

Comment les médecins généralistes libéraux hauts normands décident de l'organisation du temps, des outils et des ressources humaines associes à leur exercice professionnel ?

Jean-Victor Munyejabo

▶ **To cite this version:**

Jean-Victor Munyejabo. Comment les médecins généralistes libéraux hauts normands décident de l'organisation du temps, des outils et des ressources humaines associes à leur exercice professionnel ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01598008

HAL Id: dumas-01598008

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598008

Submitted on 29 Sep 2017

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2017 **N°**

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MUNYEJABO JEAN-VICTOR

NE LE 24 JUIN 1988 A GATONDE (RWANDA)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 JUILLET 2017

COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX HAUTS NORMANDS DECIDENT DE L'ORGANISATION DU TEMPS, DES OUTILS ET DES RESSOURCES HUMAINES ASSOCIES A LEUR EXERCICE PROFESSIONNEL ?

Président du jury : Monsieur le Professeur JL. HERMIL

Assesseurs : Monsieur le Professeur JF. GEHANNO

Monsieur le Docteur J. LADNER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur H. GUIHARD

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale

Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB** de la santé	Législation pharmaceutique et économie
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie

Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine **DAHYOT**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE**	Biochimie
Mme Hanane **GASMI**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Table des matières

REMERCIEMENTS 15
ABREVIATIONS 18
INTRODUCTION 19
MATERIEL ET METHODE 27
I. Type d'étude 27
A. Enquête qualitative 27
B. Entretiens individuels semi dirigés 27
II. Echantillonnage 28
A. Caractéristiques de l'échantillon 28
B. Recrutement 29
III. Recueil des données 30
A. Déroulement du recueil 30
B. Guide d'entretien 30
IV. Méthode d'analyse 31
A. La retranscription 31
B. L'analyse des entretiens 31
RESULTATS 32
I. Résultats descriptifs 32
A. Entretiens 32
B. Echantillon 32
C. Tableau d'échantillonnage 40
II. Résultats qualitatifs 41
A. Les principaux déterminants des choix d'organisations 41
B. Les autres déterminants 75
C. Les outils décisionnels 85
D. La temporalité de l'organisation 94
DISCUSSION 97
I. Schémas de synthèse des résultats 97
A. Schéma n° 1 : Mécanismes décisionnels 97
B. Schéma n°2 : Principaux déterminants des choix d'organisation 99
II. Comparaison des principaux résultats à la littérature 102
A. Recherche de l'épanouissement personnel 102
B. Pour le bien-être des patients 109
C. L'optimisation des moyens 112
D. La multiplicité des outils décisionnels 118
E. L'organisation, un processus continu et évolutif 121
III. Forces et faiblesses de l'étude 123
A. Les forces 123

B. Les faiblesses 124
CONCLUSION 125
BIBLIOGRAPHIE 128
ANNEXES 132
A. ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN 132
B. ANNEXE N°2 : PRESENTATION DE L'ENTRETIEN 135
C. ANNEXE N°3 : FICHE DE CONSENTEMENT 136
SERMENT D'HIPPOCRATE 137
RESUME 138
MOTS CLES 139

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Hermil, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Gehanno, vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Ladner, vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Guihard, je te remercie vivement d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir apporté tes conseils et ton expérience.

A tous les médecins et équipes des services qui m'ont accueilli :

- Urgences Adulte du CHU de Rouen
- Médecine Interne du CHU de Rouen
- Gynécologie-Obstétrique du CH de Dieppe
- Unité d'Accueil et d'Orientation psychiatrique du CH du Rouvray
- Médecine Polyvalente du CH du Rouvray
- Protection Maternelle et Infantile de Rouen

Je vous remercie pour votre accueil, et le savoir que vous m'avez transmis.

Aux Drs Amelot, Aquilina, Arbid, Ben Haddour, Boniol, Boujedaini, Dumouchel, Ferré, Gillet, Idrissi, Lemaire, Lenouri, Leroy, Quibel, Taalba, Vouin…, je vous remercie d'avoir été mes premiers maîtres d'internat, à vos côtés j'ai pris confiance en mes capacités de soignant.

Aux Drs Armengol, Benhamou, Bernet, Girszyn, Heron, Le Besnerais, Miranda…, je vous remercie de m'avoir aidé à acquérir un bagage solide de prise en charge de médecine polyvalente, mes apprentissages à vos côtés constitueront à jamais les bases de ma pratique.

Madame le Docteur Villamaux, je te remercie pour ton accueil bienveillant, la confiance que tu m'as accordée et pour le savoir que tu m'as transmis. Ça a été un grand honneur et un grand plaisir d'apprendre à tes côtés.

Monsieur le Docteur Curie, je vous remercie pour votre accueil, et pour le savoir que vous m'avez transmis. Vous avez partagé avec moi votre expérience, m'avez bousculé dans mes certitudes attisant ainsi ma soif d'apprendre, je vous en remercie sincèrement.

Aux Docteurs Cingotti, Fadé, Goia, Moatassim, Pop, Sigayret et Tiffréa, je vous remercie pour votre accueil et pour tout ce que vous m'avez transmis. Grâce à vous, j'ai appris à être à l'aise avec la gynécologie, ces compétences acquises me sont précieuses.

Aux Docteurs Follet, Rendu et Ben Hammou, je vous remercie de votre accueil et de m'avoir initié à la psychiatrie. Pour votre disponibilité à transmettre votre savoir, je vous suis sincèrement reconnaissant.

A Mesdames les Docteurs Kerleau, Michaut et Pariset, je vous remercie pour votre accueil, votre bienveillance, et tout le savoir que vous m'avez transmis. A vos côtés et à vélo, j'ai adoré pratiquer cette médecine polyvalente complexe de par la population soignée.

A Mesdames les Docteurs Baruzier, Leroux-Ledru et Salmona, je vous remercie pour votre accueil et pour la possibilité que vous m'offrez d'aller découvrir toutes les composantes de la protection maternelle et infantile.

A Monsieur le Docteur Bord, vous avez été un super tuteur, toujours à notre écoute et avec le souci constant de nous faire progresser dans nos pratiques, je vous en remercie vivement.

A mes supers co-internes des Urgences, Aï-Chin, Anaïs, Antonin, Arnaud, Boris, Camille, Chloé, Guillaume, Jennifer, Laure, Manon, Paul, Philippe et Thiery. Une douce pensée pour nos longues et dures journées de labeurs, nos déjeuners tardifs et nos matinées « labo » gourmandes ! Je vous souhaite à tous la réussite attendue et plein de bonheur dans vos vies.

A toi Imane, ma co-interne du « 1D », tu m'as permis d'assister à la première échographie de mon fils, et je t'en suis infiniment reconnaissant. Je te souhaite plein de bonheur avec ta petite famille, et toute la réussite que tu mérites.

A mes supers co-internes de Dieppe, Aude, Anne-Lauraine, Fabien, Lucie, Marc, Marie, et Victor. Merci d'avoir toléré mes retards pour me permettre de déposer mon fils à la fac…enfin à la crèche ! Une pensée pour nos pauses café ensoleillés et nos premiers pas balbutiant d'échographiste non confirmé. Je vous souhaite à tous la réussite attendue et plein de bonheur dans vos vies.

A Lucille, ma super co-interne de l'UNACOR, merci pour ton timing au moment du déjeuner, ta bonne humeur et ton franc parler. Je te souhaite toute la réussite que tu mérites et plein de bonheur dans ta vie.

Aux médecins qui ont participé à mon étude, je vous remercie pour votre disponibilité, ainsi que pour la richesse de vos témoignages.

A toute la Zemelerie, Cécile, Amin, Fab, Titou. Pour tous ces moments de rigolades intenses et variés, et pour tous ceux à venir !

A mes autres carabins adorés, Samy, pour tes succulents sarcasmes et surtout parce que tu es un Pirate ! César, pour ta folie douce…pas si douce ! Yacine le repenti, pour nos rigolades de jeunesse et notre « D2 bis » option salle de sport et bibliothèque. Et puis tous les autres que je n'oublie pas : Zim, Delphi, Sonia, Manue, Arty, Jeannou, Marion M…

A tous mes autres amis de Nice, de Paris, de Rouen et d'ailleurs, merci pour tous ces bons moments passés à autres choses qu'à bosser la médecine. Merci de m'avoir aidé à garder l'équilibre nécessaire pour arriver au bout de ce long cursus sans avoir l'impression d'avoir omis de vivre et de profiter.

A tata Frédé, pour tous ces bons moments en famille. Pardonne-moi de ne pas avoir l'amour des bêtes !

A Lulu et Matisse, je vous souhaite tout le bonheur et toute la réussite possible !

A belle-maman limougeaude, merci pour tous ces mets gourmands, et pour ces accueils toujours impeccables. Merci de m'avoir accueilli dans la famille, il y a quelques années déjà.

A Lydie, belle-sœur et tata-marraine, merci de m'avoir aidé dans mes retranscriptions, merci pour ta relecture assidue. Tu as été d'une efficacité exemplaire.

A toute ma famille rwandaise et à tous nos amis, je vous souhaite tout le bonheur possible !

A ma marraine et mon parrain, je pense à vous, je vous embrasse.

A mes cousins et cousines, je vous souhaite toute la réussite et tout le bonheur possible !

A mon petit frère, Vivien, Pour toutes ces parties de football indoor…dans le salon des parents et aux dégâts domestiques occasionnées, à nos parties de FIFA déséquilibrés. Je te souhaite le meilleur !

A mes chers parents, nous n'étions que de passage et le sort en décida autrement : à Nice vous deviez alors tout reconstruire. Vous êtes mes modèles de courage et de réussite, merci pour tout ce que vous avez fait et ce que vous continuez de faire chaque jour. Je vous dois ma réussite, je suis fière d'être votre fils.

A toi ma chérie, pour ton amour et ton soutien. Merci de participer chaque jour à mon bonheur. Je t'aime.

A toi notre petit Yéli, tu nous combles de ta joie de vivre, de tes sourires, de tes bisous et de tes câlins. Nous t'aimons plus que tout !

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

BNC : Bénéfices Non Commerciaux

CASA : Contribution Additionnelle de la Solidarité pour l'Autonomie

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRDS : Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale

CSG : Contribution Sociale Généralisée

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

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

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Epreuves Classantes Nationales

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

ISNAR IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PTMG : Praticiens Territoriaux de Médecine Générale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URSSAF : Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales

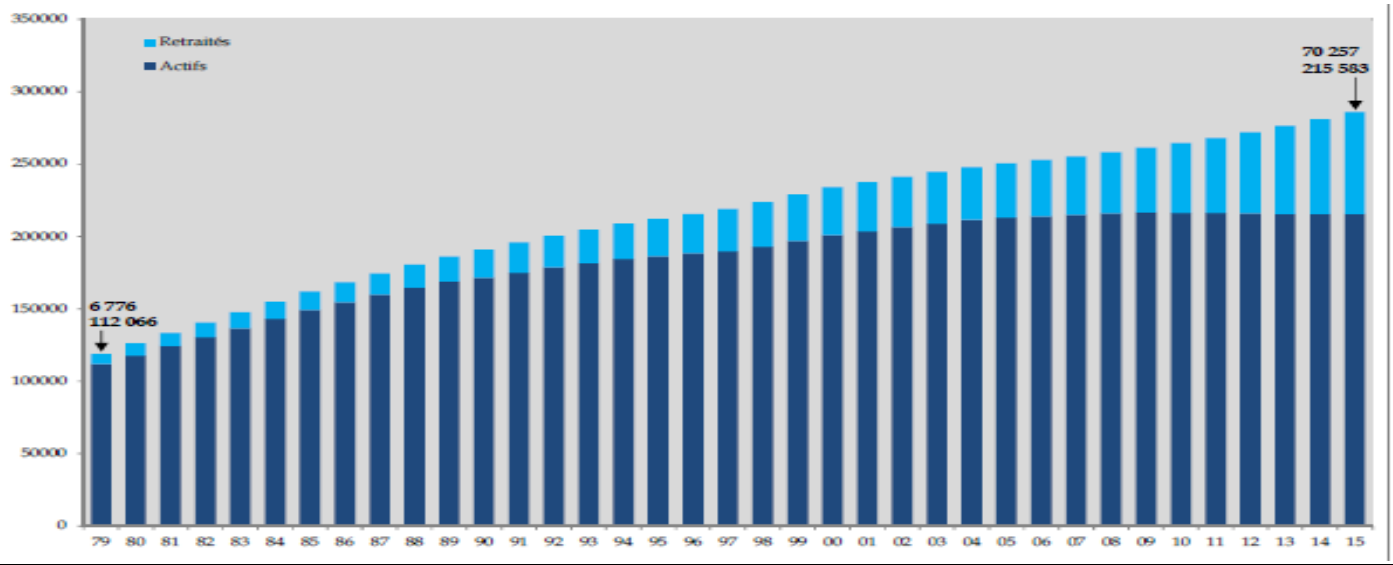
INTRODUCTION

Le monde médical est en pleine restructuration depuis la loi « Hôpital Patient Santé et Territoire » (HPST) de juillet 2009 qui recadre entre autres les rôles du médecin généraliste au centre du parcours de soins pour en faire le médecin des premiers recours(1).
Dans de nombreuses régions françaises dont la Normandie, l'accessibilité aux soins de premier recours est mise à mal par une démographie médicale déficitaire. Pour améliorer cette démographie médicale qui demeure au centre des préoccupations de santé publique, les pouvoirs publics proposent régulièrement de nouvelles mesures. Les problématiques en causes sont notamment liées à une inégalité de répartition des médecins sur le territoire et à une baisse constante des effectifs de médecins généralistes en activité régulière(2).

En France, le nombre de médecins, toutes spécialités confondues, n'a pourtant jamais été aussi élevé avec 285 840 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre au 1er janvier 2016. Néanmoins, lorsqu'on s'intéresse à l'analyse de ces chiffres, on constate que parmi ces médecins, seulement 215 583 étaient en activité (régulière ou non) dont 15 878 en cumul emploi-retraite, les 70 257 autres étaient retraités(2).

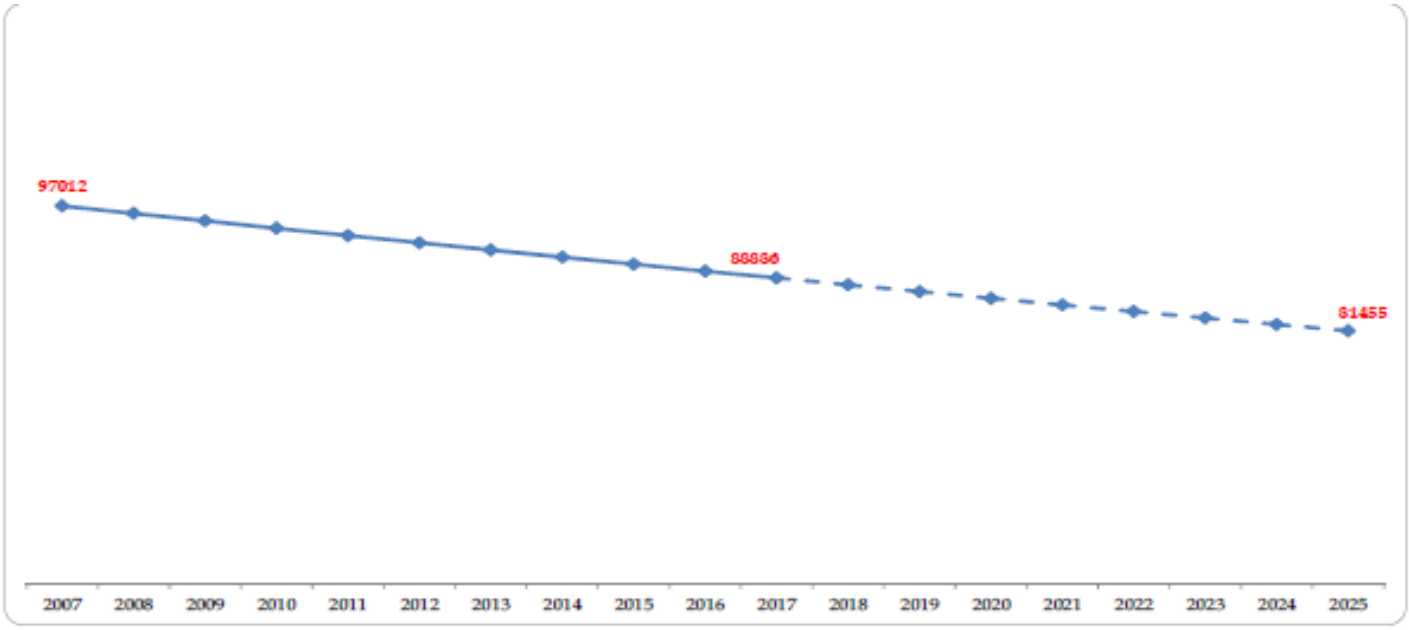
Entre 1979 et 2016, on observait une variation positive plus importante pour le nombre de retraités que pour celui des actifs. Sur cette période, le nombre de médecins inscrit au tableau de l'Ordre était passé de 118 842 à 285 840 soit une variation de + 140.5%. Toujours sur cette période, les médecins en activité (régulière ou non) enregistraient une hausse de 92.4% alors que les retraités progressaient dans le même temps de 940% (2).

Graphique n° 1 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2016 (Source Atlas national de la démographie médicale 2016)



Au 1er janvier 2016, le nombre de médecins généralistes en activité régulière sur le territoire français (tous modes d'exercice confondus) s'élevait à 88 886. On observait ainsi une variation de - 8.4% par rapport à 2007 où l'on comptait 97 012 médecins généralistes en activité régulière sur le territoire. Les projections de l'Atlas national de la démographie médicale de 2016 prévoyaient une poursuite de cette diminution jusqu'en 2025.

Graphique n° 2 : Effectifs des médecins généralistes tous modes d'exercice confondus, de l'observé à l'attendu (Source Atlas national de la démographie médicale 2016)



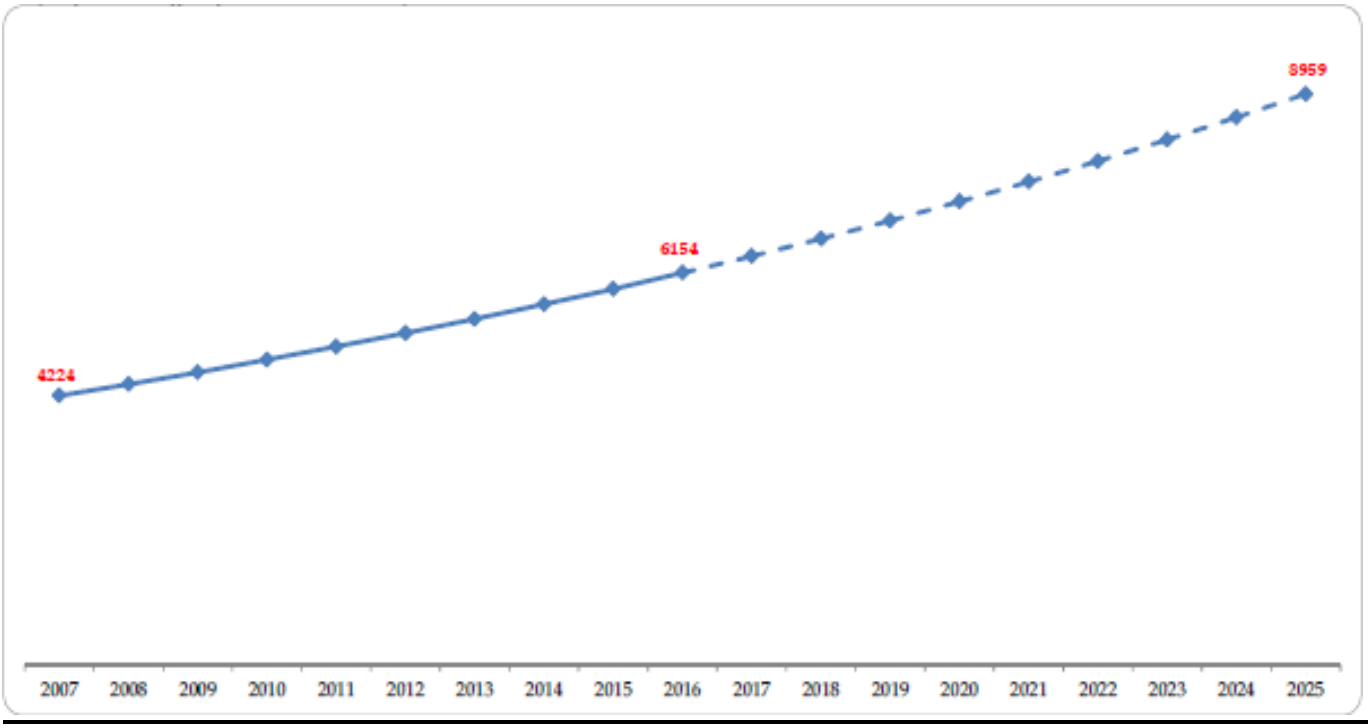
Entre 2007 et 2016, les effectifs de médecins généralistes avaient diminué dans la grande majorité des régions française, la moyenne des variations était de – 8.4%, la baisse la plus forte était observée en Ile de France avec -18.7%. En Normandie, la variation des effectifs de médecins généralistes était de - 6.4% sur la même période. L'Atlas national de la démographie médicale de 2016 recensait 4158 médecins généralistes normands tous modes d'exercice confondus contre 4442 en 2007.

Au 1er janvier 2016, les médecins généralistes normands étaient 64.5% à exercer en libéral ou mixte, soit 2682 médecins généralistes en activité régulière en libéral ou mixte.

La Haute-Normandie, zone de notre étude et intégrée à la nouvelle région Normandie depuis le 1er janvier 2016, comptait 2217 médecins généralistes à la même date. Toujours en Haute-Normandie, les variations d'effectifs de médecins généralistes étaient de – 4.7% dans l'Eure et de – 10.7% en Seine Maritimes entre 2007 et 2016(2).

De plus, la différence entre le nombre de médecins répertoriés à l'Ordre comme actifs et les médecins en activité régulière avait progressé régulièrement entre 2007 et 2016. En effet, le nombre de médecins inscrits comme actifs mais temporairement sans activité atteignait 6154 médecins en 2016 contre 4224 en 2007 soit une variation de + 46%. Des projections prévoyaient une poursuite de cette augmentation jusqu'en 2025.

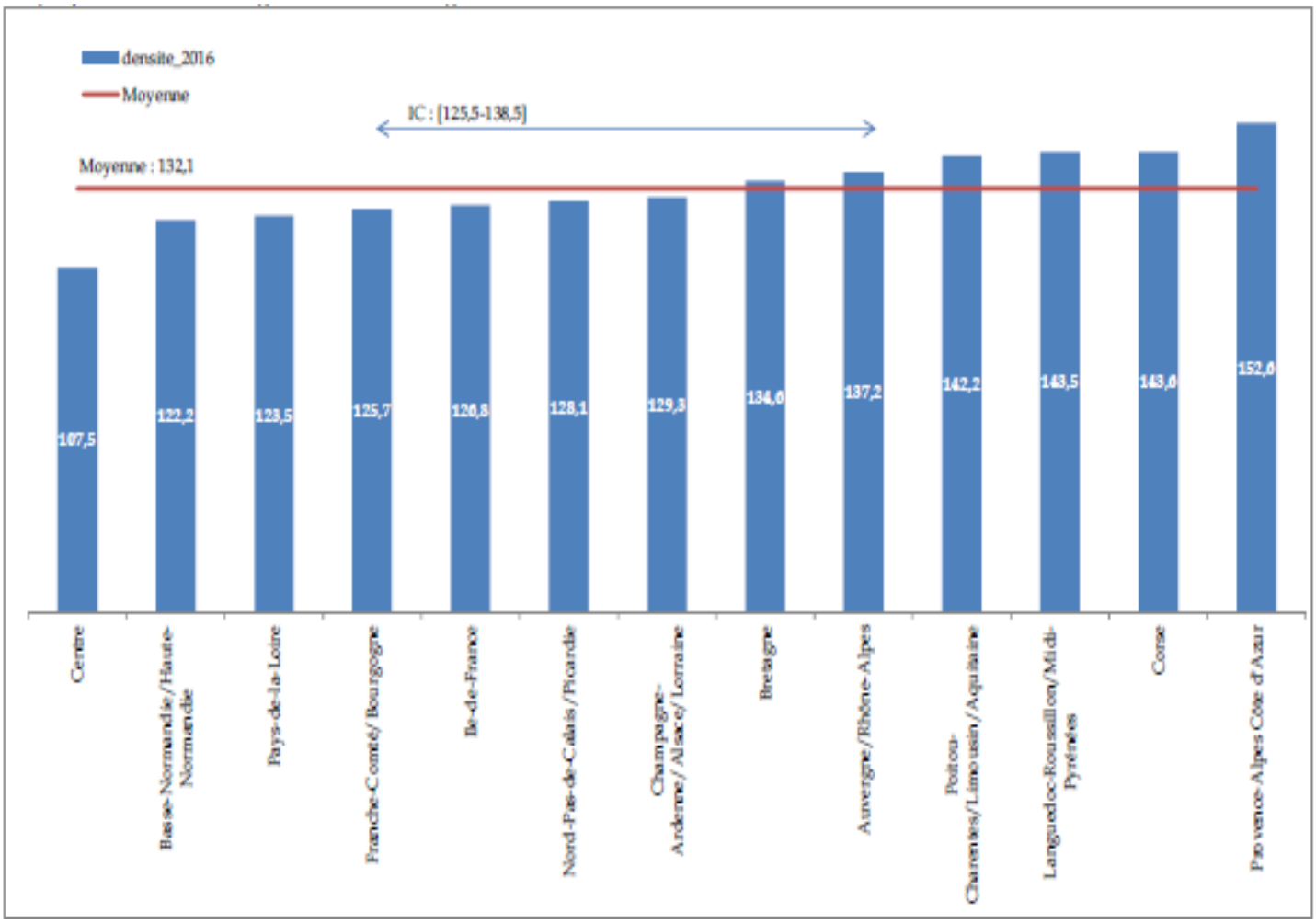
Graphique n° 3 : Effectifs des médecins temporairement sans activité, de l'observé à l'attendu (Source Atlas national de la démographie médical 2016)



En 2016, l'Atlas national de la démographie médicale objectivait une inégale répartition des médecins toutes spécialités confondues sur le territoire. La médecine générale libérale, qui intéresse notre étude, est tout autant touchée par cette inégale répartition sur le territoire métropolitain.

