il fallait « travailler pour vivre ».

Cette idée tend désormais à disparaître du fait d'une démographie médicale en pleine mouvance. En effet, malgré un nombre de médecins généralistes en augmentation, le besoin est grandissant et les zones en danger d'offre de soins s'accroissent. L'offre ne couvre pas la demande. Et il semble que les médecins puissent se placer en position de force. Notamment, en choisissant les modalités d'exercice à l'échelle locale et personnelle et, celles à l'échelle nationale en lien avec les politiques et le système de santé.

On comprend finalement, qu'il semble se dessiner un virage. Une époque est révolue. Celle actuelle est à modeler.

3. Initialement, des opportunités

En fin de formation, quelle que soit la profession concernée, la plupart du temps, les individus ont une idée de leurs projets professionnels. A partir de ce qui a été dit dans la partie précédente, on comprend que l'installation de nos prédécesseurs s'est faite dans un climat particulier, peu propice à la réflexion et aux choix personnels et préférentiels.

- **La plupart des installations n'étaient pas réfléchies et sont le fruit d'opportunités saisies.**
    - *« Et puis j'ai eu cette opportunité parce que le médecin que je remplaçais est décédé. On m'a proposé. On m'a demandé « est ce que ça t'intéresse ? » (E10)*
    - *« Après j'avais pas d'idée préconçue. Mais comme là, j'avais une très belle opportunité, je suis venu là directement. Mais j'avais pas d'idée précise sur être seul ou en groupe. J'y avais pas trop réfléchi avant d'ailleurs. Chose que vous faites plus aujourd'hui j'ai l'impression » (E16)*
    - *« Je n'imaginais rien. Je crois qu'à mon époque, on n'imaginait rien. Pour la plupart, ça a été un jeu de hasard. Moi je remplaçais en ville. Puis un jour, un médecin plus âgé que je connaissais m'a demandé de le remplacer dans l'arrière pays, par là. Là je me suis rendu compte que ça me plaisait bien. Puis après il a cherché un successeur » (E20)*

- **Le blocage était financier avec finalement une priorité au développement d'une patientèle.**
    - *« Après secrétaire, locaux, tout était une affaire de finance et quand on a pas et bien, on ne se pose pas la question » (E1)*
    - *« La configuration n'était pas la question principale. D'abord je voulais faire une patientèle » (E8)*

La société actuelle est rude et hostile financièrement et ne laisse pas de place à l'impondérable. Aucune surprise à constater que la majorité des jeunes populations aspire à un projet professionnel performant et qu'en fin de formation, les objectifs soient clairs et décidés. Mais, à une époque où l'offre était importante et la demande non proportionnelle, on comprend que les générations précédentes aient eu moins d'exigences. Non pas qu'il n'y avait pas d'envie mais parce qu'il n'y avait pas de place pour la préférence. Alors, au lieu de se heurter à la

frustration, il semble que ne pas y penser ait été la meilleure option. D'où une certaine logique au fait que l'origine de la plupart des installations ait été d'avoir saisi une opportunité. Il fallait prendre conscience que la chance ne se présenterait peut être pas deux fois. Par ailleurs, la fragilité financière faisait loi. D'une part, travailler était un besoin alimentaire et d'autre part, à quoi sert de rêver quand on n'a pas les moyens.

Finalement le fil conducteur de nos prédécesseurs a été la définition même de l'opportunité. Soit, saisir une « occasion favorable » dans un climat défavorable.

De cette constatation, pourrait émerger une idée ayant un certain impact dans la suite des résultats de ce travail : le fait de ne rien avoir imaginé équivaut-il à moins espérer et donc à être moins déçu d'une évolution ?

4. Une exigence malgré tout : la liberté

Il semble que les générations précédentes de praticiens aient eu peu de souhaits quant à leur exercice. Mais, au fil des entretiens, de nouvelles notions sont apparues et finalement, on comprend que l'homme peut s'adapter et se plier à des exigences variées pour des raisons de survie mais ne peut s'empêcher d'avoir des envies correspondant à son moi profond. Certains projets, certaines envies ont toujours été présents.

- **Le goût du libéral.**
  - *« Comme j'exerce aujourd'hui. En libéral pur » (E11)*
  - *« En libéral. On m'a proposé un poste à l'hôpital mais ça ne m'intéressait pas » (E12)*
  - *« euh…j'avais bien aimé mon stage chez le généraliste et je m'imaginais un peu comme ça. En libéral. Libre » (E16)*

- **Pour certains, le besoin de quitter l'hôpital.**
  - *« Moi, j'ai fait partie de la 1ère promotion avec un internat, donc Médecine générale d'un côté et spécialité de l'autre. Donc après l'internat, je voulais fuir les hôpitaux et m'installer vite » (E9)*

- **Pour d'autres, une préférence initiale pour l'hospitalier et son fonctionnement collégial.**
  - *« Hospitalier, plutôt quelque chose d'hospitalier (…) Mais j'aurais aimé travailler à plusieurs pour un espèce de fonctionnement et raisonnement collégial » (E1)*
  - *« J'aurai bien aimé avoir un poste salarié à l'hôpital mais malheureusement, à l'époque il n'y en avait pas » (E5)*

- **Le refus d'une hiérarchie.**
  - *« Parce que j'ai travaillé toutes mes années d'études dans des petits boulots en parallèle et, j'avais pas envie d'avoir un patron sur le dos » (E11)*
  - *« On m'a proposé un poste à l'hôpital mais ça ne m'intéressait pas (…) Mais je n'avais pas envie de rester à l'hôpital. La structure hospitalière avec la hiérarchie ça me posait problème. Je préfère être libre » (E12)*

Pour la plupart, comme dit précédemment, l'installation correspond au fait d'avoir saisi une opportunité. Là encore, pour la plupart, il n'y avait pas de projet concret imaginé pour un exercice futur. Mais au fil des entretiens, le visage du médecin de cette époque se dessine. Le besoin de liberté notamment. Qui devient parlant par le goût du libéral et le refus d'une hiérarchie. Finalement on comprend que le médecin, malgré de nombreuses acceptations, a ce désir incoercible de gérer sa vie comme il l'entend. Malgré des installations ne correspondant pas forcément à leur caractère global, ce qui aide à tenir c'est la liberté.

Pour entrer dans le détail, on comprend que le cursus médical forge deux types de médecins. Ceux qui apprécient le travail de groupe, le fonctionnement collégial qui est rassurant et qui épaule et ceux qui ne veulent plus de ce partage, qu'on devine parfois inégal, insultant et dictatorial.

Dans la partie précédente nous avions émis l'hypothèse que, en ne s'attendant à rien, la déception est moins grande… Mais cette partie révèle que le médecin a des souhaits, enfouis mais bien présents. Un moment, « la coupe est pleine » et le médecin décide de se rebeller. Notamment pour défendre cette liberté.

5. Parfois, un fil conducteur

Il a été dit dans les parties qui précèdent, que la plupart du temps aucun projet concret n'avait été imaginé mais là encore, en rapport avec ses propres valeurs et son moi profond, certains se sont risqués à avoir ou tenter de suivre une ligne de conduite.

- **Assumer son côté matérialiste : un lieu stratégique, la propriété et l'équipement.**
  - *« J'ai regardé les villes où il y avait pleins de médecins. Là, dans le quartier il n'y en avait pas. Je voulais un truc comme un magasin. J'ai trouvé ce local que j'ai acheté après. Je me suis mis à l'informatique tout de suite » (E2)*

- **Ne pas être seul.**
  - *« Par contre, j'ai jamais conçu de travailler tout seul dans mon coin » (E3)*
  - *« J'avais une vague idée. Déjà… Certainement pas tout seul. Ça c'est clair. En groupe. Moi je ne me voyais pas tout seul » (E15)*

- **La suite des parents un point c'est tout.**
  - *« De toute façon, même dès le départ, je prenais la place de mes parents. Moi j'ai pris la suite des parents donc je ne me suis pas posé la question de l'organisation que je voulais » (E7)*

- **Le choix du rural : entre volonté d'autogestion maximale et médecine de proximité.**
  - *« Comme j'ai dit, je voulais toucher à tout et gérer le plus possible. Donc j'ai commencé en rural » (E9)*
  - *« Comme j'avais beaucoup remplacé en campagne, euh… j'ai replongé. Je pense que je voulais un cabinet de quartier avec une âme comme ça. J'ai fait de la Médecine de famille, de proximité » (E18)*

- **Le choix de rester en ville : la volonté d'une zone dynamique et non isolée.**
    - *« La rural pur non, la ville euh oui. Je viens de Paris donc je suis plutôt de la ville. Mais à la fois, à Paris, la campagne me manquait. Donc je suis venue m'installer à Sophia ce qui correspondait tout à fait à ce que je voulais faire. J'ai plutôt des gens intellectuellement de la ville. J'ai pas de…Ici on a quand même du potentiel de jeunes » (E11)*
    - *« Et, en ville (…) Oui. Tout simplement pour avoir une vie de famille. Voilà. Et pas être corvéable à merci comme peuvent faire certains dans l'arrière pays 7 jours sur 7, 24h sur 24 » (E15)*

Il semblait important de rédiger cette sous partie pour montrer que tout individu est différent avec une attention portée à des paramètres aussi variés que peuvent être les êtres humains. Ceci expliquant probablement encore, un vécu des expériences de vie différent, qu'il s'agisse du versant personnel ou professionnel.

Partie B

Détermination des conditions de travail nécessaires à un exercice serein et pérenne de la Médecine Générale : le versant personnel

D'une manière générale, la vie de tout individu est rythmée par deux grands paramètres. La vie privée/personnelle et la vie professionnelle. Il est entendu qu'avant l'âge adulte il s'agit du cursus scolaire et qu'ensuite, il est question du métier. Les deux étant inévitablement imbriqués avec un équilibre difficile à maintenir et souvent en déséquilibre. Parfois même, un paramètre est favorisé, alors se pose la question de l'impact sur l'autre et de la possibilité d'une priorité.

Dans l'élaboration de notre questionnaire, il a été décidé de poser dans les débuts de l'entretien une question volontairement vague sur les « bonnes conditions de travail ». En effet, nous espérions dès lors faire ressortir les paramètres les plus importants. Alors, dans les suites de l'interview, par des relances plus spécifiques, nous avons orienté les médecins sur des idées mais en gardant le plus d'objectivité possible. Ainsi, nous attendions d'autres paramètres permettant de répondre à notre question de départ.

C'est ainsi que nous nous sommes rendu compte d'une distinction entre les conditions de travail en lien avec des paramètres tirés de l'activité professionnelle et d'autres associés strictement à la vie privée.

Des distinctions cependant :

- l'ordre : certains médecins ont abordé en premier le versant privé, d'autres le versant professionnel ;
- la densité des réponses : certains ont été très loquaces concernant leur vie privée, d'autres ont principalement parlé du versant professionnel.

1. De nouveaux objectifs

Cette partie montre un nouveau visage du médecin et surtout, un objectif jusqu'alors présent mais peut être moins assumé : l'épanouissement personnel. Désormais, en plus d'être un professionnel de santé, le médecin est un homme, un parent, un conjoint et un ami. Il semble qu'avec les années, une prise de conscience sur un projet de vie et les moyens d'y accéder se soit mise en place.

- **Le médecin a désormais le droit et le devoir d'avoir une « vie réelle » en dehors du cabinet.**
    - *« Mais ce n'est plus comme avant. On a une vie. Ou en tout cas il faut tout faire pour avoir une vie après le travail (…) Et puis il faut vraiment autre chose que la Médecine. Avoir des loisirs, des passe-temps (…) C'est une lutte de tous les instants » (E1)*
    - *« Et avoir une vraie vie en dehors du cabinet. Pas que la maison, le boulot. Faire une activité, sortir avec ses amis, sa femme » (E8)*
    - *« Construire autre chose à côté. Avoir son cercle d'amis, sa famille » (E16*)

- **Le médecin ne veut plus mettre sa vie de « père/mère » ou « époux/épouse » entre parenthèses.**
    - *« Il ne faut pas attendre 40 ans pour s'occuper de sa femme et de ses gosses. Ça, je regrette de l'avoir fait trop tard (…) J'ai toujours fait en sorte de me trouver là à 8h le matin, pour emmener les gosses à l'école. Et le soir, le plus tôt possible avant qu'elles s'endorment. Pour leur faire la bise. Je pense que je ne suis pas passé à côté de ma vie de père » (E8)*
    - *« Après je pense qu'il faut faire attention…après ça dépend de tes objectifs…mais je pense qu'il faut faire attention à ta vie de famille » (E15)*
    - *« Moi je vais vous parler en fonction de mon propre vécu…Moi je suis femme et mère avant tout. Donc c'est ça que j'ai en ligne de mire » (E19)*

Après avoir réalisé toutes les étapes du développement personnel et professionnel, l'épanouissement représente le stade ultime ou « accomplissement » de l'être. S'épanouir, c'est profiter de chaque instant que la vie offre. C'est prendre conscience que toutes les épreuves que nous surmontons avec plus ou moins de facilité nous aident à progresser et à évoluer. Pour être épanoui, l'individu va parfois chercher à repousser ses limites, à mettre en œuvre une démarche qui lui permet d'obtenir une certaine satisfaction, une certaine plénitude. Mais pas toujours. Parfois, il suffit de se poser, de prendre conscience de son état, de ses objectifs plutôt que de vouloir changer le contenu de ses pensées, émotions et projets. Il s'agit alors de modifier la relation que l'on entretient avec nos ressentis intérieurs et d'utiliser les ressources ainsi libérées à orienter nos comportements dans le sens de nos valeurs. Il s'agit donc de mener une vie qui a du sens.

Les médecins interrogés ont tous eu initialement une représentation de la Médecine et de son exercice, influencée par divers paramètres, qui est à l'origine de leur choix de carrière. Comme tout individu, ils ont vécu des événements de vie personnels et professionnels qui ont nécessairement modifié leur vision mais aussi leurs objectifs. Alors qu'il semble, qu'on admette que « le jeune » ait le droit et la possibilité de rêver. Rêver à un métier parfait, à des conditions idylliques. On comprend que la maturité entraine une prise de conscience de la réalité et une réflexion sur les objectifs et les moyens à disposition. Alors, tout est affaire de priorité. Il ne s'agit pas de dire que le médecin devient fataliste, morose et résigné mais qu'il fait un travail sur lui même cherchant à définir un plan de vie.

Ainsi dans ce paragraphe, une nouvelle facette du médecin généraliste est mise en évidence : une volonté d'être comme les autres. Avant, il semblait que le médecin généraliste était « seulement » et exclusivement médecin. Désormais, en plus d'une envie de réalisation professionnelle, il y a un vrai effort de réalisation d'un projet de vie personnel. Il ne veut plus réduire sa vie à celle du cabinet. Il veut une vie « réelle » quand les portes sont fermées. On retrouve notamment la volonté d'être un « bon époux » ou une « bonne épouse ». Etre « un papa » ou « une maman ». On comprend désormais que les médecins font plus attention à fonder une famille et à maintenir un équilibre dans cette cellule familiale. Pour ce faire, l'enjeu réside dans la capacité d'organisation, pour une potentialisation de tous les instants. Des journées de travail surchargées, pour des journées de repos sereines. Une adaptation des horaires pour s'occuper des enfants, des journées "OFF" et des vacances calquées sur les vacances scolaires par exemple.

2. Vie privée et professionnelle : entre dépendance et opposition

Il est de notoriété publique que la plupart des individus passent autant de temps, voir plus, sur leur lieu de travail qu'à leur domicile. On comprend donc aisément que les deux aient une relation si particulière, entre dépendance, partage et conflit.

Mais l'enjeu aujourd'hui, semble être d'avoir la capacité de réfléchir à cette relation et de trouver la position qui nous convient le mieux pour préserver le goût, la passion de l'un et l'autre.

- **Le médecin est désormais plus vigilant à l'enchevêtrement entre vie personnelle/familiale et vie professionnelle. Pour certains, la famille est prioritaire, pour d'autres il y a un équilibre parfait « indispensable ».**
    - *« Maintenant il n'y a pas de priorité entre travail et vie personnelle. Il faut être sur les deux fronts. On gère les deux comme on peut » (E12)*
    - *« Je crois que l'important c'est de se fixer des règles de conduite, des objectifs professionnels et personnels. Et qu'il n'y ait pas d'inégalité entre les deux parce que pour moi c'est un vase communiquant. Si on sacrifie l'un pour l'autre. Ca va pas (…) Après, je pense que les deux sont sur le même plan. Les deux sont importants » (E16)*
    - *« ça a toujours été le perso avant le pro. J'ai aucun regret. J'ai fait des choix. C'était ma famille avant tout. Et une adaptation de mon exercice par rapport… pour respecter ce que j'étais » (E19)*

- **Les médecins sont plus vigilants à une séparation entre temps de travail et temps de vie privée pour une optimisation du vécu : travail productif et vie de famille épanouie.**
    - *« Je travaille beaucoup les 4 premiers jours. Je préfère travailler beaucoup ces jours là et être tranquille les 3 jours après. Ça me permet de continuer de prendre plaisir à faire ce métier (…) Je ne veux pas travailler une après midi par ci, par là et pas l'autre. Non. Sinon, le téléphone sonne n'importe quand. Tu passes quand même voir un patient. Tu va avoir passé un coup de fil, tu attends un résultat. Au final, ta journée tu la bosses » (E15)*
    - *« J'ai réussi si vous voulez maintenant lorsque je sors du cabinet, je pose mon stéthoscope, je pose mon téléphone et basta. Je peux répondre à des petites choses mais pas plus. Il y a vraiment une séparation » (E13)*
    - *« Moi je dis que la qualité du contact avec les enfants est plus importante que la quantité » (E5)*

Faut-il vivre pour travailler ou travailler pour vivre ? Poser ces deux équations de manière si contradictoire peut paraître, à priori, simpliste, voire même…ridicule. Et pourtant, nombreux sont celles et ceux qui, un jour ou l'autre, abordent ces questions comme un dilemme, souvent lors d'un moment de crise, personnelle « existentielle » et/ou professionnelle. On se rend compte que la vie actuelle est partagée entre le temps passé au travail et le temps passé chez soi. Et le juste milieu semble être un vrai challenge. L'exploit réside dans la capacité de prendre conscience que les deux sont enchevêtrés. Alors, deux courants s'affrontent souvent. Un premier considère qu'en aménageant sa vie professionnelle pour ménager sa vie de famille, le risque est de mettre sa carrière entre parenthèse. L'autre, qu'à être trop ambitieux et carriériste, l'entourage est lésé. Au bout du compte, avec l'une ou l'autre des attitudes, il y a une souffrance et une insatisfaction car une partie de soi est frustrée. Alors quelle solution ? On comprend dès lors, que celle-ci n'est pas innée et se met en place au fil du temps, parallèlement aux différents événements de vie vécus. Positifs ou négatifs.

Ainsi, d'après les entretiens menés, il s'agit donc de réfléchir à un plan de vie professionnel et personnel, d'objectiver les limites de chacun et d'adapter pour que les deux se soutiennent et s'imbriquent. Pour autant, il ne s'agit pas de les mélanger. C'est une nouvelle notion qui est défendue. Les médecins luttent désormais contre la gestion de problèmes privés sur leur lieu de travail et, de problématiques professionnelles quand ils sont hors du cabinet. Alors, ils se satisfont de savoir profiter et apprécier pleinement chaque instant limité à l'une ou l'autre de leurs deux activités.

Concernant la question de priorité, spontanément une partie semble attachée au fait d'assumer et privilégier sa vie de famille. L'autre déclare qu'il n'y en a pas une qui prend le dessus tout simplement sur cette image souvent donnée du « vase communiquant ». Quand l'un est délaissé, il va mal et tire l'autre vers le bas…

3. Une question de disponibilité et d'investissement physique et psychique

Comme abordé précédemment, le médecin, en plus de son rôle de soignant et des fonctions qu'il remplit au sein de son cabinet médical, a des objectifs en termes de vie privée. Pour ce faire, il doit nécessairement limiter sa présence d'un côté et de l'autre. Alors, on aborde les notions de disponibilité et d'investissement ainsi que leurs deux versants : physique et psychique. Désormais le médecin fixe des limites dans le temps, l'espace et psychologiquement. Il se protège tout simplement.

- **Le médecin limite désormais son investissement « psychologique » en dehors de la consultation.**
    - *« Du coup, voyez ce que m'a dit mon associée… Ce patient, il a une néphrectomie, il est à Nice. Et c'est vrai que je n'ai pas appelé. Et, ce fait d'appeler en permanence moi, je ne fais pas ça. Je ne veux pas me surcharger la cervelle avec tout ça » (E13)*
    - *« Des fois s'investir c'est très bien mais des fois mettre des freins, des protections à tout ça il faut. Parce que sinon tu es au boulot tout le temps et après tu penses à ci, à ça. Donc faut savoir se vider la tête aussi» (E15)*

- **Le médecin a de plus en plus une idée claire de sa disponibilité et fixe des limites.**
    - *« On est pas à la disposition des autres. Après, c'est à nous de fixer les points importants » (E1)*
    - *« Les gens ont mon numéro de portable. Quand c'est les horaires que je juge ouvrables, je réponds sinon non. J'ai une vie à côté. Je pense que maintenant je me préserve » (E7)*
    - *« Donc ça m'est arrivé de voir des gens dans la salle d'attente qui n'avaient pas de rendez-vous et de leur dire « non, non je ne peux pas vous recevoir » (…) Faites attention, je vous donne mon numéro de téléphone mais 1 vous ne le communiquez pas et 2, si vous avez besoin de me joindre pour quelqu'un d'autre c'est vous qui appelez. Et comme ça je vois le numéro, vous m'expliquez mais c'est votre responsabilité. Je préviens que j'ai mauvais caractère et que si ça ne me plait pas je le fais savoir. Tu es disponible mais avec des limites » (E18)*

- **Les médecins ressentent la nécessité de prendre du recul en rapport avec les dangers de l'empathie et de l'accès à l'intimité des patients.**
    - *« Ils vont avoir tendance à déposer sur toi cette souffrance. Alors je l'accepte volontiers lors de la consultation. Mais j'ai la particularité de complètement oublier ce qu'on m'a dit pendant la consultation 12 secondes après. J'efface. Je suis présent pendant mais après j'efface » (E3)*
    - *« C'est un avantage aussi du médecin généraliste, c'est que tu pénètres dans l'intimité des gens. D'ailleurs il faut éviter la réciprocité. Ne soit jamais intime avec un patient. Tu perds un ami, tu perds ton patient et ta crédibilité » (E8)*
    - *« Il faut faire attention à ne pas se faire bouffer, parce que c'est une profession où tu peux te faire bouffer facilement. Et prendre du recul. Mine de rien tu vas gérer le patient qui a une angine jusqu'à celle que j'ai vu tout à l'heure et, qui a un cancer du pancréas. Qui est à domicile. Avec la famille qui voit qu'elle va mourir…donc toi tu vas gérer et je pense qu'il faut prendre du recul par rapport à … et ne pas prendre tout sur toi » (E15)*

S'investir dans son travail : entre plaisir et souffrance. Il s'agit là d'une notion ancienne qui tend à pencher désormais de plus en plus du côté du plaisir. En effet, les médecins commencent à adapter leurs comportements pour limiter un maximum cette « souffrance ».

Désormais, il semble admis qu'au cabinet et aux heures ouvrables, les médecins aient une disponibilité « sans limite », en tout cas dans la mesure du possible. Alors qu'en dehors de ces créneaux, globalement tous sont d'accord pour dire que ce n'est plus pour eux. Qu'il s'agit soit d'une urgence concernant les réseaux adaptés, soit d'une demande qui peut attendre l'ouverture du cabinet. Mais, il y a toujours des « indulgents ». C'est à ce moment là que spontanément la question du numéro de portable personnel a été abordée. Certaines patientèles ont le sacro-saint « 06 ». Deux raisons à cela : cela permet de gérer des petites choses qui n'engorgeront pas le cabinet le lendemain ; les patients n'appellent que si c'est justifié car ils sont éduqués…

Finalement les médecins ont un besoin d'indépendance mais, sont partagés entre la volonté de se préserver et mettre des distances et, le souci de la continuité de soins pour leurs protégés.

Parallèlement, à cette présence physique, il y a l'investissement psychique. Le médecin a accès à l'intimité des gens et porte leur souffrance. Et, il prend de plus en plus la « place du curé », favorable à la confession et au besoin de soutien. Une grande partie de l'exercice actuel semble donc reposer sur une écoute, une présence, une compassion, plus que sur des prescriptions médicamenteuses. Alors il y a une relation très proche, presque fusionnelle. Mais le médecin peut lui aussi avoir des souffrances, un mal être et le risque de cette relation est de projeter cela sur le patient. Il a donc appris à contrôler ses émotions. On perçoit un effort réel d'abstraction de soi en consultation et des autres hors du cabinet pour ne pas être « pollué » dans sa vie personnelle et professionnelle. Bien souvent, on comprend que c'est une modification qui s'est opérée avec les années dans les suites d'expériences difficiles. Notamment les issues fatales de prise en charge.

La tendance est donc à assumer de ne plus penser aux patients une fois chez soi. A noter cependant, qu'à chaque fois que cette notion a été abordée, les médecins se sont sentis obligés, dans les suites quasiment immédiatement et spontanément, de se justifier. Ce n'est en aucun cas un abandon de leurs patients et ils ne sont pas pour autant de mauvais médecins.

4. Rester fidèle à ses principes

En ayant interrogé les médecins sur les raisons de leur choix de carrière, la profession de leurs parents ou celle de la fratrie, on perçoit une certaine logique dans les réponses obtenues ensuite. Finalement, malgré la mission d'accomplir un projet de vie personnel et professionnel passionnant et le meilleur possible, les médecins s'attachent à rester fidèles à leurs valeurs. Ceci participant à l'épanouissement global.

- **Le médecin est un professionnel de santé mais un homme avant tout avec une éducation et des principes auxquels il est attaché.**
    - *« Maintenant c'est sûr avoir une secrétaire j'aurai préféré…mais, à ce moment là il aurait fallu que je travaille plus pour pouvoir la payer mais je n'avais pas envie (…) Je veux autre chose à côté du cabinet et que ce soit bien (…)« Nos parents ne vivaient que pour leur profession. Nous, nous adaptons pour faire autre chose » (E10)*
    - *« C'est pas être un grand chirurgien renommé qui va parler à la radio, qui va se faire voir, qui compte…mais au bout du compte ce qui reste de nous dans tout ça c'est notre personne humaine (…) parce que quand on avance, on va plus vers l'essentiel et on se rend compte que c'est pas gagner le plus d'argent » (E19)*
    - *« C'est peut être mon éducation…Pour moi, rendre service c'est un plaisir et un devoir » (E20)*

Dés le plus jeune âge, chacun reçoit une éducation. En grandissant, certains principes restent intacts et d'autres s'adaptent, allant parfois même jusqu'à disparaître. Ce, à partir d'expériences de vie personnelles, scolaires et professionnelles. Mais dans le fond, l'individu garde un mode de fonctionnement semblable à celui de sa jeunesse et trace son chemin selon une ligne de conduite bien définie. Parfois il est évident qu'il est tenté de digresser, mais on ressent un attachement fort à revenir aux fondamentaux. Le but étant de préserver une identité. Point qui tient particulièrement à cœur aux médecins généralistes en souvenir de problèmes identitaires anciens à risque de recrudescence et d'un statut actuel branlant du fait d'une évolution « particulière » du système de santé.

Partie C

Le versant professionnel : conditions de travail liées à l'outil de travail

1. Le côté matérialiste du médecin : un cabinet confortable et fonctionnel

L'outil de travail semble être un prolongement de soi même. Il est donc légitime de penser qu'il puisse et doivent être personnalisé et même, optimisé. Ce, dans le but de performer dans sa fonction, en étant « bien » à son poste. Il est important d'insister sur le fait qu'il doit convenir à celui qui s'en sert directement, le médecin, et à celui à qui il sert indirectement, le patient.

- **Le médecin doit s'approprier son outil de travail.**
  - *« Si on est très matérialiste et primaire. Il y a le côté matériel, confort, c'est sûr. Il faut arriver dans un cabinet qu'on a aménagé et qui nous plait. On doit se sentir à l'aise. En tout cas pour travailler parce qu'on y passe plus de temps qu'à la maison » (E1)*
  - *« Au début tu te dis que le bureau est moche et sent le moisis. C'est pas grave, tu es installé. Mais quand tu y passes plus de temps que chez toi, tu ramènes une plante et ton mugg préféré. Tu t'appropries les lieux. C'est important aussi » (E4)*
  - *« Déjà avoir un cabinet où on se sent bien. Je crois que c'est comme une résidence secondaire » (E16)*

- **Les choix concernant le cabinet médical doivent satisfaire autant les médecins que les patients.**
  - *« Egoïstement… ne pas être trop loin de la maison, de l'école des enfants » (E4)*
  - *« Euh…quand je dis confortable (…) c'est avoir un espace propre, accueillant suffisant. Un cadre de travail confortable et fonctionnel. Accueillant. Moi les patients, je viens de changer pour un cabinet, financé par la mairie. Ils ont tout repeint. C'est accueillant, c'est spacieux. Les patients me le disent et ils sont contents. Alors qu'ils étaient tristounes dans le cabinet où j'étais auparavant » (E18)*
  - *« J'ai un espace bien organisé. Notamment plusieurs pièces (…) Bon il y a un côté médical où j'ai vu le patient. Une salle où je fais la radio (…) Je le passe dans une autre où on fait l'anneau. Puis il revient au comptoir pour les ordo (…) Après j'ai un autre bureau pour les consults purement médicales. Et il y a le côté patient, bien séparé. Ca permet d'enlever une certaine pression » (E20)*

Quand on parle d'une profession, il est souvent question de l'activité précise et de ses missions. Alors, pour être performant, on s'intéresse généralement, après la formation, aux conditions matérielles concernées. Quels instruments pour nous aider ?

Concernant, la Médecine générale, l'une des clés correspond au cabinet médical. Ce matérialisme peut sembler déplacé pour un métier fondé sur le social mais, pour performer, actuellement il semble absolument nécessaire d'optimiser ce paramètre.

Plusieurs notions ont été mises en évidence. D'abord celle de l'appropriation. D'une part, dans le sens de la « personnalisation ». Le lieu de travail est un reflet du médecin qui doit être fidèle et ainsi assumé. Ensuite, il y a le sens de « la propriété ». Du fait des pressions financières actuelles, notions abordées dans les suites, l'un des conforts est celui d'être propriétaire du lieu

d'exercice permettant une pratique « libre ». Ensuite sur l'aménagement. Force est de constater, que le « bureau » pourrait être assimilé à une « résidence secondaire ». D'où la nécessité de personnalisation, d'objets pour se ressourcer notamment. Le lieu doit convenir aux patients également. Les mettre à l'aise et en confiance. De cette atmosphère dépend la pérennité d'une patientèle, la relation médecin-malade et donc la qualité d'une prise en charge et des conditions de travail.

Il est donc évident qu'un outil est performant quand il est réglé pour l'utilisateur, que ce dernier sait parfaitement s'en servir et qu'il est adapté à répondre à une demande.

Plusieurs médecins ont cependant admis avoir négligé, à tort, ce paramètre initialement et s'être rendu compte du retentissement sur leur bien être et celui des patients et sur leur productivité un peu tardivement. Le changement semble alors plus difficile à mettre en place.

2. Adapter son activité à ses préférences et à la demande

La plupart des médecins interrogés se sont installés dans un climat hostile de concurrence où réflexions personnelles et préférences n'avaient pas leur place. Avec les années, ils ont pris conscience de ce qu'était leur exercice et de ce qu'ils voudraient qu'il soit. Alors, pour la plupart, des changements ont été initiés. Sur la zone d'activité, le regroupement, la spécificité de consultations, la réalisation d'actes. Mais une idée est claire, à l'heure d'aujourd'hui ces choix doivent être réfléchis, faits dès le départ et fondés sur les préférences des praticiens puis adaptés à la demande.

- **Le choix de la zone d'activité (rurale, urbaine) doit être une vraie décision basée sur les préférences et sur le besoin en santé. Ce, dès l'installation.**

  (La zone)

  - *« Le rural pur non, la ville euh oui. Je viens de Paris donc je suis plutôt de la ville. Mais à la fois, à Paris, la campagne me manquait (…) Ici on a quand même du potentiel de jeunes. J'ai pas beaucoup de vieux. Non pas que les vieux sont pas gentils. Mais il y a une bonne dynamique » (E11)*
  - *(choix de la ville) « Tout simplement pour avoir une vie de famille. Voilà. Et pas être corvéable à merci comme peuvent faire certains dans l'arrière pays 7 jours sur 7, 24h sur 24 » (E15)*
  - *« J'ai préféré le rural (…) Mais, oui j'ai choisi la Médecine rurale parce que c'est une Médecine plutôt variée. Je faisais de tout » (E17)*

  (La demande)

  - *« Tu dois travailler à ton image le plus possible sinon ce boulot te bouffe (…) Le lieu. Il faut être stratégique. Stratégique financièrement pour avoir du monde, médicalement pour être utile dans une zone dépourvue et égoïstement… ne pas être trop loin de la maison, de l'école des enfants » (E4)*
  - *« Et c'est lui qui, habitant à côté m'a dit « Géographiquement il y a un trou entre Mouans-Sartoux… » une ville déjà importante où j'avais fait des remplacements « et la plaine de la Siagne, Pégomas, la Roquette en bas » » (E13)*
  - *« J'ai dit, voilà une zone, a priori, en risque de privation de ressources de santé, il faut que les gens puissent s'organiser seuls. Il fallait faire développer une culture de santé » (E18)*

- **Depuis toujours, un avis partagé entre le besoin de s'isoler pour travailler et celui d'être en groupe.**
    - *« Et donc, je ne voulais surtout pas être en association. J'ai un caractère insupportable. Je veux pouvoir faire ce que j'ai envie. Travailler comme j'ai envie » (E2)*
    - *« Par contre, j'ai jamais conçu de travailler tout seul dans mon coin » (E3)*
    - *« Quand je suis arrivé au début, mon but c'était de créer un centre, un truc comme ça. Se regrouper » (E17)*

- **Les médecins recherchent une collégialité et un partage d'expérience par le travail en groupe, les formations entre confrères et la maitrise de stage, mais ils sont de plus en plus limités par le manque de temps et les charges administratives.**
    - *« Je vais aux réunions entre médecins parce que c'est toujours intéressant d'entendre parler des spécialistes (…) Mais c'est du temps qu'on prend sur notre temps libre, ça c'est contraignant et dommage. Je pense qu'on fait moins du coup… et puis j'ai mes internes maintenant » (E7)*
    - *« Bin je vais en réunion, je vais à des congrès de géronto. La presse médicale un petit peu. Mais on manque de temps. Il y a un moment on va pas passer notre temps qu'à ça. Déjà toute la semaine » (E12)*

      (*à propos de la maitrise de stage*)
    - *« Moi je pense que c'est vraiment important parce que justement j'ai l'impression de rattraper, modestement, mais un petit peu quand même tout ce que vous avez pas pu avoir à l'hôpital. Et ce qu'on apprend pas en fac » (E6)*
    - *« Je trouve que c'est sympa de donner nos connaissances. Parce qu'il y a pleins de petits trucs que j'ai appris en Médecine générale. En cherchant ou en pratiquant. Et je trouve que c'est des questionnements que j'avais en commençant et personne n'était là pour y répondre. Puis ça permet d'aborder le côté organisationnel. Pas de mettre en garde mais de pousser à la réflexion. Je suis pas là pour dire « faites ci et comme ça ». C'est presque un exutoire. Puis c'est un peu flatteur. On sert à quelqu'un. Ca ça fait partie de bonnes conditions pour travailler. L'échange. Et puis ça aussi ça me forme. A mon sens » (E11)*
    - *« Non, je n'ai pas envie. Je ne veux pas me mettre des contraintes en plus. On fait déjà 12h par jour. Je ne vais pas m'en sortir. Ce n'est pas gérable. En termes de contraintes, je suis au taquet là. Je ne peux pas faire plus » (E12)*
    - *« Peut être le côté enseignement… un peu tout. Aussi, narcissiquement. Le fait d'avoir quelqu'un aussi. On est pas tout seul. On discute. C'est bien aussi. Sans que ce soit un associé où il y a des discussions de gestion, qui polluent un peu la relation. Et puis, je pense que ça améliore la pratique d'avoir quelqu'un avec soi. Ça pousse un peu à la performance. On veut faire bien et montrer l'exemple. Et je ne trouve pas que ça me prenne plus de temps » (E16)*

- **Avec les années, le médecin adapte son exercice en termes de spécificité de consultations et de réalisation d'actes, à ses préférences et à la demande de sa patientèle.**
    - *« Je fais encore pas mal de gynéco et de pédiatrie et j'insiste sur la prévention. Ça c'est mon truc » (E5)*

- *« Après en termes de moyens, en Médecine Générale, je pense qu'il faut revendiquer et avoir des actes techniques. Donc il faut avoir un minimum de matériel pour pouvoir faire des actes techniques. Bien sûr, utiles à la population » (E6)*
- *« Je fais pas mal de pédiatrie mais pas d'acte de spécialité parce que c'est une population qui a l'habitude d'avoir un suivi spécialisé en ville. Comme le côté gynéco par exemple. Et de toute façon ça ne leur viendra pas à l'idée de demander si je fais le frottis » (E9)*

- **Certains pensent qu'il faut désormais diversifier son activité.**
  - *« Mais on va jusqu'où ? Et je pense que malgré tout l'évolution des technologies et des thérapeutiques, fait qu'on va avoir des thérapeutiques de plus en plus réservées à une chose ou une autre. Alors je pense qu'il faut faire autre chose (…) Tout en conservant mes connaissances médicales, pouvoir faire un petit peu autre chose. Moi ce qui m'a intéressé en gériatrie c'est, que faire pour les gens pour lesquels les organiciens ne peuvent plus rien faire ? Des fois on tombe sur des problèmes à la con » (E13)*
  - *« D'ailleurs pour faire un peu autre chose, j'ai pensé au salariat. Un temps j'ai fait médecin coordonnateur dans une maison de retraite. Mais là encore, on peut tomber sur une maison et un directeur super ou un con de patron » (E14)*

Les médecins généralistes ont toujours été des "performers", soucieux de maitriser le plus de savoirs possible et de les réaliser avec brio. Mais actuellement, on a le sentiment d'une prise de conscience, d'une certaine honnêteté avec ambivalence entre exigences personnelles et besoins de santé, envies et limites de capacités.

Sur la zone d'installation, au bonheur des politiques, certains médecins choisissent des zones en demande de soins ayant conscience de toute la difficulté d'exercer dans ces conditions. En parallèle, alors qu'avant, il n'était pas admis d'avoir des prérequis du genre, actuellement ceux s'installant en ville assument complètement ce choix de refuser les contraintes de zones pauvres en ressources de santé.

Toujours sur cette notion d'exercice isolé ou pas, l'envie de travailler en groupe devient plus attirante. Pour autant, la limite n'est pas toujours franchie du fait que le médecin conserve un esprit de réflexion assez solitaire. Malgré un gout pour le partage d'expérience ou de savoir, il apprécie encore plus la tranquillité du quotidien. On a l'impression que l'échange garde tout son attrait alors qu'il est optionnel et occasionnel. Mais c'est une tendance à garder à l'œil.

Actuellement les médecins ont donc une idée précise de la médecine qu'ils veulent pratiquer. Nous avons parlé du lieu, de la possibilité de regroupement. Il y a également la notion de consultations spécifiques telle que la gynécologie ou la pédiatrie. Ou encore la réalisation des « gestes ». La tendance est donc à choisir se qu'on préfère et donc ce qu'on maitrise et ensuite discuter éventuellement d'adaptation en fonction de la demande.

Ce raisonnement tient au fait que l'objectif du médecin est d'être performant. Or ceci n'est possible que dans de bonnes conditions, pour des missions auxquelles on adhère complètement.

3. Un temps de réflexion sur l'organisation de travail indispensable

Une fois qu'on a l'outil, il faut nécessairement lire la notice d'utilisation, l'adapter à soi et apprendre à s'en servir pour l'optimiser. Il en est de même pour un cabinet médical. On prend donc conscience de toute l'importance du côté organisationnel, pour un travail efficace et plaisant, passant par la réflexion sur la présence ou non d'un secrétariat, le mode de consultation ou encore la performance de l'informatique.

Alors que les médecins interrogés semblent tous avoir maitrisé avec le temps l'ensemble de ces paramètres et les avoir adaptés à leur image, on sent que les pressions financières ont joué un rôle non négligeable, voire même une pression limitant cette liberté.

Enfin, dans cette sous-partie, en lien avec la fonctionnalité du cabinet, a été abordé le vécu des obligations administratives, qui divisent encore. Entre surcharge, facilitation par l'informatique ou sentiment d'abus depuis cette même informatisation.

3.1. Secrétariat : entre nécessité, refus et coût

- **Le secrétariat, quelles que soient ses modalités (physique ou à distance) comporte des avantages en lien avec l'évolution du métier et le mode de fonctionnement du médecin.**
    - *« J'ai un secrétariat à distance donc pas de négociation de salaire, de congés et tout ça » (E9)*
    - *« Maintenant c'est sûr avoir une secrétaire j'aurais préféré, ça m'aurait déchargé, de tous les appels, du côté administratif » (E10)*
    - *« Donc, nous on fonctionne avec deux secrétaires qui font à elles deux un temps plein. Elles sont sur place (…) Donc prendre les rendez vous, on a pas que ça à faire pendant une consultation et si ça ne correspond pas, c'est elles qui expliquent qu'ils peuvent venir sans rendez-vous. On a pas à écouter, justifier de ne pas recevoir tout de suite ou quoi. C'est comme une petite barrière de protection » (E14)*

- **Pour d'autres, malgré tout, le secrétariat comporte plutôt des inconvénients et n'a jamais été souhaité.**
    - *« Quand c'est juste pour prendre un rendez la secrétaire ce serait bien mais, c'est jamais que pour ça. Et au moins, on juge d'un certain degré d'urgence ou de la durée de consultation (…) Jamais de la vie je ne fonctionnerai avec un secrétariat. Le portable. Depuis le début. Les gens ont l'habitude de m'avoir au téléphone. Ils ont l'habitude de pas m'emmerder la nuit » (E2)*
    - *« Toujours pas de secrétariat. Les gens ils veulent parler au médecin et c'est moi qui gère les délais de rendez vous et de toute façon un médecin tu dois pouvoir le voir le jour même ou le lendemain » (E7)*

3.2. Planning : entre volonté d'organisation et accessibilité

- **Pour certains, au fil des années, le choix de travailler sur rendez vous a paru indispensable. Ce, en vue d'une organisation et d'une répartition de la charge de travail.**
    - *« On était sans rendez vous. Et, c'était compliqué parce qu'il y avait des grandes plages horaires où il n'y avait personne. Et le soir, on finissait à des heures pas possibles » (E6)*
    - *« Après, sur rendez vous ça permet pas de prévoir la journée, mais c'est un confort de travail » (E13)*
    - *« Il y a des gens qui ne veulent pas côtoyer d'autres personnes. Ils ne veulent pas se mélanger. Ils n'aiment pas ce bain de foule. Il faut voir certaines salles d'attente. Moi, ma salle d'attente est un peu exigüe. Donc avec 5 personnes je fais salle comble et donc il faut réguler » (E17)*

- **Pour d'autres, des plages de consultations sans rendez vous seront toujours nécessaires pour maintenir une accessibilité aux soins ou par obligation notamment en l'absence de secrétariat.**
    - *« Depuis toujours, le matin ça a été sur rendez vous et l'après midi libre. J'ai toujours voulu un peu de rendez vous le matin pour me laisser un peu un libre choix » (E8)*
    - *« Parce que je ne peux pas me payer de secrétaire et je ne peux pas me permettre, déjà que je dois recevoir je ne sais pas combien d'appels téléphoniques par jour, si en plus ils m'appellent pour me dire, pour prendre rendez-vous et me décommander ou décaler (...) Je suis secrétaire effectivement (…)Ils savent que n'importe quel jour de la semaine ils peuvent venir » (E10)*

- **D'une façon générale, les médecins ne font plus ou font moins d'astreintes de weekend ou de nuit, mais ils restent soucieux de garantir une continuité de prise en charge.**
    - *« Et donc, ils savent que maintenant je ne travaille plus le samedi matin. Avant je travaillais le samedi matin en horaires libres. Maintenant c'est la semaine, le matin sans rendez-vous, l'après-midi sur rendez-vous » (E2)*
    - *« On a toujours fait les samedi. A l'époque toutes les deux on s'arrangeait un samedi sur deux à se libérer. Maintenant, ça fait peut être deux ans, maintenant que notre nouvelle collaboratrice S est là, que je ne fais plus de samedi. Sinon il y a toujours quelqu'un » (E6)*
    - *« Le samedi matin c'est des remplaçants. Au départ, on tournait puis après on s'est dit « tiens si on mettait quelqu'un le samedi matin ce serait pas mal ». Pour être libre et profiter un peu plus des weekends » (E15)*

- **Les médecins semblent de plus en plus soucieux de trouver des solutions pour gérer au mieux « les demandes urgentes » sans mettre en péril leur planning de consultations.**
    - *« Pour travailler dans de bonnes conditions, il faut une organisation. La gestion des urgences. Une fois qu'on a trouvé une solution. Une fois qu'on a cadré les urgences dans un planning et que les gens comprennent et viennent, euh… c'est un point pour nous » (E11)*

- *« C'est vrai qu'au bout d'un moment nos consultations sont pleines en permanence mais nos créneaux d'urgence restent libres. Et donc ces créneaux d'urgences qui ne sont donnés qu'à partir du jour même se remplissent au fil de la journée. C'est sûr on peut être amené à rajouter. Mais d'une manière générale, ça réparti le travail » (E13)*
- *« Pour un exercice serein. C'est une équipe minimum. C'est à dire, il faut pouvoir gérer, il faut que les appels puissent être bien gérés » (E18)*

- **Le sujet des visites divise : entre refus, régulation stricte, manque de moyens et déception d'un risque de disparition.**
  - *« On fait beaucoup moins de visites qu'autrefois. Parce qu'on ne fait plus que des visites justifiées » (E4)*
  - *« D'ailleurs je pense que il faut maintenir le principe de visite à domicile. Mes confrères en font de moins en moins. Et d'une manière générale les jeunes ne veulent pas en faire. Je trouve ça dommage. Je pense d'ailleurs que c'est bien pour notre travail. Ca fait sortir du train-train du cabinet. Là, on gère comme on veut ses visites. Et pour ça, c'est intéressant de voir le cadre de vie des patients. Là on est dans la globalité » (E7)*
  - *« Donc, j'ai fait des visites par obligation, pécuniaires en fait, et puis après j'ai glissé petit à petit vers de la consult. Je trouve que les visites. Il y a une perte de temps, le fait qu'on soit mal installé chez les gens. On est mal installé nous même. Euh… on a pas le même impact au cabinet en tant que professionnel de santé (…) chez le particulier, on est obligé de s'adapter à l'environnement autant qu'aux gens et donc il y a deux paramètres à prendre en compte » (E19)*

- **Le planning (horaires et vacances) semble avoir changé avec le vieillissement, les événements de vie (maladie d'un proche) et la dynamique familiale (parentalité).**
  - *« ça a forcément changé avec l'intégration familiale » (E4)*
  - *« Moi aussi j'ai vieilli, j'ai eu des enfants. J'ai une épouse. Donc il y a un moment c'est inévitable. Il faut lever le pied pour réussir à gérer travail et famille. Et alors, il faut une super organisation » (E8)*
  - *« Je voulais avoir deux après midi dans la semaine autre que le mercredi, pour les enfants, pour pouvoir aller les chercher et les amener où ils voulaient. Parce que là ils avaient des activités à droite à gauche. Alors que le mercredi, ils étaient occupés à un endroit (…) Je faisais les samedis jusqu'à il y a 3 ans. Mais j'ai arrêté. Parce que mon mari a eu un cancer et il avait besoin de moi les weekends pour les chimio » (E10)*

3.3. Informatique : de la peur de l'inconnu à la reconnaissance d'une certaine efficacité

- **Les médecins semblent trouver l'informatique complexe mais non sans certains avantages. Pour ce faire, ils semblent valider la nécessité de prendre du temps pour une formation initiale et continue en vue d'optimiser leur travail.**
  - *« Après comme j'ai dit, il faut optimiser. Se mettre à l'informatique du départ avec un bon logiciel pour gérer le plus de choses par connexion » (E2)*
  - *« Après il y a l'administratif. Il faut s'équiper c'est sûr et il faut bien se former dès l'installation. Pour limiter les emmerdes parce que là, l'administration façon Touraine, c'est de la merde en branche » (E11)*

- *« Utiliser les outils AMELI. Donc il faut se former dès le départ. Moi je trouve que leur site fonctionne plutôt pas mal » (E16)*

(*avantages*)

- *« Il y a un peu plus d'administratif qu'avant mais c'est tout par informatique donc en trois clics ça va (…) J'ai voulu être moderne. Ca facilite la vie. Déjà la carte vitale… Le nouveau patient arrive, Il y a déjà tout. Enfin toutes les données administratives. Au niveau état civil. Les droits, on peut les vérifier. On a quand même pas mal de facilités. Notamment les protocoles de soins, les demandes de 100%. Avant il fallait faire les papiers et attendre des fois 2 mois. Et pourtant, on demandait pas des trucs…Maintenant 3 jours après on reçoit l'accord » (E2)*
- *« …c'est génial pour pas mal de choses. Surtout pour la surveillance. J'ai eu l'ordinateur en 96 ou 97, quelque chose comme ça. Je me suis rendue compte que j'avais une patiente hypertendue sous diurétiques, cela faisait 10 ans qu'elle n'avait pas eu de bilan. Je la marquais régulièrement, elle me la ramenait jamais et puis j'oubliais que je ne l'avais pas vu. Avec l'ordinateur ça permet de voir tout de suite. Aussi pour la mammographie et l'hémocult. C'est vite vu. Si ça a été fait ou pas » (E5)*
- *« Moi très franchement je trouve que maintenant qu'on fait par informatique c'est beaucoup plus rapide. Je renouvelle les ALD ou quoi au cours d'une consultation. C'est très rare que je le fasse en dehors. Je préfère perdre quelques minutes et le faire tout de suite » (E13)*

3.4. Le poids des charges financières

- **Les choix organisationnels du médecin sont de plus en plus dictés par la lourdeur des charges financières et non les préférences.**
  - *(à propos d'une secrétaire) « A ce moment là, il aurait fallu que je travaille plus pour pouvoir la payer et j'avais pas envie. Donc il fallait faire un choix. Ah c'est sûr l'idéal ce serait que je puisse avoir une secrétaire ici » (E10)*
  - *« Après je me suis installé seul, et je me suis associé dans un deuxième temps. Déjà pour alléger les charges, essentiellement d'ailleurs. Et puis c'est plus agréable de travailler à deux. Partager sur les patients. Ouais… Un peu mais, c'est surtout pour alléger les charges (…) On a pas de secrétariat téléphonique, tout simplement pour réduire les charges au maximum. Faut choisir. Donc c'est sûr c'est chiant, il y a tout le temps le téléphone pendant la consult mais ça coûte moins cher » (E12)*
  - *« Alors, j'ai pris un secrétariat téléphonique. Parce que j'avais pas les moyens de me payer une secrétaire à plein temps au cabinet. Et puis je voulais prendre sur rendez-vous » (E16)*

3.5. La lourdeur administrative : un point qui partage les médecins

3.5.1. Pour certains, la charge administrative est grandissante

- **L'informatisation nécessite un mode de fonctionnement différent et chronophage notamment par la scannerisation des documents et le transfert de résultats d'examens complémentaires.**
    - *« Pour la charge de travail. C'est beaucoup plus lourd depuis qu'il y a toute l'informatisation. Ça c'est l'intérêt d'être en groupe. Là, il y en a deux qui s'occupent de l'informatique. Moi, je n'y comprends rien. Mine de rien, c'est une gestion qui est lourde (…) Ce qui est lourd, c'est les résultats de labo. Les INR ou autres à traiter le soir même. Les courriers. Toutes les lettres qu'on reçoit il faut les rentrer et les lire (…) Donc on en a pour 1h de travail administratif par jour. C'était pas le cas en début d'installation. Moins lourd » (E4)*

- **Les demandes administratives « paperasses » sont plus lourdes car plus nombreuses et à renouvellement plus régulier.**
    - *« Il y a énormément de papiers. Le soir, il y a au moins 1h de papiers à faire. Il y a du courrier comme ça » (E6)*
    - *« Oui il y a quand même un certaine pression administrative qui est pesante. On vous oblige à faire pleins de déclarations. A perdre votre temps pour des papiers. Temps que vous ne passez pas auprès des patients. Et temps que vous ne passez pas à utiliser vos connaissances médicales » (E11)*
    - *« Ce qui a changé aussi, c'est qu'on a beaucoup plus de charges administratives qu'avant. Par exemple, les exonérations du ticket modérateur. Avant le diabétique, il avait l'exonération à vie, maintenant il faut le renouveler tous les cinq ans. Et ça sur je sais pas combien de patients dans la journée, ça prend un temps monstrueux (…) La moindre paperasse administrative devient compliquée » (E12)*

- **La gestion du cabinet est plus lourde.**
    - *« Il y a une secrétaire qui est partie à la retraite, elle m'a demandé de lui sortir toutes les indemnités journalières, elle s'est arrêtée pendant 6 mois. Je suis allé sortir le cahier de comptabilité. Il y avait 10 lignes. On appelait une fois le comptable et c'était fait. Maintenant il y a une liste…les spéculums sont jetables, les draps, les gants…Tout le consommable. Toute la gestion du cabinet, ça prend du temps (…) Après il faut faire la comptabilité du jour. C'est sûr c'est ce qu'il faudrait faire mais ça on n'a pas le temps. Tout ce qui est tiers-payant… On ne peut pas tout vérifier » (E4)*

- **Une impression de débordement constant.**
    - *« C'est vrai que oui je me rends compte que les conditions de travail sont moins agréables qu'avant. On a toujours l'impression d'être débordé » (E10)*

3.5.2. Pour d'autres, la demande et le temps administratif ne semblent pas plus importants

- **Il semblerait que les demandes aient toujours été les mêmes et que l'informatique permette un gain de temps dans la demande et l'obtention de prestations.**
    - *« On a quand même pas mal de facilités. Notamment les protocoles de soins, les demandes de 100%. Avant il fallait faire les papiers et attendre des fois 2 mois (…) Maintenant 3 jours après on reçoit l'accord » (E2)*
    - *« Je ne pense pas qu'on nous ait rajouté des tonnes de trucs. Les papiers c'est les mêmes mais ils sont quasiment tous par informatique » (E5)*
    - *« Je ne trouve pas que ce soit une charge plus qu'avant » (E13)*

Peu importe la profession, après l'aspect formation et validation des acquis, il y a la mise en pratique. Alors à côté des capacités intellectuelles et du savoir médical, il semble nécessaire d'avoir désormais un raisonnement de gestionnaire. Dans cette partie nous avons donc abordé les paramètres adjacents à la « pratique médicale pure ».

L'idée principale qui semble se détacher de l'ensemble des réflexions des médecins interrogés est celle d'un équilibre entre rigueur et flexibilité. Une volonté d'organisation et de planification associée à la capacité de gérer l'impondérable « la demande urgente » et au désir de rester accessible pour « la demande tout court ». Toutefois, on comprend que ce raisonnement n'était pas l'initial et s'est imposé avec le temps, l'expérience. Les médecins semblent désormais rejeter « l'acceptable » pour « le vrai choix », celui réfléchi, adapté et personnalisé.

Choix d'un secrétariat et du mode de consultation. Toutes les modalités étaient représentées chez les médecins interrogés. A savoir : l'absence de secrétariat, les secrétariats téléphoniques (à distance) et les secrétariats physiques, consultations sans et avec rendez vous, consultations en cabinet et visites à domicile. La première idée qui a été mise en évidence est celle d'une organisation commune à l'installation. En effet, le climat d'installation hostile, dépeint précédemment, ne laissant pas la place aux choix personnels, tous ont commencé sans rendez-vous pour « lancer » la machine et créer une patientèle. Acceptant visites justifiées ou pas. Ensuite, il y a eu une prise de conscience et le besoin d'affirmer ses préférences et ses méthodes de travail. Alors l'organisation a été revue.

Deux paramètres notamment semblent intriqués quant à l'adoption ou pas d'un secrétariat. Le premier sans surprise, financier. Il est évident qu'un secrétariat entraine des charges. D'autant plus qu'il s'agit d'employés sur place. D'autant plus difficile à assumer que le cabinet comporte peu d'associés voire pas. Le second en lien avec les modalités de consultation. Ainsi, il y a ceux qui au fil des années ont imposé un fonctionnement régulé où ponctualité et organisation sont les maitres mots. Des consultations sur rendez-vous puis, le choix d'un secrétariat pour optimiser la mise en place d'un planning, et se décharger de la pression des appels téléphoniques et des demandes « non urgentes ». Et ceux qui consultent toujours en vacations libres ou sur rendez-vous mais sans secrétaire. La raison : une volonté de préserver une proximité avec le patient et une accessibilité. Ces médecins considèrent en effet que le patient doit pouvoir parler à son soignant rapidement et en direct et surtout le voir le jour même. Par ailleurs, ils considèrent utile de savoir dès lors ce qui pousse à la consultation pour un gain de temps dans les suites de la prise en charge.

Finalement, peu importe les modalités, on retrouve toujours ce souci de réguler. Il semble, de façon plus évidente, que les médecins travaillent à répartir la demande pour avoir les moyens de gérer « l'impondérable », au milieu des consultations « classiques ». Les médecins veulent être

sûrs de pouvoir assumer l'imprévu en ne mettant pas en péril la stabilité et la fluidité du planning. Alors, on constate une véritable ambivalence entre le refus de débordement et la volonté « d'être là ». Ainsi, on comprend qu'avec le temps, le médecin se dresse contre son naturel de « dévouement sans limite » et adapte son fonctionnement. Mais pas n'importe comment. Pour se permettre une « disponibilité limitée », il se doit d'offrir une prestation de qualité et optimale aux heures ouvrables.