La densité moyenne de médecins généralistes en activité régulière tout modes d'exercice confondu sur le territoire français était de 132.1 médecins pour 100 000 habitants. La région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) était la plus dense en généraliste en activité régulière avec 152.6 généralistes pour 100 000 habitants et la région Centre la moins dense avec 107.5 généralistes pour 100 000 habitants(2). Avec une densité de médecins généralistes en activité régulière (tout mode d'exercice confondu) à 122.2 médecins pour 100 000 habitants en 2016, la Normandie était la seconde région la moins dense en généralistes en activité régulière de France.

Graphique n° 4 : Densité régionale des médecins généralistes en activité régulière (Source atlas national de la démographie médicale 2016)



Au 1er janvier 2016, concernant les médecins généralistes en activité régulière libérale ou mixte, la région PACA comptait 102.8 généralistes pour 100 000 habitants et la région Ile de France 68.5 généralistes pour 100 000 habitants, elles étaient respectivement la région la plus dense et la moins dense du territoire en médecins généralistes en activité régulière libérale ou mixte. En Normandie, la densité de médecins généralistes en activité régulière libérale ou mixte était de 84 pour 100 000 habitants en janvier 2016. La région normande était ainsi la cinquième région la moins denses en médecins généralistes en activité régulière libérale ou mixte de France métropolitaine.

De plus, l'Atlas national de la démographie médicale de 2015 observait que chaque année une part non négligeable (25%) de jeunes diplômés toutes spécialités confondues des facultés françaises ne s'inscrivait pas à l'Ordre pour exercer d'autres professions, dans le journalisme ou l'administration par exemple, accentuant les problèmes de démographie médicale en dépit des augmentations régulières du numerus clausus(3).

L'attrait de nombreuses formations complémentaires (DESC, DIU, DU) oriente aussi certains des jeunes diplômés de médecine générale vers un exercice autre que la médecine générale. On compte parmi ces formations des formations d'urgentistes, d'angiologues et de gériatres par exemple.

Ces difficultés démographiques sont également expliquées par le déficit d'entrées en activité comparé aux sorties (départs à la retraite, changement de région ou d'activité, décès). En effet, les jeunes médecins normands diplômés sont peu à s'installer en libéral dès leur première inscription à l'Ordre. En 2015, seulement 11.8% des néo inscrits exerçaient en libéral ou mixte (contre 67% en tant que salarié et 20.6% en tant que remplaçant)(2).

Pour autant, 8 ans après leur première inscription, les médecins normands avaient tendance à s'installer davantage en libéral : une cohorte de nouveaux inscrits de 2008, passait 8 ans plus tard de 11.9% à 39.3% d'installés en libéral ou mixte(2). Cela pourrait être le témoin d'un manque ressenti de compétences suffisantes pour une installation plus précoce ou encore le témoin d'une crainte d'un choix trop prématuré.

La répartition générationnelle des médecins généralistes normands en activités accentue également l'évolution défavorable de la démographie médicale régionale. En 2016, la moyenne d'âge des médecins généralistes normands en activité régulière était de 52.2 ans, 29% d'entre eux étaient âgé de 60 ans et plus, et seulement 16% étaient âgés de moins de 40 ans(2).

Par ailleurs, avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge des nombreuses générations du baby-boom, la Normandie était la région française ayant subi la plus grande accélération de son vieillissement entre 2010 et 2015(4). L'indice de vieillissement, rapport des 65 ans et plus sur les moins de 20 ans, était ainsi passé de 0.68 à 0.79 entre 2010 et 2015.

En 2015, on observait ainsi un âge moyen de 40.9 ans dans la population normande. Dans cette même année, les 60 ans ou plus représentaient 26% de la population régionale soit une hausse de 32% depuis 2000. Parmi ces sexagénaires ou plus, les 75 ans ou plus, âges où les problèmes d'autonomie et de santé sont de plus en plus nombreux, représentaient 9.7% de la population régionale au 1er janvier 2015. L'augmentation des affections chroniques et donc de la demande de soin paraissait ainsi inexorable.

Les difficultés liées à la démographie médicale en Normandie, comme dans toute la France, ne sont donc pas en voie de résolution en dépit des mesures gouvernementales prises au cours de la dernière décennie :

- L'augmentation du numerus clausus avec une augmentation progressive depuis 1999 pour atteindre 7646 places en 2016(5). Le numerus clausus est le nombre de poste disponible par faculté, adapté en fonction des besoins régionaux en médecins.

- La création des Epreuves Classantes Nationales (ECN) en 2005, avec actuellement plus de 50% des postes ouverts bénéficiant à la médecine générale soit une augmentation de près de 80% depuis les ECN 2007(6).

- La création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale en 2004, dans le but de revaloriser la profession en en faisant une spécialité médicale et en établissant une formation spécifique(7).

- La création du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), inauguré en 2003 et officialisé en 2004. Son but est de mettre les internes en situation réelle mais supervisée pour parfaire leur formation et encourager les vocations d'installations.

- La mise en place du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), par la loi HPST de 2009, qui a pour but de favoriser des installations en zone sous dense en médecins. Ce dispositif est proposé aux étudiants dès la deuxième année de médecine. Le CESP donnant droit à une allocation mensuelle de 1200 euros, en l'échange de quoi les étudiants s'engagent à exercer dans une zone déficitaire, pour un minimum de 2 ans ou pour une durée équivalente à celle où l'allocation a été perçue(1).

- La mise en place du dispositif Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) pour favoriser l'installation et faciliter l'exercice médical libéral dans les territoires fragiles. Ce dispositif concerne les médecins désirant s'installer ou installés depuis moins d'un an dans un territoire défini par les Agences Régionales de Santé (ARS). Le dispositif prévoit une rémunération stable le temps de la création d'une patientèle, et une meilleure protection sociale prévoyant notamment une indemnisation en cas de maladie ou en cas de congé maternité. Le dispositif est valable un an et renouvelable une fois(8).

- La reconnaissance des diplômes européens permettant aux médecins européens de s'installer où ils le souhaitent.

Certaines de ces mesures semblent ne pas correspondre aux attentes des jeunes médecins généralistes ou ne pas être suffisamment bien connues(9).

D'après une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) datant de 2011, les médecins généralistes exerçaient en moyenne 57 heures par semaine en comptant toutes leurs activités professionnelles(10). Les médecins de cette étude déclaraient travailler d'autant plus d'heures qu'ils étaient plus âgés : les plus de 50 ans déclaraient 58 heures par semaines en moyenne contre 55 heures par semaine en moyenne pour les moins de 45 ans. On observait également dans cette étude un accroissement du nombre d'heures de travail hebdomadaire dans les zones les moins médicalement denses.

Donc, d'après les projections de l'Atlas de la démographie médicale de 2016, les effectifs de médecins généralistes s'orientent vers une baisse régulière jusqu'en 2020(2). Ces baisses d'effectifs étant principalement dues à des départs en retraite non suffisamment compensés par les entrées en activité des jeunes générations. De plus, d'après une autre étude de la DREES, ces générations plus jeunes semblent travailler moins en volume horaire que les générations qui les précédents(10). Par ailleurs, on observe une augmentation régulière du nombre de zones à faible densité médicale, hors ce sont dans ces zones que l'activité horaire hebdomadaire est généralement la plus importante. Ces constatations donnent ainsi à penser que les difficultés d'accès aux médecins généralistes peuvent encore s'aggraver si le nombre d'installation de jeunes généralistes n'augmente pas ou si les organisations des médecins en activités ne s'adaptent pas efficacement aux problématiques posées par les évolutions démographiques et générationnelles.

En effet, les jeunes médecins ont de nouvelles envies concernant les modalités de leur exercice, on observe ainsi une volonté toujours plus croissante d'exercer dans des conditions propices à l'épanouissement d'une vie privée riche en parallèle d'un exercice choisi et agréable(11).

Plusieurs études nationales et régionales ont abordé la problématique de l'installation des généralistes libéraux, s'interrogeant sur les déterminants épidémiologiques de leur choix d'organisation, sur les attentes et les souhaits à priori des jeunes médecins généralistes.

Par ailleurs, les principaux freins à une installation en libéral ressortant de ces études étaient principalement :

- Les charges administratives : 4 heures par semaine en moyenne pour un médecin libéral(12)
- L'investissement et les charges financières(13,14)
- La peur d'une baisse de la qualité de vie(15)

Ces constats faits, rares sont les études qui ont interrogé des médecins installés pour comprendre ce qui avait motivé l'ensemble de leurs choix d'organisations à posteriori. C'est pourquoi, il me paraissait d'autant plus intéressant d'interroger de façon approfondie des médecins généralistes locaux installés et concernés par les problématiques organisationnelles de l'exercice libéral.

L'objectif n'était ainsi pas de savoir pourquoi la médecine générale libérale ne parvenait pas à offrir les conditions nécessaires à redynamiser ses effectifs, ni d'établir un listing à priori des aspirations des médecins généralistes quant à leur installation. L'objectif principal de l'étude était de comprendre, à posteriori, les raisons des choix des médecins généralistes normands concernant l'organisation de leur exercice libéral.

Comment les médecins généralistes libéraux hauts normands décident de l'organisation du temps, des outils et des ressources humaines associés à leur exercice professionnel ?

Dans un second temps, il s'agissait d'appréhender les ressources et mécanismes mobilisés pour faire ces choix.

Et enfin, ce travail avait vocation à faire émerger des pistes de résolution ou d'étude complémentaire concernant les problématiques d'organisation de l'exercice de la médecine générale libérale.

I. Type d'étude

A. Enquête qualitative

Les enquêtes qualitatives consistent à interroger un petit nombre de personnes, qui s'expriment longuement, par entretien. Les entretiens sont centrés sur une meilleure connaissance de ce qui s'est passé dans une séquence de temps en recoupant les informations livrées par les différents protagonistes.(16)

Utilisée dans des domaines aussi divers que l'anthropologie, la sociologie, la psychologie et les sciences politiques, la recherche qualitative permet aux chercheurs de collecter des données auxquelles ils ne pourraient avoir accès en n'utilisant que les seules méthodes quantitatives.(17)

Le but est de comprendre les comportements et non de les décrire de façon systématique, de les mesurer ou de les comparer. Il s'agit d'obtenir que les individus livrent leurs motivations complexes, leurs hésitations et leurs espoirs afin de comprendre leur stratégie et la logique de leurs actions.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, et donc difficiles à mesurer. En effet, cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, ainsi que les comportements et expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. (18)

B. Entretiens individuels semi dirigés

L'entretien individuel semi-dirigé est une méthode de recherche qualitative. Il permet d'explorer plus profondément le sujet qu'au travers d'un sondage ou questionnaire écrit.

Les entretiens sont réalisés de façon individuelle afin de faciliter la logistique d'organisation des entretiens et surtout d'obtenir les réponses les plus libérées et authentiques possible.

L'entretien est semi dirigé, il utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée « canevas d'entretien ». Ce canevas reprend la liste des thèmes à aborder. Pour chaque thème, des sous-questions dites de « relances » permettent d'amener les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément. Ce plan reste souple et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'interview, selon les personnes interrogées et en fonction du déroulement de la séance.(19) Les questions sont ouvertes afin d'autoriser le développement d'autres idées sur le sujet non anticipées par le guide d'entretien.

L'entretien semi dirigé laisse plus de liberté à l'enquêteur et permet à la personne interrogée de partager son expérience et d'exprimer son ressenti de manière spontanée. Le but étant d'obtenir des réponses plus variées, plus contrastés et plus approfondies que les questionnaires structurés.

L'enquêteur s'engage activement dans l'entretien pour provoquer l'engagement réciproque de l'enquêté et ainsi obtenir un matériel riche. Dans l'analyse de ce matériel repose l'élément décisif de l'étude.

II. Echantillonnage

A. Caractéristiques de l'échantillon

La population à étudier est largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données.(18)

L'échantillonnage en recherche qualitative n'a pas pour but la représentativité statistique et peut évoluer au cours de l'étude : l'échantillon, tout en étant le plus diversifié possible, n'est pas tenu d'être représentatif de la population générale.(19)

La population étudiée est composée de médecins généralistes exerçant en Haute-Normandie et ayant une activité libérale exclusive ou non. Les principes d'inclusions sont donc essentiellement l'accord du médecin généraliste haut normand pour participer à l'étude et la faisabilité de l'entretien pour les deux acteurs (interviewé et intervieweur).

Le type d'échantillonnage utilisé dans cette étude est un échantillonnage orienté. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats.

L'objectifs était d'obtenir l'échantillon de médecins généralistes le plus diversifié possible en tenant initialement compte du sexe, des modes et des zones d'exercices. Ces critères ont été choisi car étant les plus facilement identifiables à partir de la liste servant de base de recrutement. L'âge et la situation familiale ayant servi de variables d'ajustement dans la seconde partie du recrutement, afin d'obtenir l'échantillon le plus représentatif de la diversité des médecins haut-normands.

En recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité. (20)

La taille de l'échantillon est déterminée au cours de la réalisation de l'étude elle-même. L'analyse s'effectue au fur et à mesure du recueil des données. Ce recueil s'arrête lorsque l'analyse n'apporte plus de nouveaux éléments : c'est la saturation des données. (18) (19)

B. Recrutement

La liste ayant servi de base pour le recrutement des médecins généralistes haut-normands est issue du site internet des pages jaunes.

Le recrutement s'est fait initialement par sollicitations téléphonique auprès des lieux d'exercices des médecins sélectionnés aléatoirement. Dans un second temps, et de façon spontanée, certains médecins participant à l'étude ont proposé la participation de certain de leurs confrères dont les profils pouvaient permettre de diversifier l'échantillon étudié. Enfin, les derniers recrutements ont ciblé les profils permettant une plus large diversité de l'échantillon. Pour cette dernière phase de recrutement, ont été sollicité des maitres de stage pour participer ou proposer la participation de médecin correspondant aux profils recherchés.

Lors du premier contact téléphonique, il s'agissait d'établir si le médecin était intéressé pour participer à l'étude, et le cas échant de fixer un rendez-vous pour l'entretien. Lors de ce premier contact, les médecins intéressés se voyait proposer l'envoi par voie postale ou courriel de la fiche de présentation de la thèse et de l'entretien.

III. Recueil des données

A. Déroulement du recueil

Le lieu et l'horaire de l'entretien étaient choisi par les médecins interrogés. La plupart des entretiens ont eu lieu aux cabinets des médecins, deux ont eu lieu aux domiciles des médecins interrogés, un dernier a eu lieu à la faculté de médecine.

Le préalable à la réalisation de l'entretien était le consentement écrit des participants.

De façon systématique, un rappel était fait sur le but et les caractéristiques de l'étude. L'anonymisation des données était systématiquement rappelée.

Les données recueillis étaient les données verbales, incluant les rires, onomatopées, soupirs et tout autre son audible à l'enregistrement.

Les entretiens ont été enregistré avec l'application dictaphone d'un smartphone et une application d'enregistrement vocale d'une tablette tactile. Ces deux modalités sécurisant le stockage des enregistrements, données uniques et primordiales pour l'étude.

Une attention toute particulière a été porté à l'articulation de l'entretien pour favoriser une atmosphère propre à la confidence. L'enquêteur adoptant une attitude dynamique, empathique, intéressée et par moment emprunte de connivence. Des opérateurs verbaux dénués de toutes formes de jugement étaient utilisé.

B.Guide d'entretien

La première partie du guide d'entretien avait pour but le recueil des données quantitatives permettant de caractériser l'échantillon.

La partie qualitative du guide d'entretien a été élaboré autours des thèmes suivant :

- Les déterminants des choix d'organisation dans tous les domaines qui la compose à savoir la gestion des outils, du temps et des ressources humaines

- Les mécanismes des choix d'organisations

- La temporalité des décisions prises

Ce guide a été soumis à mon directeur de thèse, médecin généraliste faisant parti du département universitaire de médecine générale de Rouen. Ce qui a permis d'améliorer le guide d'entretien de façon à le rendre mieux compréhensible et propice à répondre aux objectifs de l'étude.

A l'issue de chaque entretien, les réponses ou les attitudes de l'interviewé permettaient de mieux cibler les questions utiles et d'améliorer le guide d'entretien pour les entretiens suivant.

IV. Méthode d'analyse

A.La retranscription

La retranscription de chaque entretien a été réalisé de façon manuelle sans logiciel de reconnaissance vocale. La mise en forme a été réalisé via le logiciel Microsoft Word. Les enregistrements vocaux ont été retranscris dans leur intégralité.

B.L'analyse des entretiens

Tout le travail d'analyse a été réalisé via le logiciel NVivo permettant de définir des « nœuds » correspondants aux différents thèmes et des « sous-nœuds » caractérisant des idées plus précises.

I. Résultats descriptifs

A.Entretiens

J'ai réalisé onze entretiens individuels semi-dirigés de juin 2016 à mars 2017.

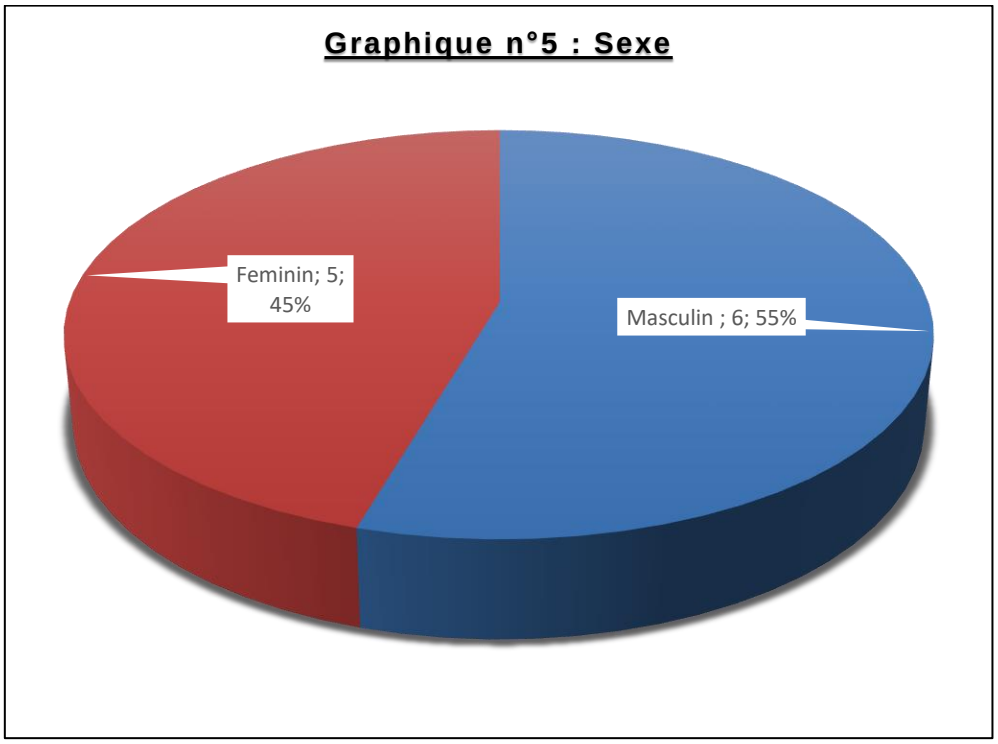
La durée moyenne des entretiens était de 70 minutes. Le plus court étant de 46 minutes et le plus long de 111 minutes.

B.Echantillon

a) Etat civil

1. Sexe

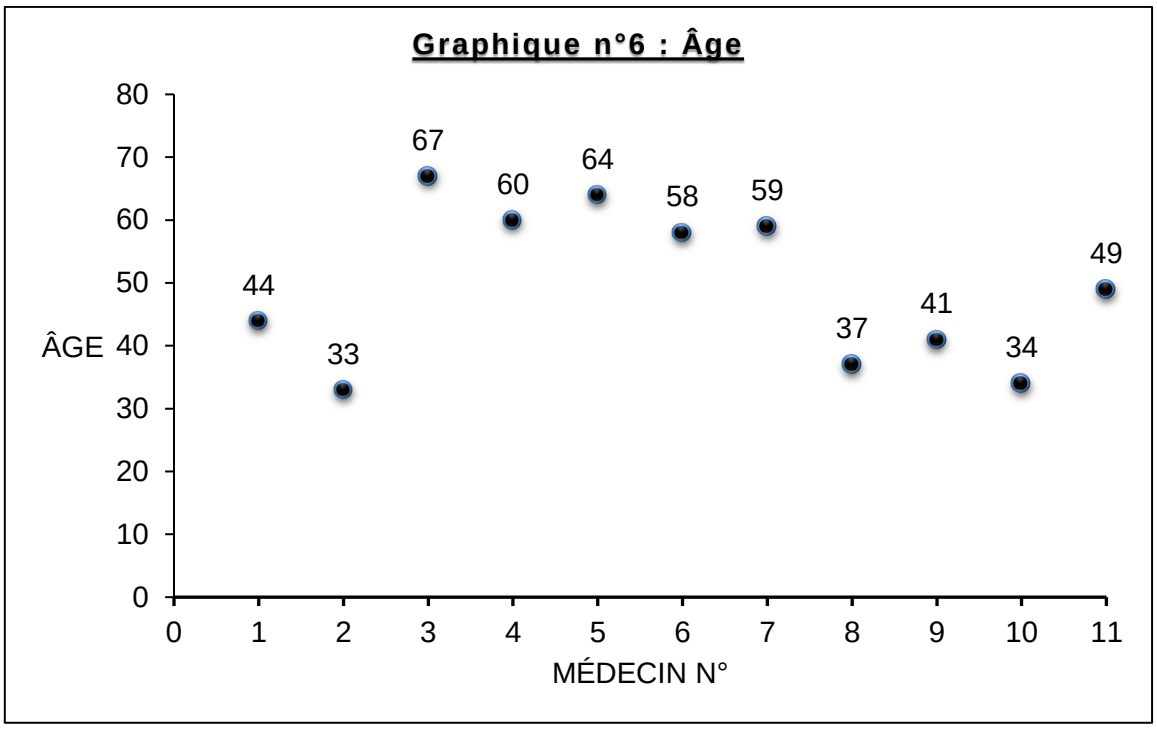
Six hommes et cinq femmes ont participé à l'étude.



2. Age

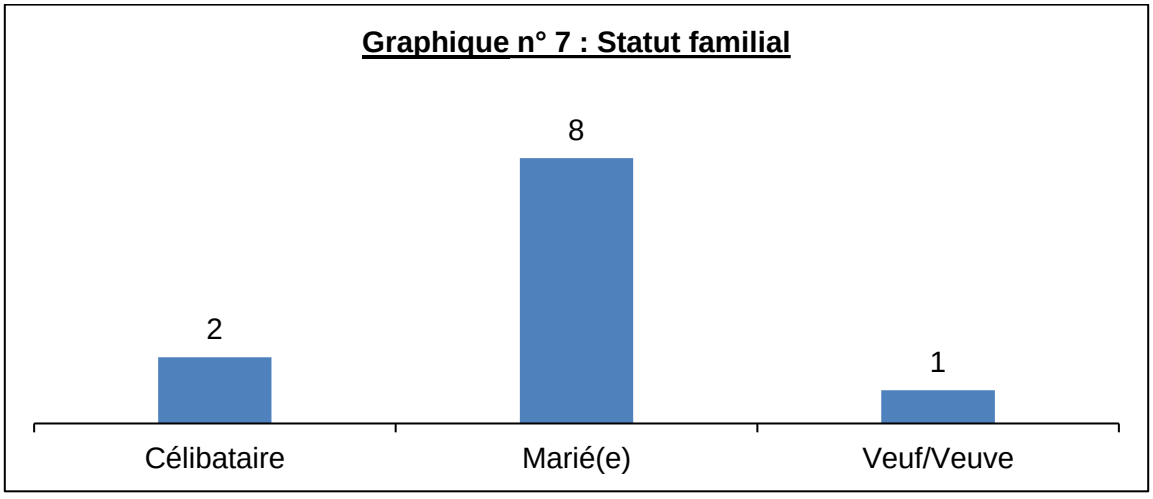
Le praticien de l'étude le plus jeune était âgé de 33 ans, le plus vieux de 67 ans.

L'âge moyen des médecins de l'échantillon était de 49,6 ans.



3. Statut familial

Huit des médecins de l'étude étaient mariés, deux étaient célibataires et une dernière était veuve.

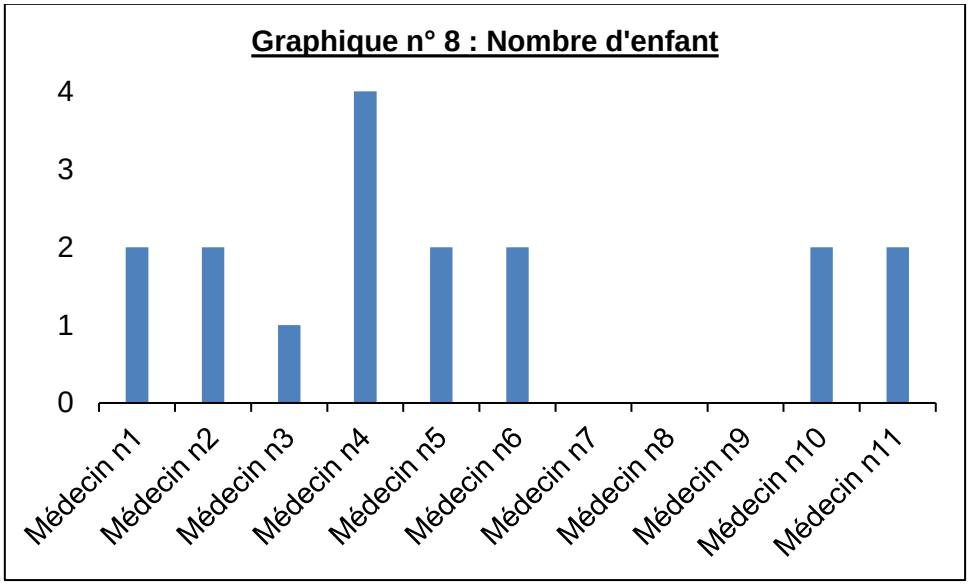


4. Nombre d'enfants

Six médecins de l'échantillon avaient deux enfants.

Un des médecins de l'étude avait un enfant, un autre en avait quatre.

Et enfin trois des médecins de l'échantillon n'avaient pas d'enfant.



b) Lieu d'exercice

1. Zone d'exercice

Cinq médecins de l'étude étaient installés en milieu semi rural, quatre l'étaient en milieu urbain, et enfin deux l'étaient en milieu rural.

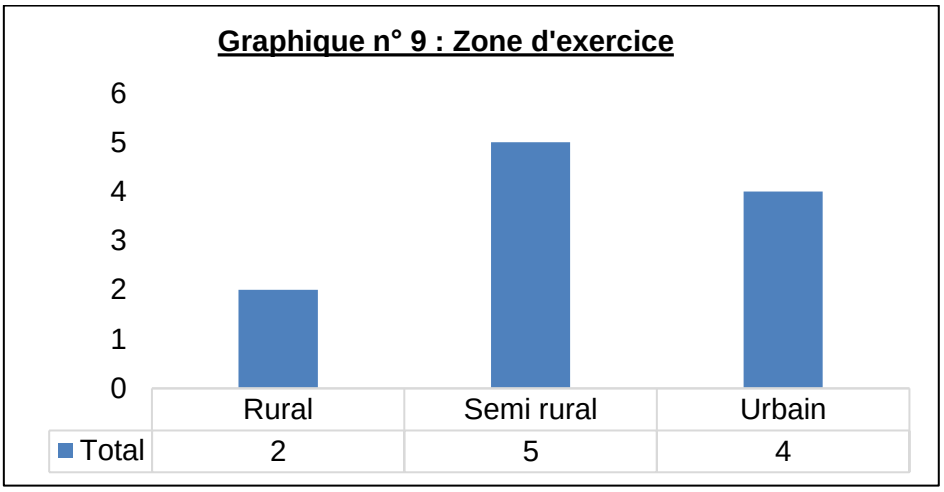


Tableau n° 1 : Zone d'exercice

Médecin n1	Semi rural
Médecin n2	Semi rural
Médecin n3	Urbain
Médecin n4	Rural
Médecin n5	Semi rural
Médecin n6	Urbain
Médecin n7	Semi rural
Médecin n8	Rural
Médecin n9	Semi rural
Médecin n10	Urbain
Médecin n11	Urbain

c) Caractéristique de l'exercice

1. Mode d'installation

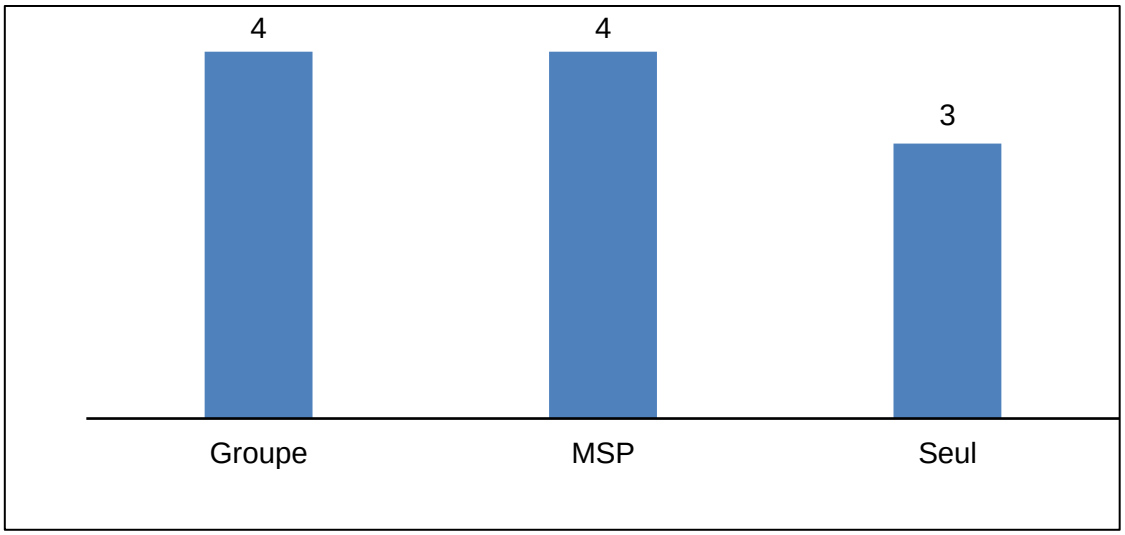
Huit médecins de l'échantillon exerçaient en cabinet de groupe, parmi eux quatre étaient dans des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), les quatre autres étaient installés avec des confrères généralistes.

Trois médecins de l'échantillon étaient installés seul, l'un de ces médecins exerçait dans un cabinet situé dans son propre domicile.

Tableau n° 2 : Mode d'installation

Médecin n1	Groupe
Médecin n2	Groupe
Médecin n3	Seul
Médecin n4	MSP
Médecin n5	Groupe
Médecin n6	Seul
Médecin n7	Seul
Médecin n8	MSP
Médecin n9	MSP
Médecin n10	Groupe
Médecin n11	MSP

Graphique n° 10 : Mode d'installation



2. Mode de consultation

Neuf médecins de l'échantillon recevaient leurs patients uniquement sur rendez-vous, les deux autres partageaient leurs plages de consultation avec une partie sur rendez-vous (RDV) et une autre sans rendez-vous.

Tableau n° 3 : Mode de consultation

Médecin n1	RDV
Médecin n2	RDV
Médecin n3	RDV
Médecin n4	RDV
Médecin n5	Mixte
Médecin n6	RDV
Médecin n7	Mixte
Médecin n8	RDV
Médecin n9	RDV
Médecin n10	RDV
Médecin n11	RDV

3. Informatisation

Neuf médecins de l'étude avaient un cabinet informatisé. Un des médecins non informatisés envisageait de l'être prochainement.

Tableau n° 4 : Informatisation

Médecin n1	Oui
Médecin n2	Oui
Médecin n3	Oui
Médecin n4	Oui
Médecin n5	Non
Médecin n6	Oui
Médecin n7	Non
Médecin n8	Oui
Médecin n9	Oui
Médecin n10	Oui
Médecin n11	Oui

4. Type de secrétariat

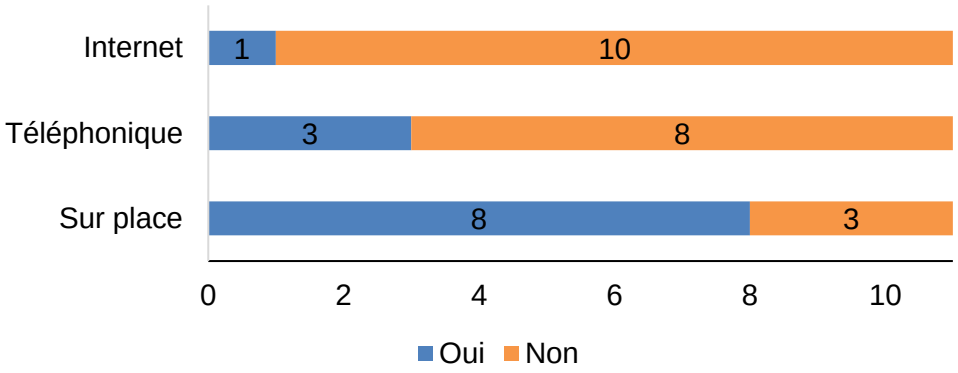
Huit médecins de l'échantillon avaient un secrétariat sur place, parmi eux deux faisaient également appel à un secrétariat téléphonique et un autre disposait d'un service de prise de rendez-vous par internet.

Un des médecins de l'étude disposait d'un secrétariat téléphonique uniquement.

Tableau n° 5 : Type de secrétariat

Médecin n1	Sur place
Médecin n2	Sur place
Médecin n3	Non
Médecin n4	Sur place + téléphonique
Médecin n5	Sur place
Médecin n6	Sur place + téléphonique
Médecin n7	Non
Médecin n8	Sur place + Internet
Médecin n9	Téléphonique
Médecin n10	Sur place
Médecin n11	Sur place

Graphique n° 11 : Type de secrétariat



5. Tiers professionnels intervenant régulièrement (hors remplaçants, hors secrétariat)

Tableau n° 6 : Tiers professionnels intervenant

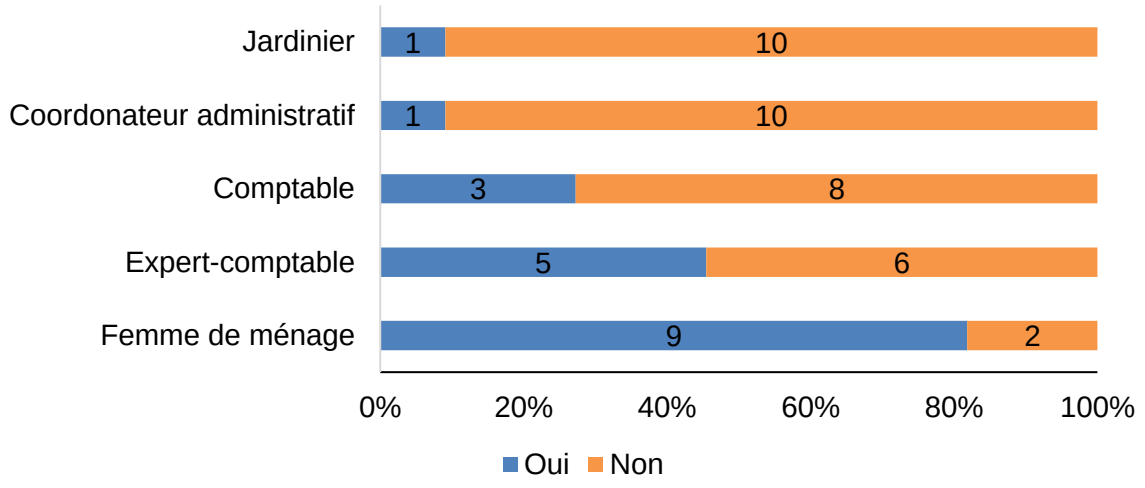
Médecin n1	Expert-comptable/Notaire/Femme de ménage
Médecin n2	Femme de ménage
Médecin n3	Comptable/Femme de ménage
Médecin n4	Comptable/Jardinier/Femme de ménage
Médecin n5	Conseiller juridique/Expert-comptable/Femme de ménage
Médecin n6	
Médecin n7	Femme de ménage
Médecin n8	Expert-comptable/Juriste/Coordonnateur administratif
Médecin n9	Expert-comptable/Femme de ménage
Médecin n10	Expert-comptable/Femme de ménage
Médecin n11	Comptable/Femme de ménage

Neuf médecins de l'échantillon avaient une femme de ménage.

Cinq médecins de l'échantillon avaient un(e) expert(e)-comptable, et trois médecins de l'échantillon avaient un(e) comptable.

Un des médecins de l'échantillon avait un jardinier, et un autre disposait d'un coordonnateur administratif dans le cadre de la MSP où il exerçait.

Graphique n° 12: Tiers professionnels intervenant



6. Maitre de stage universitaire

Quatre des médecins de l'échantillon étaient maîtres de stage universitaire accueillant des internes. Deux d'entre eux accueillaient également des externes.

Quatre médecins étaient maîtres de stage universitaire accueillant des externes, parmi eux deux accueillaient exclusivement des externes.

Cinq médecins de notre échantillon n'étaient pas maître de stage universitaire.

Tableau n° 7 : Maître de stage universitaire

Médecin n1	Interne/Externe
Médecin n2	Externe
Médecin n3	Non
Médecin n4	Externe
Médecin n5	Interne
Médecin n6	Non
Médecin n7	Non
Médecin n8	Interne
Médecin n9	Non
Médecin n10	Interne/Externe
Médecin n11	Non

C. Tableau d’échantillonnage

Tableau n° 8 : Tableau d’échantillonnage

	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Informatisation	Consultation	Situation familiale	Nombre d'enfant	Secrétariat	Expert-comptable/comptable	Maitre de stage universitaire	Durée entretien
Médecin n1	44	F	Semi rural	Groupe	Oui	RDV	Mariée	2	Sur place	Expert-comptable	Interne/externe	70 min
Médecin n2	33	F	Semi rural	Groupe	Oui	RDV	Mariée	2	Sur place	Non	Externe	75 min
Médecin n3	67	F	Urbain	Seul	Oui	RDV	Veuve	1	Non	Expert-comptable	Non	49 min
Médecin n4	60	F	Rural	MSP	Oui	RDV	Mariée	4	Sur place et téléphonique	Comptable	Externe	62 min
Médecin n5	64	M	Semi rural	Groupe	Non	Mixte	Marié	2	Sur place	Expert-comptable	Interne	111 min
Médecin n6	58	M	Urbain	Seul	Oui	RDV	Marié	2	Sur place et téléphonique	Non	Non	92 min
Médecin n7	59	M	Semi rural	Seul	Non	Mixte	Marié	0	Non	Non	Non	47 min
Médecin n8	37	M	Rural	MSP	Oui	RDV	Célibataire	0	Sur place et internet	Expert-comptable	Interne	61 min
Médecin n9	41	M	Semi rural	MSP	Oui	RDV	Célibataire	0	Téléphonique	Expert-comptable	Non	46 min
Médecin n10	34	M	Urbain	Groupe	Oui	RDV	Marié	2	Sur place	Expert-comptable	Interne/externe	87 min
Médecin n11	49	F	Urbain	MSP	Oui	RDV	Mariée	2	Sur place	Comptable	Non	71 min

II. Résultats qualitatifs

A. Les principaux déterminants des choix d'organisations

a) La famille

Au moment de définir leur organisation de travail, les médecins généralistes de l'étude avaient pour première préoccupation celle de ne pas léser l'organisation de leur vie de famille. La volonté d'être le plus disponible possible pour la famille était un vœu évoqué par la majorité des médecins interrogés. Les médecins de l'étude, qui avaient des enfants, s'organisaient pour œuvrer activement à leur parentalité, et veillaient à ce que le quotidien et l'éducation de leurs enfants ne soient pas impactés négativement par leur activité professionnelle. Pour certains, ils composaient également avec les situations professionnelles de leur conjoint : soit en leur fournissant un emploi, soit en devant coordonner leurs emplois du temps pour les motifs sus cités.

1. La vie de famille

1.1 La famille avant tout

« L'organisation familiale avant tout ! »MG1

« Ce qui a vraiment guidé mon organisation c'est l'organisation familiale »MG1

« J'ai priorisé la vie familiale »MG4

« L'organisation part de la famille. Et après, on cale le boulot comme on peut. »MG10

« Privilégier la vie de famille et passer du temps avec les enfants. »MG10

« Pour moi, la priorité c'est la famille. Après, sur le temps de travail qui est décidé, c'est le patient. »MG10

« En premier facteur déterminant, il y avait vraiment la vie de famille parce que c'était eux et moi. Arriver à profiter de ma vie de famille, profiter aussi de mon équilibre pour travailler sereinement. »MG11

1.2 Être disponible pour la famille

« Je ne voulais pas travailler toute seule, parce que travailler en groupe ça voulait dire pour moi, surtout être disponible à certains moments de la semaine pour ma famille chose que je ne pensais pas être possible en travaillant toute seule »MG1

« Dans les objectifs d'organisations sur nos horaires tout ça il y a de préserver des vies familiales »MG4

« Après c'est toujours la même chose, c'est un choix d'un point de vu familial, de pouvoir partager des repas avec mon mari et mes filles parce que quand on rentre le soir et qu'on mange après tout le monde, c'est pas facile, donc là maintenant il y a seulement deux soir ou je mange après. Après c'est dépendant des périodes d'épidémies. Mais voilà, c'était primordial d'avoir une vie de famille préservé, par exemple le vendredi je vais manger avec une de mes filles, je vais la chercher à l'école et on mange ensemble le midi, pour elle c'est super important et pour moi aussi de rentrer ce jour-là manger avec elle. »MG11

2. Les enfants

2.1 Vivre sa parentalité

« Je voulais aussi m'occuper de mes enfants »MG1

« Mon choix de pratique professionnel il est vraiment guidé par l'organisation autour des enfants »MG1

« Que mon mari ne soit pas tout seul à s'occuper du petit, que je puisse être aussi une maman, que le petit voit sa maman et pas que son papa »MG2

« Je ne travaillais pas énormément car j'ai toujours voulu m'occuper de ma fille »MG3

« J'ai fait ma propre organisation pour avoir certaines libertés, pour pouvoir conduire mes enfants par exemple le matin, pouvoir être avec eux le soir »MG6

« Privilégier la vie de famille et passer du temps avec les enfants. »MG10

2.2 Agir pour le confort des enfants

« Il fallait que ça soit vraiment le plus simple possible pour les enfants »MG1

« Je voulais m'occuper de mes enfants, qui lors de l'installation avaient 4 ans et 6 ans je crois. Ayant un conjoint aussi en profession libérale il était hors de question qu'ils subissent les aléas de nos horaires de travail. »MG1

« C'est vrai que le fait de travailler comme ça, mes revenus n'étaient pas géniaux. J'ai quand même eu de sacrés sacrifices à faire sur le plan financier. Ne serait-ce que pour arriver à ce que ma fille ait une vie à peu près agréable. Je ne partais quasiment pas en vacances. »MG3

« Il y a un truc qui a toujours primé, enfin, avec le reste, c'est l'équitation. J'ai réussi à pouvoir faire faire de l'équitation à ma fille »MG3

« J'avais un enfant : il fallait bouffer ! »MG5

2.3 La garde des enfants

« Quand elle était en nourrice, je ne pouvais pas travailler après 18h30 parce que la nounou voulait que les enfants partent. »MG3

« Ma femme est aussi médecin. Elle est encore chef de clinique. Elle fait anesthésie-réa, donc elle a un métier à garde. Avec les CV elle finit plus tard, vu qu'elle commence plus tôt. Donc, moi, il fallait que ça soit un peu plus figé pour faciliter l'organisation à la maison. Et pour des problèmes aussi de garde d'enfants, je ne travaille pas le mercredi. »MG10

2.4 L'éducation des enfants

« Comme il a fallu que je fasse le père, la mère, les frères et sœurs… on a une très bonne relation. Je dirais que je n'ai pas gâché l'éducation de ma fille à cause de mon boulot. Mais ça, c'était capital. C'était un choix aussi. »MG3

« Mais je savais que le niveau scolaire est différent et qu'il fallait, avant l'année du bac, qu'on débarque dans une grande ville, il fallait un grand lycée pour mes enfants. C'est le critère principal. »MG6

3. Le/La conjoint(e)

3.1 Composer avec l'emploi du conjoint

« Ayant un conjoint aussi en profession libérale, il était hors de question que nos enfants subissent les aléas de nos horaires de travail. D'ailleurs l'organisation de mon installation ici a aussi permis de modifier un peu l'organisation de travail de mon conjoint parce qu'il fallait que ça soit vraiment le plus simple possible pour les enfants derrière tout ça »MG1

« Ma femme est aussi médecin. Elle est encore chef de clinique. Elle fait anesthésie-réa, donc elle a un métier à garde. Avec les CV elle finit plus tard, vu qu'elle commence plus tôt. Donc, moi, il fallait que ça soit un peu plus figé pour faciliter l'organisation à la maison. »MG10

3.2 Travailler avec mon/ma conjoint(e)

« Mon mari qui est médecin généraliste avait trop de travail, moi je faisais de la médecine scolaire, c'est très intéressant mais c'est frustrant par rapport au soin et à la relation médecin-malade donc j'avais envie de faire de la médecine générale et honnêtement je pense que je ne pouvais le faire qu'avec lui parce qu'on partage notre façon d'aborder le travail. »MG4

« Un des critères principaux pour venir ici en cabinet seul, c'était pouvoir travailler avec mon épouse. »MG6

b) Le professionnel

Sur le plan professionnel, les médecins de l'étude aspiraient à exercer dans un cadre agréable et fonctionnel. Ils s'équipaient d'outils leur permettant de prendre en charge leurs patients le plus efficacement et le plus confortablement possible. Leurs choix étaient motivés par la volonté de réaliser des soins de qualités tout en exerçant dans un confort où le plaisir au travail devenait possible. Ils ambitionnaient une pratique médicale intéressante à leur goût. Pour certains, la diversification des activités professionnelles constituait le principal intérêt, et concilier ces activités devenait l'un des principaux objectifs. La majorité des médecins interrogés déléguait autant que possible les tâches non médicales pour se concentrer au maximum sur les actes médicaux, pour le bien du patient et par intérêt personnel pour le soin. Ainsi, les praticiens de l'étude attachaient une importance particulière dans le contrôle de leur activité : ils ambitionnaient de garder le contrôle sur leurs temps de travail, leurs choix d'organisations et sur leur façon d'exercer. Pérenniser une organisation pourvoyeuse de soins de qualité était un moteur commun aux généralistes hauts-normands interrogés. Ils mobilisaient pour cela les ressources nécessaires pour sécuriser et viabiliser durablement leur organisation tout en maintenant ou améliorant l'attractivité de celle-ci.