Un autre point important qu'il semblait intéressant de détailler concernant les modalités de consultations est celui des visites. Quand on pense à un médecin généraliste, on le voit dans son cabinet et sur la route. Enfin, on le voyait comme cela. En effet, ce travail fait ressortir de nouveaux points de vue. Tous continuent d'en faire mais, pour la plupart, beaucoup moins. On constate désormais une « régulation stricte ». A savoir, des visites seulement pour les patients grabataires, ou pour des motifs dument justifiés. Deux profils se dessinent alors : il y a ceux qui trouvent ça inintéressant et inconfortable allant même jusqu'à dire qu'il s'agit finalement d'une mauvaise Médecine. Et ceux qui luttent pour son maintien. Pour eux, le « soin à domicile » est une nécessité et un versant attirant et différent du « train train ». Une Médecine intéressante car libérée d'un cadre matériel et d'un planning. Et, indispensable au vu du vieillissement des populations, d'autant plus dans les Alpes-Maritimes.

Nous avons abordé la question des rendez-vous et des consultations en cabinet ou à domicile. Qu'en est-il du planning strict : absence et présence ? Il semblerait qu'avec le temps, deux paramètres aient eu une répercussion sur les horaires, les vacances ou les astreintes : les événements de vie familiaux et l'âge. Ceci étant, ce ne sont pas les horaires en soi qui se sont modifiés mais la densité des journées. Les médecins semblent préférer faire des journées denses pour s'octroyer des journées libres afin de profiter pleinement. On a alors retrouvé cette option de journées « OFF » notamment. Là encore, la situation était complétement différente au moment de l'installation car « cela ne se faisait pas » et toujours, parce qu'il fallait agrandir sa patientèle. Ensuite, il y a eu cette prise de conscience en lien avec la profession mais également la dynamique familiale. Les vacances sont devenues incontournables. D'une part souvent calquées sur les périodes scolaires, pour assumer le rôle de parents, d'autre part pour se ressourcer, du fait de l'avancée en âge. Certains médecins parlent même d'un cycle travail-repos, notamment pour éviter le phénomène de « burn-out » (point abordé dans les suites).

On arrive ensuite au matériel. Concernant l'informatique, seuls deux médecins n'étaient pas équipés. L'un parce que de la « vieille école » et l'autre par désintérêt. Pour autant, ils ne semblaient pas impactés par cette absence que ce soit vis à vis des patients ou des instances sociales. Les autres quant à eux, constatent de façon quasi unanime qu'il s'agit d'une avancée plutôt positive dans leur profession. Après une période de réticence notamment en lien avec des difficultés de mise en place et de manipulation, il ressort une facilité dans les demandes de prestations sociales notamment pour les délais de réponses, dans les rappels concernant les suivis ou encore dans la recherche d'éléments passés. Toutefois puisque toute innovation a ses travers, certains médecins se risquent à soupçonner la Sécurité Sociale d'avoir multiplié les formulaires obligatoires à renvoyer et complexifié les paramètres d'acceptation de demandes. D'autres dénoncent encore le fait de devoir renouveler plus fréquemment, notamment lorsque les personnes sont vues à domicile. Les formulaires papiers sont alors de rigueur… et réellement chronophages. Une seconde notion apparaît également : la formation. Pour que l'informatique reste une aide, il faut la maitriser. Les médecins reconnaissent désormais la nécessité de prendre le temps suffisant à l'installation et pour se former ensuite. Chose qu'ils dénigrainent ou occultaient auparavant. Cet informatique doit permettre de gérer de manière performante le flux d'informations avec les institutions légalement destinataires (télétransmissions), les praticiens d'un même cabinet, le

réseau de professionnels, accéder aux banques de données médicales utiles à l'activité de soins et à la formation continue et procéder à une analyse périodique de l'activité du cabinet médical. De même, le logiciel de gestion du dossier médical doit permettre le recueil et la gestion des données médicales, l'édition des prescriptions et du courrier et une optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses.

La question de l'informatique fait donc le lien avec un point sensible, qui partage toujours plus : la charge administrative. Alors que certains pensent que cette pression a toujours été ainsi et s'en accommodent, d'autres croulent sous son poids. Les explications : la multiplicité des demandes, leur renouvellement plus fréquent et un manque de formation pour gérer cela. Ils constatent également, qu'aux contraintes liées aux soins des patients (demandes de prestations en tout genre et renouvellements réguliers), ce sont ajoutées des charges en lien avec la gestion propre du cabinet. La gestion du personnel, le matériel et surtout, la comptabilité. Souvent pointée du doigt, ils sont nombreux à délèguer à un spécialiste malgré le coût, pour une tranquillité d'esprit.

Au total, l'organisation du cabinet doit être en conformité avec les évolutions techniques et réglementaires et adaptée aux besoins de l'environnement et de l'activité soignante. Alors, il faut du temps pour le matériel informatique et de bureautique et, le matériel technique permettant d'assurer les activités de diagnostics et curatives de premiers recours et garantir au patient et au médecin des conditions de sécurité physique et morale optimales.

Dernière idée, mais qui sera développée de façon plus détaillée dans les parties suivantes : la charge financière. Au cours des entretiens, les médecins semblent exprimer des choix pour la plupart personnels, réfléchis et volontaires. Donnant l'impression de « maitriser » leurs conditions de travail. Pourtant, à ce moment là indirectement et, dans les suites ouvertement, on comprend qu'il s'agit plutôt de conjuguer choix et contraintes. Actuellement, les médecins veulent imposer leurs préférences mais se heurtent désormais plus difficilement aux problématiques pécuniaires. Personnelles en lien avec le mode de vie ou le type d'installation et publiques alors imposées par l'Etat et ses instances.

Le médecin a donc un nouveau rôle, celui de gestionnaire. Or les transitions de rôles sont des processus individuels complexes. Un large consensus d'ailleurs indique que pour passer de l'un à l'autre, un individu est amené à modifier ses objectifs, ses activités, son cadre de travail, mais également ses compétences, sa manière de penser ou encore ce qu'il est. Une transition de rôle ne serait donc réussie que si l'individu et son rôle ne faisaient qu'un. La littérature qualifie ce rapprochement ultime d'identification. On comprend dès lors toute la difficulté à assumer ce nouveau statut. Deux points sont en cause : principalement le fait que le médecin est plus soignant que gestionnaire et ensuite qu'initialement la nécessité de réflexion à une organisation de travail avec modulation continue n'a pas été perçue comme indispensable à un exercice serein et pérenne. Maintenant qu'il y a eu cette prise de conscience, le médecin se rend compte qu'il n'a peut être pas la main sur tous ces choix. Il constate qu'il s'adapte beaucoup, continuellement et surtout un peu trop.

Partie D

Conditions de travail liées aux relations humaines

1. Atmosphère au sein du cabinet

Une partie des médecins interrogés travaille toujours seuls et l'autre partie a opté initialement ou après quelques années pour l'option « cabinet de groupe ». Pour autant, tous ont abordé les notions qui vont suivre. La vie au sein d'un cabinet est comparable à celle du foyer familial. L'association est telle un couple. Il faut des bases solides, des concessions, des remises en question et parfois des ruptures. La solution : la communication et un état d'esprit commun. Mais toujours : l'inconscience des débuts…

- **Nécessité de travailler à préserver un échange au sein d'un même cabinet.**
  - *« Nous on se réunit au moins une fois toutes les semaines, on mange ensemble et on discute du groupe. Alors qu'avant on ne le faisait pas (…) Et maintenant, une fois par semaine. Il faut rester en bonne relation. Ce n'est pas un staff médical. C'est de la gestion » (E4)*
  - *« J'avais remplacé dans des cabinets. Ils se disaient jamais bonjour entre eux. Jamais un café ou un repas commun. Ça c'est, inintéressant » (E15)*

- **La pérennité d'un groupe repose de plus en plus sur la nécessité d'un partage d'idées, d'un état d'esprit commun et d'une relation de confiance.**
  - *« Maintenant pour créer une association, il faut s'entendre. Il faut choisir. C'est comme un mariage. Parce qu'on passe au moins autant de temps ensemble. Tout ça c'est difficile » (E4)*
  - *« Là je me suis associé de nouveau (…) Mais ça n'a pas marché. Ils ne voulaient rien investir. Pour les congés, c'était chacun pour soi. Des comptes à rendre alors que tu es en libéral , merde ! » (E9)*
  - *« Initialement j'étais installée avec le Dr L. Je me suis barrée en courant. Menteuse, voleuse, tout, j'ai tout eu droit. Euh donc … c'est un métier où il faut quand même être clair avec tout le monde. Ce qui n'est pas toujours facile » (E11)*

Au cours du cursus universitaire, le médecin est formé dans un environnement de groupe, de concertations et de décisions collégiales. Au moment de l'installation, certains veulent couper « le cordon » de l'univers hospitalier et s'installer seuls. D'autres ressentent le besoin de travailler dans un cadre similaire et font le choix du travail en groupe.

Après avoir discuté avec ces médecins, on comprend que la relation avec les confrères au sein d'un cabinet au fil du temps est comparable à celle d'une relation de couple. Avec une attirance initiale, des points de vue communs, des divergences, des tensions voire des ruptures. Mais il semble, comme abordé précédemment, qu'au départ, le choix se soit rarement fait sur un "filling" mais plus du fait d'une opportunité. Là encore, cela ne semble plus suffisant. Il ressort la nécessité d'association, de collaboration, sur des critères réels et un état d'esprit commun pour un fonctionnement consensuel. Par la suite, il est essentiel d'entretenir la relation.

Finalement la vraie problématique est celle de percevoir tout ce qu'entraine un raisonnement « en groupe ». En effet, le travail en cabinet de groupe peut être comparé à l'appartenance à un groupe. La conséquence : une menace contre sa propre intégrité, un conflit avec ses désirs personnels et finalement, le risque d'un vécu douloureux de l'exercice. Alors, l'objectif est de faire progresser la relation. En restant fidèle à ce qu'on est et à ces objectifs. Echanger avec ses confrères et moduler sans cesse au moment opportun.

2. Relations avec les confrères

Qu'il soit seul ou en cabinet de groupe, le médecin ne travaille pas en autarcie et échange quotidiennement avec les autres professionnels de santé, secteur paramédical ou spécialistes. Et, globalement, ces relations se sont améliorées et font partie intégrante des fondements d'une Médecine « efficace » et « sereine ». Il n'y a plus de concurrence. Il y a un échange. Une vraie relation de confiance est en place. Le bémol : la disponibilité. L'accroissement de la demande offre certes du travail pour tous, mais est telle que tout le monde est surchargé voir débordé. D'où un impact sur l'accessibilité en cas de « besoin d'aide ». Le généraliste a donc accepté le rôle, dans certaines situations, de préparer le terrain pour le spécialiste. Nécessairement, il attend un retour équivalent de son confrère. Par ailleurs, on prend conscience d'une relation différente entre le monde libéral et l'hospitalier. Ce dernier étant associé à un côté impersonnel, au manque de communication et à un besoin de vérification…

2.1. Un climat serein : disparition de la concurrence

- **L'augmentation de la demande offre la possibilité de travail pour tous.**
  - *« Il y a eu, il y a très longtemps…Quand on s'installait, il y avait une guéguerre entre généralistes et entre généralistes et spécialistes. Moi, pour moi, c'est complètement du passé. Il n'y a plus de clientélisme. On a tous du boulot » (E3)*
  - *« Tout le monde est débordé. C'est un principe de base » (E4)*

- **Les relations sont égalitaires et franches.**
  - *« Il n'y a pas de guéguerre. Pas du tout. Ça a toujours été clair. Moi, je suis assez cool. Assez "cash". Je ne me prends pas la tête » (E1)*
  - *« Donc tu n'as plus de barrières. Tu travailles plus sereinement » (E20)*

- **Il existe un besoin mutuel avec un partage des tâches.**
  - *« On se partage les tâches pour que tout roule. Et on ne vole pas le patient de l'un ou l'autre » (E3)*
  - *« On travaille en collaboration. Eux, ils sont contents d'avoir des lettres formatées avec les antécédents, les traitements. Nous, on apprécie d'avoir les comptes rendus » (E4)*
  - *« On travaille vraiment ensemble » (E15)*

2.2. Volonté de personnaliser l'adressage et création d'un réseau

2.2.1. Les relations confraternelles sont devenues des relations amicales

- **Désormais, dans le choix des correspondants, le médecin s'appuie sur des qualités professionnelles mais également humaines à partir de son ressenti et celui des patients.**
  - *« C'est plutôt bon. C'est pas en relation avec la profession en elle même mais c'est la personne elle même. C'est sûr que quand on commence à se connaître les uns les autres, c'est plus simple » (E12)*
  - *« Maintenant que je suis installé depuis quelques années, je commence à connaître. Donc je travaille plus avec ceux que j'apprécie et que je sais compétents (…) Donc c'est un choix sur des critères humains et professionnels » (E16)*
  - *« Et je prends beaucoup de ce que les patients me donnent comme informations du retour des spécialistes. Et donc je me fie beaucoup plus à ce que me disent les patients qu'une éventuelle aura d'un médecin » (E19)*

- **Le réseau est vécu comme une relation amicale.**
  - *« J'ai pas mal d'amis maintenant. Je connais, j'envoie, j'ai un compte rendu dans les jours qui suivent » (E2)*
  - *« D'ailleurs ce n'est pas simplement des confrères, pour la plupart, c'est des amis… De toute façon c'est nécessaire d'avoir un bon réseau et l'avantage que j'ai maintenant c'est que ce n'est pas simplement des confrères, c'est des amis» (E20)*

2.2.2. Une plus grande attention portée à la qualité de l'adressage

- **Le médecin généraliste a tendance à se définir comme un « bon interne ».**
  - *« Alors moi je ne suis pas un très bon médecin. Je ne connais pas grand chose à la médecine. Je suis plus une super interne. C'est à dire que j'ai toujours débroussaillé et envoyé rapidement chez un spécialiste (…) Il faut savoir déléguer. Mais pas n'importe comment, et ce travail là c'est un travail de titan » (E7)*
  - *« D'ailleurs, c'est beaucoup ça notre rôle aujourd'hui. Orienter. Je pense que sur des petites patho du quotidien, on diagnostique et on traite mais sur la plupart des autres demandes en fait, on fait des hypothèses, on bilante comme un interne et on adresse. C'est ça aussi qui a changé » (E9)*
  - *« Voir quelqu'un pour traiter un reflux… envoyer pour une dermatose alors que c'est un eczéma. Il faut adresser à bon escient pour garder de bonnes relations » (E17)*

2.2.3. Volonté d'un retour d'information

- **Avec le statut de médecin référent, les médecins ont pu constater une augmentation du retour de courriers de consultations ou d'hospitalisation.**
  - *« Depuis qu'il y a eu l'histoire du médecin traitant. On a beaucoup plus de courrier du CHU. Parce qu'avant pour le CHU, on était vraiment considérés comme de la merde. Eventuellement une serpillère à l'entrée du Carlton. Ça, ça a évolué » (E4)*

- *« Et même, depuis que le médecin traitant existe, les relations se sont bien améliorées. Je pense, alors c'est peut être aussi un changement dans notre façon de faire, je pense qu'on envoie peut être plus facilement au médecin spécialiste et de ce fait, le médecin spécialiste est obligé de vous répondre » (E13)*

2.3. Réticence à la prise en charge hospitalière

2.3.1. Une gêne au côté impersonnel

- **Le médecin semble gêné d'adresser à une équipe et pas à une personne.**
  - *« Plus facile. Parce qu'en ville on a un interlocuteur, c'est le médecin à qui on confie notre patient. A l'hôpital, c'est à un service (…) C'est un peu plus compliqué. On a quelques fois du mal à avoir des relations privilégiées avec un praticien. Quand on y arrive ça se passe très bien » (E3)*
  - *« L'hôpital c'est bien mais au niveau relationnel, avec les confrères du privé c'est quand même mieux. Parce qu'à l'hôpital, c'est quand même quelque chose d'anonyme » (E17)*

2.3.2. Une communication difficile

- **Les médecins regrettent d'avoir de plus en plus de difficultés à joindre « le » médecin qui a pris en charge leur patient pour un retour optimal.**
  - *« Il n'y a qu'avec l'hôpital que c'est dramatique parce qu'il n'y a aucune communication. C'est très chiant » (E7)*
  - *« Maintenant, c'est sûr, l'hôpital c'est plus compliqué. Pourtant, je suis un hospitalier à la base (…) ça prend du temps de tomber sur la personne qu'on cherche à joindre » (E8)*
  - *« L'hôpital pour les joindre, c'est galère, c'est galère » (E13)*

- **Les patients accusent un manque de communication avec les soignants hospitaliers.**
  - *« Parce que le patient quand il sort, en générale, il a rien compris de ce qu'on lui a fait et dit » (E8)*
  - *« C'est vrai des fois, les gens ont l'impression qu'on ne les a pas écouté » (E10)*
  - *« Alors moi je suis un peu ambivalent. Il y a ce qu'en disent les patients « ce n'est plus ce que c'était ». Et puis la perception qu'on en a nous » (E13)*

2.3.3. Un côté dédaigneux

- **Les médecins hospitaliers ont une tendance actuelle à occulter les explorations déjà réalisées en ville, impactant sur les délais de prise en charge.**
  - *« Après il y a un point, c'est que souvent à l'hôpital, ils ne tiennent pas compte de tout ce qui a été fait en ville. Ils agissent en « Grand Sauveur ». Et malheureusement, ça fait perdre du temps pour des choses déjà réglées et d'autres qui nécessiteraient d'être traitées en hospi (…) Pour ça, ça se voyait moins avant » (E1)*

- *« Donc voilà ils ventilent alors que ça a déjà été fait. Alors que nous on sait en tant que médecins traitants que ce patient là il est pas du tout réceptif à ça. Donc que c'est peine perdue. Ce qui a été fait en ville est complètement nié ou ignoré par l'hôpital. Et donc ça recommence…. Je pense qu'on souffre beaucoup du manque de coordination, et du manque de vision de ce qui a été fait par le patient. Et de manque de confiance en les autres. L'hôpital a toujours l'impression que ce qui est fait en ville c'est nul. Je pense que c'est compliqué » (E6)*

2.4. Conséquence : une perte de confiance

- **Impression grandissante du médecin généraliste d'avoir un rôle de service après-vente.**
  - *« Là il y a des impasses. Pour ça, ça se voyait moins avant. Au contraire, on faisait tout et d'ailleurs on gardait le patient dans son circuit maintenant on le dégage rapidos et nous on a intérêt à le revoir vite à sa sortie. Donc on doit caser ça au milieu du reste » (E1)*
  - *« On est comme un service après vente après l'hôpital. Ils gèrent l'urgence. Comme nous ne pouvons pas traiter cinquante motifs de consult en 20 minutes, on prend plusieurs consults. Pareil à l'hôpital. Ils gèrent un point, le plus à risque. On organise ensuite » (E2)*

- **Constatation d'une tendance hospitalière à garder les patients en « otage ».**
  - *« C'est ça qui est un peu embêtant c'est que à partir du moment où on a envoyé à l'hôpital, souvent on ne voit plus le patient. Tout le suivi se fait là et donc on le perd » (E2)*
  - *« Après c'est sûr j'envoie plus facilement en ville qu'à l'hôpital. Parce que des fois on ne les revoit plus, ils restent dans les consultations de spécialistes » (E9)*

2.5. Une nouvelle aire en termes de relation avec les spécialistes : la « télémédecine »

- **En ville, « l'appel à un ami » permet de demander les examens complémentaires les plus adaptés avant d'orienter.**
  - *« C'est à dire que j'ai toujours débroussaillé et envoyé rapidement chez un spécialiste. Donc je pense que les spécialistes l'ont ressenti comme tel donc je pense que je ne suis pas trop mal perçue. Ca s'est toujours passé comme ça. Il faut savoir déléguer. Mais pas n'importe comment, et ce travail là c'est un travail de titan. Et c'est pour le patient. Pour lui éviter de perdre du temps, de refaire des examens… »(E7)*

- **En zone rurale, il s'agit de juger de l'urgence ou pas, de la nécessité d'un transfert immédiat ou organisé.**
  - *« Et puis, toujours parce que je suis en montagne, je fonctionne beaucoup par avis téléphoniques, mails. Le principe c'est de savoir si c'est une urgence ou pas. Si ça doit descendre tout de suite ou pas. J'ai la radio. Je fais les clichés. Quand j'ai un doute c'est ma secrétaire qui s'en occupe (rires), je demande avis. Si je dois faire évacuer alors j'évacue » (E20)*

De la même façon qu'on a une proximité au sein d'un même cabinet, les généralistes sont proches des autres confrères, notamment les spécialistes. L'une des caractéristiques de la Médecine générale étant celle d'être une médecine globale avec une prise en charge pluridisciplinaire, il est donc évident, logique et humain d'avoir besoin d'aide régulièrement. Là, intervient la notion de « réseau ». Les médecins interrogés sont unanimes : le réseau se fait petit à petit, il est indispensable et de la qualité de celui-ci dépendent la qualité du travail et son confort.

Ensuite, dans le détail, il y a les confrères libéraux et ceux hospitaliers. A noter, qu'initialement nous n'avions pas individualisé ce point dans notre interview mais, abordé spontanément par les premiers interrogés, nous l'avons ajouté. Ainsi, on constate avec les années, une amélioration nette des relations en ville. On parle d'égalité, de considération et d'honnêteté. Vraisemblablement, du fait d'une augmentation de la demande et d'une répartition du travail. Par ailleurs, émerge la notion de partage des tâches. Les médecins semblent accepter une sorte de dépendance interprofessionnelle. Toutefois, on croit déceler une préférence pour la communication entre deux personnes, choisies et acceptées mutuellement. Le médecin généraliste adresse sur ce qu'il sait des compétences professionnelles et humaines, via ses propres rencontres et de plus en plus, sur le retour des patients. Le spécialiste en retour va juger de la qualité de l'adressage et répondre dans des conditions plus sereines. A ce propos, les spécialistes n'ont pas été interrogés, mais on peut imaginer cela par une constatation d'amélioration dans les retours de comptes rendus en termes de délais et de détails de prise en charge.

Alors on comprend mieux que le réseau hospitalier puisse déplaire. Les médecins semblent moins enclins à adresser à « un service » surtout par rapport à la difficulté de communication. Ensuite, apparaissent des problématiques qui sont celles d'un débordement de l'hôpital avec des prises en charge parfois « discutables ». Les généralistes se transforment en garde-fous et en service après vente. Avec une charge de travail largement impactée par ces retours jugés le plus souvent « insuffisamment cadrés ». On va même jusqu'à ressentir une perte de confiance vis à vis de l'hôpital, plus sur « les soins de suite et la communication » que sur la gestion de l'urgence. Les patients semblent également émettre quelques réserves. Là encore, pas tant sur la qualité des soins « pratiques » mais sur le relationnel.

Une nouvelle aire semble donc s'être imposée petit à petit : des patients qui veulent comprendre pour participer à leur prise en charge ; des médecins qui n'ont plus le « savoir inconditionnel ». On admet ne pas avoir toutes les cartes en main et avoir besoin de celles des autres participants. Généralistes et spécialistes ont besoin les uns des autres. Mais, une problématique est de plus en plus présente : leur disponibilité est en danger du fait d'une demande croissante. La solution : le développement d'un équivalent de télémédecine. On prépare le terrain en quelque sorte, toujours dans le souci du patient.

Finalement, les médecins généralistes sont très attachés à créer, entretenir et enrichir leur « réseau » pour un travail de qualité. Il y a désormais un vrai souci concernant la qualité des relations humaines. On a évoqué ici les relations interprofessionnelles mais celles avec les patients ont également changé de visage et ont un impact tout aussi important sur la qualité d'exercice et des soins.

Partie E

Relation Médecin-patient : transformation du patient et de ses demandes

La qualité d'une prise en charge repose sur l'efficacité de l'interrogatoire, un examen clinique ciblé et un raisonnement adapté. Les capacités intellectuelles et médicales du médecin entrent alors en jeu, mais un paramètre ne doit jamais être négligé : la participation du patient. Cet échange sera d'autant plus productif que la relation sera confiante. Avec les années, les profils ont changé. Le médecin a d'autres attentes en termes de vies privée et professionnelle. L'échange, que ce soit avec ses confrères ou sa patientèle, s'est donc modulé. Le patient a également des exigences différentes et donc des comportements nouveaux.

Dans cette partie, nous avons donc cherché à comprendre les patients d'aujourd'hui, ce qui s'est modifié et si cela a un impact sur les conditions de travail des médecins généralistes.

1. Les patients sont le reflet du médecin

L'idée principale est que l'ensemble des patients n'est autre qu'une palette des caractéristiques de chaque médecin. Avec les bons côtés représentés par les patients agréables et les « défauts » personnifiés par les plus exigeants. On peut toutefois souligner une subtilité dans la mise en place de ce processus. Notamment, par les notions de mérite et de ressemblance.

- **Les médecins ont les patients qui leur ressemblent.**
  - *« Puis finalement j'ai eu la patientèle qui me ressemble et qui accepte mes conditions. Bien sûr on a toujours des chieurs mais en fait c'est le chieur qui est en nous » (E1)*
  - *« Je pense que les patients nous ressemblent. Ça, ça se voit. C'est à mourir de rire. On le voit même entre nous. On est différents et c'est ce qui est bien » (E4)*

- **Les médecins ont les patients qu'ils méritent.**
  - *« Je pense que les gens sont ce qu'ils sont et je suis ce que je suis. Mon père à dit un principe quand j'avais ton âge c'est qu'on a les patients qu'on mérite. Ça, aujourd'hui je signe. Je n'ai que la patientèle que je mérite » (E8)*

- **Les patients changent avec le médecin.**
  - *« Et puis ils ont changé avec moi je crois. D'abord, ils ont vieilli avec moi donc j'ai moins d'enfants qu'au début » (E5)*
  - *« C'est que par rapport au précédent médecin qui était un homme, j'ai eu peut être plus de femmes et d'enfants. Mais bon ça, ça c'est établi assez rapidement. Après je pense aussi que la patientèle vieillit avec nous » (E10)*
  - *« Les patients s'adaptent à nous. Mon associée qui vient d'arriver. Elle est jeune, donc elle a récupéré tous les bouts de choux » (E11)*

L'une des nombreuses caractéristiques de l'être humain est sa variabilité. Aussi on comprend qu'il y ait autant de médecins et de patients différents. Mais tels le Ying et le Yang, les uns correspondent souvent aux autres. En effet, avec ces entretiens on comprend qu'en réalité la patientèle d'un médecin n'est pas « une » patientèle mais « sa » patientèle. L'un est le reflet de

l'autre et vice versa. Certains vont alors parler plus de mérite que de ressemblance mais le fait est qu'il y a certaines similitudes. Et le développement de cette patientèle se fait petit à petit. Initialement sur un choix de hasard, ensuite par correspondance d'attentes mutuelles et avec le temps une adaptation, un fonctionnement fondé sur un « état d'esprit commun ».

2. Une relation d'amour depuis toujours

La relation médecin-patient est une relation forte qui s'apparente à une relation d'amour. Un duo uni par des sentiments qui s'avèrent finalement indispensables au long court.

- **Les médecins ont besoin de sentir qu'ils sont aimés par leurs patients.**
  - *« Donc la relation elle est de mieux en mieux parce qu'on sent quand même que les patients nous aiment et qu'on est utile » (E1)*
  - *« Moi personnellement je sens que les gens m'aiment bien » (E7)*

- **Les médecins aiment fondamentalement leurs patients.**
  - *« C'est comme les vacances, j'aimerais te dire qu'il faut en prendre régulièrement, c'est sûr on en a besoin mais on peut pas lutter contre notre nature. On les aime quand même nos patients. (...) Vous savez, je ne prends pas de vacances en été… Vous savez pourquoi ? Je me suis installée en 2003 et c'était la canicule. Et je me suis dit que j'avais plein de mémés, que j'avais récupérées du médecin qui avaient vieilli avec lui. Il avait beaucoup de personnes âgées. Je me suis dit « je ne vais surtout pas partir cet été » (...) J'ai dit je vais pas partir, ils vont tous me claquer. Je suis restée. J'ai pas eu un mort dans la patientèle c'est sûr » (E1)*

L'amour désigne un sentiment d'affection et d'attachement envers un être vivant ou une chose, qui pousse ceux qui le ressentent à rechercher une proximité physique, spirituelle ou même imaginaire avec l'objet de cet amour et à adopter un comportement particulier. En tant que concept général, l'amour renvoie la plupart du temps à un sentiment de tendresse envers une personne. Toutefois, même cette conception spécifique comprend un large éventail de sentiments différents allant du désir passionné et de l'amour romantique, à la proximité sans sexualité de l'amour familial ou de l'amour platonique ou de la dévotion spirituelle de l'amour religieux. Dans le contexte de la relation médecin-malade on parlera plutôt d'écoute, de support et de respect. On comprend donc que l'amour soit un facteur majeur dans les relations sociales et occupe une place centrale dans la psychologie humaine et donc dans l'exercice de la Médecine générale.

En plus de cette notion, on approche également l'idée d'altruisme avec cette interdépendance qui réunit les êtres humains. Selon une approche sociobiologique, notamment les travaux de Darwin, ce comportement d'altruisme concerne des personnes qui agissent à leurs dépens pour les membres de leur groupe, avec une attitude hostile à l'égard des autres groupes. Dans notre situation, la patientèle avec son médecin constitue un groupe, qui semble s'ériger contre « la maladie ».

D'autre part, chercher à maximiser le bénéfice pour autrui suppose d'en avoir une bonne idée, ce qui est souvent plus difficile que la théorie ne le prévoit. Les gens n'ont pas les mêmes préférences que l'auteur des actes. Alors l'altruisme nécessite la capacité d'empathie. Mais là encore, il faut des limites…(développé dans les suites)

3. Développement de la notion d'acceptation mutuelle

En droit civil, « l'acceptation » est le consentement d'une personne à une offre de contrat qui lui a été faite. En Médecine, la relation médecin-malade est elle même fondée sur un contrat, celui de médecin traitant. Alors, on comprend qu'actuellement les médecins prennent très au sérieux cette obligation. Désormais il y a une vraie recherche de satisfaction, de concordance entre les protagonistes avant « signature ». Certes, les patients choisissent librement initialement et peuvent changer dans les suites. Mais, désormais le médecin assume de sélectionner et éventuellement mettre un véto. Toujours dans l'optique d'une relation de confiance, d'une prise en charge optimale et de qualité de travail.

3.1. Le médecin choisit ses patients

- **La relation avec le patient connaît deux phases : une acceptation initiale puis une prise de conscience sur la patientèle que l'on a et celle que l'on voudrait avoir.**
    - *« Forcément au début, on a besoin de travailler pour payer ses factures. On accepte les absences, les retards. Puis un moment, et pas forcément quand on est bien financièrement, on ouvre les yeux. Un jour je me suis rendue compte que je n'étais pas respectée et que je ne faisais pas du bon travail, j'ai commencé à dire non, à expliquer et à éventuellement orienter vers quelqu'un d'autre » (E1)*
    - *« Les nouveaux se plient à mes exigences alors qu'avant c'était un peu l'inverse. Je pense que petit à petit je les ai éduqué. Ils ne me font pas chier avec des petits bobos toute la journée » (E7)*
    - *« Pour les patients, ils sont comme ils sont. Au début on les choisit pas, après il faut être un peu exigeant. Oser pour "driver" correctement » (E9)*

- **La clé pour un travail de qualité : la relation de confiance.**
    - *« Dans la mesure où je ne me sens pas en confiance avec un patient, je lui explique que je ne suis pas un bon médecin pour lui (…) On ne peut pas travailler si on a pas une relation de confiance » (E13)*

- **Certains médecins admettent et assument désormais le fait de sélectionner leurs patients.**
    - *« Mais ça ne t'empêche pas de faire un tri sociologique et sympathique, amical, culturel. Moi personnellement, mes patients ça va de l'ouvrier immigré au patient milliardaire saoudien » (E8)*
    - *« Après je sais que moi j'ai sélectionné la patientèle que je voulais. Actuellement je n'ai quasiment que des cadres, mariés ou séparés avec de jeunes enfants ou des ados. Il n'y a pas de problématiques financières. Ils sont suffisamment intelligents pour écouter et accepter ce que je leur dis » (E9)*
    - *« Je ne veux pas discuter. Les pénibles ils vont ailleurs. On sélectionne sa clientèle. Ceux qui pinaillent, on les envoie ailleurs…C'est là aussi que c'est important de sélectionner dès le départ et imposer son fonctionnement » (E12)*

3.2. Le médecin veut s'affirmer

- **Le médecin a le droit et le devoir de dire non.**
    - *« Après il faut gérer les demandes des patients, savoir se faire entendre (…) Un jour je me suis rendue compte que je n'étais pas respectée et que je ne faisais pas du bon travail, j'ai commencé à dire non, à expliquer et à éventuellement orienter vers quelqu'un d'autre » (E1)*

- **Le médecin ose poser des limites à sa disponibilité.**
    - *« Ensuite il faut éduquer les patients mais comme pour la campagne de prévention. Le médecin peut ne pas être toujours disponible (…) Par exemple, pour moi, ils savent que quand la porte est fermée, c'est fermé. Je suis suffisamment joignable dans la journée. J'ai l'impression d'être là tout le temps. Donc la nuit et le soir on me laisse tranquille » (E1)*

3.3. Les patients acceptent une personne et une méthode de travail

- **Une sélection est faite par les patients eux mêmes.**
    - *« Et puis, c'est simple s'ils ne trouvent pas ce qu'ils veulent, ils ne reviendront pas » (E4)*
    - *« On a un mode de fonctionnement. Les gens y adhèrent ou pas » (E13)*
    - *« Prendre le temps de faire sa patientèle (…) Par exemple, ne pas signer le contrat de médecin traitant tout de suite. Prendre le risque que le patient aille voir ailleurs pour que, s'il revienne il s'adapte à notre fonctionnement. Et pas l'inverse » (E16)*

Peu importe le domaine, actuellement tout est une affaire de gout et de préférences. On se satisfait de moins en moins de « l'à peu près » et de « l'approximatif ». On aime, on veut. On n'aime pas, on « dégage ». Et bien, force est de constater que, concernant la Médecine générale, il est en de même. Et, tous les acteurs sont concernés. On se rend compte toutefois qu'il s'agit d'un réel tournant, d'une prise de conscience. La relation ne mène à rien, surtout pas à une bonne prise en charge, si l'échange est branlant et le vécu de la profession s'en trouve lésé. Après une période d'acceptation, les médecins sont entrés en phase de choix. Petit à petit, ils ont senti le besoin de sélectionner leurs patients. Pour certains, il s'agit d'un acte assumé et direct « mettre à la porte », pour d'autres une attitude qui peut pousser au changement. En tout cas, ils prennent tous le temps pour signer le fameux contrat de médecin référent. Ils ont appris à dire non, à expliquer leur disponibilité dans le travail et ont accepté que cela puisse ne pas convenir et pousser à consulter un confrère. Finalement, ils ont conscience du risque de perte de patient mais préfèrent cela à une relation toxique. Pour les patients (du point de vue des médecins) il semble qu'il en soit de même. Ils sont apparemment plus nombreux à oser changer de médecin s'ils estiment ne pas être satisfaits. La satisfaction tenant autant à la personnalité qu'aux compétences évaluées.

4. Une transformation des patients en lien avec une transformation de la société

Toute personne a des caractéristiques intrinsèques non influençables et des caractéristiques émanant d'une force supérieure, par exemple, celle d'un groupe. Aussi, nous avons pris conscience de l'impact de la transformation de la société sur les attentes et comportements des patients. Aux yeux des médecins généralistes, la société a bel et bien subi des bouleversements. Elle est devenue une société de performance et d'immédiateté, procédurière et suspicieuse, de services et de consommation.

- **Une société de performance : les gens n'admettent plus de se sentir moins bien et veulent un traitement pour tout symptôme, qui soit efficace tout de suite.**
    - *« On dit que ça va guérir tout seul. Mais en ville, les patients ils ne sont pas prêts à entendre ça. J'avais demandé une fois à un pharmacien s'il avait des placebos. La patiente avait les dents qui grattent…Et bien non. Il a bien fallu que je prescrive quelque chose » (E1)*
    - *« Les jeunes maintenant, ils n'admettent pas d'avoir un truc qui va pas trop bien. Il faut que tout soit parfait. C'est une espèce d'obligation d'excellence. Ça c'est les jeunes, les 18-40 » (E3)*
    - *« Avant on ne voyait pas de jeunes qui avaient pas grand chose. Maintenant, ils veulent faire un « check up » » (E9)*

- **Une société procédurière : entre sécuritarisme, climat de suspicion et chantage.**
    - *« Je n'ai pas eu ce que je veux là, je vais chez l'autre » (E8)*
    - *« Non ce qui fait peur c'est le côté un peu procédurier. J'ai eu quelques patients qui voulaient enregistrer la consultation. Ceux là, je les mets à la porte (…) Internet, les médias ça leur sert à chercher pourquoi ils ont tels symptômes mais ça fait aussi le lien avec les affaires de fautes, d'erreurs médicales, de procès… on est dans une société où il y a une phobie sur ça… Donc ils veulent tout et tout de suite pour être sûrs de ne pas rater le diagnostic. S'ils n'ont pas tout… c'est comme si on était mauvais et donc risque d'erreur » (E9)*
    - *« D'ailleurs c'est un point difficile aussi de justifier soit que ce n'est pas urgent à la minute soit, que ce n'est pas nécessaire. Ils ont vite fait de nous dire qu'il faut tout faire pour être sûr, qu'on est obligé. Que sinon ils vont voir l'autre médecin, ils savent que lui il prescrira. Comme pour les antibio. Ça, ça se faisait moins avant. Une espèce de chantage » (E14)*

- **Une société de consommation où le médecin est devenu un prestataire de service avec l'obligation de moyens.**
    - *(à propos des examens complémentaires) « A l'heure actuelle le plus embêtant c'est justement de ne pas trop user de cette disponibilité. En tout cas dans notre région. Les patients savent qu'ils y a la possibilité de ces examens alors ils les veulent (…) un truc qui m'énerve c'est quand les patients arrivent avec l'examen. (…) Donc je vous montre le résultat et il me faut l'ordo. Ca, ça me gonfle. Il ne faut pas toujours une image. Ca, ça se passait moins avant. Déjà parce qu'on payait et parce qu'on attendait d'avoir l'avis du médecin » (E1)*
    - *« Ou en tout cas de se battre contre l'insistance des patients envers ces examens « disponibles donc autant le faire docteur » » (E9)*

- *« Les patients arrivent avec un idée sur le diagnostic, les examens à faire et éventuellement un traitement. Donc quand ils arrivent ils ont tendance à faire un peu les courses. Mais c'est la société actuelle aussi. La société de consommation » (E15)*

- **Une société où s'occuper de sa santé est devenu une mode.**
  - *« Et puis, je crois c'est devenu un peu une mode de s'occuper de sa santé « Docteur, je viens pour faire un "check up"… je fume, quand même il faudrait que vous me fassiez passer une radio maintenant » (E12)*

- **Une tendance égalitaire avec une nouvelle dimension de l'échange : le patient devient acteur du diagnostic et du traitement.**
  - *« Au jour d'aujourd'hui la législation a évolué et je pense qu'aujourd'hui le patient devient un acteur du travail voire même du diagnostic (…) c'est même, c'est peut être un paradoxe, moins conflictuel qu'autrefois » (E13)*
  - *« Internet, ça permet un échange différent effectivement. Ça permet qu'ils soient plus informés, qu'ils comprennent mieux ce que tu leur expliques. Finalement comme ils sont déjà renseignés, tu ne pars pas d'une feuille blanche. Tu peux discuter » (E15)*
  - *« Maintenant… je ne dirais pas qu'on est leur égal parce que je sens toujours un certain respect mais on est … accessible. Notre langage s'est adapté parce que … c'est dans notre formation…le patient doit participer à sa prise en charge. Pour ça, il faut qu'il comprenne donc on adapte la consultation. C'est une nouvelle compétence je crois… La relation médecin-malade a changé, elle est plus égalitaire (…) Ou en tout cas maintenant, ils osent le demander. Ils osent donner leur point de vue. Leur ressenti » (E16)*

Il semble que la société évolue dans diverses directions. Et l'impact sur la population est logique et ne passe pas inaperçu, notamment aux yeux des médecins. En plus de s'en apercevoir, ils le subissent ; résistent un temps, parfois préfèrent lâcher prise et céder. La vraie problématique est finalement l'insistance des patients. Celle-ci en lien avec différentes notions.

D'abord, la volonté de performance. On peut voir la situation sous différents angles. D'une part, un refus d'être « malade », d'être diminué dans ses capacités alors que notre société exige les meilleurs. D'autre part, l'insistance pour aller mieux « tout de suite » avec obligation d'un traitement. Actuellement, il semble ne plus être admis de « devoir attendre pour que ça passe ». Les médecins semblent toutefois lutter contre cette idée. …

Enfin, l'obligation d'avoir les meilleurs examens disponibles peu importe le coût. Ce qui nous conduit, à la deuxième idée : le mercantilisme de la santé. Le médecin est devenu un prestataire. La consultation un service. Et les examens complémentaires et autres interventions sont des actes qui se monnayent. Les patients viennent de plus en plus avec une liste de courses, une idée de ce qu'ils veulent faire, la tentation d'essayer les nouveautés… Finalement, la santé devient une mode. Une tendance, qui contrairement au monde vestimentaire, commence à s'éterniser et a plus de répercussions.

5. Une relation impactée par l'évolution des motifs

Lorsqu'ils viennent en consultation, les patients ont tous un motif. Bien que certains soient plus évidents ou pertinents que d'autres, les médecins sont tous d'accord avec le fait que la consultation est, et a toujours été, justifiée. Ils ont cependant le sentiment qu'on consulte peut être un peu plus et plus rapidement. Ils dénoncent également cette tendance à multiplier les motifs et les demandes « abusives » de certificats en tout genre « intellectuellement » déconcertants. En parallèle, ils se satisfont de voir moins d'urgences permettant un travail plus serein grâce à la disparition de cette pression « d'urgence vitale ».

- **Les patients ont toujours beaucoup consulté mais la variabilité des motifs semble excuser cette surconsommation.**
    - *« Pour les consultations au cabinet…je pense que en Médecine générale comme ailleurs, je pense que les gens consultent beaucoup. Et malgré tout au milieu il y a des réels soucis. Même en Médecine Générale donc je pense que c'est un faux débat » (E6)*
    - *« On sait jamais vraiment ce qu'il va se passer. C'est pas que la routine. Même si c'est un peu de la bobologie, il y a quand même des trucs intéressants. Au niveau diagnostic et tout, il y a des choses où on peut creuser » (E2)*
    - *« Il y en a qui viennent pour des petites choses, « de la bobologie » c'est le terme à la mode », ça a toujours été. Et d'autres pour des problématiques plus complexes. Mais on est généraliste et ça fait partie de notre métier » (E8)*

- **Les médecins ont toujours trouvé qu'on consultait facilement mais la tendance actuelle serait liée de plus en plus à une anxiété qui devient pathologique et nécessite une prise en charge.**
    - *« Ça n'a pas changé. Il y a de tout. Ceux qui vont passer tous les 2 jours pour pas grand chose. Mais ce pas grand chose pour eux c'est insupportable. Et là ça devient pathologique et donc un motif avec plus de poids finalement » (E1)*
    - *« On prend de plus en plus la place du curé (…) On vient nous voir pour tout et, chacun a sa définition du motif justifié ou non, important ou non. Après je pense qu'on est dans une société où on a besoin de parler. Nous on est là. Les gens sont anxieux » (E7)*
    - *« Je ne dirais pas qu'on consulte pour rien mais on consulte différemment. Je n'ai pas le ressenti que c'est pour rien. Moi je pense que les gens viennent, c'est pour une demande. Et si ils viennent, même si c'est que pour un rhume c'est qu'ils sont certainement stressés derrière. En fait j'ai l'impression qu'il leur faut une excuse un peu visible pour venir et parler du reste » (E15)*

- **Les patients ont tendance à multiplier les motifs au cours d'une consultation nécessitant une priorisation et une certaine fermeté.**
    - *« Le problème c'est surtout que les patients viennent souvent pour 3 motifs de consultation différents. Quand vous avez discuté en plus un peu prévention (…) La consultation se rallonge » (E5)*
    - *« De toute façon, au cours d'une consult il n'y a jamais un problème unique (…) Maintenant je pense que c'est un tel bordel pour avoir un rendez vous, ils en profitent. Le motif initial est passé, mais comme j'ai le rendez vous j'en profite pour autre chose » (E11)*

- *« Après il y a un débordement. Au niveau des demandes donc là, il faut… il faut calmer le jeu. Et, éventuellement les revoir dans un second temps. Je pense que c'est pareil pour mes confrères aussi. Trop de demandes sur une même consult » (E19)*

- **La demande de certificat en tout genre est croissante, chronophage et jugée plus fréquemment injustifiée et inadaptée.**
  - *« Après il y a le renouvellement de toutes les ALD. Ça c'est sans arrêt. Après, il y a les demandes diverses et variées. COTOREP, trucs, machins… Certificat de ci, certificat de l'un. Le coté administratif est assez lourd » (E1)*
  - *« Notamment ces certificats MDPH. Les demandes de certificats dans tous les sens. La crèche qui me demande un certificat comme quoi le gamin peut bien réintégrer la crèche. Mais bon, donc je fais maintenant des certificats. Quand je vois maintenant un gamin pour un truc qui est contagieux, je fais en même temps le certificat qui dit que « je certifie qu'il pourra probablement réintégrer la crèche dans 3 jours » ; ça ne veut rien dire mais il y a un papier (…) et ça c'est la tendance sécuritaire qui est insupportable » (E18)*

- **Les médecins ne voient plus d'urgences vitales en cabinet grâce au développement du réseau de soins d'urgence permettant une sérénité d'exercice et un gain de chance pour les patients.**
  - *« Ce qui a beaucoup changé c'est les motifs de recours aux soins. Je ne vais pas faire la vieille conne mais à l'époque on traitait les infarctus en direct, les OAP. Toutes les urgences c'était pas du tout organisé. Et donc il fallait des fois, laisser la salle d'attente pleine et partir une heure parce que c'était vraiment la vie de quelqu'un qui était au bout du fil. Et puis on n'avait pas du tout le screening qui est fait actuellement. Donc tu ne savais pas du tout ce qu'il pouvait y avoir au bout du fil. Et donc des fois c'était gravissime. Donc ça, ça a beaucoup changé. Et en Médecine Générale maintenant on gère. Donc on a plus ce stress de la vie qui peut basculer, si on entend pas la bonne demande. Donc il y a beaucoup moins de stress » (E6)*
  - *« Deuxième chose, je suis à côté de l'hôpital de Grasse, et maintenant on a une vraie organisation pour les situations urgentes. Avant on pouvait avoir un mec qui se présentait en sang au cabinet maintenant on ne le voit plus (…) Après c'est aussi apaisant de se dire que des motifs vitaux, on a plus à les gérer au cabinet sans les moyens suffisants. C'est un gain de chance pour les patients » (E9)*
  - *« Après je ne vois plus d'urgences. Déjà, je ne suis pas équipée et puis il y a une bonne organisation des structures d'urgence. Donc quand il me semble que je n'ai pas ce qu'il faut, je leur dit de faire le 15. J'entends pour l'urgence vraie. C'est d'ailleurs un avantage. Moins de stress » (E10)*

En choisissant Médecine générale, les médecins recherchaient la diversité, la nouveauté, l'inattendu…La réalité semble un peu différente mais pas forcément à l'origine d'un mauvais vécu de la profession. En effet, en toute chose on peut trouver un intérêt particulier. Il suffit d'adopter le bon point de vue.

Aussi, s'ils trouvent qu'on consulte plus « facilement » qu'avant, ils ne pensent pas, pour autant, que la venue soit injustifiée. Ils ont pris conscience, au fil du temps, que nous sommes dans une société anxieuse avec besoin de réassurance, de preuves attestant notamment d'une bonne santé. Et surtout, les patients ont besoin de verbaliser ce mal être. Alors le médecin est un allié de

taille de par son accessibilité, sa disponibilité et la relation qui unit soignant et soigné. Toutefois il n'y a pas non plus que des bons côtés et les médecins regrettent d'être parfois plus des gendarmes et des administratifs. Ils doivent fréquemment freiner les patients et les demandes multiples au cours d'une même consultation. Rédiger sans cesse des certificats « aberrants » liés à une tendance là encore "sécuritaire".

Enfin, une dernière modification et non des moindres : la raréfaction de l'urgence vitale en libéral. Du fait, d'une évolution des réseaux de soins parallèles compétents, comme le 15 ou autres SOS médecin, les médecins généralistes ne voient plus d'urgences vitales en cabinet et ressentent clairement un soulagement et une sérénité au quotidien.

Finalement, alors que nous pensions conclure à un développement de consultations abusives pour des motifs injustifiés, la plupart des médecins interrogés nous prouvent le contraire. A noter toutefois, que cette idée repose largement sur l'image qu'ont ces médecins de leur métier, de leur Médecine qui doit être « générale » et pour tous.

6. Un besoin grandissant d'éducation des patients

Au fil des entretiens, nous nous sommes rendu compte que la plupart des paramètres reposaient sur une nécessité : l'éducation des patients. Pendant longtemps, on a parlé d'éducation concernant la maladie, sa surveillance et ses traitements. Mais son autre aspect a été négligé et, semble actuellement faire partie intégrante d'un exercice dans de bonnes conditions : l'éducation psycho-sociale. L'objectif étant de guider le recours aux soins, d'encadrer l'auto-information via internet et d'habituer à une disponibilité et un savoir parfois « limité ».

6.1. L'éducation du patient par le médecin est devenue une priorité

- **Le médecin mise sur « l'éducation préventive » pour limiter les débordements.**
    - *« Ensuite il faut éduquer les patients mais comme pour la campagne de prévention. Le médecin peut ne pas être toujours disponible. Les examens complémentaires ce n'est pas automatique comme pour les antibiotiques » (E1)*
    - *« Et puis moi je trouve qu'une femme qui a 2 enfants, qui vient parce que l'une a une rhino ou une gastro banale. C'est un échec de notre part. Je n'ai pas bien fait l'éducation. Parce que la rhino n'a aucune raison de venir en consultation » (E4)*
    - *« Avec tous les services de soins d'urgences … SOS, le 15. Maintenant on est plus tranquille. A condition qu'on explique ça aux patients. La nuit, le weekend, on peut rien pour eux. La douleur thoracique à domicile, c'est pas pour nous » (E7)*

6.2. Le revers de la médaille d'une société high tech

- **Les patients semblent avides de connaissances mais ne maitrisent pas les informations, ce qui nécessite une plus grande vigilance des médecins avec explications adaptées, mise en garde et insistance pour le développement d'un esprit critique.**
    - *« C'est sûr que maintenant les patients arrivent en ayant cherché avant. Notamment sur internet. Nous on fait pareil donc pourquoi pas eux. Mais on reste le médecin. Il faut juste expliquer qu'il n'a rien compris, que ça ne marche pas comme ça » (E9)*

- *« Maintenant j'ai des gens sympathiques qui sont plus informés qu'avant. Bien sûr ils vont sur internet mais ça ne change pas grand chose sur ma consultation. Je pense que les patients que j'ai… je pense que j'ai réussi à les éduquer en quelque sorte. Regarder sur internet c'est inévitable, garder une distance également. Alors ils me demandent » (E10)*
- *« Après c'est sûr tous mes patients sont sur internet, moi même je suis un peu geek, je ne peux pas leur en vouloir. Et donc ils arrivent avec leur idées. « Ah non non non la bipolarité ce n'est pas une humeur qui change entre le matin et l'après midi, ce n'est pas ça ». Maintenant ils comprennent facilement » (E11)*

- **Le développement des examens complémentaires et des techniques médicales est une tentation pour les patients qui doit être encadrée strictement par les médecins généralistes pour limiter l'abus.**
  - *« Ils arrivent avec des douleurs au cou et ils demandent déjà l'IRM cervicale. On leur explique. Je leur dit que d'abord je les examine. Ensuite on verra s'il y a besoin de faire un examen complémentaire. On fait attention, on prend des pincettes. C'est sûr ça prend un peu plus de temps » (E15)*
  - *« Ils disent « voilà, Docteur j'ai un rendez vous pour une IRM du genou, il me faut la prescription » (…) Oui, ils changent ils deviennent plus exigeants mais, à mauvais escient. Ils veulent tous les examens qui puissent apporter quelque chose » (E17)*
  - *« Il y a un mercantilisme de la médecine qui est vraiment, que je trouve moi épouvantable. Ca a été mon plus gros problème au fil du temps. Et là même aujourd'hui, il y a des gens que je vois mais gros comme une maison, ils sont là pour faire tourner la maison, les machines qu'ils ont fait. Ils proposent des actes qui sont en premier plan dans les revues de ceci cela. Donc ils vendent et quand ils ont fait tourner tout mais ça ne donne pas de bons résultats… Mais ils ont facturé derrière puis ils disent « bin débrouillez vous ». Et donc voilà, c'est pas des correspondants que je souhaite pour mes patients, c'est des gens qui se font mousser et qui, comme c'est dans tous les bons magazines, ils ont droit. Et quelque part, toi avec tes conseils de pondération, quand tu dis « attendez réfléchissez, prenez vous en charge vous même. Ça, ça va rien vous faire, on vous vente je sais pas quoi ». Les gens te regardent, ils ne te croient pas, « il est passéiste » (…) Alors que… avant on était pas… il n'y avait pas autant de marchands de prestations médicales non justifiées. Pour moi non justifiées. C'est le revers de l'évolution de la Médecine, purement médicale » (E18)*

- **Le médecin a toujours su dire « non » mais désormais, il doit se justifier ardemment et obligatoirement.**
  - *« C'est un peu lourd à gérer. Enfin, pas lourd mais il faut bien choisir ses mots pour expliquer, rassurer et demander ou pas, prescrire ou pas » (E15)*

En plus de l'éducation liée aux maladies chroniques ou à la prévention, le médecin réalise de plus en plus une éducation sociale. On pourrait presque la comparer à celle donnée par des parents à leurs enfants. Cette nécessité est en lien direct avec l'évolution de la société et son fonctionnement high tech. Comme les médecins, d'ailleurs, les patients utilisent de plus en plus internet. Pour un symptôme, ils espèrent un diagnostic. Pour un examen complémentaire, ils

veulent une explication. Pour un traitement, ils relèvent les risques et effets secondaires. Finalement, le statut du patient n'est plus le même car il a une connaissance. Les médecins sont d'ailleurs partagés à ce sujet. Pour certains, la situation est insupportable avec un sentiment de « flicage », de nécessité d'explications, de justifications. Ils ressentent ces discussions comme une mise en accusation. Pour d'autres, ils n'y aucun impact. Enfin, certains trouvent au contraire que la relation en est rendue plus intéressante car interactive.

Pour autant, tous s'accordent à dire que les patients ont des difficultés à interpréter les données récupérées. Alors, tout se joue lors de la consultation. Un nouveau rôle est d'écouter leur idées, en expliquer les limites, et la nécessité de recul et d'objectivité quand à leur propre situation. L'idée est d'insister sur le caractère unique et variable de chaque individu. Le tout pour un échange de qualité au fil des consultations.

7. L'image du médecin : entre nouveautés et représentation historique

A partir des informations concernant l'évolution du profil des patients en termes d'exigences et de comportements, les médecins ont compris que leur statut a évolué. Ils sont conscients et acceptent ça. Mais leur sentiment profond est ébranlé. Une part d'eux-mêmes est soulagée de ne plus être au même rang que les énarques entrainant une distance incohérente avec leur mission de médecin généraliste. Mais, en parallèle ils ont ce sentiment perturbant de regretter d'être une profession comme les autres alors qu'ils sont justement au service de l'humain. Alors, ils se raccrochent à des notions fards, qui portent encore la profession : le médecin généraliste est un pilier dont l'avis reste incontournable et, les patients sont finalement plutôt fidèles.