1. Le cabinet médical

1.1 Avoir un cabinet fonctionnel

« On passe plus de temps au travail que chez nous, c'est important que le local soit bien agencé, que ce soit pour nous ou pour les malades. Hygiénique et accessible. »MG6

« C'est des plus laid en construction mais c'est le plus opérationnelle »MG7

1.1.1 Un agencement adapté à la consultation médicale

« L'ordinateur, il ne faut pas que le patient soit caché derrière, moi je vois justement quand je pratique dans d'autres cabinets de consultation, y a un cabinet ou l'ordinateur est posé d'une façon et il y a forcément une des deux personnes qui est cachée derrière, quand c'est la personne que je vais interroger, examiner je lui demande de changer de place. Voilà, c'est des choses qu'on va réfléchir petit à petit mais c'est important, le patient vient nous voir, il ne vient pas voir le derrière d'un écran d'ordinateur »MG1

« On réfléchit sur comment je vais être tourner pour être face au patient pouvoir les regarder et regarder mon ordi que ça ne donne pas l'impression que je cache ce que j'écris mais que pour autant ils ne puissent pas lire pendant que je suis en train de taper »MG2

« J'ai changé la disposition du cabinet aussi. Avant le bureau était là et j'avais l'écran là et l'imprimante là. Ça faisait 2 grosses tours et je regardais les gens par le minaret. C'était nul ! L'informatique faisait une barrière dans la relation de soin. Donc, j'ai changé la disposition du bureau avec un bureau en angle, et l'informatique est derrière la ligne d'épaule finalement. Je trouve qu'on est beaucoup plus dans la relation de soin. »MG10

1.1.2 Un cabinet accessible à tous

« Que cela soit accessible aux handicapés »MG8

« Le fait de repartir sur une construction neuve ça facilitait la mise en place d'une bonne accessibilité pour les gens. »MG11

« J'avais demandé à avoir un cabinet pas trop loin de la salle d'attente parce que j'ai beaucoup de personnes âgées. »MG11

1.1.3 Un cabinet taillé pour l'imprévu

« On a aussi la salle de soins qui est la salle d'urgence, ça je pense que c'est un vrai plus pour pouvoir gérer justement ce qui est de l'urgence ou de la semi-urgence et ne pas se laisser déborder au niveau organisation alors qu'on est en consultation. » MG1

« Pour qu'un cabinet soit suffisant, il faut une autre salle pour ne pas bloquer la salle d'examen, au cas où. Parce qu'il suffit qu'il y ait une urgence et puis que j'appelle le SAMU ou que j'appelle une ambulance pour transporter le patient, et là jusqu'à ce qu'ils viennent je suis bloqué, je ne peux rien faire »MG6

1.1.4 Optimiser l'espace

« Il y a optimiser l'espace qui rentre en réflexion »MG2

« On a une partie du local qu'on louait à un dentiste et maintenant à un pédicure pour avoir un locataire. Ça participe au frais, ça nous fait un loyer, et on ne peut pas laisser une pièce vide, et puis ça fait un pédicure podologue pour les gens d'ici, je pense que c'est une plus-value et puis ça rend le cabinet d'autant plus attractif. »MG5

« Je leur ai dit « on est 5 et on a 5 salles d'attentes : il y a trop de salles d'attentes ! » Surtout qu'il y avait 2 salles d'attentes qui faisaient 33m^2. Du coup, je leur ai proposé de transformer ma salle d'attente en cabinet médical. Ils ont été ok, on l'a fait. Ils m'ont dit « on ne trouvera jamais personne », on a trouvé quelqu'un pour s'installer l'année dernière en janvier. Du coup, 4 mois après, je leur ai dit « ce serait bien de retirer encore une salle d'attente à l'étage ». On m'a dit « tu ne trouveras personne » et on a trouvé. »MG10

1.1.5 Pensé pour optimiser le temps

« Aménager son local pour éviter les pertes de temps »MG1

« Que les choses qu'on utilise le plus fréquemment soit accessible tout de suite et pas dans les tiroirs. »MG2

1.1.6 Disposé pour sécuriser le médecin

« Comment je peux le disposer de sorte à ce que je sois près de la sortie s'il y a besoin que vite je sorte et que je ne sois pas coincé par mon bureau et que dans n'importe cas de figure, un patient « psy » qui est agressif, ben que je puisse sortir ou un patient qui va pas bien que j'ai la porte pas loin si j'ai besoin d'appeler de l'aide »MG2

1.2 Exercer dans un cadre agréable

« Investir dans le cabinet dans tous les sens du terme afin que ça soit un lieu d'exercice qui soit le plus confortable possible »MG8

1.2.1 Un cabinet harmonieux, spacieux et ordonné

« Il faut qu'il y ait des couleurs qui soient apaisantes et stimulantes qu'il y ait pas trop de bruit, qu'on puisse avoir de la lumière »MG1

« Je veux de la lumière je veux que ça soit net au niveau rangement »MG1

« Un truc chaleureux quoi et pour qu'on est pas le teint blafard et qu'on ne soit pas comme à l'hôpital »MG2

« Pour le choix du cabinet en lui-même, c'est l'espace en premier. J'ai horreur d'un cabinet de 50 m2, et encore 50m2 c'est pas mal. J'ai horreur d'un cabinet mal éclairé, mal aéré. »MG6

« Il fallait que ce soit assez grand, que ce soit relativement aéré, que ça ne fasse pas du tout hôpital »MG8

1.2.2 Cabinet accueillant pour les patients

« Que les gens puissent bouger facilement et ne se sentent pas à l'étroit, ne se sentent pas oppressé »MG2

« J'avais envie d'avoir une patientèle avec des enfants et j'avais envie qu'ils aient l'impression d'avoir un endroit pour eux et qu'en arrivant dans le cabinet ils repèrent un endroit pour eux et qu'ils puissent y faire ce qu'ils veulent »MG2

« Je considérais que si je voulais une patientèle d'enfant, il fallait que je sois capable de les accueillir. De la même manière que je voulais que mes patients se sentent bien quand ils viennent je voulais que les enfants se sentent bien quand ils viennent »MG2

« L'idée, c'est que ça soit un lieu qui n'accueille pas que des gens malades mais que ce soit un lieu où les gens aient l'habitude de venir et que ça soit pour eux un endroit agréable, que ce soit un lieu de vie comme un autre »MG8

« Il faut que ça soit accueillant en fait. »MG10

« L'objectif c'est que les patients arrivent à se sentir à l'aise et à sortir des choses plus facilement grâce à ce côté intimiste de la zone d'examen. Il n'y a pas d'appréhension de l'examen dès l'entrée dans le bureau parce que la table d'examen est cachée quand on rentre dans le bureau. »MG11

1.2.3 Un cabinet sécurisé pour les patients

« J'ai aussi mis une barrière pour les enfants parce que c'est en haut d'un escalier donc choisir la barrière et puis y mettre une petite affichette « les enfants sont sous votre responsabilités, merci de fermer la barrière » »MG2

« C'est pour le confort de travail et la sécurité du patient, surtout en matière d'hygiène. »MG10

1.2.4 Un cabinet agréable pour travailler

« L'ergonomie elle est aussi importante plus je vais travailler dans des conditions agréables, plus je vais aimer mon travail, c'est important de travailler dans le bien-être. »MG1

« Cet aménagement il est plus autour du bien-être du praticien je me dis que le patient est là que 15 ou 20 minutes, moi j'y suis 10-11h donc… »MG1

« Dans notre ancien bureau, on avait quand même de l'espace mais on n'avait pas de lumière, c'est pour ça qu'il nous fallait de grandes baies, donc on a tous une grande porte fenêtre et une grande fenêtre aussi, en qualité de vie c'est super important, d'avoir un cadre agréable, enfin je trouve, mais ça je pense que les empathiques ont besoin de ça, ils ont besoin d'un lieu où ils se sentent bien, je pense que si on se sent bien dans un endroit, on y travaille bien » MG4

« Il fallait quelque chose d'accueillant et une volonté de moderniser. Parce que c'est quand même le lieu où l'on passe le plus de temps éveillé dans une semaine et que si c'est un truc moche, ça fout le cafard. Ça peut jouer sur le moral. C'est plus agréable d'aller bosser dans un endroit qui est rafraîchi. »MG10

« Déjà le fait d'avoir des locaux neuf, d'avoir un peu plus de lumière ça participe au bien-être au travail. »MG11

1.2.5 Une ambiance à son goût

« J'ai choisi le lieu d'exercice parce que c'était là que je me sentais bien avec les confrères »MG1

« Ce qui primait c'était l'équipe, la cohésion, le fait d'avoir une équipe dynamique, toujours motivée pour faire de nouvelle chose. »MG8

« Avoir un travail près de chez soi, dans un bon cadre avec une équipe sympathique, c'est déjà pas mal ! On va pas non plus être trop exigeant (rires). »MG9

« Je recherchai un travail en groupe, une entente, une cohésion…qui n'existaient pas au début. Ils ne se parlaient pas du tout entre eux avant, voire même parfois ils s'insultaient par secrétaires interposées. Et j'ai fait bouger les choses en ce sens que je leur ai dit que ça ne m'allait pas et que si c'était comme ça, je ne m'installerai pas. »MG10

« Je n'aurais pas demandé de m'installer en collaboration si je n'avais pas senti qu'humainement ça allait le faire. »MG10

« Le fait d'être à plusieurs, de partager des moments, de parler avec sa secrétaire, de partager un café, ce sont des choses qui paraissent anodines mais sincèrement c'est hyper important

pour moi en tout cas plutôt que d'être toute seule dans un cabinet, seule dans un cabinet au bout d'un moment je n'aurai plus supporté. »MG11

1.3 Un cabinet proche du domicile

1.3.1 Pour limiter les temps de trajets

« Ne pas multiplier les allers-retours, ne pas me fatiguer sur la route et ne pas être à cran à la maison parce que ça reste quelque chose qui peut être fatigant parfois, j'avais aussi en tête qu'à un moment j'aurai un projet de grossesse donc que je pourrais pas multiplier les trajets en voiture. »MG2

« Je ne me voyais pas faire une heure de route matin et soir pour travailler, ça c'est un facteur important »MG9

« Habiter assez près du cabinet pour limiter les trajets. »MG10

1.3.2 Pour la vie de famille

« La réflexion avait été faite pour que je n'aille pas trop loin vu que j'avais une vie de famille »MG2

1.3.3 Pour pouvoir surveiller le cabinet

« C'est pratique pour nous, c'est à la porte de chez nous, ça nous permet de garder un œil dessus parce que le problème de la sécurité des cabinets…on habite à 25 mètres. »MG4

1.4 Un cabinet proche du domicile…mais pas trop !

1.4.1 Pour séparer la vie professionnelle de l'environnement privé

« Habiter assez près du cabinet pour limiter les trajets. Et assez loin pour ne pas soigner mes voisins. Je ne suis qu'à 5 km mais il y a des médecins dans le village. Du coup, je n'ai pas de patient qui habite près de chez moi. Parce que ça ne m'intéresse pas de connaître les problèmes de mes voisins. Séparer vie professionnelle et vie privé. »MG10

1.5 Un cabinet au domicile, c’est pratique

« Ce qui m’a plus dans le fait d’exercer chez moi c’est que c’est très pratique. On n’est pas obligé d’aller au cabinet. Et puis, entre deux consultations, j’ai un creux en milieu d’après-midi si j’ai des choses à faire, je peux mettre mon lave-linge en route, je peux faire des trucs dans la maison, donc ça facilite. C’est bien plus pratique. »MG3

1.6 S’approprier son cabinet

1.6.1 Un cabinet à son image

« Aménager son cabinet à son image »MG1

« Autant la salle d’attente elle peut être organisée pour accueillir tout le monde et donc il faut qu’il y ait des jouets, des livres, il faut qu’il y en ait un peu pour tout le monde autant la salle d’examen de chaque praticien, à mon avis, va évoluer en fonction de sa patientèle, de ce qu’il fait avec ses petits patients. »MG1

« M’approprier les lieux, l’aménager avec les choses qui me parle qui me sont propre »MG2

1.6.2 Pour établir une vraie proximité avec ses patients

« S’approprier son cabinet c’est hyper important. Alors là j’ai remis un coup de peinture et tout ce qui était accroché a été enlevé, faut que je réinstalle tout. C’est hyper important puisqu’il y a les photos de mes filles, du coup les patients ont vu mes filles grandir et ça aussi ça crée une certaine relation avec eux notamment les personnes âgées qui me demandent « comment elles vont ? » pas à chaque fois, mais bon quand tout va bien on bavarde deux minutes et ça c’est hyper important. L’autre fois ils m’ont dit « mais dit donc là les filles on les voit plus elles sont où ? » »MG11

1.6.3 Y être comme chez soi, un vrai confort

« Ça me rendait beaucoup plus à l’aise de travailler dans un cabinet qui était le miens plutôt que de squatter le bureau de quelqu’un d’autre »MG2

« J’avais un besoin d’être posé, de me sentir chez moi et donc c’est pour ça que je préférai avoir mon propre cabinet, je trouvais ça plus confortable. »MG2

2. Les outils de travail

2.1 Du matériel pratique

« Les livres ça se déchire, les livres c'est sale quand c'est mis à la bouche alors qu'un jouet ça permet de voir un petit peu la motricité de l'enfant de voir comment il manipule les choses, et ça peut se laver facilement en période d'épidémie »MG1

2.1.1 Pour optimiser la prise en charge

« Si on veut faire les choses comme il faut il faut être un peu équipé. C'est pour ça que nous avons de quoi faire des ECG et un audiomètre pour dépister les troubles de l'audition chez l'enfant et l'adulte d'ailleurs. Ça nous permet d'envoyer les enfants chez l'orthophoniste en ayant fait un minimum d'exploration sensoriel. L'électrocardiographe, il nous sert pas du tout pour les douleurs de poitrine parce que c'est un piège l'infarctus à ECG normal mais par contre c'est très intéressant pour documenter les troubles du rythme par exemple. »MG4

« La lance de spirométrie, l'ECG, le saturomètre, c'est vraiment une aide pour optimiser la prise en charge. »MG10

« Alors, je ne fais pas l'ECG du patient diabétique, je ne fais pas l'ECG sur la découverte d'HTA… ça c'est le boulot du cardiologue. Mais, en consultation, j'ai l'impression d'une arythmie, ou j'ai une tachycardie, une bradycardie, j'ai un patient qui fait une douleur thoracique, l'ECG va m'aider pour savoir si j'appelle un SAMU ou une ambulance. C'est vraiment une aide pour optimiser la prise en charge. »MG10

« Le dernier investissement, c'était l'informatique. Je suis passé en ordinateur portable pour pouvoir informatiser les visites à domicile. Parce que je n'avais pas le temps de tenir mes dossiers médicaux à domicile. Il y avait un dossier à domicile, que je laissais à domicile. Et au début de mon installation, quand je rentrais des visites, je re notais tout dans les dossiers et à force d'être toujours en retard on ne le fait pas. Le soir, il est 20h30, on n'a plus envie de le faire. Et puis après on prend l'habitude de ne plus rien marquer. Et c'est nul ! Du coup, j'ai investi. C'était encore la démarche d'améliorer la prise en charge de mes patients. Du coup, j'ai aussi l'imprimante portable qui fonctionne sans fil, sur batterie. C'est pour sortir les ordonnances par exemple. Pour améliorer la prise en charge des patients à domicile. Je passe les cartes vitales à domicile aussi. Je n'ai plus les feuilles de soin. »MG10

2.1.2 Un équipement adapté à la pratique

« Mes exigences en matériel vont forcément évoluer en fonction de l'activité que moi j'ai en tant que praticien qui fait de la pédiatrie de la gynéco et peut-être qu'effectivement je vais moins penser à une rampe pour faire monter les patients âgés parce que j'ai peu de patients âgés »MG1

« En fait l'équipement est orienté par rapport aux choses sur lesquelles on aime bien travailler. »MG4

« Si on veut recevoir toute les populations et pouvoir faire les choses qui nous intéresse, il faut avoir des cabinets équipés »MG4

2.1.3 Du matériel adapté aux patients

« On a quand même des tables à hauteurs variables et ça c'est bien pour nos mamies parce qu'on a beaucoup de personnes âgées qui viennent et si on veut pouvoir les examiner comme il faut voilà. »MG4

« Il y a quand même des gamins qui viennent donc faut que ça soit nettoyable »MG9

« Je suis content d'avoir investi dans une bonne table électrique, pour les patients âgés, obèses, les enfants, c'est pratique d'avoir une table assez performante. »MG9

3. Choix centrés patients

3.1 La relation médecin/patients

3.1.1 Agir pour le bien-être des patients

« Le bien-être des patients c'est quelque chose qui m'importe aussi beaucoup »MG1

« Je fais les choses pour que ça se passe au mieux, pour mon confort aussi, même si j'ai toujours fait beaucoup de sacrifices pour mes patients. J'ai toujours essayé de faire au mieux pour mes patients. »MG3

« C'est pour le patient parce qu'évidemment arriver à se poser et parler de tous les problèmes en équipe pluridisciplinaire c'est important, et puis c'est aussi pour nous, nous poser et parler du patient mais dans le cadre global, nous sur le plan médical et moi j'aime beaucoup travailler avec les IDE parce qu'elles ont une autre vision, une vision de terrain différente. »MG11

3.1.2 Agir pour le confort du patient

« La consultation sur rendez-vous je trouve que c'est plus correct vis-à-vis du patient il sait à peu près à quelle heure il va être pris, à quelle heure il va ressortir »MG1

« Que les patients se sentent à l'aise, se sentent en confiance »MG2

« Je ne mets pas de blouse blanche, j'en mets juste une quand je fais des examens gynéco ou des choses comme ça parce que l'effet blouse blanche peut être important sur les patients, et pour éviter de mettre une barrière entre moi et mes patients, sans la blouse c'est plus simple d'établir une proximité avec les patients et d'avoir des consultations plus authentique car le patient est à l'aise. »MG11

3.1.3 Faire que les patients se sentent mieux en sortant du cabinet

« Je voulais que les gens sortent du cabinet en se sentant bien et moralement et physiquement, c'était ça l'impact que je voulais. »MG2

« Faire en sorte qu'ils repartent avec un « mieux être », on vient chez le médecin en espérant en sortir un peu mieux que lorsqu'on est arrivé. »MG9

« Mais effectivement mon organisation est entre autres faite pour permettre de diminuer l'anxiété de mes patients »MG9

3.1.4 Simplifier la relation avec le patient, minimiser le technique pour l'humain

« Ces choix était guidé par l'optique de se simplifier les choses, que la relation soit la plus simple possible avec les patients, que je puisse travailler sans être parasité par des tâches contingentes ou je ne sais pas quoi, pour que j'ai le plus de temps à consacrer au patient sans qu'il y ait des « à côtés » techniques superflus. Minimiser le côté technique pour favoriser la relation avec le patient. »MG9

« Au début de mon installation, quand je ne connaissais pas forcément les gens, je lisais le dossier avant d'aller les chercher. Pour regarder les gens. Pour être concentré sur eux, parce qu'avec les oreilles on ne comprend pas tout, il y a le non-verbal. »MG10

3.1.5 Consacrer le temps nécessaire au patient

« Et puis nous il nous faut du temps de travail commun parce que par exemple en ce moment on a un monsieur qui est en soin palliatif et ben pour ce monsieur là il faut qu'on ait du temps pour en parler ensemble »MG4

« Je pense qu'on ne peut pas être bien si on a pas l'impression d'avoir bien travailler, d'avoir pris le temps de discuter avec les gens et tout ça »MG4

« C'est super de pouvoir se dire que la consultation sera terminée quand le patient aura été complètement écouté. »MG9

« Être satisfait de ses prises en charge. Ne pas avoir de regret. C'est surtout ça. Quand on regarde en fin de journée ce qu'on a fait, et ne pas se dire « lui, quand même, je l'ai un peu expédié. » »MG10

3.1.6 L'envie d'avoir un suivi des patients

« Je voulais pouvoir avoir un suivi régulier des patients »MG1

« Il y a quelques temps, j'ai eu une jeune qui était enceinte. Elle m'a dit « oui, parce que vous m'avez connue dans le ventre de maman ». Donc vous voyez, le suivi des familles, c'est génial ça ! »MG3

« C'était la vision du médecin de famille. C'est de suivre plusieurs générations. Souvent, dans les stages que j'ai faits dans les milieux urbains, on prenait en charge des gens mais les parents, les frères et sœurs, les cousins/cousines habitaient ailleurs et on ne les connaissait pas et on n'avait pas la vision familiale de la santé. Chez les médecins chez qui je suis passé à la campagne, on avait tout le monde. C'est plus ce rôle-là qui m'intéresse. Le fait de suivre les familles, je trouve qu'on comprend mieux beaucoup de choses, surtout dans les troubles de personnalité et le suivi psychologique des patients. »MG10

3.1.7 Avoir une patientèle qui correspond au praticien

« J'aime beaucoup la patientèle, ça je l'ai pas dit mais je pense que je ne me serai pas installée uniquement parce qu'on me proposait un emploi du temps qui me convenait mais vraiment parce que la patientèle me correspondait »MG1

« J'ai des patients qui sont très attachés, des patients qui sont, en général, reconnaissants, et qui sont super sympa, avec lesquels j'ai un très bon contact. »MG3

« J’ai vraiment préféré la pratique avec cette population, j’aime bien cette mixité sociale. »MG11

3.2 Garantir l’intimité et la confidentialité

« Séparer la partie bureau/entretien et la partie examen clinique physique, je voulais qu’avec les personnes qui accompagnent et s’il y a des patients qui de manière impromptue ouvraient la porte que les gens soient pas embêté à avoir l’impression qu’ils sont complétement découvert devant l’inconnu, que les patients ne se sentent pas exposé à la vue de tous, s’ils voulaient garder leur intimité qu’il y ait une petite barrière »MG2

« Faire attention à la confidentialité et à l’intimité pour les patients »MG8

« Il fallait garantir une certaine intimité de la zone d’examen physique pour que les accompagnants notamment les enfants ne voient pas tout ce qui se passe, qu’ils puissent se déshabiller en étant dans une ambiance cocooning. »MG11

3.3 Œuvrer à l’accès aux soins

« Je voudrai pouvoir être disponible quand il y a besoins pour les patients »MG1

« Quand on est au cabinet on se doit tout de même d’être disponible, moi je ne peux pas refuser des patients, moi je ne peux pas »MG5

« L’accès au soin ! A partir du moment où vous avez payé des cotisations pour avoir accès aux soins, ça n’est pas médecin du monde qui va venir »MG5

« Pouvoir offrir aux patients une prise en charge, une continuité des soins qui soit satisfaisante, pouvoir apporter une réponse à leurs besoins aussi bien sur place qu’en visite et puis les besoins urgents »MG8

3.3.1 Œuvrer à l’accès au soin en limitant ses congés

« Je ne suis jamais partie beaucoup en vacances parce que j’avais toujours un petit peu l’angoisse de laisser mes patients sans médecin »MG3

3.3.2 Œuvrer à l’accès au soin en étant remplacé

« Quand je prends une journée de formation ou de congé pour une raison x ou y je suis systématiquement remplacée »MG1

« D'être en libéral, ça permet de faire ce qu'on veut. C'est contradictoire mais ça permet de partir en vacances un peu quand on veut, à condition d'avoir quand même des remplaçants. C'est la seule limite. »MG10

« Je fais de la marche nordique, j'avais commencé à partir du moment où ma remplaçante a pu me relayer. Marcher pendant une heure et demi, ça a été très important que je poursuive cette activité, surtout qu'il y a la remplaçante qui est là pour assurer les soins. »MG11

3.3.3 …en rognant sur le temps libre

« En étant binaire, c'est d'abord moi puis autrui parce que mon travail c'est d'être face à quelqu'un. Parfois dans les fait je m'oublie quand même et heureusement parce qu'il y a des situations où je suis amené à mettre mon bien-être en retrait »MG9

3.3.4 …en aménageant des disponibilités adaptées aux différents mode de vie des patients

« On travaille beaucoup avec des patients qui sont au travail et donc ça fait des soirées et forcement il faut prévoir de travailler le soir pas forcement tous les soirs »MG4

« Permettre aux gens qui travaillent de se faire soigner quand même »MG4

3.4 Se constituer une patientèle rapidement

« Je ne voulais pas créer, ni être seul car je suis très impatient et attendre le patient ça ne m'aurait pas plu, et puis je suis un peu anxieux, donc je m'étais dit que je rentrerai dans le cabinet d'un médecin retraité »MG5

« Pouvoir gagner sa vie assez vite c'est pour ça que moi j'avais cherché un endroit (inspiration) où y avait plus de quinze cent habitants sans médecin, là on était sur de creuser son trou »MG7

« L'organisation de la MSP, c'est un plus parce que ça permet vraiment de se créer une activité rapidement, de rencontrer des patient rapidement, et il n'y a pas besoin de plusieurs mois pour se construire une patientèle »MG8

« D'autant plus qu'ici c'était du travail assuré parce qu'ici comme dans de nombreux endroits on est en sous population médicale donc on sait qu'il y aura du travail facilement. »MG9

4. La gestion de l'extra médical

4.1 Déléguer le non médical

« Chacun sa spécialité : moi je ne suis pas mauvais en médecine, en comptabilité ou en gestion de frais ou en juridique je ne suis pas bon, donc chacun sa spécialité, on ne s'improvise pas ! »MG5

4.1.1 Gain de temps et confort

« Dans la mesure où il y en a dont c'est le boulot (la comptabilité, NDLR) je préférai ne pas perdre de temps à le faire et puis même si ça fait des frais ça reste intéressant »MG9

« Je travaille avec une experte comptable pour gagner du temps »MG9

« C'est un confort ! Son boulot de secrétaire est un confort, moi je n'avais pas ça avant donc c'est moi qui faisait tout avant, c'est bien plus confortable. »MG11

4.1.2 Pour avoir plus de temps médical

« C'est pour faciliter le travail auprès du malade et pour aussi nous faire gagner beaucoup de temps, qu'on passe plus de temps avec le malade plutôt que sur la paperasse. »MG6

« L'idée c'est vraiment de nous détacher de toutes les activités non médicales et de nous concentrer sur le médical au maximum. Moi le matin, je rentre dans mon bureau, tout est ouvert, l'ordinateur est allumé, je n'ai plus qu'à poser mes affaires, et le soir je n'ai qu'à mettre l'argent dans l'enveloppe et je ne m'occupe de rien d'autre. Ça permet d'optimiser le temps médical, et quand on est là on est là pour les patients et pas pour autre chose. »MG8

4.1.3 Pour éviter les erreurs…et gagner du temps

« Chacun son boulot et puis en plus la fiscalité change tout le temps, et puis j'y connais rien et puis le dimanche j'ai autre chose à faire (rires), et puis si je fais une connerie, enfin voilà gain de temps et sécurité. »MG5

« Parce que j'ai confiance en elle, elle est compétente, et je ne veux pas me mettre hors la loi en faisant une erreur. Et puis il y a aussi le gain de temps. »MG5

4.2 Je peux donc je fais

« La comptabilité, c'était chiant quand même mais a priori c'était quelque chose a porté de main donc je l'ai faite »MG2

5. Garder le contrôle

5.1 Contrôler son emploi du temps

5.1.1 Equilibre vie privée et vie professionnelle

« Ben du temps pour moi, du temps pour les patients et quand je dis du temps pour moi c'est aussi du temps pour la famille mais vraiment cet équilibre il est hyper important »MG1

« Je pense qu'il faut arriver à trouver un juste milieu entre être présent pour les patients et être aussi très présents pour les enfants »MG1

« J'arrive à faire mon travail, à gagner ma vie, à gagner très bien ma vie et à gérer mes loisirs, j'allie les deux »MG7

« Trouver un équilibre entre le fait d'accueillir et prendre en charge les patients correctement et maintenir la vie privée »MG8

« Avec famille et boulot ? Les temps de chacun sont bien déterminés donc ça se fait bien. Je n'ai pas de souci là-dessus je trouve. »MG10

5.1.2 Concilier mes différentes activités professionnelles

« Je suis touche à tout, j'ai pas envie de me limiter, j'ai pas envie de me frustrer, donc je vais faire en sorte d'aménager du temps pour chaque chose »MG2

« L'organisation de toute la semaine a de toute manière était fixé par le poste que j'avais, comme il y avait une partie universitaire de toute manière les mardis et les jeudis j'étais à la fac »MG2

« Pour moi la MSP est très bien tombé parce que ça me permettait d'avoir du temps pour la fac »MG8

« M'organiser pour me permettre de concilier mes deux activités »MG8

« C'est un lieu d'exercice qui permet aussi, vu notre organisation, d'avoir une activité à mi-temps sans que ça pose de problème, ce n'est pas le cas partout »MG8

« Ce qui était important c'était aussi d'avoir la liberté pour ceux qui voulait de faire en plus de la médecine générale d'autres activités. »MG11

5.1.3 Maitriser ses horaires

« Je voulais pouvoir être à des horaires bien précis à la maison »MG1

« Maitriser ses horaires ça permet d'avoir un confort de travail, en évitant d'avoir à chambouler son emploi du temps »MG8

5.1.4 Prendre plus de temps pour en perdre moins

« Je fais des consultations de 20 minutes déjà, donc ça rend la gestion du temps des consultations un peu plus évidente »MG9

5.1.5 Des consultations sur RDV pour éviter les retards

« La consultation sur rendez-vous je trouve que ça permet quand même d'organiser son temps plus facilement et de ne pas se laisser déborder »MG1

« Depuis le jour où j'ai décidé de passer en RDV exclusifs, j'espère que dans ma salle d'attente, il ne doit pas y avoir plus de 2, 3 malades. C'est-à-dire qu'il ne doit pas y avoir de retard, pas plus d'une ½ heure – ¾ d'heure. C'est pour les malades et pour nous aussi parce que j'ai horreur d'ouvrir la porte et trouver la salle pleine. Ça stresse, ça angoisse : « quand est-ce qu'on va terminer ? » »MG6

5.1.6 La technologie pour éviter les oublis de rendez vous

« Par contre, le deuxième but : on a beaucoup de RDV non honorés et en passant par une prise de rdv par internet, il y a des mails et des textos de relance et de rappels automatiques. Et ça a diminué les RDV non honorés. »MG10

5.1.7 Eviter d'être débordé par le travail

« J'ai toujours réussi à m'organiser pour que je ne reparte pas à la maison avec des dossiers à remplir je préfère vraiment le faire au cabinet. Je ne veux pas que le travail déborde sur le temps familial »MG1

« L'organisation, c'est toujours pour trouver l'équilibre et ne pas finir en burnout et pouvoir voir sa famille sans être complétement à cran »MG2

« J'aime pas du tout me sentir déborder par le travail, j'aime pas du tout ça, ça me stresse, donc j'essaie d'éviter »MG4

« Éviter de désorganiser les demi-journées de consultation s'il y a une suture qui va prendre une demi-heure par exemple. »MG8

« Je pense que, contrairement à d'autres générations, nous on s'installe et on bosse. Du coup, on n'a pas le stress d'avoir une paye suffisante à la fin du mois parce qu'on n'a vu personne. On a plutôt le problème inverse : comment s'organiser pour ne pas se faire bouffer et craquer parce qu'on n'en peut plus et qu'on ne fait rien d'autre. La problématique c'est de ne pas se faire bouffer par le boulot. »MG10

« Alors nous ici à ***, si on veut travailler plus on peut travailler plus, mais le but c'est de trouver un équilibre, en tout cas pour ma part, éviter de monter trop en activité parce que ça va être des impots en plus, les charges etc…Arriver à trouver un équilibre pour éviter d'être saturé de boulot et de charge financière et de travail. »MG11

5.1.8 Pauses nécessaires

« Un moment où justement on puisse faire la coupure et que le midi ça ne soit pas un moment où on parle du travail […] Mon équilibre professionnel il est soumis à des moments de réparation, des moments de repos dans la journée »MG1

« Généralement, je n'aime pas manger à coup de lance-pierre. Je préfère ne pas manger plutôt que ça. Je prends 1h à 1h15 pour manger tranquille. »MG6

« Pour moi c'est indispensable d'avoir de vrais temps sans médecine. »MG9

« On a synchronisé les pauses du midi et on mange ensemble, ce qui n'était pas le cas avant. Du coup, on mange ensemble tous les midis. C'est un temps de détente. On a appris à se connaître parce qu'on ne se connaissait pas. Il y en a même qui ont appris à se connaître alors que ça faisait 20 ans qu'ils travaillaient ensemble. On parle peu médecine au final. Ça a facilité l'appel pendant les consultations. Je pense qu'il faut plusieurs années d'installation pour être sûr de soi. Cette cohésion est un temps informel, qui sert à faire naître un groupe. Ça a commencé comme ça, en leur disant que ce serait sympa de manger ensemble »MG10

« Le partage avec mes collègues de moment comme de prendre le café le matin, je trouve ça intéressant de parler de chose et d'autre. Le midi on essaye de manger ensemble, pas tous

les midis mais certains midis. Avant je n'avais pas ces moments-là donc le fait de pouvoir partager quelques moments de la vie c'est important. »MG11

5.1.9 Des loisirs qui dictent leur loi sur l'emploi du temps

« Ben dans la semaine, le jour où j'ai piscine c'est le jour où je ne travaille pas »MG4

« Mon emploi du temps est régulé en fonction de mes opportunités de loisir »MG5

« Quand j'ai décidé de partir à la chasse ou de faire des concours avec mes chiens, ou des trucs comme ça, ben je ferme »MG7

5.1.10 Loisirs ? Oui, mais après le travail !

« Les loisirs ça s'organise autour des plages horaires libres. Ça n'empiète pas sur le cabinet. »MG6

5.1.11 Gérer librement son emploi du temps

« J'ai choisi un cabinet ou j'ai la liberté d'exercer les jours qui me conviennent »MG2

« J'ai fait ma propre organisation pour avoir certaines libertés, pour pouvoir conduire mes enfants par exemple le matin, pouvoir être avec eux le soir »MG6

« L'avantage d'être tout seul, pas comme quand on est à plusieurs où on a des contraintes de locaux, des trucs comme ça, je te dis si j'ai envie de partir chasser avec mes chiens je peux partir dans deux jours et fermer le cabinet pendant une semaine »MG7

« Alors les objectifs personnels, c'était de ménager un temps de travail adéquat, que je puisse moduler moi-même mon emploi du temps. […]On a cette liberté d'organiser notre emploi du temps comme on veut »MG9

« D'être en libéral, ça permet de faire ce qu'on veut. C'est contradictoire mais ça permet de partir en vacances un peu quand on veut, à condition d'avoir quand même des remplaçants. C'est la seule limite. Ça m'est déjà arrivé de poser 5 semaines sans remplaçant, ça ne m'a pas gêné. Surtout financièrement, parce que quand même il y a les charges qui sont là. Si c'est prévu à l'avance. »MG10

5.1.12 Optimiser le temps de travail médical

« J'ai rationalisé mon temps, je l'ai optimisé au mieux. »MG5

« Optimiser mon temps de travail pour perdre le moins de temps possible »MG5

« Par exemple, au printemps, c'est là que je fais la « consultation annuelle » de tous mes diabétiques. C'est là que je regarde quand est-ce qu'ils doivent voir le cardio, l'ophtalmo… c'est là que je regarde la sensibilité au diapason, au mono filament. Parce qu'au printemps, souvent les habits sont plus légers, du coup, il y a moins de perte de temps au déshabillage. Au début de mon installation, à chaque patient diabétique, 4 fois par an, je regardais quand est-ce qu'il avait vu le cardio… je me suis dit que c'est du temps de perdu : il faut que je me fixe 3 mois. Je vois tous les diabétiques à ce moment-là et le reste de l'année, je m'en fous. C'est pour la fatigue intellectuelle personnelle et aussi pour ne pas perdre de temps à chaque consultation. »MG10

5.2 Travailler en groupe

« Parce que j'aime bien travailler en équipe, c'est comme ça que je travaille le mieux, ça m'intéressait »MG8

« Le fait d'être à plusieurs, de partager des moments, de parler avec sa secrétaire, de partager un café, ce sont des choses qui paraissent anodines mais sincèrement c'est hyper important pour moi en tout cas plutôt que d'être toute seule dans un cabinet, seule dans un cabinet au bout d'un moment je n'aurai plus supporté. »MG11

5.2.1 S'associer avec des profils différents, question pratique

« J'ai choisi le cabinet avec des profils ou je ressemblais le moins où d'un point de vue purement pratique, fonctionnel et matériel ça me paraissait plus judicieux »MG2

5.2.2 Travailler en groupe est stimulant

« Parce que j'aime bien travailler en équipe, c'est comme ça que je travaille le mieux, ça m'intéressait. Parce que je trouve ça plus stimulant, j'ai fait pas mal d'activité associative et syndicale quand j'étais étudiant et je trouvais toujours intéressant de travailler en équipe, je trouve que ça apporte beaucoup. »MG8

5.2.3 En groupe pour l'entraide

« Seule c'était l'angoisse parce que je me suis fait agressé verbalement par des patients donc toute seule c'était compliqué et puis c'est surtout que quand j'avais besoin d'un conseil ben j'avais personne qui était là, maintenant on s'appelle entre collègue et on peut s'épauler quand on est en difficulté. »MG11

« Le but c'est d'arriver à se poser, quand il y a un gros coup de pompe, quand on sent que ça perdure pouvoir en parler avec les collègues, pouvoir s'arrêter deux jours en voyant avec la remplaçante si elle peut prendre le relai ou lever le pied et s'arranger pour partir plus tôt si l'activité le permet. »MG11

5.2.4 En groupe pour se partager le travail

« On s'est réparti les tâches je pense que ça la répartition des tâches est hyper importante, on voit ça dans le cadre du prochain cabinet y en a un qui va s'occuper de la téléphonie, un qui va s'occuper de l'aménagement ça veut pas dire que les choix ne vont pas être fait ensemble mais il faut vraiment qu'on puisse déléguer les tâches sinon c'est trop de travail »MG1

« L'idée c'était de faire en sorte qu'il y ait une mutualisation du travail pour que ce soit plus facile à vivre pour les médecins »MG8

« En groupe, le but était de partager les contraintes pour ne pas à avoir à en faire trop »MG9

« Le libéral, c'est un peu plus flexible. Et puis, si je n'ai pas de remplaçant, c'est mon problème. Ça ne gêne pas trop l'organisation du cabinet parce qu'on est 7. Ce n'est pas comme si j'étais tout seul à la campagne, où, si je n'ai pas de remplaçant je ne peux pas partir. Là, on est un cabinet de 7, on peut absorber quand il y en a un qui est malade, qui n'est pas bien. Tout seul à la campagne, on va quand même bosser parce que le planning est plein. Ici, c'est déjà arrivé qu'il y en ait un qui appelle « je ne peux vraiment pas, je suis cassé ». Et bien, à 6 autres, on s'en rajoute un sur 6 donc on absorbe tous les RDV. »MG10

5.2.5 Ne pas travailler seul pour plus de confort

« Dans un cabinet de groupe, c'est un peu plus confortable dans la gestion des patients, la solitude ne me convenait pas »MG5

« Donc les idées qui ont mené à ça, c'était faire en sorte de répondre à tous les besoins aussi bien sur place qu'en visite et puis les besoins urgents pour éviter de désorganiser les demi-journées de consultation s'il y a une suture qui va prendre une demi-heure, et ensuite d'avoir un confort de travail, en évitant d'avoir à chambouler son emploi du temps »MG8

« M'installer en groupe, j'en avais besoin, parce que physiquement j'étais fatigué donc de toute façon le but était de m'installer pour essayer d'organiser autrement la consultation parce que physiquement je ne pouvais plus continuer seule, je n'allais pas tenir le coup. »MG11

« En second facteur déterminant, il y a eu le travail en groupe qui m'a permis aussi de gérer mon emploi du temps plus facilement que quand j'étais toute seule. »MG11

5.2.6 Ne pas travailler seul pour plus de disponibilité

« Je ne voulais pas travailler toute seule, parce que travailler en groupe ça voulait dire pour moi, surtout être disponible à certains moments de la semaine pour ma famille chose que je ne pensais pas être possible en travaillant toute seule »MG1

« En groupe si j'ai besoin de finir plus tôt il y a toujours quelqu'un qui est là, c'est quand même beaucoup plus souple dans notre exercice quotidien. »MG11

5.3 Anticiper les imprévus

« Plus on est organisé moins on est dans l'imprévu et l'imprévu c'est pas bon, ni pour le médecin, ni pour les patients. J'ai horreur de l'imprévu, j'ai horreur d'avoir à gérer au dernier moment d'ailleurs ça se voit dans mon planning de consultation, j'ai horreur d'être en retard, je pense que c'est parce que j'organise les choses à l'avance que justement j'arrive à ne pas être en retard »MG1

« Dans le temps qui est pour moi il y en a un petit peu qui est prévu pour gérer les imprévus du cabinet »MG4

« Pour qu'un cabinet soit suffisant, il faut une autre salle pour ne pas bloquer la salle d'examen, au cas où. Parce qu'il suffit qu'il y ait une urgence et puis que j'appelle le SAMU ou que j'appelle une ambulance pour transporter le patient, et là jusqu'à ce qu'ils viennent je suis bloqué, je ne peux rien faire »MG6

« L'esprit d'entreprise c'est se parler, parce qu'on est patron, on a du personnel. C'est parler entre nous et essayer d'anticiper les problèmes. Ce qu'on a prévu, ce n'est plus un problème. »MG10

« J'ai beaucoup réfléchi à tout et j'ai essayé d'anticiper un maximum de choses. »MG10

5.4 Libre de décider

« Il y a une certaine facilité puisque je suis mon propre chef. Si j'ai décidé demain matin de ne pas travailler parce que je n'ai pas programmé de consultation, je bloque la matinée parce que je veux faire autre chose. »MG6

« La raison pour laquelle je suis tout seul c'est que j'ai une totale liberté que je fais ce que veux, que je rends de comptes à personne »MG7

« C'est nous qui sommes maître de notre outil de travail, si on veut rajouter un truc, acheter un truc, si on veut s'organiser différemment, nous le faisons sans demander à personne, c'est plutôt intéressant. »MG8

« Il y avait un pharmacien qui nous avait proposé de nous installer dans ses locaux adjacents, mais alors le pharmacien voulait gérer, enfin faire partie de la SCI, on lui a refusé. Il gère sa pharmacie et puis nous on va gérer notre truc ! Je ne voulais pas dépendre d'une pharmacie. »MG11

6. Pérenniser l'organisation

6.1 Maintenir l'attractivité

6.1.1 Attractif pour les remplaçants

« Parce qu'un cabinet dynamique, c'est mieux pour recruter et anticiper les départs en retraite. Pour trouver des successeurs et pour trouver des remplaçants. »MG10

« Il y a le secrétariat, on est à plusieurs, les cabinets sont propres, nouveaux, et puis bien souvent elles ne sont pas seules (les remplaçantes), s'il y a un soucis les autres collègues sont là et puis des fois elles remplacent une personne et demi ou deux donc pour elle c'est plus rentable. »MG11

« Quand il y a la remplaçante, je regarde toujours pour qu'elle ait assez de boulot donc on dit à la secrétaire de mettre les patients à la remplaçante plutôt qu'à nous comme ça si ça peut nous permettre de lever le pied et puis ça permet à la remplaçante aussi d'avoir un bon pécule, c'est important pour les garder (rires). Le but aussi n'est pas de leur dérouler le tapis rouge et que ça aille que dans un sens mais il faut que ça soit du donnant/donnant. »MG11

6.1.2 Investir pour maintenir l'attractivité

« Investir dans le cabinet dans tous les sens du terme afin que ça soit un lieu d'exercice qui soit le plus confortable possible »MG8

« Les locaux n'étaient pas du tout comme ça quand je me suis installé. Il y avait des travaux de prévus pour mise aux normes handicapés. Il y a eu beaucoup, beaucoup de travaux. Je me suis installé parce que les travaux étaient prévus, c'était lancé. Avec la configuration d'avant, je n'aurais pas acheté les murs. Là, j'ai acheté. Pour faire des gros travaux comme ça de mise aux normes, il y en a eu pour 188 000 € de travaux. Il faut que tous ceux qui ont des parts dans la SCM et la SCI soient ok. Je ne me serais pas investi si ça, ça n'était pas

déjà lancé avec tous les médecins. Du coup, je suis arrivé dans un cabinet où il y avait déjà une démarche d'amélioration. J'étais sûr que ça allait se faire du coup. C'était un gage d'engagement des médecins du groupe en fait, sur l'entretien de l'outil de travail. Ne pas laisser se dégrader un outil de travail parce qu'on ne veut pas dépenser d'argent, comme on peut le voir dans pas mal de cabinets, où on fait l'économie de draps d'examen, de spéculums auriculaires…ça on le voit en stage… »MG10

6.1.3 Maintenir l'attractivité du cabinet via l'interdisciplinarité

« On a une partie du local qu'on louait à un dentiste et maintenant à un pédicure pour avoir un locataire. Ça participe au frais, ça nous fait un loyer, et on ne peut pas laisser une pièce vide, et puis ça fait un pédicure podologue pour les gens d'ici, je pense que c'est une plus-value et puis ça rend le cabinet d'autant plus attractif. »MG5

6.1.4 Maintenir l'attractivité du cabinet via son équipement

« Et puis d'ici quelques années je vais prendre ma retraite et la grande question des successeurs potentiels est « êtes-vous informatisé ? » et là je pourrai répondre « oui ! » » MG5

« Quand je me suis installé, il y en avait un qui était à 4 ans ½ de la retraite. Et je me suis dit : « il va falloir anticiper pour trouver du monde parce que sinon on va se faire submerger par les charges. » Ça a été aussi un argument pour faire des travaux. Pour faire un peu plus de travaux que prévus et pour en refaire un peu tous les ans. Parce qu'un cabinet dynamique, c'est mieux pour recruter et anticiper les départs en retraite. Pour trouver des successeurs et pour trouver des remplaçants. »MG10

6.2 Viabiliser le fonctionnement

6.2.1 Une organisation qui s'adapte aux pratiques

« Toutes ces choses-là elles vont forcément évoluer en fonction de l'activité que moi j'ai en tant que praticien qui fait de la pédiatrie de la gynéco »MG1

« Je pense que la réflexion évoluera si je modifie ma pratique »MG2

6.2.2 Veiller à l'équilibre des comptes

« Il faut s'assurer qu'il y ait suffisamment d'argent qui rentre pour pouvoir payer tout le monde »MG8

6.2.3 Pour une structure à l'épreuve des départs

« C'est une organisation efficace, qui est pérenne. Il faut que la structure continue de vivre malgré les départs, il faut que la structure soit plus forte que l'individu. »MG8

« Quand je me suis installé, il y en avait un qui était à 4 ans ½ de la retraite. Et je me suis dit : « il va falloir anticiper pour trouver du monde parce que sinon on va se faire submerger par les charges. »MG10

6.3 La sécurité

6.3.1 La sécurité du personnel

« Il ne faut pas que les secrétaires travaillent avec la peur. Quand on a fait tous nos travaux, qu'on a pensé tous les travaux, à un moment, je ne sais pas comment, on est venu à parler sécurité. Et puis les secrétaires nous ont dit que parfois elles avaient peur. On a vu un architecte, qui nous a dit « ce qu'on installe parfois dans les cabinets médicaux, c'est un système comme ça. » Et puis on a trouvé ça parfait. Ça a un coût encore une fois mais, c'est pour le confort, elles se sentent en sécurité. Il faut que tout le monde se sente à l'aise. »MG10

6.3.2 Veiller à la sécurité des outils de travail

« On s'est dit qu'on avait intérêt à faire attention si on ne veut pas que tout l'informatique disparaisse, il y a quand même des médecins qui se font voler leurs ordinateurs, moi une fois j'ai ma caisse d'argent liquide qui est parti, j'avais laissé mon bureau ouvert sur l'heure du midi, et je suis revenu il n'y avait plus la caisse, donc oui on pense à la sécurité du cabinet. »MG4

« La sécurité… par exemple tout est câblé. On n'utilise pas le WIFI. Déjà il faut un branchement physique pour être sur le réseau. Et puis, le serveur est sécurisé. On a un serveur avec 2 disques en mémoire, en miroir… une sauvegarde sur un disque dur externe toutes les nuits et une sauvegarde avec la société du logiciel toutes les nuits aussi. Du coup, c'est sécurisé. Du coup, il n'y a pas de perte des dossiers médicaux. Et puis, si on a un plantage informatique, au pire on perd une journée de dossier médical. »MG10

6.3.3 Sécurité sanitaire

« C'est pour le confort de travail et la sécurité du patient, surtout en matière d'hygiène. »MG10

6.3.4 Le respect des législations

« Il se trouve qu'on est dans un périmètre classé et si on voulait mettre de grandes baies, Bâtiment de France n'aurait pas voulu »MG4

« Chacun son boulot et puis en plus la fiscalité change tout le temps, et puis j'y connais rien et puis le dimanche j'ai autre chose à faire (rires), et puis si je fais une connerie, enfin voilà gain de temps et sécurité. »MG5

« Parce que j'ai confiance en elle, elle est compétente, et je ne veux pas me mettre hors la loi en faisant une erreur. Et puis il y a aussi le gain de temps. »MG5

« Il faut rentrer dans le canevas réglementaire »MG7

« Les locaux n'étaient pas du tout comme ça quand je me suis installé. Il y a avait des travaux de prévus pour mise aux normes handicapés. »MG10

« On voulait faire de la rénovation mais sauf qu'il y avait les mesures d'accessibilité qu'il fallait prendre en compte donc faire de la rénovation c'était pas forcément très facile. »MG11

7. Faire du bon travail

« J'ai travaillé pour faire mon boulot au mieux et de façon la plus intéressante possible. »MG3

« Ça nous permet d'avoir l'impression de faire bien ce qu'on fait »MG4

7.1 La qualité des soins, une responsabilité, une priorité

« Dans notre métier ce n'est pas la quantité, c'est la qualité qui prime. Il faut réfléchir, il ne faut pas faire de bêtise. On gagne bien notre vie. C'est important de faire les choses bien. »MG6

« Le premier objectif, c'est de travailler correctement, de faire des soins de qualité, je pense que c'est l'objectif principal. »MG8

7.2 Limiter le nombre de consultation pour des soins de qualités

« Le médecin à qui je succède avait quelques 1600 patients… je ne pouvais pas ! Je vois beaucoup moins de patients que lui par jour. Il était à 40, moi je suis entre 20 et 25. A partir de 25, je sais que je suis fatigué, je n'ai pas la même attention pour le patient. Je n'ai pas la même attitude thérapeutique. Et ça ne me va pas. Moi, je veux rentrer chez moi l'esprit tranquille, en ayant eu l'impression de ne pas avoir fait de bourdes. »MG10

7.3 Modeler sa pratique, pour une activité intéressante

« C'était me laisser l'opportunité, me donner la chance de pouvoir faire ce que je veux et me faire plaisir »MG2

« Je voulais faire de tout, pas que de la médecine de ville »MG7

« Ce qui était intéressant, c'était le fait de moduler les activités, c'est sympa d'être à l'hôpital de temps en temps ça change un petit peu, c'est sympa d'aller en visite, ça change de la consultation »MG8

« Il y a beaucoup plus de pathologies, des patients qu'on n'arrive pas à envoyer chez le spécialiste, qui ne veulent pas aller à l'hôpital et il faut qu'on se débrouille. Il y a un côté médecine de campagne. On y fait une médecine plus complète. Le but, c'était de voir plein de choses différentes, un maximum de choses différentes. Par exemple, on fait de la suture au cabinet, on fait toute la gynéco, on fait de la pathologie infectieuse tropicale… Je pense que dans ma patientèle, je dois avoir 30 à 40% de patients sénégalais, maghrébins et turcs. Du coup, au début j'ai certaines pathologies comme des kystes hydatiques, je ne sais pas si on en voit d'habitude. Pas mal de drépanocytaire, des thalassémies, des VIH… il y a beaucoup de toxicomane aussi. C'est très diversifié en fait et c'est ce qui m'attirait »MG10

« J'aime faire de l'enseignement. J'espère bien expliquer aux étudiants quand ils sont avec moi. Et d'un côté, je pense qu'être médecin-enseignant et de faire l'effort d'être un bon enseignant, c'est la meilleure formation médicale continue ! Il y a un apport personnel en plus que de donner. »MG10

7.4 Dynamisme et esprit d'entreprise

« C'est très stimulant d'avoir des projets, c'est une question de caractère, on aime bien entreprendre des choses »MG4

« Ce qui primait c'était l'équipe, la cohésion, le fait d'avoir une équipe dynamique, toujours motivée pour faire de nouvelle chose. »MG8

« Je ne serais pas venu si je n'avais pas senti qu'humainement ça allait le faire et qu'on avait la même vision de gestion d'entreprise. Il y avait la volonté de rentrer dans une équipe qui puisse suivre mes idées, qui puisse continuer à améliorer les choses. »MG10

7.5 L'attrait de l'interdisciplinaire

« C'est quand même quelque chose qui nous titillait depuis pas mal de temps le travail inter disciplinaire »MG4

« C'est pour le patient parce qu'évidemment arriver à se poser et parler de tous les problèmes en équipe pluridisciplinaire c'est important, et puis c'est aussi pour nous, nous poser et parler du patient mais dans le cadre global, nous sur le plan médical et moi j'aime beaucoup travailler avec les IDE parce qu'elles ont une autre vision, une vision de terrain différente. »MG11

7.6 Le maintien des connaissances

« J'aime faire l'enseignement. J'espère bien expliquer aux étudiants quand ils sont avec moi. Et d'un côté, je pense qu'être médecin-enseignant et de faire l'effort d'être un bon enseignant, c'est la meilleure formation médicale continue ! Il y a un apport personnel en plus que de donner. Quand on a un interne qui pose des questions… Finalement ce sont les questions des externes qui sont les plus dures parce qu'ils viennent de faire la pharmaco et ils posent des questions « c'est quelle molécule ? » « Et bien, je ne sais pas ; on va regarder dans le Vidal ». »MG10

7.7 Améliorer les pratiques

« On n'est jamais content de ce qu'on fait, on a toujours envie d'améliorer. »MG6

« Faire en sorte qu'au fur et à mesure les pratiques de chacun s'améliore du fait des partages de dossier, d'écrire correctement ce qu'on fait dans les dossiers, ça permet au fur et à mesure à tout le monde de modifier ces pratiques vers le haut. »MG8

« L'objectif, c'était d'améliorer la qualité des soins »MG8

« Le but, c'est tout le temps d'améliorer la prise en charge globale.»MG10

« Ne pas se retrouver qu'entre médecins, pouvoir travailler en équipe avec les infirmières et partager nos avis sur nos patients communs pour améliorer notre prise en charge. Ça va nous permettre de créer des protocoles de soins par exemple pour le diabète, les escarres… »MG11

c) L’épanouissement

L’étude a permis de constater l’importance que revêtait l’objectif de bien-être au moment des choix d’organisation. Le corollaire nécessaire à ce bien-être intégrait des objectifs d’épanouissement aussi bien dans la vie privée que dans la vie professionnelle. Les facteurs participant à l’accomplissement de cet épanouissement global appartenaient à des sphères très différentes, et selon les profils des médecins interrogés leur importance variait. Grâce à la diversité de l’échantillon de médecins de l’étude, j’ai pu en faire un listing assez exhaustif. Dans les facteurs ayant influencé les médecins de l’étude au moment de leurs choix d’organisations, on retrouvait ainsi des éléments ayant attrait à la qualité de vie globale : l’attractivité du lieu de vie, un climat agréable, et des opportunités de loisirs en même temps que l’objectif de vie de famille vu précédemment. On retrouvait aussi une forte volonté de s’épanouir par le biais du travail. Pour les médecins de l’étude, le confort et l’intérêt de l’exercice étaient aussi primordiaux que d’avoir le sentiment de faire une médecine de qualité. C’était dans ces conditions qu’ils aspiraient à être heureux d’aller travailler. On observait également chez une majorité des praticiens interviewés la préoccupation de l’épanouissement des collègues de travail.