- **Le médecin est ambivalent : entre l'acceptation de n'avoir plus le statut de notable et le regret d'être un professionnel comme les autres.**
    - *« Maintenant c'est sûr on n'est plus sur un piédestal comme dans les années cinquante. Les patients discutent nos diagnostics et nos prescriptions (…) Il y a quarante ans de ça, quand j'étais petite, ma mère elle me faisait laver pour aller chez le Docteur, il fallait que le pyjama soit super propre, peignée, les couettes et tout… Maintenant ? Mais c'est n'importe quoi (…) Il n'y a plus de respect. Donc plus de considération » (E1)*
    - *« Alors qu'avant, tu avais un interlocuteur, au même rang que l'instituteur, que le curé… Qui étaient ces notables, le notaire. Qui avaient le savoir. Ils étaient là pour t'aider. Dans une atmosphère de confiance, de confidence. Et ça, à nous de le recréer. Et je pense que ça, les gens sont plutôt demandeurs » (E3)*
    - *« Quand j'ai débuté, les patients d'un certain âge, la petite Rosette descendait du trottoir pour me laisser passer, ôtaient le chapeau pour me saluer. Moi j'étais très gêné. Je me disais que je n'avais pas fais la Médecine pour en arriver là. (…) Maintenant je n'ai pas de regret que personne ne me salue (…) Je suis noyé dans la masse. Mais à un moment donné, je me dis sur le plan financier j'aimerais bien une reconnaissance (…) Où le médecin était avec le curé, le notable, le roi… mon père l'a vécu et m'a dit que ce n'était pas une très bonne chose. Néanmoins retrouver un niveau social, sociologique… parce que aujourd'hui, je t'assure, aujourd'hui si ça continue, on va nous mettre une casquette, avec employé de la sécu et les gens vont taper à la porte « c'est quoi çà, j'en ai marre de faire la queue,… je suis prioritaire » » (E8)*

- **Le médecin admet et accepte de ne pas être irremplaçable et indispensable.**
    - *(à propos des congés) « Mais maintenant on se préserve. Avant je n'osais pas. Je me disais que si je n'étais pas là, personne ne serais là. Maintenant il y a quand même les remplaçants et toute l'organisation des consultations d'urgences, SOS, etc.… et puis ça ne se faisait pas » (E1)*
    - *« Je pense que maintenant je me préserve. Tout simplement parce que on est pas indispensable » (E7)*
    - *« Et admettre qu'on est pas indispensable. On n'abandonne pas les patients quand on prend un congé. Il y a beaucoup de confrères autour » (E16)*

- **Désormais, le médecin accepte et assume d'avoir des limites.**
    - *« Je ne me prends pas la tête. Si je ne sais pas quelque chose, j'adresse » (E1)*
    - *« Maintenant je crois que les patients ont intégré le fait qu'on peut ne pas savoir ou ne pas être sûr et avoir besoin d'aide. J'ai même l'impression, parfois, surtout les plus jeunes, que ça les rassure » (E8)*
    - *« Mais, parce que moi aujourd'hui je suis capable de dire « Madame, je ne sais pas ». Autrefois, on nous enseignait qu'il ne fallait jamais dire ça (…) Moi je trouve ça plus intéressant au jour d'aujourd'hui » (E13)*

(Des caractéristiques préservées)

- **Une satisfaction : l'avis du médecin généraliste reste incontournable.**
    - *« Mais on est généraliste et ça fait partie de notre métier. Et c'est d'ailleurs pour ce genre de pathologies qu'ils viennent le plus parce que sur internet ils ne trouvent pas la solution. Le rhume ils l'auront toujours. C'est notre métier » (E8)*
    - *« C'est sûr que maintenant les patients arrivent en ayant cherché avant. Notamment sur internet. Nous on fait pareil donc pourquoi pas eux. Mais on reste le médecin. Il faut juste expliquer qu'il n'a rien compris, que ça ne marche pas comme ça. Et de toute façon, ils viennent toujours consulter, c'est bien signe qu'on a le dernier mot » (E9)*
    - *« Ils discutent un peu c'est normal. Mais au final, celui qui a le dernier mot c'est celui qui est derrière le bureau dans ce fauteuil. J'ai encore le dernier mot » (E20)*

- **L'image de médecin de famille est conservée grâce à des patients fidèles.**
    - *« Eh bien, les patients fidèles qui reviennent, c'est ceux qui me conviennent » (E3)*
    - *« Maintenant, ils sont sympas. Je crois qu'on a appris à se connaître mutuellement. Chacun se respecte. Et la chance que j'ai c'est qu'ils sont contents d'avoir un médecin en montagne. Alors ils sont plus informés, plus exigeants, des fois attirés par la nouveauté mais ils reviennent toujours » (E18)*

Bien que les médecins généralistes soient des hommes et des femmes comme les autres, aspirant à une vie de famille et une vie sociale extra-professionnelle, ils n'en sont pas moins des soignants. En réalité, il s'agit d'une modification de l'image de leur métier, de ce qu'il représente et de son importance au quotidien par rapport au « reste ». Ils sont liés à leurs patients par une relation forte mais avec le temps, il y a eu des « aménagements ». Et finalement le statut du médecin aux yeux des patients a également évolué.

Face à ce constat, les médecins qui recherchaient cette prise de conscience, se sont alors trouvés déstabilisés. Entre la satisfaction d'être proches de leurs patients et celle, justement, de rentrer dans le « commun ». Du fait de leur rôle social, les médecins se veulent semblables à leurs patients mais, du fait des études et de leur engagement au quotidien, ils estiment cependant ne pas

être comme les autres. C'est à ce moment là de notre travail, qu'on peut pointer du doigt la complexité de cette notion de reconnaissance. Les médecins sont satisfaits que les patients recherchent malgré tout toujours leur avis et qu'ils soient fidèles, mais on peut sentir le besoin d'une reconnaissance aux dimensions multiples.

Partie F

Conditions de travail liées au monde socio-politico-médico-économique : relation entre l'Etat, la sécurité Sociale, le monde de la recherche médicale et les médecins généralistes

1. Le refus d'une Médecine d'Etat, ou la lutte pour un exercice libre

La plupart des médecins généralistes exercent actuellement en libéral. Et, malgré une certaine liberté dans leur fonctionnement, ils ont de plus en plus l'impression d'être sous la coupe d'une hiérarchie qu'ils n'avaient pas choisie ou dont ils n'avaient pas conscience jusqu'alors. On comprend que l'Etat impose… Et, malheureusement, il semble que ce ne soit pas souvent à bon escient. Ainsi, les médecins accusent un manque de légitimité et une représentation erronée de la réalité. Alors, il y a un désamour, un refus et des revendications. Principalement, un refus d'être « fonctionnaire de l'Etat » sous ces conditions et une nécessité de revoir les rôles, les droits et les devoirs de chaque protagoniste du système de santé.

1.1. L'Etat : absence de légitimité et raisonnement en dehors de la réalité

- **Formé par ses pairs, le médecin considère que l'Etat n'a pas de légitimité pour lui imposer une façon d'exercer.**
    - *« Donc pour le moment je n'appartiens pas à la ROSP. Je travaille pour moi, pas pour l'Etat. J'ai eu des professeurs qui m'ont formé, très bien d'ailleurs. Je suis niçoise. Ils m'ont appris à faire de la bonne Médecine. (…) C'est pas parce que la Sécu me dit (…) J'essai de faire comme on me l'a appris » (E1)*

- **Les médecins dénoncent une méconnaissance de l'Etat concernant la réalité de l'exercice en libéral.**
    - *« On nous vend tout le temps des rémunérations en plus si on fait ci ou ça. Des carottes, tout le temps. Comme le CAPI, tout ça, moi je n'étais pas pour du tout » (E1)*
    - *« L'Etat veut tout contrôler. Il veut tout régimenter. Et il y connaît rien. Voilà je pense qu'il y a un problème de légitimité. A la fois c'est le rôle de l'Etat. A la fois il devrait plutôt organiser, donner des moyens aux professionnels de s'organiser, de mieux travailler, plutôt que d'imposer la solution » (E6)*

- **Pour les médecins, l'accessibilité aux soins est un faux problème.**
    - *« Quand on dit que les gens consultent pas parce que… C'est pas vrai. Je le crois pas. Je veux dire… Un paquet de cigarette je sais pas combien ça coute… 7euros ou je sais pas quoi. Si on leur fait le tiers payant et qu'ils n'ont pas de mutuelle, c'est 6,90. C'est moins cher qu'un paquet de clopes » (E1)*
    - *(à propos du tiers payant) « Et ça ne résoudra pas quand MST dit qu'il y a 20% de gens qui ne peuvent pas aller en consultation. C'est pas chez le médecin généraliste. C'est les consultations dentaires. Les soins dentaires, l'optique et les prothèses auditives. C'est pas le reste. Et on fait des actes gratuits. Tous ! » (E13)*

- **L'Etat devrait s'intéresser à redéfinir le rôle de chaque protagoniste du système de santé.**
    - *« Tout les jours, on y pense quand on travaille. Par exemple il y a des extensions de missions qui sont données à des professionnels. Par exemple, le laboratoire de biologie qui a le droit d'étendre à partir de notre prescription, sans indication clinique, il étend notre prescription. Il a le droit de faire plus. Donc il fait plus. Et toi on va te dire que tu dois faire attention à tout et plus » (E6)*
    - *« Finalement l'Etat, réduit notre rôle à pas grand chose avec cette pression financière. Il faut voir beaucoup, consulter vite, on adresse, on oriente. On perd notre valeur, notre identité. On est employé de l'Etat et bientôt des sécu. On fait des courriers, on reçoit des courriers, on rempli des justificatifs... Après, moi, la seule chose que je regrette c'est qu'on vous forme bien mais j'ai l'impression que le rôle du médecin généraliste va être très cloisonné et réduit. Dépistage, prévention, santé publique. On va rester le médecin de premiers recours mais surtout il faut orienter vite parce que c'est le spécialiste qui a le droit au diagnostic et au traitement spécifique » (E13)*
    - *« Mais on est pas soutenus. Ou on croit l'être initialement et on se fout de notre gueule. On va préférer telle ou telle maison qui rapporte. Après je pense qu'une bonne piste c'est de réorienter notre exercice. Redéfinir nos actions » (E18)*

1.2. Toujours plus de contraintes faisant craindre une restriction des libertés

- **La peur d'une perte de liberté de prescription et du choix du médecin consulté.**
    - *(à propos du tiers payant généralisé) « ... ça va participer au fait que les gens n'auront plus le choix du médecin traitant, parce qu'on va être délégué par les mutuelles. Et les mutuelles ne vont pas travailler avec tous les médecins. Alors j'ai beaucoup de patients qui me disent « toute façon moi Docteur, je changerai de mutuelle pour vous garder ». Moi je leur dit, « à 80 ans vous ne changerez pas de mutuelle, vous changerez de docteur » (E7)*
    - *« Puis dans un deuxième temps, on sait très bien que la Sécu va se retirer (...) Puis après les mutuelles en fonction du pourcentage de remboursement, auront un droit de regard sur les prescriptions. Donc vous irez voir tel médecin, parce qu'il est affilié et il vous donnera ça ou ça (...) Ne pas prescrire tel médicament parce que c'est trop cher, prescrire tel autre médicament parce qu'il est dans le répertoire de laDsécu. Donc c'est la fin de la liberté de prescription. Et de la liberté des médecins tout court » (E12)*

- **Les médecins refusent d'être fonctionnaire de l'Etat.**
    - *« On va être salarié de l'Etat sans contrat » (E7)*

- **Le fonctionnariat pourrait s'envisager s'il est négocié et donc avantageux.**
    - *« Dans ce système, la plus grande proportion de revenu du médecin ce sera décidé par le donneur d'ordre qu'est l'Etat. Tu deviens salarié. A ce moment là, je négocierai un salaire » (E3)*

- *« On est pas dans le rouage de l'Etat. Ou alors on nous donne le statut de salarié complet avec congés payés, les congés maternité pour les femmes, un avancement à l'ancienneté et même un 13ème mois. Non, mais il faut voir le statut des médecins salariés de la sécu. Moi je veux bien le même contrat de travail. Là, je veux bien. Le tiers payant ET le salariat » (E12)*

- **Les médecins s'insurgent d'un climat de contraintes, d'obligations et d'adaptation unilatérale perpétuelle.**
  - *« Ils ont créé un système libéral en partant du principe que c'est ce qui leur coûte le moins cher. Mais en même temps, ils nous enferment dans des obligations et dans des contraintes qui n'ont rien à foutre avec le libéral » (E3)*
  - *« Mais bon, à coté, tout ce qu'on nous demande, je ne supporte plus » (E8)*

Au fil des années, il semble que l'Etat ait agi en autarcie, écartant les premiers concernés de toutes les grandes propositions. Alors, la sentence est lourde. Les médecins interrogés ont du mal à cacher leur haine envers ce gouvernement qui n'est plus en phase avec la réalité des choses. Comme il a été dit précédemment, les médecins ont changé, les patients ont changé. La demande de consultations est croissante avec une charge de travail écrasante. L'heure est donc à la régulation, l'organisation pour répondre à ce besoin. Les médecins sont sous pression constamment, luttant entre débordement et gestion pour une offre de soins optimale. Et l'Etat, qui devrait aider ses troupes, semble avoir pris la mauvaise direction et être plus un dictateur qu'un soutien. Les médecins ont alors le sentiment d'être des pions, des employés de l'Etat. Ils craignent qu'on se dirige vers un système où le libéral ne semble plus avoir de place. Où la liberté est écrasée par les contraintes.

Pour autant, les médecins ne se voilent pas la face et sont conscients d'une situation économique fragile et comprennent la nécessité de nouvelles décisions. Mais ils veulent faire partie des négociations pour un travail dans de bonnes conditions. D'ailleurs certains seraient prêts à accepter un système étatique avec le fonctionnariat. Mais à leur façon…

Finalement la qualité des conditions de travail est mise en danger par cette adaptation perpétuelle et forcée, demandée par les bureaucrates qui n'ont concrètement qu'un aperçu de ce qu'est l'exercice de la Médecine générale.

2. Un système de santé qui divise : entre fatalisme, adhésion et dénonciation d'une dégradation et de valeurs bafouées

Le système de santé d'un pays est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Pour ce faire, il faut surmonter des obstacles dans plusieurs domaines : effectifs des personnels de santé, infrastructures, matériel médical et médicaments, logistique, suivi des progrès et efficacité du financement. Il doit fournir des services correspondant à ces besoins et financièrement justes et traiter les patients décemment. On comprend alors que pour fonctionner, un système de santé a besoin de personnel, de moyens financiers, d'informations, de fournitures, de moyens de transport, de communication ainsi que d'orientations générales. Désormais, il est de plus en plus communément admis que, pour préserver et améliorer la santé des populations dans le monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides et efficaces capables de prévenir les maladies et d'offrir un traitement à toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants sans distinctions, où qu'ils habitent.

En ce sens, et depuis quelques années, le gouvernement via les instances adaptées (Sécurité Sociale) multiplie donc les « efforts » pour améliorer la santé de ses ressortissants. Mais comme toute innovation, il y a des bons et des mauvais côtés, une acceptation ou un rejet de la part des premiers utilisateurs. Le point sensible semble être notamment les modalités de rémunération avec un accord sur le fond mais un refus de la forme.

2.1. Un cheminement inévitable

- **Pour certains, l'évolution de la profession et notamment celle du système de santé, est prévisible et logique mais, reste un projet non abouti.**
    - *« Je trouve l'évolution prévisible et logique. Parce qu'en fait la Loi de santé actuelle, c'est directement issu des travaux qui ont été faits par des étudiants de l'ENA il y a une dizaine d'années. Alors, on ne peut pas dire qu'on est surpris par le système. Par contre, on peut dire qu'il n'est pas abouti et pas clair » (E3)*

- **Face à un système de santé qui évolue malgré eux, les médecins s'obligent à une vigilance permanente.**
    - *« Donc finalement je crois qu'on ne peut pas dire que c'est mieux ni moins bien. Ça évolue comme tout. Je crois qu'il faut rester vigilant. Ne pas se plier à tout. Continuer de faire entendre nos points de vue » (E9)*

2.2. Modalités de rémunération

2.2.1. Un accord sur le fond

2.2.1.1. ROSP et contrôle qualité

- **La Sécurité Sociale paye des prestations médicales à ses ressortissants, il est donc légitime qu'elle en vérifie la qualité.**
    - *« Il faudrait juste des trucs normaux. Qu'on allume les médecins qui travaillent mal. Mets en place un vrai contrôle médical. Paye des médecins qui n'auront que ce rôle. Et quand les médecins font des conneries, tu leur dis et puis voilà. Et tu les déconventionnes et puis c'est tout » (E3)*
    - *« On ne peut pas aujourd'hui continuer à payer une Médecine sans en vérifier l'efficacité. C'est clair » (E13)*
    - *« Donc oui, le droit de regard de la Sécu, oui, parce que c'est normal que même si c'est obligatoire, la sécu est une assurance qui achète des soins pour ses ressortissants, euh… et qui le solvabilise du coup elle a légitimement mission de vérifier que ce qui est offert à ses ressortissants sont des soins de qualité, par convention » (E18)*

- **Le médecin est toujours soucieux d'une qualité et d'une performance dans ses soins.**
    - *« Je trouve que d'abord il n'y pas de raison de refuser. Et puis un contrat d'amélioration des performances, c'est dommage. J'ai milité pour cela pendant longtemps » (E5)*
    - *« On est dans la grande liberté de le faire ou non. Moi, je me suis toujours formée parce que je trouve que c'est une façon de rencontrer les gens, de se remettre en question, de rester dans une bonne qualité » (E6)*

- *« Donc voilà, mais par contre je vais aux réunions entre médecins parce que c'est toujours intéressant d'entendre parler des spécialistes. Depuis toujours et je pense qu'avec ça je ne suis pas trop nulle » (E7)*

- **Les médecins admettent que la Sécurité Sociale est un bon payeur en terme de prestations supplémentaires et de délais.**
  - *« Sur le ROSP, on va pas cracher dessus. Bon, quand elle dit que 23 euros en fait ça revient à 32 euros. Bon c'est quand même un revenu. Quand ça tombe, on est content. Tous les trimestres on a nos ALD. Là je vais recevoir celui du mois d'Aout, ça va être autour de 1400 euros. Tous les trimestres…Plus maintenant pour les patients de moins 16 ans, on a un complément. On est informatisé, on y arrive facilement » (E2)*
  - *« Je pense que la Sécurité Sociale s'est enfin rendu compte que le budget informatique était conséquent. La télétransmission marche bien. Quand vous cassez ça, ça coute 700 euros. Puis il y a le logiciel. Puis la mise à jour annuelle. Le logiciel pour ci pour ça. L'ordinateur dure 3 ans après il est saturé. Puis il y a les imprimantes, puis les fax, les scanners. Ils ont quand même un peu percuté. Mais sous le prétexte d'afficher les jours de consultations, le nombre… On est quand même correctement payé pour notre informatique. C'est de l'ordre de 3000 à 4000 euros » (E4)*
  - *« Alors la sécu que je hais aujourd'hui, je suis désolé de le dire mais elle est très correcte. Tu reçois dans les " jours. Tu te dis même que ce n'est pas possible. Le tiers payant Sécurité Sociale, tu es payé régulièrement, rubis sur ongle » (E8)*

2.2.1.2. <u>Tiers payant généralisé et accessibilité aux soins</u>

- **Pour les médecins, l'Assurance Sociale est le fruit d'une lutte ancienne, un droit pour tous et doit être préservée mais, sous certaines conditions.**
  - *« Et j'ai été pendant 40 ans, le plus stricte au niveau de la sécu, secteur I. J'ai été un des rares à faire ce choix. Ça fait rire les gens d'ailleurs quand je dis que c'était un choix politique. Pas pour la sécu elle même mais parce que les gens se sont battus pour la Sécu. Elle existe, c'est un acquis, je rentre là dedans » (E8)*

- **Les médecins restent logiques et admettent qu'il est stupide d'avancer une somme, remboursée dans les suites.**
  - *(à propos du TPG) « En soi il est très logique. Donner de l'argent à son médecin pour après se faire rembourser…Quelque part c'est pas du tout un bon schéma » (E3)*

2.2.2. Lutte contre la forme

2.2.2.1. <u>Une insulte à l'intellect</u>

- **Les critères d'évaluation de qualité ne sont pas en rapport avec la réalité.**
  - *« Je ne sais pas quel est le taré dans un bureau qui a inventé des chiffres comme ceux-là. On prend les chiffres de l'année précédente, on les augmente, on touche. C'est comment être débile. C'est vraiment le paiement à la débilité » (E4)*
  - *« On parle de recommandations de la Sécurité Sociale et on compare aux recommandations du patron de cardiologie parisien. Il y a peut être des conflits d'intérêts mais je pense que lui pense plutôt au patient » (E7)*

- *« Après il faut préserver sont esprit critique. La Sécu dit des choses. Nous on a l'expérience » (E9)*

- **Les médecins n'attendent pas d'être contrôlés pour mettre à jour leurs connaissances.**
  - *« Je me forme tranquillement chez moi ou quand j'ai un creux dans ma journée. Et je ne pense pas être moins compétente qu'un autre. C'est sûr ça n'apparaît nulle part. Mais j'ai ma conscience professionnelle pour moi » (E1)*
  - *« Moi, je me suis toujours formée parce que je trouve que c'est une façon de rencontrer les gens, de se remettre en question, de rester dans une bonne qualité. Parce que bien sûr tout évolue » (E6)*
  - *« Pas une obligation. Une nécessité. Personne n'est sur notre dos pour ça. Mais c'est nécessaire de se poser tranquille sans avoir le patient en face… Pour vérifier. Je veux dire, on veut garder une liberté de prescription. Il faut montrer qu'on est cohérent et se former. Je pense que c'est une pression qu'on a pas encore par l'Etat, la Sécu ou quoi mais qu'il faut se la mettre » (E16)*

- **Le repère des médecins est le retour de leurs patients.**
  - *« Je pense faire de la bonne Médecine. Mes patients ne meurent pas. Je les guéris. Donc c'est eux mon repère. C'est les patients. C'est ni la Sécu… » (E1)*

- **Les médecins ont l'impression de faire du mieux qu'ils peuvent avec les moyens qu'on leur donne.**
  - *« Ils viennent me parler de tout ça. Je leur dit que je fais le mieux que je peux. Plus, je ne peux pas. Ce n'est pas mon fonctionnement » (E1)*
  - *« Je trouve que c'est vraiment se foutre de la tête des médecins qui essaient à chaque fois de… de se lever un cul monstrueux pour leurs patients » (E14)*

2.2.2.2. <u>Une insulte à l'homme</u>

- **Les médecins n'ont pas besoin de récompense pour faire correctement leur travail.**
  - *« On nous vend tout le temps des rémunérations en plus si on fait ci ou ça. Des carottes, tout le temps. Comme le CAPI, tout ça, moi je n'étais pas pour du tout » (E1)*
  - *(à propos du ROSP) « Ça maintient je pense une bonne qualité de Médecine. Maintenant ce n'est pas ça qui dicte mon travail. Ça ne me demande pas un effort particulier parce que je réfléchis quand je travaille, quand même » (E10)*

- **Les médecins adaptent déjà leurs tarifs aux conditions socio-médicales des patients (ALD, CMU et actes gratuits).**
  - *« Personnellement moi ça fait longtemps que je fais le tiers payant Sécu. Je le fais très facilement. Parce que moi quand j'étais jeune (…) j'ai toujours fais attention à l'argent. Et je me dis, je sais ce que c'est de pas avoir de sous » (E7)*
  - *« Il y a quand même des patients nécessiteux et ceux là tu les gères au quotidien. Tu n'a pas besoin de l'Etat pour faire le tiers payant ou faire un acte gratuit. Tu les connais tu les gères comme les autres » (E8)*
  - *« Et puis les gens qui sont dans le besoin, soit ils ont la CMU, soit nous, on leur fait directement le tiers payant. Parce qu'on est quand même pas des salopards » (E10)*

- **La Médecine sociale est une conviction partagée par la plupart.**
    - *« J'ai commencé mes études en pensant et en espérant une Médecine gratuite. Aujourd'hui c'est une foutaise… Moi j'ai voulu le tiers payant intégral sur un plan éthique et moral mais aujourd'hui rien ne prouve que ça va marcher » (E8)*

- **Mais toujours la problématique freudienne de la reconnaissance par l'argent…**
    - *« Le problème c'est que quand même quand la personne en face de vous vous donne le billet et fait le chèque, elle vous honore. Et ça, ça va disparaitre. Et là c'est un changement de mentalité » (E13)*
    - *« J'estime que les gens qui vont chez le médecin ont à payer. Comme ils vont chez le coiffeur, ils payent. Je ne vois pas pourquoi chez le médecin, ils ne devraient pas payer. On appelle ça un prestataire de service. On paye. En échange de quelque chose, vous avez autre chose. C'est pas gratuit… Psychologiquement, c'est important » (E12)*
    - *« Après ne pas se faire payer l'acte en direct … oui il y en a beaucoup qui disent que c'est perdre une reconnaissance. Ça c'est une problématique de Freud…moi, entre les ALD et les gens que je fais payer, je ne pense pas qu'ils soient moins reconnaissants ceux qui sont en ALD et que je ne fais pas payer » (E16)*

2.2.3. Un combat qui partage encore : le tarif de la consultation

- **23 euros, un tarif correct.**
    - *« On travaille, certes beaucoup mais euh, c'est pas ma demande. On va dire que 23 euros une rhino-pharyngite qu'on a vu 5 min, ça compense la suspicion de phlébite pour laquelle on passe des coups de fil, on fait l'injection et on organise le reste » (E15)*

- **Le tarif de la consultation est vécu comme une honte et semble dévaloriser l'acte.**
    - *« Pour moi, l'acte 23 euros, je trouve ça ridicule, mais franchement ridicule ! Je crois qu'on doit être le seul pays au monde à avoir ce prix à l'acte » (E1)*
    - *« La consultation à 23 euros. Elle est ridicule parce qu'elle dévalorise l'acte (…) On est dans les plus faibles de l'Europe. Le prix moyen c'est 40 euros. Donc oui c'est ridicule » (E3)*
    - *« Sincèrement quand il y a des étrangers qui passent j'ai honte de dire 23 euros. J'ai un patient brésilien, que je connais depuis longtemps, qui est adorable qui m'a demandé un jour combien nous donnait en plus la Sécurité Sociale. Donc on est bien d'accord que les étrangers pensent que 23 euros c'est un complément d'honoraires » (E7)*

2.2.4. Des risques de débordement impactant sur l'exercice

2.2.4.1. <u>Un système à risque inflationniste : entre perte financière et désintérêt pour la profession</u>

- **Les médecins craignent que le tiers payant généralisé entraine une impression de gratuité avec plus de consultation à rembourser pour des motifs futiles.**
    - *« Si on donne aux gens, eh bien les gens ils vont prendre. Et là, le tiers-payant généralisé, c'est une con-ne-rie monumentale (…) Et puis surtout, je pense qu'il*

va y avoir une surconsommation. Les gens qui ont la mutuelle, mais ils vont venir toutes les semaines. Ils vont avoir l'oreille qui gratte. Ils vont venir. « Vérifiez un peu, de toute façon, je ne paye pas…Vérifiez moi l'oreille » (E1)

- *« Ce qui est une connerie monumentale parce qu'il n'y a rien de plus inflationniste. Je vous donne comme exemple une famille où il y a 6 personnes. Il y a avait le père, la mère et les quatre enfants. Quand ils ont eu la CMU, au moins 2 fois par semaine, le père avait perdu son emploi, au moins 2 fois par semaine je voyais un des membres de la famille. Le jour où ils n'ont plus eu la CMU parce que papa a retrouvé un travail, si j'en voyais un par mois c'était le maximum. Donc je veux dire c'est évident que c'est inflationniste. Les gens, ils ne payent pas, alors ils ne respectent pas » (E5)*

- **Une disparition des actes gratuits.**
  - *« Le généraliste à 23 euros, pour un patient qui vient montrer juste son bilan, alors que pendant 40 ans pour ça j'ai fait un acte gratuit, là, je ne le ferai plus. Plus d'acte gratuit » (E8)*
  - *« De toute façon il y a deux sortes de médecins. Celui qui veut vivre comme à l'époque. Etre notable, avoir la grande maison, la piscine et qui va faire des heures et des heures. Des heures, rien de gratuit » (E9)*
  - *« Et alors moi, le premier qui passera la porte, je demande la carte vitale. Autant on me ramenait des bilans, je ne faisais pas payer. Je prends entre deux, je donne des avis au téléphone. Là, il n'y aura plus de consultation téléphonique. Et je veux dire, la moindre personne qui viendra me demander un conseil ou me montrer un bilan, je prendrai sa carte vitale » (E10)*

- **Peur de l'émergence d'une catégorie de consultations « alimentaires » et sans intérêt intellectuel.**
  - *« Alors ils viennent. Alors ça nous fait vivre, maintenant c'est pas très intéressant, intellectuellement » (E12)*

- **Un sentiment de déresponsabilisation des patients et de perte de respect.**
  - *« … ça déresponsabilise énormément les patients parce que même si ce n'est que 23 euros à débourser, il y a quand même … Il y a quand même cette relation où on paye le médecin. Je veux dire on ne se pointe pas juste avec sa carte et tout est gratuit » (E10)*
  - *« Dans un premier temps c'est déresponsabiliser les gens à l'acte médical. Là ils vont vraiment venir pour n'importe quoi » (E12)*
  - *« Et puis la deuxième chose, qui est plus perverse, c'est que je pense que s'il y a le tiers payant qui est généralisé, euh, les patients ne sauront plus combien ça coûte, combien ça vaut. C'est comme s'ils allaient chercher une baguette de pain. Si elle était gratuite, ils en prendraient 2 ou 3 ou 4 pour être sûrs de ne pas manquer » (E15)*

2.2.4.2. <u>La peur de digressions dans la profession</u>

.

- **Les médecins se sentent exposés à la tentation du « passage de la carte vitale » et à la multiplication des actes.**
  - *« Tu dévalorises. Du coup tu multiplies les actes. C'est idiot. Débile » (E3)*

- *« Parce que sur le plan financier, je gagnerais de l'argent, nous gagnerions de l'argent. Par rapport à la carte vitale. Moi j'ai toujours eu des scrupules sur un plan personnel, politique, religieux à faire payer des gens malades. Il n'y a rien de pire que de dire à un patient « tu es malade, tu a un cancer du foie, par contre maintenant tu me donnes mes 23 euros et je m'occupe de toi » (…) maintenant sur un plan déontologique, je n'ai jamais pensé avoir une position, mais je vais descendre de deux étages… Quand mon avocat viendra juste me serrer la main et me dire bonjour je lui dirai « donne moi ta carte vitale » » (E8)*
- *« Après, je pense qu'on a conduit les médecins à se saborder eux même. Parce que pour survivre, ils sont obligés de faire des choses qui ne sont pas correctes et de s'user la santé… ça fait que ça éviterait les dérives de euh… de multiplications des actes. Moi je pense que la multiplication des actes, si elle existe, euh… et je pense qu'il ne faut pas se voiler la face non plus, elle est le juste retour de la sous évaluation de l'acte médical. Ça c'est évident (…) Tu as beau ne pas avoir des prétentions extraordinaires, tu vas être tenté de digresser » (E18)*

Le système de santé français est un système public, financé par les cotisations sociales des travailleurs et par des impôts, qui assure l'accès à la santé pour tous les citoyens. Ce système est d'abord piloté par l'Etat, au niveau national comme au niveau régional. Une loi récente définit les grandes orientations en termes d'organisation des institutions et des ressources qui interviennent en matière de santé. Alors, deux grands enjeux se posent : la maitrise des dépenses de santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. A noter cependant qu'en France, l'Etat n'est intervenu que tardivement dans la gestion du système de santé publique. Mais, la fin du 20ème siècle et le début du 21ème siècle sont marqués par des changements organisationnels importants, qui se traduisent soit par des transferts de compétences en matière de santé, soit par l'affirmation du cadre régional comme support de l'intervention de l'Etat. Parallèlement, en matière d'accès aux soins, la loi de 2004 relative à l'Assurance Maladie redéfinit l'organisation de l'offre de soins et de la maitrise médicalisée des dépenses de santé. Elle institue notamment la notion de parcours de soins avec déclaration pour chaque assuré d'un médecin traitant.