1. L’épanouissement personnel

1.1 Améliorer sa condition sociale

« Au démarrage bien sûr, on court après tout parce qu’on a des prêts, on a des objectifs, on achète la maison, on a des gamins qui étudient, ça fait des dépenses quand même donc on a peur de manquer surtout quand on a manqué un jour (rires), et donc là on met le nez dans le guidon et puis on y va »MG5

« Il fallait que j’améliore ma situation pour moi-même et pour mes enfants. « MG6

« Au début il fallait gagner sa croûte, donc au début c’était corvéable à merci avec les gens, en plus à l’époque avec la mentalité qu’il y avait dans le milieu médical : on était la génération kleenex c’est-à-dire : tu refusais un arrêt de travail il changeait de médecin »MG7

« Pouvoir gagner sa vie assez vite, c’est pour ça que moi j’avais cherché un endroit (inspire) où y avait plus de quinze cent habitants sans médecin, là on était sûr de creuser son trou »MG7

1.2 Exercer où il fait bon vivre

1.2.1 Le poids du climat

« Je peux vous dire donc trois principales raisons. La plus importante, le climat : j'aime bien la fraicheur, j'ai horreur de la chaleur. Et puis la proximité des facultés. Et puis la ville qui est agréable. »MG6

1.2.2 L'attrait de la ville

« Donc, ce n'est pas un esprit d'indépendance qui m'a poussé à sortir de l'hôpital. C'est plus me rapprocher d'une grande ville. »MG6

« Quand j'ai remplacé, j'ai remplacé en campagne dans le fin fond de l'Eure, très intéressant mais là j'ai dit « non » parce que ça demandait trop de chose, les sutures j'en fait très peu, les grosses pathologies où il faut intervenir, ça ne me convenait pas. Là on est en ville, il y a SOS médecin, on a les urgences qui sont pas loin, alors on soigne mais pour moi c'est très confortable de pouvoir faire venir le SAMU en 5 minutes, de déléguer la prise en charge de grosse plaie aux urgences, pour moi j'avoue que ça me satisfait, c'est un confort d'exercice. »MG11

1.2.3 Grandes villes = grandes études

« Mais je savais que le niveau est différent et qu'il fallait, avant l'année du bac, qu'on débarque dans une grande ville, il fallait un grand lycée pour mes enfants. C'est le critère principal. »MG6

1.2.4 L'attrait de la campagne

« Je voulais m'installer à la campagne pour avoir des chiens »MG7

« Pourquoi je suis à ***(village)*** ? Parce que j'ai une passion énorme pour la chasse, et les chiens. »MG7

« Je voulais faire médecin généraliste à la campagne. Je n'habite pas loin d'ici. On avait acheté la maison quand j'étais en première année d'internat. On voulait habiter à Rouen et, en fait, c'était trop cher. On s'est éloigné et on est arrivé dans un village où il n'y a pas de commerce, il n'y a rien, vraiment en campagne. »MG10

1.3 Le bien-être avant tout

« Plus je vais travailler dans des conditions agréables, plus je vais aimer mon travail, c'est important de travailler dans le bien-être »MG1

« Maintenant y a mon équilibre personnel qui passe en premier lieu »MG1

« Vu comme j'ai envie que le bien-être passe avant le reste c'est nécessaire d'être organisé, d'être structuré, d'être cadré, de se mettre des limites et de mettre des limites aux autres »MG2

« Clairement le plus important c'est mon bien-être même si ça vous choquera peut-être. »MG9

« Mon bien-être passe avant celui des patients parce que je ne suis pas un acharné de la médecine »MG9

« C'est mon bien-être qui va être en haut de la hiérarchie et qui va déterminer mes choix d'organisations dans mon exercice. »MG9

1.4 L'importance des loisirs

1.4.1 Les loisirs avant tout

« En priorité mes loisirs ! »MG5

« Ben ma priorité c'est mes loisirs »MG7

« Je voulais retourner à la campagne et privilégier mes loisirs »MG7

« Pourquoi je suis à ***(village)*** ? Parce que j'ai une passion énorme pour la chasse, et les chiens. »MG7

1.4.2 Les loisirs, source de jouvence

« Il faut se garder du temps et il faut s'autoriser d'autres activité à coté, on a besoin de cette activité, c'est une bouffée d'oxygène »MG2

« Je monte à cheval 4 fois par semaine. C'est une espèce d'équilibre, mais ça me permet d'être bien, de rester équilibrée »MG3

« Je fais de la marche nordique, j'avais commencé à partir du moment où ma remplaçante a pu me relayer. C'était hyper important pour moi de faire une activité sur le temps de travail, pas le mercredi quand j'avais les filles à la maison, donc c'était du temps pour moi. Marcher pendant une heure et demi, ça a été très important que je poursuive cette activité, surtout qu'il y a la remplaçante qui est là pour assurer les soins. »MG11

1.4.3 Objectif : loisirs !

« Garder du temps pour faire les choses dont on a envie ça faisait partie des objectifs »MG4

« J'optimise mon temps de loisir »MG5

« Le but c'est de vivre ma vie tout simplement, arrêter de penser médecine, avoir mes loisirs personnels, couper, me changer l'esprit en faisant autre chose. »MG9

1.5 Epanouissement professionnel

1.5.1 Être heureux d'aller travailler

« Je pense que les patients ont besoin d'avoir un médecin épanoui et qu'à la limite vaut mieux que je sois moins présente mais que quand je sois présente je sois contente d'être au travail et vraiment disponible pour eux »MG1

« Ce que je voulais c'était me lever tous les matins et être contente d'aller à mon travail pour être juste ce que tout le monde cherche à faire me dire que je n'ai pas fait toute ces années d'études pour faire un métier que je n'aime pas (rire) ça serait dommage »MG2

« Le rôle de l'organisation c'est d'amener de la sérénité, c'est tout. Du coup, les journées se passent bien. Parce que c'est important de travailler… je pense qu'on ne fait pas médecine pour l'argent. On fait médecine parce qu'on aime ce métier. C'est important que ça fasse plaisir, de prendre plaisir à travailler. »MG10

1.5.2 Être satisfait de son travail

« Je pense qu'on ne peut pas être bien si on a pas l'impression d'avoir bien travailler, d'avoir pris le temps de discuter avec les gens et tout ça »MG4

« C'est sûr que la médecine générale, parfois est un peu frustrante. Sans être excessif. Parfois, on se retrouve pendant une journée à faire ce que j'appelle la « bobologie ». C'est trois fois rien. Effectivement, celui qui fait de la bonne médecine, il arrive à prévenir beaucoup de choses. Il arrive à dénicher beaucoup de choses, à faire des diagnostics. J'aime bien lorsque j'envoie un malade chez un spécialiste dermatologue ou cardiologue ou à l'hôpital, il y va avec un minimum d'exploration et un diagnostic. C'est dans ce cadre-là que je considère mon épanouissement. »MG6

« Être satisfait de ses prises en charge. Ne pas avoir de regret. C'est surtout ça. Quand on regarde en fin de journée ce qu'on a fait, et ne pas se dire « lui, quand même, je l'ai un peu expédié. » »MG10

2. L’épanouissement des collègues

« Arriver à organiser son emploi du temps aussi pour que tout le monde y trouve son compte »MG1

« Respecter la vie personnelle de chacun, permettre à chacun d’avoir la vie qu’il a envie d’avoir, d’autres contraintes familiales, les enfants et tout »MG4

« Le second objectif, c’est de combiner vie professionnelle et vie privée pour tous les membres du cabinet, et faire en sorte que chacun puisse travailler comme il le souhaite »MG8

« Le seul objectif, c’était soulager les secrétaires… »MG10

B.Les autres déterminants

Dans cette partie, j’ai regroupé les facteurs de choix d’organisations qui ont paru moins déterminant que les trois mastodontes que constituent les facteurs « recherche de l’épanouissement », « vie de famille » et « aspiration professionnelle ». Bien que secondaires, ces facteurs de choix d’organisations ont tout de même influencé de nombreuses décisions. J’ai classé ces déterminants de choix en facteurs positifs ou facteurs ayant motivé des choix, et en facteurs négatifs ou facteurs ayant restreint ou empêché des choix.

a) Les facteurs positifs

Dans ces facteurs positifs, il en était un d’incontournable : le facteur financier. Son influence était étendue à presque tous les domaines de l’organisation du médecin généraliste : du choix des outils, en passant par le choix du temps de travail, il intervenait également dans les choix de recours aux ressources humaines (nouveaux collaborateurs, remplaçants, secrétaires, comptables…). On a constaté chez les médecins de l’étude une volonté de rationaliser les entrées et les sorties d’argent. Les ressources financières étaient optimisées, les dépenses réfléchies, et les gains stratégiquement limités. Le confort et la fonctionnalité en étaient les variables d’ajustement. Les praticiens de l’études cherchaient la fonctionnalité et l’efficacité au coût juste. Ils recherchaient également le confort via du temps libre ou via des équipements adéquats, et étaient pour cela près à réduire leurs gains. Ils aspiraient néanmoins à obtenir des rémunérations confortables pour vivre aisément, motivant ainsi des choix purement orienté par le gain d’argent. Pour autant la majorité des praticiens de l’étude se déclarait peu inquiet de leur capacité de gain financier, de fait ils n’en faisaient pas une priorité. Enfin, une

partie des médecins interrogés anticipait sur la retraite et capitalisait pour maintenir leur niveau financier.

Les affects intervenaient également dans les choix d'organisations des praticiens de l'étude, que ce soit dans les choix de lieu d'installation, dans les choix de collaborateurs (médicaux et non médicaux) ou dans les orientations de type d'exercice médical. Le retour aux sources, le besoin de travailler en toute confiance, la quête d'excitation par le travail, l'envie d'être reconnu par son travail étaient autant d'éléments moteurs évoqués par les praticiens interrogés.

J'ai déjà évoqué dans l'étude la volonté d'adapter l'emploi du temps pour satisfaire à des besoins personnels. Il était cette fois question d'aménager l'organisation pour pouvoir vaquer à des préoccupations domestiques. C'est un facteur peu évoqué mais qui avait pour les médecins l'ayant mentionné eu une influence sur les choix d'emploi du temps ou sur le choix du lieu d'exercice.

Enfin, on observait une attention toute particulière des praticiens de l'étude concernant leur propre santé. Ces praticiens souhaitaient se maintenir en bonne santé en dépit des contraintes de leur fonction. Ils s'en donnaient les moyens en tenant comptes de leurs limites et en aménageant les conditions matérielles et humaines nécessaires à cet objectif.

1. Financier

1.1 Rapport qualité prix

« Alors le mobilier, c'était vraiment meilleur rapport qualité prix »MG2

« J'ai trouvé cette maison que j'ai payé pas cher du tout pour le quartier. Je pouvais mettre mon cabinet dedans. »MG3

« La superficie c'était fonction du budget que j'avais à mettre »MG7

« Il y avait la contrainte du budget mais on a quand même essayé de faire attention à faire des trucs sympas »MG8

« On essaye de faire un compromis entre le prix, l'esthétique, la fonctionnalité »MG9

1.2 Optimiser les dépenses

« Il y avait des médecins qui disaient « est-ce qu'on ne peut pas diminuer les charges ? » Du coup, ensemble, on a regardé toutes nos dépenses. On a renégocié tous nos contrats : fournisseur d'accès internet, fournisseur de téléphonie avec les 4 lignes… On a optimisé les moyens. »MG10

1.3 Eviter le gaspillage

« On découvre des postes de dépense que l'on ne soupçonnait pas, donc c'est bien de restructurer les choses et donc on fait attention. Evitez de dépenser pour rien »MG8

1.4 Diminuer les charges en étant plus

« A confort égal, le fait de travailler à plus, ça diminue les charges. »MG10 »

« Le fait que maintenant on soit 7, l'impact sur l'exercice et l'impact financier, la pression financière des charges est moins importante parce qu'on répartit à plusieurs. Dans une entreprise, on est quand même plus serein. »MG10

1.5 Appât du gain ou non

1.5.1 Pour le gain d'argent

« C'est bassement matériel mais c'est un placement comme un autre après tout on construit et puis quand on sera à la retraite on louera, enfin on espère. Quand on l'a construit, on l'a aussi construit pour que ça puisse être transformé en maison d'habitation, pour que ce soit réutilisable autrement s'il n'y avait plus de médecin »MG4

« Il y avait donc d'une part l'impératif pécuniaire et d'autre part la recherche d'une reconnaissance »MG5

« Bon là je passe à l'informatique parce qu'avec la convention de la sécurité social il y a de l'argent à récupérer »MG5

« J'adore l'hospitalier mais le problème c'est que l'hospitalier ne paye pas assez, pour ce qui est de la médecine libérale, c'est plus l'appât du gain, « gagner plus » même si on doit travailler doublement plus. »MG6

« Avoir un peu plus de sous, pour gagner plus ma vie »MG6

« Ça fait partie également des conditions de notre mode de rémunération ce qui a pu accélérer les choses. »MG8

1.5.2 Débuter à moindre coût

« J'ai un de mes amis médecin qui prenait sa retraite, il est venu me voir et moi j'étais salarié à ce moment-là. Donc il m'a proposé, enfin il m'a demandé si j'avais quelqu'un dans mon entourage motivé pour reprendre son cabinet. Et donc quand j'ai su ça, il m'a dit qu'il donnait

sa patientèle pour un euro symbolique et moi la médecine générale commençait à me manquait et j'ai pris la suite en sachant qu'il me louait le cabinet et que donc je n'avais pas de sous à mettre au départ dans l'achat de mur, il m'a tout laissé dans le cabinet, donc j'ai pas eu d'investissement à faire au départ, et je me suis dit que je me laissais 6 mois. »MG11

1.5.3 Se limiter pour ne pas payer trop d'impôt

« Je ne veux pas être le plus riche du cimetière, j'ai des problèmes de santé, pour l'instant je suis passé à travers les gouttes et puis travailler pour payer la moitié en impôts ça va un moment aussi. »MG5

« Alors nous ici à ***, si on veut travailler plus on peut travailler plus, mais le but c'est de trouver un équilibre, en tout cas pour ma part, éviter de monter trop en activité parce que ça va être des impôts en plus, les charges etc…Arriver à trouver un équilibre pour éviter d'être saturé de boulot et de charge financière et de travail. »MG11

1.5.4 Moins d'argent pour plus de confort

« Nous on a fait le choix au cabinet de payer très chers des secrétaires parce que c'est un vrai coût mais moi j'accepte ce coût là parce que je me dis que c'est bien plus confortable ainsi, je connais des confrères qui gère leur secrétariat en même temps que leur consultation, c'est lourd, je ne sais pas comment ils font. »MG1

« Diminuer un petit peu notre rémunération pour avoir une activité qui soit la plus confortable possible »MG8

« Nous on a beaucoup de charges. J'ai plein de copains qui se sont installés et qui ont vraiment beaucoup moins de charges… divisé par 5 parfois… Pour moi, c'est le confort de travail. »MG10

1.5.5 L'appât du gain, pas une priorité

« Sur le plan financier je ne pense pas que ça ait motivé quoi que ce soit »MG1

« Non pas du tout ce n'était d'ailleurs pas une inquiétude de savoir si j'allais gagner plus ou moins je pense que ça n'était pas du tout rentré en ligne de compte à l'époque »MG1

« Je n'ai jamais travaillé dans l'idée de me vendre pour avoir plus de sous »MG3

« Ce n'est pas l'idée de vouloir gagner plein de fric qui m'aura fait changer ma façon de travailler. »MG3

« Je pense qu'on ne fait pas médecine pour l'argent. On fait médecine parce qu'on aime ce métier. »MG10

1.6 Equilibre revenu/temps libre

« Alors, il y a quand même la prise en compte du revenu, on ne peut pas faire abstraction du revenu, et il faut concilier ça avec le maximum de temps libre aussi. L'impératif, c'était de concilier un emploi du temps aéré avec un niveau de revenu qui soit correcte. C'est aussi simple que je veux avoir du temps de libre et gagner ma vie, c'est tout !»MG9

1.7 Investir pour sa retraite

« C'est bassement matériel mais c'est un placement comme un autre après tout on construit et puis quand on sera à la retraite on louera enfin on espère. Quand on l'a construit, on l'a aussi construit pour que ça puisse être transformé en maison d'habitation, pour que ce soit réutilisable autrement s'il n'y avait plus de médecin »MG4

« J'ai pensé aux retours sur investissements, c'est pour ça que j'ai acheté les murs, parce que c'est un placement financier qu'il faut avoir. Et c'est finalement penser à la retraite, c'est un placement financier pour la retraite. »MG10

« L'impact d'avoir acheté les murs au niveau de la SCI sur ma vie privée, c'est une capitalisation pour la retraite. C'est tout. »MG10

« C'était important de me dire qu'une partie du cabinet m'appartenait et que même si on ne revend plus les patientèles, je pouvais éventuellement revendre les murs plus tard à un médecin ou autre, je me suis dit à la retraite j'espère que j'arriverai à récupérer ce que j'ai investi dans les murs. »MG11

1.8 Acheter pour ne pas louer

« Hors de question que je paye 1500€ par mois pour de la location, donc, j'ai cherché au lieu de les payer en location, à les payer en traites pour acheter un cabinet. »MG6

« Il y a eu les lois qui se sont fait sur le logement locatif où on voulait nous faire payer un surloyer sur le locatif, je payais déjà un surloyer, mais là on en voulait encore plus donc j'ai fait construire. J'ai fait construire y a maintenant 11 ans, j'ai fait une SCI, comme il me restait encore à l'époque 18 ans à travailler ça valait le coup de le faire, c'était un montage intéressant et donc là je me paye un loyer que je défiscalise et qui rembourse mon prêt. »MG7

1.9 Louer pour rentabiliser l'espace libre

« On a une partie du local qu'on louait à un dentiste et maintenant à un pédicure pour avoir un locataire. Ça participe au frais, ça nous fait un loyer, et on ne peut pas laisser une pièce vide, et puis ça fait un pédicure podologue pour les gens d'ici, je pense que c'est une plus-value et puis ça rend le cabinet d'autant plus attractif. »MG5

2. L'affectif

2.1 Le retour aux sources

« Je voulais vivre à la campagne, mes racines sont rurales, j'ai habité en ville mais mes racines sont rurales donc je voulais retourner à la campagne »MG7

« Le rural c'est uniquement pour retrouver mes racines »MG7

2.2 La confiance

« On essaye de faire travailler les gens que l'on trouve dans l'entourage, à proximité et il faut qu'il y ait de la confiance surtout »MG5

« Parce que j'ai confiance en elle, elle est compétente, et je ne veux pas me mettre hors la loi en faisant une erreur. Et puis il y a aussi le gain de temps. »MG5

2.3 Qui veut de l'adrénaline ?

« Moi je suis un compétiteur, j'ai fait beaucoup de compétition quand j'étais plus jeune et j'aime bien avoir de la pression, ça stimule peut-être mes anxiétés, j'en sais rien. Là je n'ai vu que 12 patients ce matin, je tourne un peu en rond mais bon je vais m'en remettre. Donc moi j'aime bien qu'il y ait beaucoup de travail. »MG5

« Ce qui m'a poussé à faire du rural : le fait d'être polyvalent, de faire beaucoup de chose. A l'époque on faisait des truc (sifflement), des trucs de fou, on posait les perfs à domicile. Tu viens faire des visites à domicile telle qu'on les faisait y 35 ans en milieu rural, pas de GPS, pas de plaque sur les maisons, y avait pas les téléphones portable, on faisait tout et y avais les pompiers, le SAMU à Rouen mais c'était tout. On faisait tout, on se tapait l'OAP, les crises d'asthme et tout, on posait les perfs, moi j'étais un fou, j'adorai mettre les aiguilles partout, tu me mettais sur la route ah ouai j'adorais ça ! J'ai vieilli maintenant ça ne me plait plus, j'aime plus la mort maintenant certainement parce que j'ai été malade, ça me fait de plus en plus mal, alors que quand tu as 25 ans, tu vois ça différemment. »MG7

« C'est moins facile qu'un cabinet urbain, je trouve. Même les remplaçants que j'ai, ou les internes ou les externes, qui viennent ici me disent : « c'est beaucoup plus compliqué à gérer. » Il y a plein de situations plus compliquées à gérer. Il y a une grosse misère sociale ici et il y a des gens qui viennent avec des retards de diagnostics monstrueux. Il y a plus de palpitant du coup dans une journée que quand j'étais en stage à St Étienne du Rouvray où je pense qu'en 6 mois j'avais fait le tour des pathologies. »MG10

2.4 La recherche d'une reconnaissance

« J'ai des patients qui sont très attachés, des patients qui sont, en général, reconnaissants, et qui sont super sympa, avec lesquels j'ai un très bon contact. »MG3

« Il y avait donc d'une part l'impératif pécuniaire et d'autre part la recherche d'une reconnaissance. Quand vous passez devant un restaurant plein il y a plus de chance que vous rentriez dans celui-ci plutôt que dans celui qui a sa salle vide, donc voilà ! C'est un raccourci mais voilà, pour moi c'était un challenge d'avoir du monde »MG5

« Dans les yeux de mes clients et dans leurs paroles il y a quand même une satisfaction, ils sont contents de cette organisation-là, je suis très satisfait parce que, je vous dis, il n'y a pas quelqu'un, ni délégué, ni assurance maladie, ni patient qui est rentré dans mon cabinet et qui ne m'a dit « c'est agréable, c'est éclairé, c'est propre, ça sent bon… » C'est important. »MG6

« Et puis on a la satisfaction dans les yeux des gens. Je n'ai pratiquement pas de client qui ne sort pas de mon cabinet sans dire « merci ». Ça prouve que les gens sont contents de ce qu'on leur fait. »MG6

3. Du temps pour les tâches ménagères

« Ce qui m'a plus dans le fait d'exercer chez moi c'est que c'est très pratique. On n'est pas obligé d'aller au cabinet. Et puis, entre deux consultations, j'ai un creux en milieu d'après-midi si j'ai des choses à faire, je peux mettre mon lave-linge en route, je peux faire des trucs dans la maison, donc ça facilite. C'est bien plus pratique. »MG3

« J'aurai pu aussi bien faire mes visites le mardi matin, mais les courses je vais toujours les faire le mardi matin c'est pratique, y a pas trop de monde, c'est le jour des réductions à carrefour (rires), donc c'est le mardi matin que je vais à la banque tout ça, je ferais pas ça le lundi par exemple »MG4

« Je travaille pas le matin, très peu, très très peu, je travaille l'après-midi par contre je commence à 13h30, je finis à 20h30 sans problème, 20h30-21h, le matin je m'occupe de mes chiens, de ma maison et de l'entretien de ma maison »MG7

4. La santé du praticien

4.1 Se maintenir en bonne santé

« Je suis grande, je fais évoluer beaucoup ma façon d'examiner les gens, je mets les patients à ma hauteur et j'essaie de ne pas me mettre à leur hauteur pour arriver aussi à préserver mon état de santé. C'est important »MG1

« C'est bien de s'occuper des patients mais il faut aussi que leur médecin soit en bonne santé »MG1

« J'ai cet objectif, toujours « va pas te ruiner la santé ! » »MG2

« Oui, il faut prendre soin de soi. Quand on est tout le temps stressé ou en colère parce qu'il n'y a rien qui roule dans une journée, on a plus de chance de faire un infarctus. »MG10

4.2 Tenir compte de ses limites

« Parfois je suis fatigué parce que c'est dur physiquement et psychologiquement, et donc à un moment je sais m'arrêter et passer le relai aux remplaçants pour ne pas exploser. »MG5

« Le but c'est d'arriver à se poser, quand il y a un gros coup de pompe, quand on sent que ça perdure pouvoir en parler avec les collègues, pouvoir s'arrêter deux jours en voyant avec la remplaçante si elle peut prendre le relai ou lever le pied et s'arranger pour partir plus tôt si l'activité le permet. »MG11

« M'installer en groupe, j'en avais besoin, parce que physiquement j'étais fatigué donc de toute façon le but était de m'installer pour essayer d'organiser autrement la consultation parce que physiquement je ne pouvais plus continuer seule, je n'allais pas tenir le coup. »MG11

b) Les facteurs négatifs

J'ai ici recensé les facteurs ayant empêché ou réduit les choix possibles. Ainsi, deux médecins de l'étude décrivaient les limites financières comme des obstacles à l'installation en cabinet ou en groupe, et, comme obstacle à l'emploi ou à la majoration du temps de travail d'une secrétaire. Ces limites financières étaient expliquées par un coût jugé trop important par les deux médecins en regard de leur situation respective.