Aujourd'hui, un des grands enjeux est donc de développer la politique de santé publique sur la base d'un « débat partagé » impliquant l'ensemble des acteurs (services de l'Etat, professionnels de santé, organisations de la société civile, collectivités territoriales,…) et leur engagement concerté pour relever les défis de santé publique auxquels ils sont confrontés au plan national comme dans les territoires. Mais malheureusement, c'est là que le « bât blesse ». Une incompréhension semble s'être installée avec l'impression d'un désamour grandissant des uns pour les autres. En effet, l'objectif est commun mais la vision de la situation au temps T et des solutions à envisager semble être discordante et malheureusement, les médecins ne savent plus quelle position prendre. Alors on a parlé de fatalisme, de lutte et d'acceptation.

Une partie en effet, semble désarmée, désabusée et constate l'évolution des choses « un point c'est tout ». Il est vrai que tout projet est fait pour évoluer. Peu importe l'issue et les acteurs, il y a un mouvement. Alors il semblerait pour certains qu'il soit préférable de prendre le train et d'essayer.

Parallèlement il y a ceux qui luttent. Mais, avec réflexion, cohérence et compréhension de la situation sociétale. Une société fragile, ayant connu une crise financière. Un souci d'accessibilité aux soins. La dette qui pèse. Alors la plupart des médecins ont admis que les nouveaux projets ne sont pas tous dénués de sens. Ils ont une certaine logique d'ou une

acceptation sur le fond. Mais ils ne sont ni finalisés ni réalisables, d'où un refus de la forme. Les réclamations portant principalement sur les modalités de rémunération.

Ainsi, il existe 6 modèles de rémunération, dont 2 sont classiques et largement utilisés en Europe : le paiement à l'acte et le salariat. Le paiement à l'acte est celui qui nous concerne principalement. Il rémunère les professionnels de soins en fonction du nombre de consultations, de visites et d'actes techniques réalisés en médecine ambulatoire ou dans un établissement hospitalier privé. Il est le mode de rémunération traditionnel des médecins libéraux généralistes ou spécialistes et il fut naturellement adopté par l'Assurance Maladie obligatoire en 1945. Une partie des médecins interrogés s'insurge de ce mode de rémunération mais surtout du tarif de la consultation et des actes. Les répercussions négatives sont nombreuses. Aujourd'hui la plus grande partie des dépenses de Sécurité Sociale concerne des maladies chroniques incurables pour lesquelles « l'acte » est inadapté… Elles imposent en effet l'intervention de plusieurs médecins et d'autres professionnels de la santé, acteurs de nombreuses prescriptions diagnostiques et thérapeutiques, qui exigent, pour être efficaces et surtout sécurisées, un suivi et une coordination que l'individualisme du paiement à l'acte ne favorise pas. Ensuite, le salaire des médecins dépendant du nombre d'actes, encouragerait les médecins à satisfaire les demandes des malades alors qu'elles ne sont pas sans risque et qu'elles ne sont pas médicalement justifiées. Soit une multiplication d'actes. Enfin, le paiement à l'acte favoriserait également « le nomadisme médical » et la surconsommation.

Toutefois, nous sommes obligés pour rester objectifs de rapporter le fait que certains médecins sont malgré tout satisfaits de cette rémunération. Cette satisfaction tenant surtout de la diversité des cas. Les consultations ne justifiant pas 23 euros rattrapent celles qui ont pris le temps de deux ou trois rendez vous.

Par ailleurs, en plus de cette rémunération à l'acte, les médecins reçoivent des prestations supplémentaires en fonction de certains critères. Il s'agit d'une « rémunération à la performance » permettant aux médecins de percevoir une somme annuelle calculée en fonction de leur taux d'atteinte de certains indicateurs. Cette rémunération à la performance est à la mode en France sous le nom de ROSP (initialement CAPI) et associe 4 volets distincts : le suivi des maladies chroniques, la prévention, l'optimisation des prescriptions et l'organisation du cabinet. Là encore, les avis divergent. Les médecins reconnaissent que l'Etat fait des efforts pour améliorer leur rémunération en leur donnant accès à des prestations complémentaires et prouvant ainsi, avoir conscience que la profession ne bénéficie pas de la reconnaissance financière qu'elle est en droit d'attendre. Mais les conditions d'obtention sont dégradantes. Les raisons : les critères d'évaluation des pratiques et le principe même de « travail à la récompense ». Les médecins trouvent pour la plupart que les paramètres d'évaluation ne sont pas adaptés à leur pratique en ville. Ils se sentent insultés intellectuellement en ce sens mais également du fait qu'ils n'attendent pas d'être récompensés pour s'assurer d'une prise en charge optimale. Par exemple, la plupart se forme malgré un manque de temps certain. Pour autant, le principe de contrôle ne les choque pas. D'une part, parce que tous adhèrent à l'objectif d'améliorer la qualité des soins en augmentant le pourcentage des patients qui sont soignés dans le respect des recommandations scientifiques et en réduisant les variations entre les pratiques médicales. D'autre part, la Sécurité Sociale finançant une prestation pour ses ressortissants, il est alors légitime qu'elle en contrôle la qualité. De plus, cela pousse en un sens le médecin à une remise en question permanente sur sa pratique.

Finalement il s'agirait d'une pratique efficace à court terme mais sans doute dommageable à long terme car elle diminuerait les motivations morales et professionnelles. Le risque serait effectivement que les médecins, désabusés et se sentant insultés et sous-considérés, ne soient motivés, pour améliorer la qualité de leurs prescriptions, que par des incitations financières et non par le désir de soigner le mieux possible les malades.

Il y a ensuite la problématique du tiers payant généralisé qui a reçu un accueil en demi-teinte. Il est important de noter, à partir des entretiens réalisés, que le principe du tiers payant

semble être déjà appliqué dans une grande partie des situations le justifiant. A savoir : les ALD qui vont consulter plus souvent car ayant besoin d'un suivi régulier, les CMU et personnes en situation sociale délicate. Pour les autres… Les médecins sont conscients qu'il est stupide d'avancer une prestation qui va être remboursée ensuite. En réalité, ils ne dénoncent pas le tiers payant généralisé, ils s'insurgent contre son caractère obligatoire. Il semblerait qu'il s'agisse d'un symbole dont la puissance ne tient qu'à son caractère optionnel et libre. Le médecin tient à son image sociale. Il se défend de n'être qu'un professionnel vénal et obnubilé par le rendement. Par ailleurs, la plupart sont opposés au TPG surtout par rapport aux mutuelles. En soi, la part Sécurité Sociale ne semble par être un problème car payée « en temps et en heure ». Par contre, pour être payé de la part des mutuelles, la gestion administrative semble lourde, chronophage et surtout incertaine.

Il faut cependant relever le fait qu'un des médecins interrogés, était totalement contre le tiers payant tout court, ne le faisant même pas pour les ALD. Il reconnaissait avoir très peu de CMU d'ailleurs. Finalement, il considérait qu'actuellement le médecin n'a pas à être social…

Parallèlement, une autre notion est tout de même ressortie : la reconnaissance par l'argent. Certains médecins ont quand même avoué le besoin d'être « gratifiés, honorés » par l'échange d'argent et ont peur d'une perte de reconnaissance et de respect. D'autres au contraire, trouvent un confort à l'absence de cet échange, ainsi déchargés d'une pression éthique et déontologique perturbante qu'est celle de demander de l'argent à quelqu'un de malade pour le soigner… Une autre remarque pertinente était celle que les ALD qui ont déjà le TPG ne sont pas moins respectueuses, alors pourquoi les autres patients concernés le seraient ?

Ainsi, arrivés à cette étape du travail, nous serions tentés de conclure à une insatisfaction globale et à un vécu douloureux de la profession : des médecins subissant continuellement et malgré eux des contraintes et un mal être certain en lien avec des difficultés de communication avec les dirigeants. Toutefois, on se rend compte qu'à côté de ce découragement, ils ont encore la capacité surprenante de relativiser, de relever le positif et de continuer d'espérer et de rêver à un avenir meilleur.

3. Malgré tout, des médecins globalement satisfaits

Lorsque les médecins interrogés ont abordé le thème du système de santé et les problématiques notamment en lien avec la rémunération, nous pouvions ressentir une atmosphère électrique. Entre frustration, désillusions et volonté de lutte.

Toutefois, et souvent spontanément, les médecins ont fini leurs complaintes par un bilan plutôt positif… Grâce à une ouverture d'esprit, une conscience de leur situation, de celle d'autrui et de la société, les médecins avouaient que « globalement » ils étaient quand même satisfaits d'exercer la Médecine générale. Satisfaits de la rémunération au son sens large mais surtout heureux de faire le métier pour lequel ils se passionnent.

3.1. De la rémunération « globale »

- **Les médecins dénoncent certains points particuliers d'obtention de rémunération mais finalement la plupart sont satisfaits de la finalité.**
  - *« Moi, je suis pleinement satisfait… Sinon il fallait prendre une autre voie. On bosse pour avoir ce qu'on veut. On en veut plus, on bosse plus… avec tout ce qui se passe…l'acte, ça change pas grand chose. On est payé quand même (…) On gagne pas des mille et des cent mais bon. Euh…C'est quand même pas si mal que ça » » (E2)*
  - *« Si tu organises ton travail, tes charges, tu t'en sors. On est loin d'être à plaindre. Mais il faut se mettre en tête qu'on ne peut plus mener la même vie qu'avant en étant médecin » (E9)*
  - *« Alors moi, je ne vais pas me plaindre de ce côté là. Je trouve qu'on gagne quand même pas trop mal notre vie » (E15)*

3.2. Du choix de la profession

- **Spontanément, une satisfaction d'exercer le métier.**
  - *« C'est un boulot formidable. On apprend tous les jours. Mais il grignote la vie personnelle si on ne fait pas attention » (E1)*
  - *« Puis ça me plait. On sait jamais vraiment ce qu'il va se passer. C'est pas que la routine. (…) Y'a des choses qui m'ont fait chier…mais maintenant je fais le métier que j'aime. C'est un métier toujours en mouvement, avec des surprises, des satisfactions (…) Moi je suis bien, je suis heureux (…) Le matin j'ai pas l'impression d'aller travailler » (E2)*
  - *« Moi, je suis content d'exercer la Médecine générale » (E3)*
  - *« Je commencerais par dire que le travail reste plaisant. Avec le temps, c'est ça qui nous fait tenir. La reconnaissance des patients. (…) Je ne regrette pas d'avoir fait ce choix. Si, c'était à refaire, je pense que je le referais (…) Je suis contente de faire ce travail » (E4)*
  - *« Moi j'aime bien mon métier, pour rien au monde je ne ferais autre chose. Maintenant il y a des choses à changer » (E5)*
  - *« Mais non, d'une manière générale, je pense que c'est un très beau métier » (E7)*
  - *« Mais il faut s'accrocher parce que ça reste le plus beau métier du monde. Mon père m'a fait aimer la Médecine. Puis j'ai appris à aimer la Médecine. Pendant des années on m'a dit « il faut être fou pour faire la médecine ». Mais j'ai répondu que la folie c'est bon (…) J'ai 67 ans, je me dis que ça fera un grand vide. Je me dis qu'il va me manquer un membre. Donc dire aux jeunes ne pas faire médecine c'est purement vénal. Moi j'ai passé ma vie dans un rêve » (E8)*
  - *« Parce que malgré tout, j'adore mon métier. J'ai vu des choses rigolotes, intéressantes, j'ai rencontré des gens. C'est une aventure » (E9)*
  - *« Moi j'adore mon métier et la Médecine tout court. Ça reste un métier magnifique. Prenant, mais magnifique. C'est une affaire de priorité » (E10)*
  - *« Alors il y a un truc qui reste magnifique c'est que vous faites ce que vous voulez. Si vous voulez pas bosser, vous bossez pas. Si exceptionnellement je veux prendre ma journée, je la prends. Je ne suis pas dépendante d'un patron. Rien que ça, ça vaut de l'or » (E11)*
  - *« Maintenant, ce métier, mon métier, je le conseillerais c'est sûr. Tout simplement parce que je n'ai aucun regret. Euh franchement, au jour d'aujourd'hui je ne vois par ce que j'aurais pu faire d'autre » (E13)*

- *« Moi je ne regrette vraiment pas d'avoir fait Médecine » (E14)*
- *« J'adore mon métier mais il faut une rigueur d'organisation » (E15)*
- *« Moi la Médecine ça m'intéresse, ça me plait » (E20)*

Les médecins sont ambivalents. Toujours partagés entre la satisfaction d'un paramètre et la volonté de l'améliorer. Après avoir expliqué les différents points de vue sur le système de santé et notamment la rémunération et avoir eu cette impression d'insatisfaction, nous avons repris les entretiens.

Nous nous sommes alors rendu compte que la plupart finissaient par avouer que finalement leur situation « n'était pas trop mal ». Ils avaient véritablement conscience d'un statut malgré tout privilégié. Des rémunérations en lien avec la densité des consultations pouvant être potentialisée et celles octroyées par l'Etat.

Finalement la conclusion est que les médecins sont des performers qui veulent le meilleur pour leurs conditions de travail dans l'optique d'un exercice de qualité. Toutefois, ils sont à un tournant où l'acceptation est branlante, remise en question et un soulèvement se murmure. Ce qui les canalise et les pousse à continuer d'exercer malgré des désaccords, c'est la passion. Tous les médecins interrogés affirment faire un métier qui leur plait. Certains parlent d'aventure. D'autres vivent dans un rêve. L'idée commune étant l'absence de regret pour ce choix de carrière.

4. De la transformation d'un Art en Business

Quand on parle de Médecine, on pense Science, Art médical, Amour pour son prochain. Quand on se tourne vers le passé, on voit son évolution avec les essais, les découvertes, les échecs. Finalement on se rend compte de la place donnée au questionnement et à l'incertitude. Mais dans un objectif : la santé des populations.

Quand on pense Business, on parle d'activité consacrée aux affaires financières et commerciales. On pense Rentabilité et Concurrence. Mais surtout, on est dans un domaine où l'impondérable n'est pas admis.

Ces deux domaines qu'on opposerait, ont pourtant spontanément et peut-être trop fréquemment, été associés au cours des entretiens.

La Médecine générale est malheureusement devenue un Business.

- **Le regret d'être devenus autant chefs d'entreprise que soignants.**
  - *« On a une entreprise et il faut la faire tourner. Donc il faut rentrer de l'argent et malheureusement ça compte de plus en plus (…) Donc, il faut composer… Et ça c'est désastreux » (E1)*
  - *« Après le choix des locaux, l'informatique, le matériel, les employés. Que ce soit la secrétaire ou la femme de ménage. C'est une vraie entreprise » (E4)*

- *« Je veux dire. On était partis pour faire l'exercice de la médecine et on se trouve quelque peu désabusé parce que …euh…c'est que ça devient du business. Et c'est pour ça que ça me gêne… Mais un cabinet médical c'est une entreprise. Je nourris une femme de ménage, je nourris un comptable. Le matériel. L'AGA. Donc ça devient une petite micro entreprise. Qui dit micro entreprise dit bien que… il faut bien qu'on parle bénéfices et dépenses. Si un moment donné, vous vous dites je vais prendre une heure ce patient. Après vous vous dites, une heure ça fait 23 euros, il vaut mieux que je fasse autre chose dans la vie. Si on pouvait ne pas penser à ça et que ça tombe » (E17)*

- **Les contraintes de rentabilité et administratives détrônent la Médecine clinique et de soins.**
  - *« Je dirais que ça n'a pas changé en quantité. Je travaille autant qu'avant. Je passe autant de temps à travailler qu'avant. Un petit peu moins de temps à faire de la médecine clinique. Un peu plus de temps à faire des paperasses (…) Il faudrait revenir à un système beaucoup plus libéral. Où on aurait plus de temps à passer avec un patient, sur une consultation » (E3)*
  - *« Si on doit vérifier pour tout le monde qui est le médecin traitant, on ne s'en sort plus. C'est 3 minutes. Chaque jour. Alors on ne fait plus de Médecine, le temps de soins devient limité » (E4)*
  - *« J'en reviens à gérer l'urgence en cabinet. Si on gérait plus nous, les petites urgences, sutures, traumas, il n'y aurait pas cette surpopulation aux urgences hospitalières. Mais on doit penser rentabilité, la faute au système de santé » (E11)*

- **La Médecine générale devient une « Médecine comptable ».**
  - *« C'est malheureux mais à cause de cette pression financière, la Médecine perd un peu son côté humain et social » (E15)*

La Médecine générale semble être devenue une médecine numérique, comptable où gestion et rentabilité sont les maîtres mots. Les médecins se désolent de cette orientation qui s'est mise en place au cours des années et qui semble inévitable aujourd'hui. La raison principale étant l'obligation de rentabilité. Pour ce faire, le patient est réduit à un cas, à un C (cotation). Le temps de soins et d'examen clinique sont limités. Et, finalement l'échange est platonique, impersonnel et le médecin se sent frustré et ne se reconnaît plus…

5. Un souhait commun : préserver une Médecine Générale de qualité, globale et variée, efficace et proche des populations

Au début de notre travail, nous avions interrogé les médecins sur les raisons ayant déterminé leur choix de carrière. Souvent étaient revenues les notions de discipline variée, de prise en charge globale et d'altruisme.

En fin d'entretien, ces notions reviennent mais ont un gout amer… La Médecine qu'on aime quand on choisit Médecine générale est en danger. Les médecins en sont désormais conscients et, la défendre, la protéger est devenue une priorité.

La solution : une optimisation des moyens. D'une part un soutien financier « cohérent ». D'autre part, un soutien humain. Les médecins veulent être proches des populations, défendre le soin et la clinique. Pour ce faire, il leur faut du temps de consultation, la capacité de se décharger

des contraintes notamment administratives et de gestion, mais également la possibilité de se ressourcer pour rester compétents et investis. Une vraie discussion financière semble donc s'imposer, mais également une revalorisation morale.

Le médecin comme tout homme a parfois besoin de soutien mais surtout besoin d'être défendu, que son rôle majeur et difficile au sein de la société soit compris et soutenu par tous.

5.1. Des décisions financières

- **Une nomenclature simplifiée et des actes rémunérés correctement permettraient de préserver la multiplicité des actes en cabinet.**
    - *« Là où j'ai à dire c'est sur la nomenclature des actes. Pourquoi, je ne suture plus ? Parce qu'il me faut un quart d'heure pour trouver…2 points à l'intérieur du bras, mettre 3 points sur la joue. Alors ou je mets n'importe quoi, et de toute façon 9 fois sur 10 la Sécu nous renvoie les papiers (…) On faisait un nombre d'actes énorme. Les sutures, les infiltr, les plâtres. On ne fait plus. Uniquement parce que c'est ingérable. » (E4)*
    - *« Je pense qu'il faudrait que ce soit revalorisé. Mais le plus gros problème, moi je vais vous dire c'est que la CCAM c'est tellement compliqué, que moi je renonce » (E5)*
    - *« Les patients avaient la confiance, ils avaient l'habitude que je les suture. Mais à moment donné, on a plus le temps et en plus, je me fais des nœuds avec toutes les nomenclatures. Euh… Je ne sais pas comment, franchement je ne sais plus. J'essaie de l'appliquer avec mon logiciel. De temps en temps il accepte, de temps en temps il refuse. Donc euh, c'est pour ça que j'en fais de moins en moins » (E17)*

- **Avec une meilleure rémunération, les médecins pourraient s'entourer de personnel et se décharger de l'administratif qui leur pèse tant.**
    - *« Si on veut que les gens fassent des papiers, qu'on leur donne les moyens pour que la secrétaire fasse les papiers. Ça c'est franchement négatif » (E6)*
    - *« Il faut nous augmenter de façon évidente. Pour qu'on se décharge de l'administratif. On a pas à faire de l'administratif » (E11)*

- **Avec une meilleure rémunération, les médecins pourraient prendre des remplaçants plus facilement et garantir cette continuité de soins qui les inquiète tant.**
    - *« Mais d'autre part il faudrait gagner plus d'argent. Pour pouvoir se payer des remplaçants » (E10)*

- **L'Etat devrait moins rembourser certaines consultations pour préserver d'autres secteurs.**
    - *« Moi je dis que la consultation n'est pas chère. 23 euros, c'est pas cher. Pas besoin de rembourser 23 euros (…) Donc, on devrait plus mettre le budget sur l'Hôpital. Le système hospitalier, on est en train de le laisser pourrir. Et pourtant, les gens qui vont à l'hôpital, généralement, on leur sauve la vie » (E1)*

5.2. La nécessité d'une politique de ressources humaines

- **Une impression pesante d'être lynchés par les médias.**
    - *« Quand il se passe un problème, on déconsidère le médecin. Dans les médias, dans la presse, les médecins sont franchement déconsidérés. C'est plus qu'une merde (…) Chaque fois qu'il y a une erreur, si on peut taper sur le cul d'un médecin. Alors là ils ne vont pas se gêner. Je trouve ça fatiguant » (E1)*
    - *« Et bien internet, les médias ça leur sert à chercher pourquoi ils ont tels symptômes mais ça fait aussi le lien avec les affaires de fautes, d'erreurs médicales, de procès… on est dans une société où il y a une phobie sur ça » (E9)*

- **Un besoin de reconnaissance de ce rôle de « pilier » dans la société actuelle.**
    - *« Il y a beaucoup d'années d'études. Ça a été des efforts. Tout le monde ne peut pas faire médecin (…) Je ne dis pas qu'on est des génies mais on a choisi quelque chose au service du public et on est absolument déconsidérés (…) Ce qu'il faut changer pour ça c'est expliquer aux patients que non le médecin, il est pas a disposition. Il est là pour soigner » (E1)*
    - *« Maintenant, je pense que c'est une histoire d'évolution. Pas particulièrement une dégradation ou alors la dégradation, c'est la dégradation de l'image. Parce que l'image du médecin, notable, celui qui sauve. Qui était une image très allégorique, c'est en train de partir. On est plus dans un service. J'ai besoin d'un service. On est des prestataires de service. Ça c'est vrai que c'est une dégradation » (E3)*
    - *« … d'abord sans professionnel de santé, on ne fait rien donc je pense qu'il faut faire attention à ses professionnels. Parce que ses professionnels c'est eux qui feront et personne d'autre. Donc je pense qu'il faut, comme dans une entreprise, avoir une politique de ressources humaines pour ces ressources humaines » (E6)*

- **Un besoin de clarifier voir de redéfinir les rôles du Médecin généraliste.**
    - *« C'est une utilisation de nos capacités différente. C'est une orientation qu'a pris la Médecine Générale. Comme la prévention, qu'on fait de plus en plus. Il faut qu'on reste quand même le premiers recours et celui à qui reviennent toutes les infos. Sans nous, sans la suspicion, la sonnette d'alarme il n'y a rien derrière. Donc il faudrait quand même qu'on nous reconnaisse un peu ça. Je pense qu'à côté des revalorisations financières, il faudrait juste une revalorisation morale. On n'est quand même pas comme l'épicier du coin » (E9)*

- **Une nécessité d'encadrer la santé des médecins.**
    - *« Un point important c'est aussi la santé des médecins. On est surchargé de travail, on est sous pression par les patients, la Sécu, l'Etat. Je pense qu'on se met de côté. Des fois on a le déclic, des fois on loupe le coche. On a parlé de "burn-out", de dépression mais il y a les autres maladies qui peuvent nous toucher. Aller faire sa colo, sa mammo… Quand est ce qu'on a le temps ? » (E1)*
    - *« …je pense qu'il faut faire attention à ses professionnels (…) Quand on est malade il n'y pas la possibilité de s'arrêter. Quand on est enceinte on s'arrête pas. On prend pas de congés maternité. Je ne vais pas rentrer dans les détails mais humainement parlant ce n'est pas quelque chose qui est très confortable. En plus avant de se dire je ne peux pas, il faut s'être rendu compte de son état. On ne s'écoute pas la plupart du temps. Il devrait y avoir de la prévention pour ça. Et quand ça dérape, en général c'est sévère » (E6)*

- *« Paradoxalement, pour un problème de santé, on peut s'arrêter sans papier mais en général c'est plusieurs jours et là on est y perd financièrement et donc on ne le fait pas (…)On a pas d'arrêt de travail. On se dit il faut que je bosse mais le soir vous avez la tête comme ça. Ça il faut pouvoir l'assumer. D'autres ils s'arrêtent un mois, ils se posent, ils réfléchissent. Alors vous, vous n'avez pas ça » (E11)*
- *« Ah bin, là c'est le somatique qui est passé devant. Un gros polype qui était déjà bien dégénérescent. Je me suis fait enlever un mélanome qui m'a valu de la chirurgie, des machins, des trucs. Oui, oui, non mais…plus des soucis digestifs autres. Je veux dire qu'il y a 2 ans, j'ai été arrêté un bon moment » (E18)*

- **Les médecins ont peur pour la formation des plus jeunes et sont partagés entre sécurité d'une Médecine basée sur des guidelines et la place donnée à l'intelligence humaine.**
  - *(à propos des jeunes médecins en formation) « C'est les former correctement. Parce qu'en Médecine Générale je pense qu'on a un gros déficit de formation parce qu'on ne nous donne pas les moyens pour ça. Et c'est quand même scandaleux (…) Donc moi je pense qu'il faut former correctement dés le départ. Pour après donner les moyens de pouvoir faire » (E6)*
  - *« Je pense qu'il faut surtout se battre sur le fait qu'on est des êtres humains, et que la Médecine ce n'est pas que mécanique, ce n'est pas une voiture et il faut qu'on garde… je pense que l'être humain est capable de se tromper mais que être trop dirigé c'est encore plus dangereux. Le patient en face… ce qu'il a dans la tête ne correspond pas automatiquement à ce qu'il a dans le corps. Il ne répond pas comme une machine. Je pense qu'il faudrait même revoir la formation du médecin. On a poussé à l'extrême les QCM. Il ne faut pas oublier qu'on est des êtres humains, qu'on est intelligents. Il y a les ordinateurs qui sont intelligents mais moins que nous » (E7)*
  - *« Maintenant vous êtes beaucoup mieux formés. Encore qu'avec les QCM il va falloir surveiller. Chaque patient est différent. Des fois, souvent, ça ne rentre pas dans une case. Tout ça pour dire que vous êtes bons mais on ne vous utilise pas à votre valeur » (E11)*

- **Des médecins découragés devant un manque de soutien pour les nouveaux projets de santé.**
  - *« Bin, nous ce qu'on aurait voulu ici c'est faire un cabinet de plus grande envergure. On était 4 ou 5 à pouvoir s'associer. Le problème c'est qu'on a pas trouvé de local. Et comme la Mairie ne met pas à disposition de locaux, on est coincés » (E12)*
  - *« Quand je suis arrivé au début, mon but c'était de créer un centre, un truc comme ça. Se regrouper (…) Donc quand j'ai proposé une association, il m'a dit " ah non, non, pas du tout" … D'ailleurs l'Etat était pour développer ces maisons de santé. Mais après ça ne suit pas. » (E17)*

- *« C'est parce que quand je suis arrivé ici, je voulais faire de l'ingénierie en développement de santé communautaire. J'ai dis, voilà une zone, a priori, en risque de privation de ressources de santé, il faut que les gens puissent s'organiser seuls (…) Et donc on a demandé à faire une maison médicale. Et donc, la première fois, j'ai été jeté, et par les confrères et par les assistances, parce qu'il n'y avait pas de demande. Et voilà. Et quand il y a eu un appel par l'Etat. Quand Sarko, a dit qu'il lui fallait, 250 maisons médicales, et donc, ça a suivi. J'ai écrit un projet. Il a été super bien reçu (…) ça a été accepté. Ca a été lancé. Et du coup la Mairie a laissé tout le monde sur le côté et elle a fait son truc » (E18*)

Comme dit précédemment le médecin gère un business. Il est chef d'une entreprise qu'il manage mais qui reste malgré tout sous la coupe d'un patron, l'Etat.

La gestion des ressources humaines est une fonction transversale dont toutes les entreprises ont besoin. Gérer les relations sociales, valoriser les carrières, recruter de bons profils sont autant de facteurs déterminants pour la réussite d'une société et qui demandent des compétences professionnelles et humaines solides. Mais l'Etat en est-il conscient ? Les médecins semblent en douter et dénoncent même l'absence de soutien.

D'une part, sur le plan financier : les demandes des médecins ne sont finalement pas focalisées sur leur rémunération propre, leur bénéfice et leur vie personnelle mais sur la pérennité et la stabilité de leur entreprise. Ils veulent également avoir plus de moyens pour optimiser l'offre de soins, se décharger des contraintes et assurer une continuité de prise en charge. L'heure n'est donc plus à vouloir vivre comme nos pairs, tels des énarques embourgeoisés. Il s'agit de vivre en accord avec des objectifs personnels raisonnés et un projet professionnel répondant aux objectifs de santé publique.

D'autre part, le médecin ne se sent épaulé ni en tant que professionnel ni en tant qu'homme. Il y a un vrai mal être consécutif à un sentiment d'irrespect et d'accusation notamment par les médias. Par ailleurs, il y a une souffrance en termes de reconnaissance pour une profession qui nécessite l'engagement de toute une vie. Initialement par des études lourdes et sélectives. Secondairement par une pratique qui demande une disponibilité si particulière que de moins en moins de personnes se sentent capables d'assumer cette mission. Enfin, les médecins avouent à demi-mot se sentir en danger. Leur santé est en danger, alors, il réclament une attention particulière, une prévention, un suivi pour tenir…

Pour autant, ils continuent d'espérer et de travailler sur de nouveaux projets en vue d'améliorer l'offre de soins, mais se heurtent encore à un désengagement de l'Etat.

6. Une évolution de la Médecine thérapeutique et d'investigation à double tranchant

Etonnement, cet aspect de l'évolution a été peu abordé, ou très brièvement, par les médecins interrogés. A l'heure actuelle, il semble que la préoccupation porte plus sur les conditions de travail inhérentes à la vie privée, au système de santé et aux patients que sur celles en lien avec l'évolution de la Médecine générale elle même. Pour autant, certaines notions intéressantes méritaient d'être explicitées. Notamment celle d'une spécificité grandissante risquant de réduire les prescriptions et diagnostics accordés aux médecins généralistes, limitant dés lors leur rôle à celui de simples coordonnateurs de soins.

- **La Médecine est en évolution perpétuelle.**
    - *« La médecine s'améliore. Les appareils d'imagerie aussi. C'est top » (E2)*

- **Dénonciation du nombre grandissant de diagnostics et traitements réservés aux seuls spécialistes.**
    - *« Ce qu'on faisait autrefois c'est que quand on prenait une pathologie A, on allait jusqu'au bout. On demandait éventuellement un avis. Mais ce n'était qu'un avis. Au jour d'aujourd'hui, vous avez une hépatite C, c'est la gastro-entérologue qui la suit. Voilà. Vous avez une polyarthrite rhumatoïde, une spondylarthrite ankylosante, euh… Vous les voyez plus (…) Et ça c'est extrêmement dévalorisant. Je trouve même que l'image que l'on donne pour les patients c'est dévalorisant. Parce que là par contre, elle vaut pas plus que 23 euros votre consultation. Elle ne se résout quand même pas qu'à une tâche administrative ? Autrefois, les 100% pouvaient être demandés par un spécialiste (…) Si vous faites un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, moi à l'époque on prescrivait les sels d'or, le Méthotrexate, maintenant on a plus le droit, on adresse au rhumato et encore, en ville ils ont même plus le droit. Ça passe à l'hôpital. Là, je viens de recevoir un courrier, le Valproate de sodium, il va falloir une prescription initiale, le Rivotril, il faut une prescription initiale. Donc on a même plus aujourd'hui la main sur les prescriptions, sauf j'allais dire les prescriptions de médecine familiale » (E13)*
    - *« C'est plus pour le domicile. Comme on est déconsidéré dans l'Alzheimer, que les médecins traitants on est des débiles mentaux et qu'ils n'y a que les neurologues qui peuvent poser le diagnostic et mettre le traitement … Alors que c'est nous qui devons demander l'ALD…Pour des gens qu'on ne peut voir qu'à domicile, qui sont limites dans les suivis » (E14)*

Quand on parle de conditions de travail, on est amené à discuter des conditions matérielles, humaines et morales mais également du travail lui même. Le développement de certains savoirs, certaines techniques facilite nécessairement le quotidien. Pourtant, rares sont les médecins à avoir abordé cet aspect de la Médecine.

Bien sûr, ils se félicitent d'exercer une discipline évolutive, en mouvement permanent mais, à l'heure d'aujourd'hui, leur pratique est largement influencée par d'autres paramètres. Cette satisfaction, à elle seule ne suffit plus à permettre un travail dans de bonnes conditions.

Pour autant, en lien avec la progression de la recherche médicale, un problème semble se dessiner, celui d'une spécialisation de la Médecine générale. Alors ce qui avait séduit initialement les médecins, à savoir la pluridisciplinarité, la gestion initiale, globale et dans le temps, peu à peu « ne se fait plus ». Certains médecins dénoncent effectivement le fait que de plus en plus de diagnostics et de thérapeutiques soient réservés aux seuls spécialistes.

A noter que ce sont les seuls moments où on a pu ressentir au cours des entretiens une espèce de trouble identitaire avec jalousie des médecins généralistes envers leurs confrères spécialistes, alors qu'en début d'entretien, lorsque les relations entre confrères ont été abordées, il semblait qu'il n'y ait plus de conflit ni de climat d'inégalités…

Partie G

Et pour l'avenir ?

1. Des avis discordants concernant le choix de la profession face aux jeunes générations

Lors de ces entretiens, nous avons abordé les conditions de travail à l'installation, les évolutions subies et choisies et la situation telle qu'elle est actuellement. Alors, on s'est aperçu que malgré une impression de mécontentement notamment sur le système de santé, la reconnaissance financière et humaine, la plupart des médecins sont satisfaits d'exercer la Médecine générale en libéral. Mais ils espèrent mieux et sont moins coopérants qu'à une certaine époque. Ils rêvent de pratiquer leur passion dans des conditions optimales répondant désormais à des objectifs professionnels réévalués mais également personnels.

Malheureusement, l'enjeu de ces projets repose plus sur les jeunes générations que sur ceux ayant connus cette évolution et la dénonçant. En effet, la plupart des médecins interrogés étant dans les dernières années de leur exercice, ils avouent malgré eux que leur âge est une retenue au soulèvement. Alors, ils encouragent la relève. Mais, ils ne s'adressent pas à tous les jeunes de la même façon. Ainsi, on se rend compte parfois d'une différence d'attitude envers leurs propres enfants et une jeunesse lambda.

- **Pour certains, une volonté assumée de succession par les enfants.**
  - *« Je ne serais pas content, je serais ravi. Ce que je fais avec toi je l'ai fait avec ma fille. Ce que j'ai dit avec toi en un quart d'heure je l'ai dit pendant 10 ans à ma fille. Mais qu'est ce que tu fais dans les études de médecine si tu ne veux pas le bureau de ton père » (E8)*
  - *« Ma fille est infirmière. Elle a essayé Médecine mais a échoué. Ça m'a fait plaisir qu'elle essaie, on a toujours envie de laisser son cabinet dans les suites » (E9)*
  - *« J'aurai bien aimé qu'ils fassent Médecine… Moi j'adore mon métier et la médecine tout court. J'aurai aimé partager ça » (E10)*

- **Pour d'autres, une préférence pour un autre choix de carrière.**
  - *« Mais on a quand même eu 2 enfants. Qui sont partis à l'étranger d'ailleurs, en Argentine. Ils ont 19 ans, ils sont jumeaux, ils sont grands. Ils font leur vie. Hors médecine d'ailleurs ! Je n'aurai pas du tout voulu qu'ils prennent cette voie. Je suis ravie qu'ils fassent autre chose et qu'ils soient partis à l'étranger » (E1)*
  - *(Réaction en cas de choix pour la Médecine Générale par les enfants) « Mal. Parce que je trouve que c'est trop prenant. On porte nos patients en soi. Ils nous poursuivent. C'est un peu lourd » (E4)*
  - *« Je ne conseille pas particulièrement notre métier parce que les perspectives d'avenir ne sont pas brillantes. C'est pas simple. On nous demande trop. C'est toujours à nous de faire des concessions. Il y a trop de contraintes, trop de responsabilités pour une rémunération qui n'est pas adaptée » (E12)*

- **Souvent, l'impression de ne pas avoir à influencer un tel choix.**
    - *« Maintenant jamais je ne me permettrais de dire « non ne fais pas médecin » (E1)*
    - *« J'ai un enfant qui est grand. Qui n'a pas fait Médecine. Cela dit, je ne me permettrais pas d'avoir un avis sur ce qu'il aurait fait » (E6)*
    - *« C'est sûr à l'heure actuelle on peut réfléchir mais j'aurais conseillé ça quand même. Ou en tout cas je ne le déconseillerais pas » (E10)*

- **Des avis divers pour leurs propres enfants mais une satisfaction que la relève soit assurée.**
    - *« Maintenant je suis contente de voir que la relève est assurée parce que c'est un boulot formidable (…) C'est quand même l'un des plus beaux métiers du monde » (E1)*

A la question de la réaction si leurs enfants faisaient ou avaient fait le choix de la profession de médecin généraliste, les avis ont été très partagés. Les passionnés qui ont une volonté de transmettre leur gout pour la discipline, un certain savoir faire mais surtout la santé de leur patientèle, assument une influence et un encouragement. D'autres ont émis des « réserves » se cachant derrière le fait de ne pas avoir le droit de conseiller ou déconseiller une profession si particulière. En effet, ce métier entraine tant de concessions et d'adaptation entre vie privée et professionnelle que le choix initial doit être personnel et libre. Enfin, il y a ceux, moins nombreux qui refusent cette orientation, aux motifs de la difficulté de porter ses patients au quotidien, d'une disponibilité aux limites « inhumaines » et de charges toujours plus nombreuses.

Par ailleurs, il est important de relever que les médecins s'abstenant de toute influence et ceux qui refusent ce choix n'ont bizarrement pas la même attitude envers leurs enfants et les jeunes générations déjà dans le bain de la Médecine… En effet, ils sont heureux de voir que la relève est assurée. Ce paramètre renforce donc cette ambivalence du médecin entre un métier qu'il aime mais qu'il subit avec une volonté d'en améliorer les conditions de pratique au quotidien.

Le résultat : des médecins partagés entre fatigue, désillusions et espoirs portés notamment à l'égard des générations à venir.

2. Des messages pour les jeunes générations : entre vigilance, ouverture d'esprit et exigences

Lors de ces entretiens, au moment d'aborder l'avenir, la plupart des médecins ont spontanément émis des idées adressées aux jeunes. Pour autant, jamais ils ne se sont placés en temps qu'exemple à suivre ou ne pas suivre. Il s'agissait plutôt de sujets devant attirer l'attention et une certaine réflexion. L'idée étant de rester ouvert et informé le plus possible sur l'évolution de la société au travers de ses différentes dimensions. De ne pas rejeter la nouveauté, mais rester prudent en gardant en tête, l'objectif principal de tous les médecins généralistes : la santé des patients.

- **Rester vigilant et exigeant…**
    - *« Je pense qu'il faut être exigeant, ne pas se contenter de ce que nous donne spontanément le gouvernement. Que ce soit les tarifs ou le reste. Il faut voir comment c'était il y a quelques années. Et voir que ça se dégrade. Qu'on a pas été revalorisés depuis des années. Ce n'est plus acceptable. Et je pense que dès le départ il faut être très exigeant et ne faire aucune concession » (E12)*
    - *« J'ai l'impression si vous voulez que, alors que c'est un métier, qui est plébiscité par les patients, et aimé par les médecins qui l'exercent… Je pense qu'en nous obligeant… Entre les lois les unes après les autres… Je pense qu'ils vont dégouter les médecins généralistes. Et je pense que plus personne ne va plus vouloir s'installer. Les jeunes doivent rester vigilants » (E14)*
    - *« Je pense qu'il faut rester vigilant aux mesures mises en place par l'Etat » (E16)*

- **… mais également objectif et ouvert face à la nouveauté.**
    - *« Après, le côté politique, système de santé, il ne faut pas l'occulter mais il ne faut pas que ça devienne obsessionnel » (E2)*
    - *« En fait, tout évolue. Il y a du mieux, il y a du moins bien. Mais une chose est sûre c'est qu'on doit y adhérer. On doit s'adapter. Sinon c'est encore plus l'enfer » (E14)*
    - *« Après à nous de prendre les bonnes choses dans l'évolution, les avancées technologiques c'est très bien. Ne pas se dire « ou la la, non ». Pas bondir sur tout ce qui bouge parce qu'au final certaines vont servir, d'autres non. On doit prendre les outils qui nous semblent nécessaires pour avancer » (E19)*

- **Préserver sa culture générale et son esprit critique dans d'autres domaines que la Médecine pure et dure.**
    - *« Former les jeunes sur le côté médical mais aussi sociétal. Leur ouvrir aussi l'esprit pour s'intéresser au fonctionnement, au métier, à leurs valeurs » (E1)*
    - *« Je pense que les jeunes générations doivent être plus présentes sur les terrains et doivent s'ouvrir. Se poser les bonnes questions à la fois sur le système de santé mais également sur la dynamique politique (…) D'ailleurs je pense que c'est ça qui manque aux jeunes générations de médecins actuellement pour aborder l'avenir correctement. C'est la culture générale. L'ouverture sur autre chose que son petit exercice » (E9)*
    - *« C'est même important de se poser les bonnes questions, au bon moment. Les jeunes doivent le faire dès le départ. Malheureusement quand on fait des études de médecine, on a la tête dedans et on sort rarement de ça. La politique, l'actualité passent au second plan. Mais c'est ça qui devient important quand on entre dans le monde du travail. Vous devriez être préparés à ça dans vos études…C'est un handicap pour vous je pense » (E10)*

- **Une idée à préserver : la priorité c'est le patient.**
    - *« En fait il faut trouver le juste milieu entre la médecine qu'on veut faire et ce qu'on nous impose, les politiques. Ça c'est le côté médico-politique. Qui est de plus en plus présent. Ça oui. Et après il y a le côté humaniste et social. Le patient, il doit quand même rester la priorité. J'ai pas fais ce métier pour rester dans ma tour d'argent » (E2)*

La société actuelle a tendance à être passéiste et à ruminer les erreurs du passé. Ainsi, la nouveauté, peu importe le domaine concerné, suscite le plus souvent suspicion et refus. Alors les jeunes générations sont prévenues qu'il ne faut pas être borné. Pour toute proposition, il est plus intelligent d'écouter, d'étudier. Alors, l'acceptation ou le refus basés sur une argumentation auront plus de poids. Mais cette capacité de jugement n'est possible que si les générations à venir travaillent à développer leurs connaissances. Mêlant culture médicale, géo-politique ou encore sociale.

Finalement, pour travailler dans de bonnes conditions, il faut refuser un système réfractaire à risque de stagnation et rechercher la progression. Cela sous-entend parfois de prendre des risques, le tout en suivant un fil conducteur : la santé du patient.

3. Et le risque de « burn-out » ?

Il apparait que la profession est finalement fragilisée par la multiplicité des paramètres intervenant dans la qualité des conditions de travail. Fragilité du fait de mécontentements, de contraintes et de luttes au quotidien. Alors il semblerait que le risque « ultime » soit porté par la notion de « burn-out ». Nous avons donc discuté de cette problématique avec l'ensemble des médecins. Ainsi, quand certains pensent qu'il s'agit d'un sur risque réel, d'autres affirment que c'est un risque commun à toute profession.

Nous avons cependant relevé une subtilité : une différence entre leur cas particulier et la profession elle même…

Enfin comme pour une pathologie lambda, une réflexion a suivi sur la façon de se protéger : la connaissance de soi.

- **Pour certains, le métier est devenu à risque mais le médecin interrogé n'est pas concerné.**
    - *« Je ne me sens personnellement pas trop à risque. Maintenant, je pense que la profession est à risque. Il y a beaucoup de pression » (E3)*
    - *« Je sais que ça existe. Est-ce que c'est un risque ? Euh…oui parce que les gens ont tendance à nous bouffer un petit peu. Oui. Maintenant moi je n'ai pas eu ce problème. J'ai tendance à leur dire merde quand je sens que ça vient » (E7)*
    - *« Personnellement je n'ai pas fait de burn-out. Il y a des moments où forcément on se sent débordé mais bon, ce n'est jamais allé jusqu'au "burn-out". Maintenant je pense que la profession est à risque » (E12)*

- **Peu admettent et assument avoir eu un « burn out ».**
    - *« J'ai fait un "burn-out" parce que je donnais tout aux patients. Tu t'investis jour et nuit. Leur vie empiète sur la tienne. .. J'en ai fait les frais c'est sûr. Je travaillais sans cesse. Je me suis coupé de tout et ça m'a couté cher. Et quand on s'en rend compte il est trop tard » (E9)*
    - *« J'ai eu déjà. Alors en fait, quand on a un cabinet, qu'on divorce, ça peut être très chaud la vie, qu'on divorce, qu'on apprend que son mec est pédophile, qu'il est psychiatre, qu'il est assermenté auprès du tribunal, que vous ne pouvez rien faire, que vous n'avez pas de preuve, que les personnes ne veulent pas parler. Et qu'il faut assumer les consultations, il faut y aller » (E11)*
    - *« J'en ai fait les frais… J'ai eu une période de burn-out. Ah bin, là c'est le somatique qui est passé devant » (E18)*

- **Pour d'autres, la profession n'est pas à risque.**
    - *(hors enregistrement, sur le pas de la porte) « Par ailleurs, il pense que tout homme à 50 ans est exposé au risque de « burn-out" mais que c'est plus une problématique hormonale que professionnelle. D'ailleurs il ne croit pas vraiment au « burn-out ». Ou en tout cas peu d'entre eux sont de vrais « burn-out ». Il faut se bouger un peu » (E8)*
    - *« Je ne crois pas qu'il y a un sur risque. Je pense que tout est une question de priorités et de choix. Pour toute profession d'ailleurs …Et je ne pense pas être un plus mauvais médecin mais je pense que la médecine n'a plus la primeur. Nos parents ne vivaient que pour leur profession. Nous, nous adaptons pour faire autre chose. Alors peut être qu'il y a un risque mais dans d'autres métiers aussi » (E10)*

- **La nécessité de connaissance de soi-même et de reconnaissance des signes annonciateurs.**
    - *« Je me dis que quand j'ai envie de les frapper, il faut que j'arrête » (E1)*
    - *« Après, on apprend à les repérer. Quand on en a marre d'écouter les gens. Quand on a des bouffées de haine. » (E4)*
    - *« Moi, ça m'arrive d'en avoir raz le bol. Quand je ne prends pas assez de congés, d'ailleurs. Je ne suis pas au « burn-out » mais je commence à voir que les patients commencent à m'irriter. Que je suis moins patient. Que je commence à moins les écouter. Voilà. je pense que c'est la surcharge de travail. Il y a un moment où on sature. Mais je pense que c'est humain… on doit apprendre à se connaître et être vigilant et reconnaître les signes avant-coureurs » (E16)*

- **Certains ont trouvé la solution en fonctionnant par cycles.**
    - *« Maintenant, j'ai compris. Je prends les congés par semaines, au moins une fois tous les 2 mois. J'en ai besoin. Quand je commence à devenir un peu hargneuse. Il faut rester vigilant. C'est fatiguant physiquement et psychologiquement » (E4)*
    - *« Pour travailler sereinement, je pense justement qu'il faut avoir des "breaks". Je pense que j'ai besoin… je pense que ce rythme de travail me convient bien. Parce que ça me permet 2 après-midi par semaine de souffler, de faire autre chose….. Je pense que j'ai un rythme de travail de 6 semaines et une semaine d'arrêt. C'est nécessaire sinon je sature » (E10)*

Si l'on entend de plus en plus parler de « burn-out », il ne s'agit pas pour autant d'une maladie récente ni d'un caprice de notre époque. Les premières références du stress au travail apparaissent dès le XIVème siècle. Toutefois, il faudra attendre les années 1970 et le psychanalyste américain Herbert J.Freudenberger pour voir naitre le terme de « burn-out » ou « syndrome d'épuisement professionnel » atteignant notamment les soignants très investis dans une relation difficile.

Le « burn-out » ou « syndrome d'épuisement professionnel » est pour beaucoup, considéré comme le mal professionnel de notre siècle. Et pour cause, à l'heure actuelle, les cas ne cessent de se multiplier. Ce syndrome combine une fatigue profonde, un désinvestissement de l'activité professionnelle et un sentiment d'échec et d'incompétence dans le travail. Il est considéré comme le résultat d'un stress professionnel chronique. L'individu ne parvenant pas à faire face aux exigences adaptatives de son environnement professionnel, voit son énergie, sa motivation et son estime de soi décliner.

Mais, fait perturbant, à l'écoute des témoignages des médecins de cette étude, les avis sont trés divergeant. En effet, certains confirment l'existence d'un sur risque dans la profession. D'une

part lié à la charge de travail en lien avec les horaires, les obligations administratives et la gestion de la douleur des patients. D'autre part, du fait d'une société aux tendances anxieuses et sécuritaires. Mais, eux, personnellement ne sont pas à risque. Ils considèrent souvent avoir le caractère les protégeant, permettant de limiter les pressions. En parallèle, il y a ceux qui assument le fait d'avoir eu des « burn-out ». Ceux là, ont d'ailleurs adapté leurs conditions de travail dans les suites. Et souvent des limites de disponibilité ont été imposées. Qu'il s'agisse d'horaires ou de disponibilité psychique envers les patients. Enfin, de rares médecins ont affirmé qu'il n'y avait pas de « sur risque ». Le risque serait présent dans toute profession à partir du moment où il y a des responsabilités, des objectifs et des obligations émanant d'une hiérarchie.

Pour autant, tous s'accordent à dire qu'il y a nécessité à rester vigilant à soi, à son ressenti de la profession. Alors, avec les années, on apprend à se connaître et à distinguer les signes de fatigue « classiques » de ceux en lien avec un épuisement et donc à risque.

Finalement si ce stress professionnel semble avoir toujours existé, il apparaît que désormais il atteint les limites de l'homme et les médecins sont de plus en plus nombreux à ne plus faire face. L'issue est parfois terrible. Le véritable enjeu se confirme : se fixer des objectifs, des limites, des signes d'alertes permettant un travail dans de « bonnes conditions ».

Discussion

Les résultats qualitatifs dans la partie précédente ont été présentés suivis de leurs commentaires analytiques. Dans cette discussion, nous reviendrons sur la méthodologie de notre étude et nous aborderons des concepts suggérés, encore non ou peu explorés.

1. Limites méthodologiques de l'étude

1.1. La théorisation ancrée ou « grounded theory »

Il est nécessaire de reconnaître que notre travail ne rempli malheureusement pas strictement les exigences de la théorisation ancrée dans la mesure où nous nous sommes servis d'hypothèses préétablies pour formuler guide et grille d'entretien. En effet, nous avons choisi de nous appuyer sur notre vécu en tant que « confrère » des médecins interrogés, et sur l'étude de la bibliographie.

1.2. Recrutement de l'échantillon

Le fait d'avoir inclus des médecins de notre entourage peut laisser penser que l'on a sélectionné un groupe aux valeurs communes. Pour autant, il est important de noter le fait que ce n'était pas la majorité et que ces entretiens ont permis de mettre en confiance l'investigateur pour la suite de l'étude.

1.3. Validité du critère d'inclusion principal

Le critère d'inclusion principal était celui d'une installation datant d'au moins 10 ans. On peut se questionner sur le fait de ne pas avoir vérifié ces données auprès du Conseil de l'Ordre. Pour autant, très souvent les médecins ont parlé de leur vécu en donnant des dates précises qui correspondaient à nos attentes.

1.4. Entretiens individuels versus focus groupe

Le plus gros point d'interrogation serait celui des modalités d'entretiens. Pourquoi le choix d'un échange individuel plutôt qu'en groupe ?

Avant de débuter les entretiens ce choix a été guidé par un souci de simplicité et d'organisation. Il est logique qu'un rendez-vous entre deux personnes est fixé plus aisément que pour un groupe. Par la suite, au cours des entretiens, ce choix a pris tout son sens. En effet, sur des sujets tels que l'évolution du système de santé qui fait grand bruit ces derniers mois ou encore le récit d'épisodes personnels de « burn-out », les médecins ont montré des sentiments de gêne. Parfois, certains ont même relevé le fait d'être enregistrés. Preuve que la présence de témoins éventuels aurait été embarrassante.

Le seul point qui reste encore discutable est celui de la dynamique de l'échange. Peut-être qu'un groupe aurait suscité plus de relances et plus de discussions sur certains thèmes qu'une rencontre en tête-à-tête ?

2. Limites de l'analyse

2.1. Absence de triangulation des données

Il faut reconnaitre que les entretiens n'ont été analysés que par un seul analyste. Une triangulation des données aurait probablement permis de limiter certains biais propres à ce dernier.

2.2. Pas de vérification auprès des participants

Toujours en lien avec l'interprétation de l'analyste, il aurait pu être intéressant de discuter dans un second temps des idées résultant de l'analyse de l'entretien avec le médecin concerné. Alors, les notions relevées auraient été confirmées ou corrigées.

2.3. Influences de l'analyste et partialité des commentaires

Bien que l'élaboration du guide d'entretien repose principalement sur notre recherche bibliographique, il s'appuie probablement, bien qu'involontairement, sur notre ressenti du sujet abordé.

Dans les suites, malgré des efforts d'objectivité, toujours en lien avec les avis que nous avions sur le thème abordé, il est possible que nous ayons orienté l'échange en insistant ou en survolant certaines notions quand elles étaient discordantes ou concordantes avec notre point de vue.

Enfin, notre partialité a été mise à rude épreuve lors de l'analyse. Là encore, il est possible que certaines notions aient été influencées par notre point de vue mais également par le souvenir de l'atmosphère de la rencontre ou de l'impression laissée par les médecins interrogés.

3. Idées principales

Pour exercer la Médecine Générale dans de « bonnes » conditions aujourd'hui, il semblerait qu'il faille satisfaire, autant que faire se peut, aux exigences suivantes :

- Mener à bien un projet de vie personnel. Avec le temps, il semble que les médecins aient pris conscience qu'en plus d'être des soignants, préoccupés par des soins de qualité et continus envers leurs patients, ils avaient besoin d'être un parent et/ou un conjoint à part entière. Alors, il s'est avéré nécessaire d'avoir un objectif de vie privée, avec un temps réservé à la famille, aux amis et aux loisirs. Nous avons ainsi développé la notion de limitation de disponibilité physique mais également psychique envers les patients. Forcément, une autre idée a été individualisé dans les suites : la nécessité de définir la place de la vie personnelle par rapport à la vie professionnelle.
- Ne pas négliger le côté « matériel » et organisationnel. Bien que les façons de travailler soient multiples et variées, certaines caractéristiques sont communes. Les médecins veulent optimiser leur emploi, en termes de moyens et en termes de temps. Aussi, on comprend que les choix du lieu d'exercice et du local prennent de plus en plus d'importance. Entre aménagement, personnalisation et appropriation du bureau. Il y a également une vraie réflexion concernant les modalités d'organisation du quotidien. On a ainsi parlé du secrétariat, de l'informatique, du planning et des modalités de consultation.

Désormais, l'objectif est donc d'avoir la capacité de « tout » gérer en limitant ce sentiment quasi omniprésent de débordement.

- Mener à bien un projet professionnel. Là encore, désormais les médecins doivent avoir une idée de la Médecine qu'ils veulent exercer. De leur rôle de coordonnateur, celui de bon interne ou encore celui de « confident ». Ils doivent choisir le type de consultations et la réalisation d'actes ou pas. Le tout en fonction de leurs préférences pour être performants mais également cohérents avec la demande, dans le souci de répondre aux besoins de santé.
- Créer un réseau. Depuis toujours il y a des réseaux, mais avec le temps, on voit que ces liens sont d'autant plus forts et efficaces que les médecins prennent du temps pour enrichir et entretenir ces relations.
- Mettre une distance avec les patients et insister sur l'éducation. Il est clair que les médecins aiment leurs patients. Pour autant ils tiennent désormais à une certaine harmonie dans la relation médecin-patient. Alors, par la force des choses, une sélection s'est imposée par les uns et les autres. Notamment via une éducation de la part des praticiens. Ils insistent plus sur leur disponibilité, les limites possibles de leur compétences ou encore la nécessité de garder une distance et un regard critique sur les informations émanant des médias et d'internet. Ils expliquent également plus « précautionneusement » la prescription ou non d'examens complémentaires ou de thérapeutiques dans un société exigeante, procédurière et sécuritaire. Enfin, ils misent sur une éducation « préventive » pour limiter les consultations abusives au cabinet ou le recours aux services d'urgences.
- Participer aux remaniements du système de santé. Actuellement les médecins valident le fond mais pas la forme de la plupart des nouvelles propositions concernant la santé. Malheureusement la révolte vient du fait qu'ils se rendent compte qu'ils n'ont pas la parole. Ils ont ce désir fort, désormais, de participer à cette évolution car ils font partie des acteurs principaux. Ensuite, sur les principes, ils rêvent surtout de reconnaissances financières et humaines de la part du gouvernement mais également des médias et des patients.
- Entretenir un culture générale, une ouverture d'esprit et travailler à de nouveaux projets. Pour ne pas se sentir frustrées, les générations à venir doivent raisonner sur plusieurs dimensions : médicales, socio-économiques et sociales. Alors, leurs propositions auront plus de poids. Par ailleurs, elles ne doivent pas rejeter d'emblée la nouveauté et doivent rester objectives. En effet, toute évolution passe par des changements et une prise de risque. Enfin, les médecins étant des performers toujours en quête d'amélioration, ils doivent persister dans les essais de nouveaux projets d'amélioration des soins.
- Apprendre à se connaître et admettre ses limites. Dans ce contexte difficile où la profession semble à l'aube d'une nouvelle aire, de plus en plus de médecins se sentent débordés et « craquent ». Le « burn-out » est grandissant. Alors, il y a nécessité de prendre conscience de ce risque, l'assumer et apprendre à reconnaître les signes annonciateurs. Le tout pour l'exercice serein et pérenne d'une passion au service de l'autre.