Entre autres facteurs limitant, on retrouvait les obligations professionnelles qui constituaient des facteurs contrariant régulièrement l'organisation établi. Parmi ces contraintes, le plus cité concernait l'omniprésence de la demande de soin insuffisamment contrôlée par les organisations des praticiens interrogés. Les médecins de l'étude étaient alors partagés entre

limiter leur activité pour ne pas contrarier leur objectif d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, et augmenter leur temps de travail au dépend de leur vie privée pour absorber le surplus de consultation.

Moins abordées, les contraintes matérielles (manque d'espace notamment) réduisaient le champ des possibilités en matière d'organisation de certain praticien.

Le contexte actuel étant tout autre, un des médecins de l'étude tenait à rappeler qu'à l'époque de son installation, il y a trente et un an, la première des préoccupations était de trouver un lieu où il y avait de la place pour exercer la médecine.

Sujet délicat et difficile d'abord, la maladie bouleversait les priorités des praticiens concernés. La qualité de vie, les temps de loisirs devenaient ainsi des priorités absolues.

1. Financier

1.1 Les limites financières

« Je ne travaillais pas énormément car j'ai toujours voulu m'occuper de ma fille donc je n'aurais pas eu les moyens d'être dans un cabinet »MG3

1.1.1 Déléguer, c'est couteux

« On ne voulait pas payer une heure de plus, des secrétaires ça coute cher ça fini par être une sacrée ligne de budget là en fin de mois »MG1

« C'est un choix qui s'est fait parce qu'on ne pouvait pas financer un secrétariat au-delà de ce qu'on finance déjà »MG1

« Une secrétaire, je n'avais pas les moyens d'en avoir une »MG3

1.1.2 L'association trop gourmande en frais

« Il y avait d'autres avantages : c'est que je n'avais pas à payer tous les frais. Apparemment, maintenant en cabinet de groupe, il faut déjà compter 2000€ de frais par mois, au moins. Ça, moi, je n'aurais pas pu avec la patientèle que j'avais. »MG3

2. Les obligations (pro) prennent le pas sur l'organisation

« Mes décisions se veulent pour que ce soit le mieux possible par rapport à ma vie de famille mais je me retrouve rattrapé par le fait que dans la vie active on a des contraintes »MG2

« Je me suis gardé du temps libre mais qui a été pris par le boulot »MG2

« En théorie j'aimerai que ce qui passe avant c'est la famille, ça c'est la théorie. En pratique, elle passe souvent en dernier… »MG2

« En étant binaire, c'est d'abord moi puis autrui parce que mon travail c'est d'être face à quelqu'un. Parfois dans les fait je m'oublie quand même et heureusement parce qu'il y a des situations où je suis amené à mettre mon bien-être en retrait »MG9

3. L'omniprésence de la demande de soin

« Je pense que tant qu'on continue de répondre les gens peuvent continuer à nous solliciter »MG2

« La principale contrainte c'est quand même la pression de la démographie médicale »MG4

« On s'arrange pour partir tous les deux mois pendant une semaine, une semaine à la fois, et ça c'est aussi une contrainte, pour l'instant on ne part pas plus d'une semaine parce quand on revient le retour est trop fatigant, parce qu'il faut récupérer d'une part des charges de consultations et se ré informer sur tout »MG4

« Ça avait aussi beaucoup d'attrait de travailler en consultation libre parce qu'avant j'avais des consultations sans rendez-vous tous les matins, mais le problèmes c'est que j'étais un des seuls à le faire dans le coin et parfois notamment l'hiver il y avait des afflux impressionnants et j'ai même eu des malaises dans la salle d'attente bondée avec des gens debout, je me suis dit que c'était pas le but donc j'ai modifié ça malgré que je m'en sentais l'énergie de continuer sur ce mode là parce qu'au moins au consacre le temps à chaque patient selon son besoin »MG9

« Je pense que, contrairement à d'autres générations, nous on s'installe et on bosse. Du coup, on n'a pas le stress d'avoir une paye suffisante à la fin du mois parce qu'on n'a vu personne. On a plutôt le problème inverse : comment s'organiser pour ne pas se faire bouffer et craquer parce qu'on n'en peut plus et qu'on ne fait rien d'autre. »MG10

4. Le manque de place

« Je n'ai pas la place pour une secrétaire »MG3

« Là où mon collègue se trouvait il n'y avait pas de place pour que l'on s'installe à plusieurs »MG11

5. Préoccupations du passé

5.1 Trouver du travail, a pu être ardu

« L'objectif qu'il y avait à l'époque, y a 31 ans quand on s'installait, c'était pouvoir creuser son trou et travailler, c'était tout, on n'avait pas, on pensait pas loisirs et tout ce qui s'en suit »MG7

« Y a 30 ans quand on s'installait, on s'installait, on cherchait un coin ou y avait de la place pour bosser »MG7

« Le problème c'était d'abord de travailler, de trouver du boulot »MG7

6. La maladie change les choses

« Je ne veux pas être le plus riche du cimetière, j'ai des problèmes de santé »MG5

6.1 Changement d'objectif

« Quand on a des problèmes de santé on voit la vie différemment et on dit stop parce qu'on veut bien travailler mais contre compensation, du relax et du machin, donc là on change de mentalité »MG5

6.2 Optimiser le temps restant quand on est malade

« Moi je suis en survie donc j'optimise mon temps et il faut que j'optimise mon temps de loisir »MG5

C.Les outils décisionnels

Dans cette étude, j'ai tenté de préciser les mécanismes décisionnels utilisés par les médecins interviewés. Je les ai distingués en outils internes ou mécanisme personnel des praticiens

interrogés, et outils externes ou mécanismes induit ou émanant de sources externes. Un des constats de l'étude était que les médecins interrogés mobilisaient un faisceau d'outils au moment de leurs choix d'organisations, l'importance et donc l'influence de ces différents outils était spécifique à chacun des praticiens.

a) Outils internes

Les outils internes mobilisés par les praticiens interrogés étaient peu nombreux. Chez une majorité des interviewés, on retrouvait la volonté d'imposer leurs désidératas sur leur choix d'organisation. Cette volonté était justifiée par une meilleure connaissance de leurs besoins et attentes personnels, mais aussi par une appétence pour l'autonomie.

La rationalisation des décisions occupait aussi une grande place au chapitre des mécanismes internes. Elle était volontiers alimentée par des outils externes, autrement dit elle permettait aux médecins de l'étude de faire une synthèse des facteurs décisionnels, des avis, des modèles ou des exemples extérieurs dans le but de prendre des décisions propres à l'accomplissement de leurs objectifs personnels.

Un des médecins de l'étude a mis en avant sa capacité à décider de son organisation au « feeling » en tenant compte des conditions environnantes.

1. Volonté personnelle

« Je pense que justement il n'y a pas une organisation qui est faite pour tout le monde mais que chacun est censé organiser et son emploi du temps et son aménagement à sa manière »MG1

« Pour les meubles là c'est mon mari où les magasins je les ai fait avec lui mais finalement il n'y a que moi qui choisissait car lui n'avait aucune idée du matériel que j'allais mettre dans mes tiroirs »MG2

« Je me suis toujours débrouillée toute seule. Je me suis toujours organisée toute seule. »MG3

« J'ai toujours pris l'habitude de me débrouiller tout seul »MG7

« Probablement que les décisions sont prises dans le sens où la majorité l'aurait fait mais ça ne suit pas du tout le processus qu'il aurait fallu et c'est un petit peu une personne plus investi qui va décider toute seule ou à deux ou trois »MG8

« Du coup, pour le projet personnel, on pique une idée là, une idée là et puis on fait son projet global à soi. »MG10

« Je veux que ce soit moi qui le fasse parce que je sais ce dont j'ai besoin. »MG11

2. Rationalisation

« Mon coup de cœur n'allait pas vers le rationnel et là on m'a dit choisit le rationnel tu auras le temps de faire les coups de cœur […] donc il y a eu une réflexion pour le choix du cabinet »MG2

« Je réfléchis pour voir comment je peux améliorer les choses, c'est important cette adaptabilité, cette souplesse »MG5

« J'ai rationalisé mon temps, je l'ai optimisé au mieux »MG5

« Je pars toujours vers la logique. »MG6

« C'est toujours raisonné et réfléchi »MG7

« Tout était décidé à l'avance. Tout était anticipé. J'ai beaucoup réfléchi à tout et j'ai essayé d'anticiper un maximum de choses. »MG10

« A chaque étape de changement d'organisation, c'était quelque chose qui a été réfléchi, qui n'a pas été fait dans l'urgence, qui a été discuté, qui a été accepté à chaque fois par l'ensemble des collègues. »MG10

« J'ai beaucoup réfléchi à tout et j'ai essayé d'anticiper un maximum de choses. »MG10

3. Décisions instinctives

« C'était naturel. Je fais beaucoup de choses au feeling »MG3

« J'ai fait comme je le sentais par rapport à la place qu'il y avait »MG3

b) Outils externes

En comparaison des outils internes, les outils externes étaient plus variés. Ils apportaient des arguments utiles aux mécanismes internes et participaient notamment au versant de la rationalisation des décisions. Dans ces outils externes étaient répertoriés l'apport de la formation initiale, l'influence des avis extérieurs, les modèles et les expériences.

La formation initiale fournissait une base de connaissance qui s'enrichissait progressivement grâce aux modèles observés ici et là, et grâce à l'expérimentation personnelle.

Pour les généralistes interviewés, expérimenter apportait une meilleure compréhension des enjeux de l'organisation et une meilleure connaissance de soi et de ses attentes. L'expérience engrangée permettait d'éviter de reproduire les erreurs déjà commises. L'expérimentation était pour certain indispensable pour se conforter dans leurs choix d'organisation.

Les avis extérieurs étaient une source riche d'arguments utilisés par les médecins de l'étude lors de la définition de leur organisation de travail. Elle leur permettait de confronter leur avis personnels avec celui de leurs proches, de leurs confrères, et de leurs collaborateurs médicaux et non médicaux. L'influence de ces avis extérieurs variait en fonction de leurs origines et en fonction des contextes. Ainsi, l'avis des conjoints et des confrères jouissaient d'une certaine écoute sans pour autant influencer de façon certaine les décisions finales. En revanche, lorsqu'il s'agissait d'avis de collaborateur et d'autant plus qu'il s'agissait d'un cabinet commun, l'avis extérieur avait une audience primordiale et le consensus pouvait devenir indispensable. Lorsque l'avis concernait un domaine qui s'éloignait du médical, là encore l'avis extérieur prenait du poids et influençait grandement les décisions prises.

Pour deux praticiens de l'étude, les avis extérieurs avaient eu valeurs d'obligations ou de fortes recommandations, car leur aspiration à des postes universitaires les contraignait à s'installer dans un des cabinets déjà choisi pour eux.

Enfin, lorsque les praticiens s'établissaient dans une organisation déjà pré existante, ils leur étaient difficile de supprimer tous les pré établis, du moins dans un premier temps.

1. L'apport de la formation initiale

« J'ai eu les séminaires d'installation quand j'étais interne. J'ai beaucoup parlé avec beaucoup de médecins. Pendant les stages, on apprend à faire la compta, on voit différents fonctionnements, on voit pas mal de choses. Du coup, pour le projet personnel, on pique une idée là, une idée là et puis on fait son projet global à soi. »MG10

« Pendant les stages, on apprend à faire la compta, on voit différents fonctionnements, on voit pas mal de choses. »MG10

2. Avis extérieurs

2.1 Décision de couple

« Les décisions ont été prise avec mon conjoint et d'ailleurs l'organisation de mon installation ici a permis aussi de modifier un petit peu l'organisation de travail de mon conjoint »MG1

« Moi, à chaque fois que j'ai eu un changement d'organisation dans mon emploi du temps j'en ai toujours discuté avec mon conjoint »MG1

« Les décisions sont toujours discuté avec mon mari. Oh oui ! Et puis les décisions murissent comme ça, il n'a pas du tout le même caractère que moi donc il ne voit pas les choses de la même manière donc du coup c'est enrichissant de confronter, ça fait avancer le « schmilblick » »MG4

« Mes décisions d'organisations, je les prends avec mon épouse »MG5

« Mes choix d'organisations d'emploi du temps sont fait avec ma femme »MG10

« Moi mon mari est anesthésiste en clinique et je sais qu'il aime beaucoup tout ce qui est construction donc il m'a aussi conseillé dans mes choix. »MG11

2.2 Décision de conjoint

« La déco, c'est mon épouse qui l'a faite. »MG6

2.3 Concertation familiale

« Je fais pas ces choix toute seule, d'une part le choix de ce cabinet de groupe plutôt que l'autre j'en ai parlé avec mes parents, mon mari »MG2

« Alors déjà, mon mari et mes filles m'ont dit qu'il était hors de question lorsque j'allais m'installer que je rentre tous les soirs à plus de 20h/20h30 comme je faisais au début, donc on s'est fixé des objectifs. »MG11

2.4 Compromis entre collègue

« C'est tout le problème de l'association c'est qu'il faut que tout le monde soit d'accord »MG1

« Je demande toujours à mes confrères s'ils sont d'accord »MG5

« L'idée c'est aussi que toute les modifications se fassent avec l'accord de tout le monde »MG8

« Ça s'est décidé en réunion avec tout le monde. Moi, c'est ce que je voulais faire depuis le début quand les secrétaires m'ont dit qu'elles n'en pouvaient plus. Il a fallu convaincre les autres de débourser un peu plus d'argent. Ça a mis 1 an ½ de négociations. »MG10

« Tous les choix d'organisation pour le cabinet sont voté en réunion. »MG10

« A chaque étape de changement d'organisation, c'était quelque chose qui a été réfléchi, qui n'a pas été fait dans l'urgence, qui a été discuté, qui a été accepté à chaque fois par l'ensemble des collègues. »MG10

« On est 4 propriétaires dont chacun avec des parts différents. On s'est mis d'accord ensemble sur le type de cabinet que l'on voulait. »MG11

2.5 Commandement participatif

« On en discute aussi avec nos secrétaires parce que ça va être leur outil et leur lieu de travail donc je pense que c'est aussi important qu'elles soient interrogées même si elles ne vont pas financer ça. »MG1

« On en parle avec la secrétaire, parce qu'elle est en première ligne »MG4

« On a donné quelques pistes à l'architecte puis l'architecte a essayé de traduire ça »MG8

« Quand je me suis installé, les secrétaires, la femme de ménage, régulièrement je leur demandais si ça allait : « Est-ce qu'il y a des trucs que tu penserais qu'il faut qu'on améliore ? », « qu'est-ce que tu penses qui ne va pas ? » C'est le dialogue encore une fois. C'est important, si on ne se parle pas on s'éloigne. »MG10

« On avait notre idée, on a vu avec l'architecte qui avait déjà fait deux maisons de santé, donc voir avec lui ce qu'il en était, c'est en fonction de nous et de ce qu'il nous a dit et puis surtout en fonction du budget, c'est rentré en ligne de compte. »MG11

2.6 L'apport des discussions confraternels

« J'ai eu besoin de demander des conseils à beaucoup de médecin pour savoir comment faire et tout »MG2

« J'ai fait plusieurs séminaires sur les maisons interdisciplinaires de santé et des formations donc on est amené à en parler et ça fait mûrir aussi […] enfin c'est pour dire que les décisions on les prend en fonction de ce qu'on est, mais ce qu'on est vient de plein d'entrées différentes, de plein de rencontres, de discussions et c'est très intéressant, ça enrichi. »MG4

« En faisant un remplacement, j'ai parlé avec le médecin là-bas qui m'a parlé de ce cabinet-là avec le médecin qui partait à la retraite, qu'il connaissait et qui m'a dit « la patientèle est vachement intéressante, une grosse population de migrants. Et dans ce que tu recherches, médecin de famille que tu trouves quand tu es à la campagne, tu le retrouveras en urbain avec une population de migrants. » Donc je suis venu le remplacer ici pour voir comment ça se passait et effectivement : ça m'a plu. »MG10

« J’ai beaucoup parlé avec beaucoup de médecins. »MG10

« On en a parlé avec l’équipe des médecins de *** pour savoir ce qu’on pouvait faire. »MG11

2.7 Le rôle des amis

« J’ai une amie qui m’a un petit peu poussée : « il faut que tu trouves une maison dans laquelle tu puisses mettre ton cabinet » »MG3

3. Les modèles

« On regarde ce qui se fait sur internet, les catalogues, on appelle à droite et à gauche, on essaie de voir ce que font d’autres confrères »MG1

« C’est le fait d’avoir vu comment ça se faisait ailleurs qui m’a là encore orienté »MG1

« J’en parle par exemple avec les collègues pour voir comment eux font, comment ils gèrent, voire ce que je pourrais faire de mieux peut être, qu’est-ce que je pourrais améliorer »MG2

« J’ai plutôt copié ce que j’ai déjà vu dans d’autre cabinet »MG2

« J’ai vu ce qui se passait chez mon associée qui bossait chez elle et j’ai continué à faire comme elle »MG3

« C’est rigolo l’architecture qu’on a fait mais ça s’est fait comme ça quoi, c’est-à-dire que j’avais vu une pub pour des maisons en forme de manège comme ça »MG4

« On regarde comment tout fonctionne ailleurs »MG4

« Pendant les stages, on apprend à faire la compta, on voit différents fonctionnements, on voit pas mal de choses. »MG10

« On a vu un architecte, qui nous a dit « ce qu’on installe parfois dans les cabinets médicaux, c’est un système comme ça. » Et puis on a trouvé ça parfait. »MG10

« On avait un groupe avec lequel on faisait des FMC à ****, et on avait déjà vu l’architecte qui avait construit leur MSP et donc eux il n’y a que des médecins et donc on a vu ce qu’ils ont fait et on a vu qu’ils avaient une grande pièce de vie et on s’est dit avec mes collègues que c’est ce qu’il nous fallait, ça a été un modèle pour nous. »MG11

4. L’apport de l’expérience

4.1 Meilleure connaissance de soi, de ses attentes

« J’ai pas encore pu voir jusqu’où je peux aller, quelles sont mes limites et à partir de quand je dois dire stop donc pour l’instant j’étais en train d’explorer j’étais en train de me mettre en place en train de découvrir comment je fonctionne et comment j’arrive à concilier tout ça »MG2

« Ça se fait pas du jour au lendemain (rires), c’est pas en claquant des doigts, il faut en passer par essuyer des plâtres, des échecs, des loupées et puis on ajuste le tir et à force on finit par savoir où sont nos priorités et comment on fixe nos limites »MG2

« J’ai fait des remplacements, par exemple, dans des cabinets où il n’y avait pas de point d’eau. Jamais ne je me serais installé dans un truc comme ça parce qu’on se lave les mains ! C’étaient des cabinets où ils faisaient de la gynéco ! »MG10

4.2 Eviter les erreurs du passé

« Cette désorganisation avait vraiment un impact très néfaste sur l’ambiance du cabinet et c’est des choses que je ne voudrai pas revivre donc on essaie d’organiser au mieux »MG1

« Ce qui est rigolo c’est qu’on a utilisé les forces du cabinet actuel pour envisager le prochain par contre tout ce qui est faiblesse de celui-là on va justement les laisser de côté pour ne pas les réitérer dans le prochain cabinet »MG1

« Il y a vraiment deux lieux distincts, le lieu de la consultation et le lieu d’examen. Et ça pour moi c’était hyper important parce que dans mon premier cabinet ça me manquait. »MG11

4.3 Mieux comprendre pour mieux décider

« On peut lire tout ce qu’on veut de bouquin de théorie c’est en la vivant qu’on la comprend même si les gens nous en parlent ça ne nous parle pas, on ne peut pas l’intégrer tant qu’on l’a pas vécu »MG2

« L’organisation c’est la première chose mais qui n’est pas spontané, où on est obligé d’avoir d’abord expérimenté avant de savoir de quoi il retourne et savoir comment s’organiser après »MG2

« Les possibilités et les objectifs sont meilleurs avec la pratique. On s’améliore puisqu’on découvre des choses. »MG6

4.4 Essais décisifs

« Petit à petit je m'aperçois que je travaille mieux avec tel tabouret, que je travaille mieux avec telle table d'examen parce que les étriers me conviennent mieux, que je travaille mieux avec telle lampe d'examen et donc ces choses-là je vais les reproduire dans le futur cabinet parce que je sais vraiment ce que je veux pour après »MG1

« C'est moi qui ai choisi mon logiciel. J'en avais vu 3-4 et c'est celui-là qui m'a plu. »MG6

« Ça s'est imposé après que j'ai d'abord testé plusieurs organisations »MG9

« Ça s'est fait assez naturellement, en commençant à travailler j'avais pris ce rythme-là parce que j'avais vu avec mes expériences de remplacement que ça serait bien »MG9

« J'ai contacté le médecin d'ici en lui disant que j'habitais dans le coin, que je cherchais à m'installer, que lui, du coup, partait à la retraite 1 an ½ après. Lui, il avait une journée de repos et il avait des remplacements fixes. Et donc je lui ai dit : « Moi je veux bien essayer de faire des remplacements fixes pour voir si ça m'intéresse. » Du coup, j'ai vu très vite que ça me plaisait, en 2 mois de remplacements fixes. Et après, je lui ai dit que c'était bon pour moi, et puis voilà. »MG10

« Oui, en un an ½ de remplacement, j'ai senti que c'étaient des médecins ouverts et qu'on pourrait faire des choses. »MG10

« Alors ce qui s'est fait c'est que quand j'ai remplacé ici, j'ai vraiment préféré la pratique avec cette population là. Il y a eu l'opportunité, j'ai testé 6 mois, et au bout de 6 mois je me suis dit c'est ça qui me convient. »MG11

5. Les pré établis

« Ben il y a une secrétaire dans le cabinet mais que je n'ai pas choisi, elle était là quand je suis arrivé »MG2

« Dans l'organisation, au départ j'ai marché sur les traces de mon prédécesseur »MG6

« La secrétaire en fait, c'était la secrétaire de mon associé donc on la prise et elle est vraiment super, au top. Donc on a continué avec elle. »MG11

6. Les obligations

« J'ai pas beaucoup fait intervenir le personnel dans mon choix, je pense que je le ferai intervenir à l'avenir quand je n'aurai plus les obligations vis-à-vis de la fac »MG2

« Parce que le département de médecine général l'imposait »MG8

D.La temporalité de l'organisation

A ce stade, l'étude a donc permis d'envisager pourquoi et comment les médecins généralistes de l'étude déterminaient l'organisation de leur exercice. J'aborde donc ici la temporalité de ces décisions d'organisations.