4. Perspectives

Le métier de médecin généraliste est un métier plébiscité par les patients, aimé par ceux qui l'exercent au quotidien et pourtant les jeunes générations semblent réticentes à faire le choix de la Médecine générale.

Nous avons décidé dans ce projet d'interroger des médecins installés et ancrés dans le système de santé actuel. Mais à postériori, et à partir des résultats obtenus, une question attire notre attention : que représente la Médecine générale et son exercice en libéral pour les jeunes générations d'omnipraticiens non encore installées ?

En raisonnant sur le même principe, on pourrait se demander si les motifs de choix initiaux sont similaires ? Alors, on pourrait imaginer au vu de l'évolution sociétale, que la définition du métier et son attractivité ne portent plus sur les mêmes critères.

Dans les suites, logiquement, on interrogerait sur les projets. D'une part nécessairement influencés par cette « nouvelle » représentation de la Médecine générale, d'autre part impactés par le fait que désormais il est établi que les jeunes générations aspirent à préserver un temps conséquent et de qualité pour des activités extra-professionnelles, entre autres familiales et de loisirs. On pourrait imaginer une intransigeance concernant l'organisation et la disponibilité. Pour autant, à partir de notre vécu et de l'expérience de nos confrères, au vu des charges financières et administratives qui sont de toute évidence de même nature pour tous, il pourrait être pertinent de suivre ces mêmes médecins au moment de leur installation et après un certain délai. Finalement, n'y aurait-il pas, comme pour leurs prédécesseurs, un temps d'acceptation afin de développer une patientèle et d'arriver à une certaine rentabilité ?

Alors on pourrait craindre que le cauchemar se répète sans cesse. Au départ, une acceptation du fait des charges de la profession, peu importe leur nature. Puis un mal être s'installerait avec un vécu douloureux. Finalement un âge qui limiterait l'envie et les possibilités de se battre. Alors un jour on arriverait probablement à saturation, à un point de non retour avec une désertification globale des territoires par la Médecine générale libérale.

Au final, l'enjeu n'est-il pas de sonder les jeunes générations avant le « grand saut de l'installation » afin d'identifier leurs rêves ? Il faudrait alors réfléchir à ce qui est faisable et ce qui ne l'est pas et le leur faire comprendre. Ainsi, on peut espérer maintenir une image attractive de la profession mais lucide et donc vécue avec sérénité.

Appuyant notre interrogation, nous avons trouvé une étude menée en France et en Belgique en 2009 et publiée dans la revue Exercer. *La Médecine générale dans le regard des futurs généralistes* (40).

Cette étude qualitative a été menée dans une université belge et deux universités françaises auprès de jeunes médecins en fin de spécialisation ou ayant terminé leur spécialisation dans les trois dernières années. Trois thématiques ont alors émergé : la vision de la discipline Médecine générale et les rôles du médecin généraliste ; leur future carrière comme médecins généralistes et l'avenir de la profession.

Ainsi, la Médecine générale est avant tout décrite comme une discipline d'intégration qui prend en compte tous les problèmes médicaux des patients, de l'aigu au chronique, de la prévention aux soins palliatifs, de l'organique au psychosocial. La Médecine générale centrée sur le patient avec cette relation privilégiée est donc perçue comme la pierre angulaire de ce métier et

est la source principale de motivation des jeunes médecins. Répondre aux besoins de leurs patients est le fondement de leur éthique professionnelle, même s'ils insistent sur l'importance d'y mettre des limites. L'obligation de permanence de soins est reconnue mais redéfinie comme une responsabilité désormais partagée dans une organisation en réseau. Toutefois, s'ils reconnaissent que la relation médecin-malade est centrale dans leur vision de la Médecine générale, ils admettent qu'elle est aussi parfois source de tension : les patients sont décrits comme trop exigeants, parfois difficiles. La notion de coordination a également été abordée. Pour la majorité, le recours aux spécialistes est une source privilégiée d'information et d'aide au quotidien. Enfin, ils revendiquent une place centrale de la Médecine générale mais se sentent peu valorisés par le public, le monde hospitalier et l'Etat.

Concernant la vision de leur carrière en tant que généraliste. La plupart des participants s'imaginent en pratique de réseau de groupe. Cette organisation permettant d'assurer une disponibilité tout en préservant une vie personnelle. Ainsi, l'enjeu majeur de leur carrière serait de concilier leurs aspirations personnelles et professionnelles. Par ailleurs, en travaillant à plusieurs, ils envisagent de s'aménager des plages d'activités professionnelles diversifiées : consultations dans les services préventifs pour la petite enfance, planning familial, travail en prison, promotion de la santé dans les écoles, enseignement, etc.

Enfin, concernant l'avenir, tous perçoivent la Médecine générale à un tournant. Ils ne s'identifient pas à leurs aînés et maîtres de stage. Ils se sentent à la fois encouragés et culpabilisés de leur vision d'équilibre personnel et professionnel. Selon eux, la Médecine générale doit relever un certain nombre de défis. Son image doit être améliorée et valorisée. Par ailleurs, ils estiment que le métier doit se réorganiser, notamment en développant des pratiques en réseau et surtout en groupe.

Finalement, nous retrouvons dans cette étude maintenant ancienne, les idées abordées avec les médecins de notre travail.

Comme proposé précédemment il semble donc nécessaire que d'autres études soient menées afin de répliquer ces résultats. L'objectif étant d'amorcer des changements profitables aux médecins pour un exercice de la Médecine générale dans les meilleures conditions avec un regain de popularité et, des soins de qualité.

Conclusion

Initialement, notre questionnement était le suivant : comment les médecins généralistes perçoivent l'évolution de leurs conditions de travail ? Nous cherchions à objectiver les paramètres influençant la qualité des conditions de travail en Médecine générale. Comprendre notamment une évolution ou pas, son origine et le vécu des médecins en retour. Par là, nous espérions statuer sur un état de satisfaction ou non dans la profession, au jour d'aujourd'hui et projetions d'imaginer l'avenir.

Actuellement, exercer la Médecine Générale dans de « bonnes » conditions, revient à exercer dans le confort et la sérénité matérielle et psychologique.

L'idée principale est celle de projet de vie. Les médecins doivent avoir une idée claire d'objectifs personnels et professionnels. Alors ils doivent fixer des limites à ne pas dépasser et reconnaitre les signaux d'alertes. Cette gestion passant par la nécessité d'imposer ses choix au sein de sa famille, au sein du cabinet et envers les patients.

Par ailleurs, les médecins ont besoin de supports. Ils attachent donc une importance particulière à créer, développer et entretenir un réseau de correspondants fiables et de qualité. Ils prennent également grand soin à éduquer leurs patients pour un fonctionnement harmonieux. Enfin, ils cherchent une reconnaissance. Pas seulement financière, bien que nécessaire, mais également de statut. Par là, on perçoit aussi le désir que l'on prenne soin d'eux…

Concernant le système de santé, la vraie problématique impactant sur la qualité des conditions de travail semble être un problème de communication, une politique autarcique. Les médecins se soulèvent mais de façon raisonnée. Ils admettent la logique de certaines propositions mais rejettent la mise en forme. Ils persistent également dans l'élaboration de nouveaux projets. On comprend alors que pour garder la passion de leur profession, ils ont besoin de continuer de rêver et d'espérer.

Finalement, malgré ce climat de mécontentement si souvent « dénoncé » dans les médias, les médecins généralistes sont en réalité, à l'échelle individuelle, globalement satisfaits d'exercer la Médecine générale malgré les conditions de travail actuelles. Leur objectif est l'amélioration progressive mais maintenant inévitable. Au risque d'un désamour et d'un abandon pour la profession.

Une partie de leurs espoirs repose sur les jeunes générations d'omnipraticiens qui doivent notamment garder une ouverture d'esprit, accroitre leur culture générale et être tenaces. Ils doivent croire en eux. Les savoirs acquis par leur formation et l'intelligence humaine innée ne doivent pas être négligés.

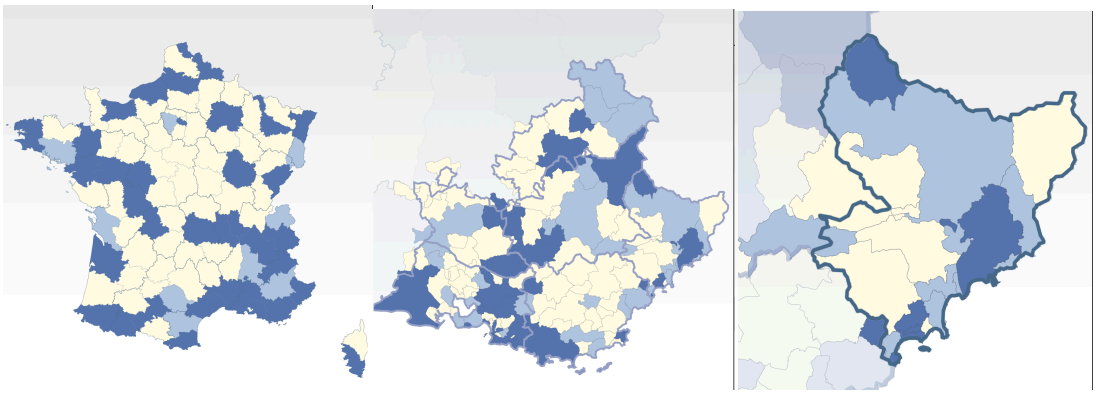
Toutefois, tout l'enjeu réside dans le fait de rester fidèle à ce qu'on est et à cet objectif qui devrait être commun à tous les médecins généralistes : la santé des patients.

Annexes

Sommaire des annexes :

Annexe 1 : Cartographie interactive (Conseil national de l'ordre des médecins)
Annexe 2 : Tableau 1/4 Caractéristiques des médecins interrogés
Annexe 3 : Tableau 2/4 Caractéristiques des médecins interrogés
Annexe 4 : Tableau 3/4 Caractéristiques des médecins interrogés
Annexe 5 : Tableau 4/4 Caractéristiques des médecins interrogés
Annexe 6 : Grille d'entretien
Annexe 7 : Tableau 1/4 Date, durée et densité des entretiens
Annexe 8 : Tableau 2/4 Date, durée et densité des entretiens
Annexe 9 : Tableau 3/4 Date, durée et densité des entretiens
Annexe 10 : Tableau 4/4 Date, durée et densité des entretiens

Annexe 1 : Cartographie interactive (Conseil National de l'ordre des Médecins)



Annexe 2 : Tableau 1/4 Caractéristiques des médecins interrogés

	E1	E2	E3	E4	E5
Secteur	I	I	I	I	I
Année d'installation	2003	1993	1990	1983	1978
Durée d'installation	12 ans	22 ans	25 ans	32 ans	37 ans
Lieu	Cagnes sur mer	Cagnes sur mer	Cannes	Grasse	Nice
Zone	urbaine	urbaine	urbaine	Semi-rurale	urbaine
Genre	femme	homme	homme	femme	femme
Age	60 ans	62 ans	55 ans	64 ans	62 ans

Annexe 3 : Tableau 2/4 Caractéristiques des médecins interrogés

	E6	E7	E8	E9	E10
Secteur	I	I	I	I	I
Date d'installation	1986	1984	1976	1990	1991
Durée d'installation	29 ans	31 ans	39 ans	25 ans	24 ans
Lieu	Valbonne	Cannes	Saint Laurent du Var	Grasse	Le Cannet
Zone	Semi-rurale	urbaine	urbaine	Semi-rurale	urbaine
Genre	femme	femme	homme	homme	femme
Age	58 ans	62 ans	67 ans	55 ans	55 ans

Annexe 4 : Tableau 3/4 Caractéristiques des médecins interrogés

	E11	E12	E13	E14	E15
Secteur	I	I	I	I	I
Date d'installation	1991	1991	1983	1999	2005
Durée d'installation	24 ans	24 ans	32 ans	16 ans	10 ans
Lieu	Valbonne	Golf- Juan	La Roquette	La Colle Sur Loup	Saint Laurent du Var
Zone	Semi-rurale	urbaine	Semi-rurale	Semi-rurale	urbaine
Genre	femme	homme	homme	femme	homme
Age	55 ans	53 ans	61 ans	52 ans	42 ans

Annexe 5 : Tableau 4/4 Caractéristiques des médecins interrogés

	E16	E17	E18	E18	E20
Secteur	I	I	I	I	I
Date d'installation	2000	1986	1982	1992	1981
Durée d'installation	15 ans	29 ans	33 ans	23 ans	34 ans
Lieu	Mandelieu	Bar sur Loup	Vésubie	Nice	Valberg
Zone	urbaine	rurale	rurale	urbaine	rurale
Genre	homme	homme	homme	femme	homme
Age	43 ans	58 ans	64 ans	52 ans	61 ans

Annexe 6 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Julia CHEVALIER. Je suis interne en dernier semestre de Médecine générale et je travaille actuellement sur mon projet de thèse.

Egoïstement je l'avoue, je cherchais un sujet qui m'intéresse et m'apporte quelque chose. Alors, après quelques mois, je me suis rendu compte que la plupart de mes questionnements rejoignaient ma future installation et donc un même thème : les conditions d'exercice de la Médecine générale.

On parle quasi quotidiennement d'une Médecine générale en crise, d'un mécontentement de la profession. Pour autant, au cours d'entretiens avec mes maitres de stage et autres collaborateurs, ce n'est pas cette atmosphère qui ressortait.

Je me propose donc aujourd'hui de mettre en évidence l'état de satisfaction ou non des médecins généralistes installés depuis au moins dix ans, ayant été témoins et/ou acteurs des divers bouleversements sociétaux, médicaux et du système de santé. Secondairement, j'espère comprendre les critères de conditions de travail nécessaires à une pratique sereine et pérenne de la Médecine générale.

L'entretien est enregistré, restera anonyme et sera retranscrit ensuite pour être analysé.

- ***données épidémiologiques :***
    - médecin généraliste
    - secteur 1
    - année d'installation (> ou = 2005)
    - durée d'installation (> ou = 10 ans)
    - lieu d'activité (Alpes-Maritimes selon le découpage du CNOM ->Cannes, Mougins, Mandelieu, Le Cannet, Antibes, Vallauris, Grasse, Cagnes sur mer, Saint Laurent du Var, Vence, Nice, Saint Etienne de Tinée, Tende, Puget Théniers)
    - zone : rurale, urbaine, semi-rurale
    - âge
    - genre

- ***données qualitatives :***
    - Les débuts :
        - Pourquoi ce choix de carrière ? (médecine, Médecine Générale, profession de parents)
        - Comment imaginiez vous votre exercice en fin d'internat ? (installation, rempla, modalité, seul, groupe, secrétaire, informatique, consult, visites, autres, spécialisation)
    - Les conditions de travail/ d'exercice :
        - Qu'entendez-vous par « conditions de travail » en Médecine Générale ? (paramètres importants)
        - Parlez-moi de votre installation initiale. (seul, groupe, secrétaire, informatique, consult, visites, autres structures, spécificité gynéco ou autre, horaires, vacances,

disponibilité, charge de travail)
- Parlez-moi de votre installation actuelle. (« «)(comparaison)

- Parlez-moi de vos patients et de la relation Médecin-malade. (entre l'installation et la situation actuelle, influence d'internet, exigences, influence de l'augmentation de la judiciarisation).
- Que pensez-vous des motifs de consultation ? (entre installation et actuellement).

- Quelles relations avez-vous avec vos confrères spécialistes ? (évolution entre l'installation et situation actuelle, accessibilité, hôpital, ville).
- Que pensez-vous de l'accessibilité aux examens complémentaires ? (entre installation et situation actuelles)

- Que pensez-vous du système de santé actuel ? (arrivée de la carte vitale, tiers payant, maison médicalisée, CAPI, ROSP, rémunération à l'acte, pris de la consultation, cotation des actes)

- Comment vous formez-vous ? (initialement, actuellement, seul, depuis obligation, modalités)

- Articulation avec la vie personnelle.

  - Quelle est votre situation familiale (marié, séparé, enfant, lien avec la profession)
  - Quelle est la profession de votre époux/conjoint ? Quel cursus ont choisi vos enfants ? Qu'auriez vous pensé en cas de choix pour la Médecine Générale ?
  - Comment avez vous organisé votre vie entre le travail et la famille (éducation des enfants, vie de couple, vacances, loisirs, entre l'installation et situation actuelle)
  - Que pensez-vous du risque de burn-out pour la profession et vous même ?

- Appréhender l'avenir.

  - A partir ce que qui a été dit lors de cet entretien, que pensez-vous de l'évolution des conditions de travail en Médecine générale ? (satisfaction d'exercice, dégradation, évolution inévitable, positif, négatif…)
  - Comment imaginez-vous l'avenir ? (pour ou contre quoi lutter, inquiétude, espoir, …)

Annexe 7 : Tableau 1/4 Date, durée et volume des entretiens

Date de l'entretien	04/08/2015	04/08/2015	07/08/2015	10/08/2015	10/08/2015
Horaire de l'entretien	11h30	15h00	13h00	9h30	14h00
Durée de l'entretien	34'12	33'50	27'33	33'00	38'00
Nombre de mots	28671	18642	13371	18604	24363

Annexe 8 : Tableau 2/4 Date, durée et volume des entretiens

Date de l'entretien	16/11/2015	12/11/2015	17/11/2015	20/11/2015	24/11/2015
Horaire de l'entretien	9h00	8h30	9h15	11h30	9h00
Durée de l'entretien	33'29	28'24	45'17	Env 45	27'27
Nombre de mots	23221	19445	26916	13739	19093

Annexe 9 : Tableau 3/4 Date, durée et volume des entretiens

Date de l'entretien	24/11/2015	24/11/2015	27/11/2015	27/11/2015	01/12/1015
Horaire de l'entretien	11h00	13h00	13h30	20h00	13h00
Durée de l'entretien	52'43	22'45	1'10'20	41'16	26'15
Nombre de mots	25399	14796	44202	27356	24271

Annexe 10 : Tableau 4/4 Date, durée et volume des entretiens

Date de l'entretien	04/12/2015	08/12/2015	11/12/2015	11/12/2015	30/12/2015
Horaire de l'entretien	12h30	15h30	10h00	14h00	17h00
Durée de l'entretien	22'35	37'10	54'30	33'17	40'23
Nombre de mots	19425	17313	29727	24727	22859

Références bibliographiques

1. Gallois P, Vallee J-P, Le Noc Y. Médecine générale en crise, faits et questions. *Médecine,* 2006 ; 2 : 223-228.

2. Winckler M. La crise de la Médecine générale. *Les tribunes de la santé* [en ligne], 2009 ; 22 : 67-74. Disponible : http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2009-1-p-67.htm. (consulté le 06/07/2015)

3. ISNAR-IMG. Enquête nationale des souhaits d'exercice des internes en médecine générale [en ligne]. 2011. Disponible : www.isnar-img.com/sites/defailt/files/ISNAR-IMG_enquete_nationale_souhait_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLET.pdf. (consulté le 06/07/2015)

4. Lucas-Gabrielli V, Sourty Le Guellec M. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001*). Bulletin d'information en économie de la santé,* 2004, n° 81.

5. Vega A, Cabe M-H, Blandin O. Cessations d'activités libérales des médecins généralistes : motivations et stratégies. *Dossiers solidarités et santé*, 2008 ; 2 : 1-15.

6. Sliman G, Perigios E, Audic Y. Le rôle et la place du médecin généraliste en France [en ligne]. 2008. Disponible : http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf (consulté le 11/01/2016)

7. Gollac M, Volkoff S. Les conditions de travail. Paris : La découverte, 2007, 122p.

8. Dejours C. *Souffrance en France*. Paris : Seuil, 1998, 227p.

9. Chiapello E, Boltanski L. Le nouvel esprit du capitalisme. Paris : Gallimard, 1999, 843p.

10. Lasfargue Y. Halte aux absurdités technologiques. Paris : Editions d'Organisation, 2003, 248p.

11. WONCA EUROPE. The European definition of general practice/family medicine [en ligne]. 2002. Disponible : www.woncaeurope.org. (consulté le 06/07/2015)

12. Lancry P-J. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la Médecine générale. Paris : Mutualité Sociale Agricole, 2007, 100p.

13. Assemblée Nationale et Sénat. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur le réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *J.O,* n°162 du 22 juillet 2009, p12184.

14. UNAFORMEC. FMC et EPP : des origines à nos jours [en ligne]. 2007. Disponible : www.unaformec.org/-FMC-et-EPP-des-origines-a-no-.html. (consulté le 12/06/2015)

15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 11 du code de déontologie. Développement professionnel continu [en ligne]. 2012. Diponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf (consulté le 15/06/2015)

16. Juppe A. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *J.O*, n° 98 du 25 avril 1996, p6324.

17. Guerville M-A, Paraponaris A, Regi J-C. Les pratiques en Médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques, et utilisation des recommandations de bonnes pratiques [en ligne]. *DRESS, Etudes et Résultats*, 2009 ; (708). Disponible : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er708.pdf (consulté le 07/06/2015)

18. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération? *Rev française des affaires sociales*, 2011 ; 65 : 124-155.

19. Ecole Nationale d'Administration. Options d'approfondissement. La rémunération des médecins libéraux. 2008-2010.

20. Le généraliste.fr. Allez ouste ! Ces confrères qui résistent encore et toujours à la ROSP… 22/02/2014.

21. Andriantsehenoharinala L. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/paiement à la performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées et leur refus. [Thèse d'exercice de Médecine générale]. [France] : Université de Montpellier I, 2014.

22. Dourgnon P, Guillaule S, Naitdich P. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Bulletin d'information en économie de la santé-IRDES, 2007, n°124.

23. Touraine M. Loi n° 2016-41 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. *J.O,* n°0022 du 267 janvier 2016, texte n°1. Disponible : http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante. (consulté le 01/02/2016)

24. Cofard J. Suite du feuilleton Loi de santé : le Sénat supprime le tiers payant généralisé [en ligne]. *Medscape.fr,* 24/07/2015. Disponible : http://francais.medscape.com/voirarticle/3601654 (consulté le 24/07/2015)

25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la Démographie Médicale au 1er janvier 2015 [en ligne]. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf (consulté le 07/ 07/2015)

26. IFOP. Les médecins, la perception de leur métier et la confiance en Marisol Touraine. *Le quotidien du médecin*, 2014.

27. Breuil-Genier P, Sicart D. Les évolutions démographiques des professions de santé [en ligne]. *Santé et protection sociale*, 2006. Disponible : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zj.pdf (consulté le 07/07/2015)

28. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A. L'exercice de la Médecine générale en libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *DREES, Etudes et Résultats*, 2007, n°610.

29. Dang Ha Doan B, Levy D, Teitelbaum J. Médecins et pratiques médicales en France. *Cahiers de Sociologie et de démographie médicale en France*, 2008, n°4.

30. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes : synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé-IRDES*, 2009, n°144.

31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Evolution du métier de médecin [en ligne]. 2001. Disponible : http://web.ordre.medecin.fr/raport/evolutionmetier.pdf. (consulté le 08/07/2015)

32. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'évolution de la relation médecins-patients à l'heure d'internet [en ligne]. 2010. Disponible : http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l'evolution-de-la-relation-medecins-patients-l-heure-d-internet-984. (consulté le 08/07/2015)

33. Assenblée Nationale et Sénat. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *J.O.* 5 mars 2002, p4118.

34. Delbrouck M. Le burn out ou la souffrance des soignants, causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant [en ligne]. Paris : De Boeck Supérieur, Cahiers de psychologie clinique, 2007 ; 28 : 121-132. Disponible : https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ebim/documents/burn_out_et_medecine.pdf (consulté le 10/07/2015)

35. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Regi J-C. Epuisement professionnel chez les généralistes en villes : prévalences et déterminants. *Santé publique,* 2009 ; 21.

36. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [en ligne]. *Commission prévention et santé publique-URML,* 2007. Disponible : www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf. (consulté le 10/07/2015)

37. Groupe Pasteur MutualitéROUPE. Vulnérabilité, souffrance du soignant. *Colloque Groupe Pasteur Mutualité,* 4/12/2008.

38. Le Feuve N, Lapeyre N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médical en France : révélateurs ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? *Rev internationales : enfance et famille*, 2013 ; 18 : 72-93.

39. Dory V, Pouchain D, Beaulieu M-D. La Médecine générale dans le regard des futurs généralistes. *Exercer,* 2009 ; 85 : 4-7.

40. Dormont B, Samson A-L. Carrières de médecins généralistes : les inégalités entre générations. *Séries études et recherches*, 2008, n°75.

41. Lapeyre-Sagesse N, Robelet M, Zolezio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux [en ligne]. *Synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins*, 2006. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisationsociologie.pdf (consulté le 10/07/2015)

42. Frappe P. Initiation à la recherche, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Paris : La revue du praticien, 2011, 216p.

43. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours [en ligne]. *Rev Med Suisse*, 2004, n° 2497. Disponible : http://www.revmed.ch/rms/2004/RMS-2497/24011 (consulté le 12/07/2015)

44. Krueger A, Casey M-A. *Focus group : A Practical Guide for Applied Research.* 4th ed. Thousand Oaks : SAGE publications, 2008, 240p.

Résumé

Introduction :
L'exercice de la Médecine générale subit depuis la fin des années 80 de profondes mutations dans divers domaines. Dans ce contexte mêlant évolution de la Médecine, évolution sociétale et réformes de santé, la profession est souvent décrite en crise. La dégradation des conditions de travail pourrait tenir une place importante dans le marasme actuel or, ce paramètre semble n'avoir été que survolé. Notre interrogation était donc de savoir comment les omnipraticiens percevaient l'évolution des conditions de travail ? En découleraient alors les critères nécessaires à une pratique de la Médecine générale dans de « bonnes conditions ».

Matériel et méthode :
Nous avons donc réalisé un travail qualitatif au cours duquel nous avons rencontré 20 médecins généralistes, en secteur I, installés depuis au moins 10 ans dans les Alpes-Maritimes. Nous avons alors réalisé des entretiens semi-dirigés, que nous avons ensuite retranscrits puis traités par analyse thématique.

Résultats :
Ce travail a permis de mettre en lumière les paramètres définissant la qualité des conditions de travail en Médecine générale libérale.
Pour le versant personnel, nous retrouvons l'importance de créer et d'entretenir une vie familiale et des activités extra-professionnelles. Ceci passant par une nouvelle représentation du médecin généraliste, de ses fonctions, de sa disponibilité et de ses limites.
Du côté professionnel, il y a d'une part la gestion de l'outil qu'est le cabinet médical, entre appropriation et organisation de la charge de travail, et d'autre part, les relations humaines, l'importance de l'échange entre confrères d'un même groupe, la qualité du réseau et la relation avec des patients aux profils en pleine mouvance. Par ailleurs, ces relations étant largement influencées par l'évolution sociétale, les médecins doivent désormais lutter contre une société devenue procédurière et exigeante, avec un mercantilisme et un abus de la Médecine et, des soins considérés comme des services. L'éducation prend d'ailleurs tout son sens. Enfin, la cohabitation entre les médecins généralistes et le système de santé avec ses dirigeants, devient de plus en plus tumultueuse. La priorité serait alors de préserver un esprit critique et objectif sur « la nouveauté ».

Conclusion :
Les médecins généralistes installés depuis quelques années, ayant connu les bouleversements de la profession, sont globalement encore satisfaits de leurs conditions d'exercice. L'importance semble être d'avoir une ligne de conduite fidèle à ce qu'on est et d'avoir un plan de vie global, privé et professionnel avec des limites claires et bien définies. L'objectif étant également de protéger l'avenir de la Médecine générale avec son médecin de famille, de préserver l'image vis à vis des populations et d'en faire la promotion auprès des jeunes générations. On comprend alors que l'heure n'est plus à l'acceptation. Les médecins se soulèvent peu à peu et prétendent désormais à des conditions de travail pour une Médecine générale sereine et pérenne selon « leurs » points de vue.

Mots-clés :
Médecine générale, évolution, conditions de travail, exercice, recherche qualitative.

Serment d'Hippocrate.

Réactualisé par le Pr. Bernard Hoerniet publié dans le Bulletin de l'Ordre des médecins, 1996, n° 4, p. 4

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.