L'étude a permis d'observer que les médecins interrogés envisageaient majoritairement l'organisation comme un processus continu qui évoluait régulièrement au grès de circonstances particulières privées ou professionnelles, et au grès d'ajustements réguliers ou ponctuellement nécessaires de part des dysfonctions par exemple. Par ailleurs, deux praticiens de l'étude ont fait état de décisions ayant été prise précocement à l'installation sans modification jusqu'alors : pour l'un cette constance englobant l'ensemble du mode d'organisation, pour l'autre uniquement la volonté de ne pas exercer en semaine complète.

Au cours de l'étude, un seul des médecins interrogés a fait état d'une remise en question saisonnière de son organisation de travail, insistant sur la différence de charge de travail entre période estivale et hivernale.

a) L'organisation, un processus continu

« L'organisation, c'est vraiment un processus continu »MG8

1. Un processus évolutif

« Ça fait 11 ans que je suis installée et je pense être à ma 3ème organisation hebdomadaire, et je pense que ça va encore changer » MG1

« Je pense que cette hiérarchisation elle a évolué je pense qu'au tout début c'était un les enfants, deux les patients, et puis arrivait après mon équilibre personnel, je pense que les choses ont évolué à savoir que maintenant y a mon équilibre personnel qui passe en premier lieu » MG1

2. Des évolutions circonstancielles

2.1 L'âge des enfants

« Les choses elles évoluent avec l'âge des enfants »MG1

« J'ai une nouvelle organisation des visites maintenant que mes enfants sont plus grands, ils ont beaucoup moins besoin d'une maman à horaires fixes, ils sont beaucoup plus autonomes »MG1

« J'ai ma dernière fille qui va rentrer en 6e, du coup je leur ai dit qu'il y allait donc peut-être y avoir des changements dans mon organisation, je commencerai peut-être plus tôt. Ils m'ont dit tu fais comme tu veux. »MG11

2.2 De nouveaux collaborateurs

« C'est l'arrivée des jeunes confrères qui a fait aussi modifier mon emploi du temps »MG1

« C'est l'arrivée des jeunes médecins qui a fait qu'on a de nouveaux modes de communication »MG1

2.3 Dysfonction, réaction !

« Je n'y pense pas trop sauf quand ça ne va pas, l'organisation a été conçu et quand ça marche ça ne fait plus partie du champ de mes réflexions après c'est quand ça dysfonctionne que je suis amené à m'y pencher dessus donc oui effectivement on peut dire que l'organisation est là pour mon bien-être »MG9

3. Step by step

« Petit à petit on essaye de modifier des choses, d'adapter »MG2

« Je ne me suis fixé aucun objectif. J'ai fait mon organisation au fur et à mesure »MG3

« Je ne pense pas qu'il y ait eu un jour où on se soit mis autour d'une table pour réfléchir à l'organisation, ça s'est fait au fur et à mesure »MG4

« J'ai toujours gérer au jour le jour »MG7

b) Des décisions précoces et durables

« J’ai le même mode de fonctionnement depuis 31 ans »MG7

« Très vite dès le début de mon exercice, je me suis rendu compte que je ne serais pas heureux en faisant ça 5 jours sur 7 »MG9

c) Remise en question saisonnière

« C’est une organisation qui me satisfait surtout l’été parce qu’il y a moins d’activité, c’est quand même plus cool, par contre l’hiver, ça m’arrive de remettre en question cette organisation »MG9

I. Schémas de synthèse des résultats

A.Schéma n° 1 : Mécanismes décisionnels

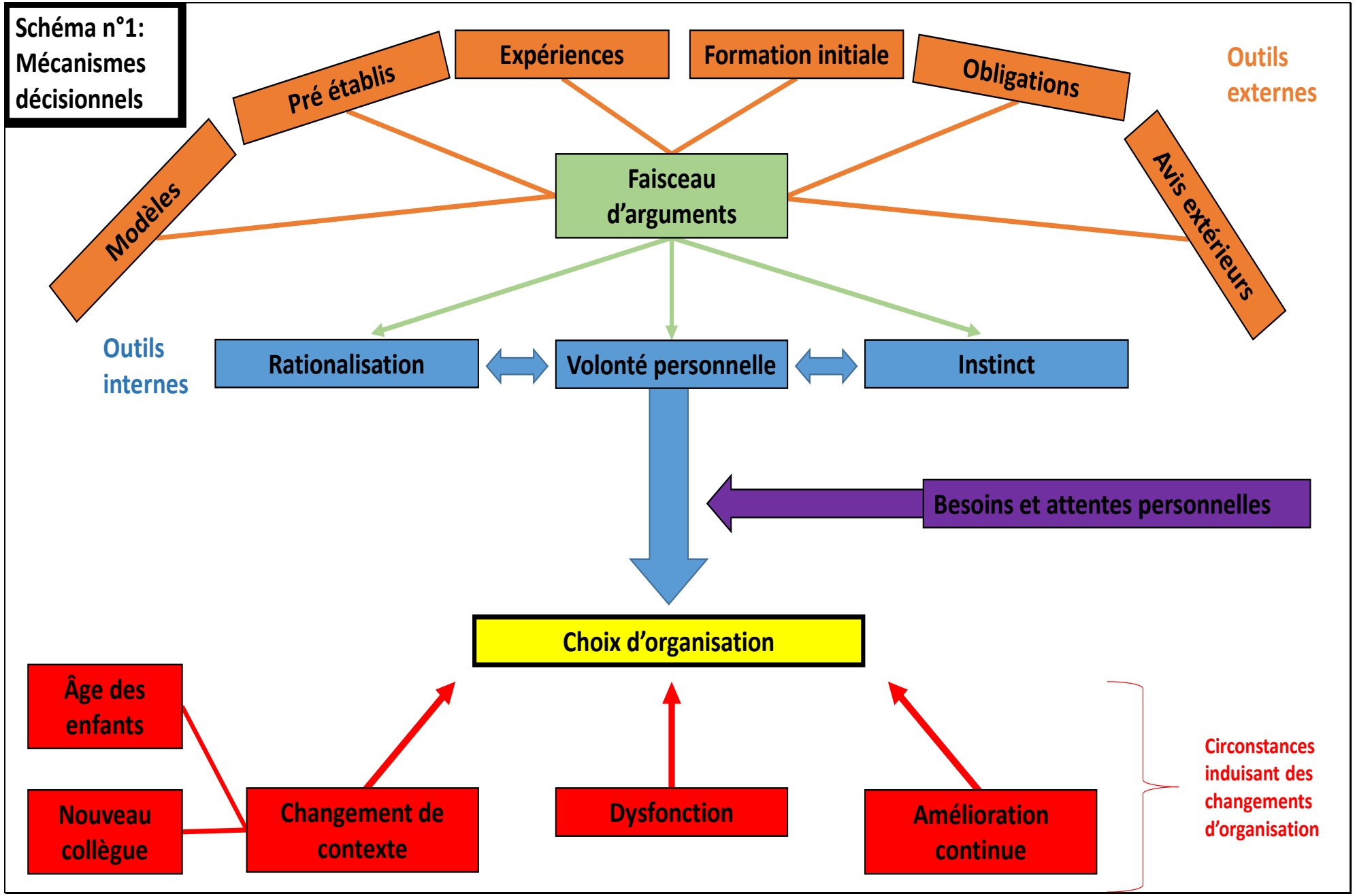
Le schéma n°1 montre que les outils externes alimentent un faisceau d'arguments servant aux outils internes (rationalisation, volonté, instinct) pour faire des choix d'organisation tout en tenant compte des attentes et besoins personnels du médecin concerné.

Ce schéma n°1 montre également les éléments motivant des changements d'organisation et donc de nouveaux choix. Ces éléments sont les changements de contexte, les dysfonctions et la volonté d'amélioration continue de l'exercice.

Les changements de contexte étant pour la partie professionnelle principalement le fait d'arrivée de nouveaux collaborateurs au sein d'un cabinet de groupe. Pour la partie vie privée, ces changements de contexte étaient principalement dus à l'avancée en âge des enfants gagnant progressivement en autonomie et nécessitant ainsi moins de présence parentale.

Les dysfonctions motivaient également de nouveaux choix d'organisation, ce qui parait cohérent avec la volonté d'un exercice de qualité exprimée par l'ensemble des médecins de l'étude.

De façon tout aussi cohérente, la volonté des médecins de l'étude d'améliorer continuellement la qualité globale de l'exercice, en efficacité de soins d'une part et en confort et intérêt d'exercice d'autres parts, justifie également de nouveau choix d'organisation.


Schéma n°1: Mécanismes décisionnels
Pré établis
Expériences
Formation initiale
Obligations
Outils externes
Modèles
Faisceau d'arguments
Avis extérieurs
Outils internes
Rationalisation
Volonté personnelle
Instinct
Besoins et attentes personnelles
Choix d'organisation
Âge des enfants
Nouveau collègue
Changement de contexte
Dysfonction
Amélioration continue
Circonstances induisant des changements d'organisation

B.Schéma n°2 : Principaux déterminants des choix d'organisation

Le schéma n°2 montre que l'objectif final de l'organisation est l'aboutissement d'un bien-être grâce à un épanouissement dans la vie professionnelle et dans la vie privée. Pour jouir de ce bien-être, l'indispensable est, pour les médecins de l'étude, la possibilité de se maintenir en bonne santé.

Dans ce schéma n°2, on voit que l'épanouissement professionnel est permis par un exercice ressenti comme confortable et efficace grâce la satisfaction d'un objectif de bien-être pour les patients via l'optimisation des moyens disponibles.

Pour le bien-être des patients, les médecins de l'étude s'attachent majoritairement à disposer de locaux et matériels adaptés à leurs patients respectifs. Ils œuvrent activement à maintenir une permanence de soins adaptés aux différents modes de vies de leurs patients. Par ailleurs, les médecins de l'étude sont également soucieux de garantir l'intimité et la confidentialité de leurs patients lors des consultations. Ils ont tous l'objectif de favoriser la relation médecin/patient pour faciliter la résolution des problématiques médicales de leurs patients.

L'optimisation des moyens est également un objectif important pour les médecins de l'étude. C'est pour eux le moyen de parvenir à un exercice le plus efficace possible pour le bien de leurs patients, le plus confortable possible pour leur bien-être au travail, mais également pour satisfaire à leurs propres intérêts qu'ils soient financiers ou professionnels.

On retrouve dans cet objectif d'optimisation des moyens, des objectifs d'optimisation du confort et de l'efficience des outils et procédures de l'exercice. Les médecins de l'étude ont aussi l'objectif d'optimiser leur part de temps consacrée au médical tout en minimisant les pertes de temps, justifiant ainsi la délégation de tâches non médicales par exemple. L'optimisation financière est également importante pour les médecins de l'étude, ils s'organisent majoritairement pour optimiser le rapport qualité/prix de leurs achats, avec le souci d'optimiser entre autres les retombées financières ou pratiques de leurs investissements. La minimisation des risques financiers et l'optimisation fonctionnelle des espaces disponibles sont également des objectifs cités dans l'étude.

Toujours dans ce schéma n°2, on voit que l'épanouissement dans la vie privée est permis par une vie de famille comblée, des loisirs suffisants, le tout dans un cadre de vie agréable.

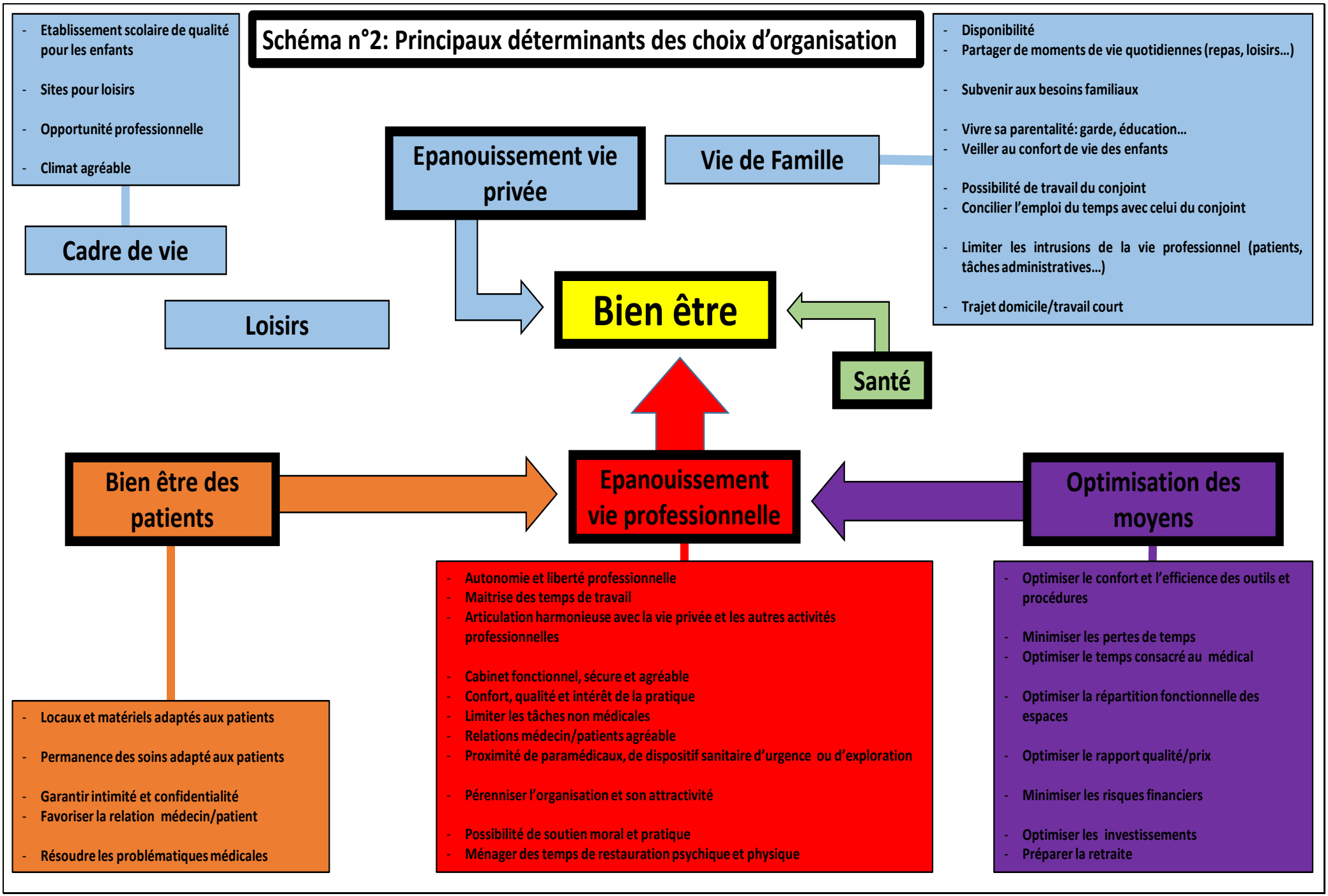
L'objectif d'une vie de famille comblée est prioritaire pour la majorité des médecins de l'étude, et elle se conçoit via une disponibilité permettant principalement le partage de moments de vie quotidienne en famille et l'éducation des enfants. Pour cela, le trajet entre le domicile et le lieu

d’exercice est voulu court par l’ensemble des médecins de l’étude. Il est également important pour ces médecins que la vie professionnelle n’interfère pas avec la vie privée. La possibilité de subvenir aux besoins familiaux grâce aux gains de l’exercice professionnel est aussi un impératif pour les médecins de l’étude, d’autant plus s’ils sont parents. Enfin la possibilité de concilier la vie professionnelle du conjoint avec leur exercice professionnel est un élément recherché par certains médecins de l’étude.

Après l’objectif d’une vie de famille comblée, les possibilités de loisirs sont les éléments les plus recherchés pour satisfaire à l’objectif d’épanouissement de la vie privée.

Le cadre de vie participe également à l’objectif d’épanouissement dans la vie privée. La présence d’établissements scolaires de qualités pour les enfants, de sites de loisirs, d’un climat agréable et d’opportunités professionnelles sont recherchés par les médecins de l’étude.

Schéma n°2: Principaux déterminants des choix d'organisation



II. Comparaison des principaux résultats à la littérature

A. Recherche de l'épanouissement personnel

Sans surprise, la recherche de l'épanouissement personnel a été une constante chez les médecins de l'étude. En 2007, une enquête de l'institut de sondage d'opinion « BVA » remarquait déjà que 81% des jeunes médecins interrogés faisaient de l'épanouissement personnel une priorité(21). Leur organisation avait donc pour but d'obtenir cet épanouissement via leur exercice professionnel mais aussi via une vie privée épanouie.

a) Une vie privée épanouie

Les choix des médecins généralistes de l'étude ont été très majoritairement influencés par la vie de famille. Ils partageaient majoritairement la volonté de mettre « l'organisation familiale avant tout » (MG1). Dans le rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) paru en 2007, 78% des jeunes généralistes interrogés déclaraient déjà vouloir privilégier leur vie familiale et privée en cas de nécessité de choix avec la vie professionnelle(22).

Dans mon étude, l'une des raisons du choix de l'exercice libéral était la possibilité d'organiser l'emploi du temps professionnel autour d'une organisation familiale prioritaire. Une étude rhône-alpaise de 2005 citée dans un rapport de l'ONDPS et une étude franc-comtoise de 2007 faisaient consensus sur le fait que les médecins libéraux percevaient comme un avantage décisif la possibilité d'aménager leurs horaires en fonction de leur vie personnelle et de leurs enfants(22,23). De plus, le Dr Boukhors, dans sa thèse sur les déterminants des choix entre exercice libéral et salarié, retrouvait également chez les médecins cette volonté d'avoir du temps libre pour la famille (24); dans son étude comme dans la nôtre les médecins ayant mentionné ce facteur étaient tous parents.

Dans le rapport de l'ONDPS de 2007, on constatait également une influence de la variable « enfant à charge » sur la volonté de plus de temps libre, avec un maintien de l'effet genre car 1/3 des hommes interrogés déclarait pouvoir envisager d'exercer à temps partiel pour s'occuper de leurs enfants contre 83% des femmes interrogées(22). Dans mon étude comme dans celle d'Hardy-Dubernet(25), ce qui passait pour être un « modèle organisationnel féminin » s'imposait largement parmi les jeunes générations : on retrouvait ainsi la volonté de

libérer du temps pour s'occuper de leurs enfants de façon équivalente chez les hommes et les femmes de l'étude.

On retrouvait également l'envie majoritaire d'être disponible pour partager des moments de vie quotidienne en famille, tels que des repas ou des loisirs.

S'occuper de ses enfants et participer à leur éducation étaient des piliers de cette priorité familiale. La majorité des médecins parents de l'étude établissaient leurs emplois du temps professionnels pour faciliter la logistique autours de leurs enfants. Ils avaient pour principal objectif d'agir pour optimiser le confort de leurs enfants. Seul un médecin parent de l'étude tempérait cette priorité familiale par la nécessité de subvenir au besoin de sa famille car étant le seul « membre de la famille productif »MG6.

Dans mon étude, les médecins faisaient également part de l'objectif de qualité de vie lié à la limitation des temps de trajets vers leur travail. Un bémol était apporté par un des médecins de l'étude qui jugeait nécessaire de ne pas habiter trop près afin que la vie professionnelle n'interfère pas avec la sphère privée. Ces données étaient cohérentes avec une enquête de l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) de 2011 retrouvant 65.6% des jeunes médecins interrogés qui souhaitaient exercer entre 15 et 30 minutes de trajet de leur lieu d'habitation. Très peu concevaient par contre d'exercer au-delà d'une distance de 45 minutes(26).

Pour la majorité des praticiens interrogés, les loisirs étaient également un facteur important, à tels point que les loisirs constituaient pour certains la constante autour de laquelle le travail devait s'organiser. Les loisirs, clé de voûte de l'équilibre recherché entre temps libre et travail, étaient pour une majorité des médecins interrogés un moyen indispensable de se ressourcer. On retrouve cette volonté des médecins de préserver leurs loisirs dans de nombreuses études(13,27–29).

L'amélioration de condition sociale en début d'exercice était un élément attendu par les médecins interrogés, et ce d'autant plus qu'ils étaient parents. Pour autant, ils se déclaraient peu inquiets de leur devenir financier le jugeant sûr. De fait le gain d'argent ne constituait pas une priorité pour l'ensemble des médecins de l'étude, ce qui confirmait les résultats d'autres travaux sur le sujet(13,21,23,29–33).

Le climat n'était pas un facteur décisif dans le choix du lieu d'exercice, seulement un médecin de l'étude l'avait brandi comme facteur décisionnel. Dans la littérature actuelle, on ne retrouve pas de donnée significative sur l'influence du climat sur les choix d'organisations et notamment sur les choix de lieu d'exercice des médecins libéraux.

Cité par un des médecins de mon étude, la proximité d'établissements scolaires de qualité pour les enfants était un facteur régulièrement évoqué dans les études(13,31,34).

De même, dans mon étude le choix du lieu d'installation a été peu justifié par la recherche d'un lieu de vie attractif. Seul un médecin de l'étude a déclaré avoir choisi de s'installer en milieu rural pour la qualité de vie et la possibilité de vaquer à ses loisirs. L'enquête de l'institut BVA sur les attentes de jeunes médecins face à leur exercice professionnel recensait pourtant près de 41% de réponses en faveur d'une influence certaine de l'environnement géographique dans le choix d'installation(21). Dans cette enquête comme dans d'autres(35), vivre dans un cadre agréable avec sa famille faisait partie des objectifs prioritaires. Pour les médecins de mon étude, les changements de zone géographique ont très majoritairement été la conséquence de compromis entre opportunités professionnelles - ce que l'on retrouve dans plusieurs autres travaux (34–36) - , et un faisceau d'autres éléments propres à satisfaire à une vie privée épanouie. Le rapport de l'ONDPS de 2007 sur la médecine générale soulignait que les jeunes médecins interrogés jaugeaient leur futur environnement de travail de par la patientèle, la charge de travail prévisible et la qualité de vie au sens général du terme(22).

A l'évidence, tous les médecins interrogés, toutes générations confondues, s'entendaient sur l'objectif principal à savoir la recherche du bien-être.

Par ailleurs dans mon étude, la santé était envisagée comme un facteur indispensable pour jouir d'une vie épanouie et exercer efficacement la médecine. Dans une étude sur la conciliation du bien-être et de la performance publiée en 2010, la santé était décrite comme le socle de la qualité de vie au travail, dans sa définition la plus large, telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »(37).

Dans mon étude comme dans celle du Dr Decombas, les médecins interrogés aspiraient à une vie privée épanouie, grâce à une vie de famille comblée et des loisirs suffisants(38). L'épanouissement personnel était ainsi vu, par l'ensemble des médecins de mon étude, comme l'un des maillons indispensables pour exercer efficacement la médecine tout en s'y épanouissant durablement. Lyubomirsky, King et Diener ont démontré en 2005 une relation entre bonheur et succès personnel, tant dans le monde du travail que sur un plan personnel(39). Leur postulat était que si le bonheur favorisait la performance, on pouvait alors considérer favorablement la recherche du bonheur au travail pour améliorer la performance. C'était en substance l'objectif recherché par la grande majorité des médecins interrogés dans mon étude.

b) Un épanouissement professionnel

Mon étude met en évidence la volonté des médecins interrogés d'obtenir leur épanouissement également via leur travail. Dans une étude de l'Insee parue en 1997 et menée auprès de 6000 personnes, le travail arrivait d'ailleurs en deuxième position comme condition du bonheur après la santé mais avant la famille, l'argent et l'amour(40). Dans cette même étude, on retrouve que le travail était considéré comme une condition essentielle au bonheur car il était un facteur d'épanouissement, de reconnaissance sociale, d'émancipation et d'ouverture aux autres. Mon étude tend à confirmer ce constat. Pour parvenir à cet épanouissement, les médecins de l'étude cherchaient à satisfaire une combinaison d'objectifs propre à chacun d'eux.

Deux des médecins de l'étude avaient pour objectif de travailler avec leur conjoint respectif. Il y avait parmi ces deux couples un couple de médecins généralistes qui souhaitait augmenter la quantité de temps passé ensemble, au travail et en dehors. Cet objectif leur étant permis grâce à la libre gestion de leurs emplois du temps et grâce à la flexibilité permise par le travail de groupe. Concernant l'autre couple, il s'agissait d'un médecin généraliste ayant l'opportunité grâce à l'exercice libéral d'employer sa femme comme secrétaire. Plusieurs études ont par ailleurs montré que la possibilité de travail du conjoint était de nature à influencer le lieu d'exercice des médecins(28,34,41,42). L'étude de l'institut « BVA » de 2007 sur les attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel constatait qu'une difficulté liée à des perspectives professionnelles limitées du conjoint pouvait constituer une entrave aux choix d'organisations de l'exercice(21).

L'environnement de travail était un facteur important, et se choisir un cabinet agréable et fonctionnel était une aspiration commune à tous les médecins de l'étude qui rejoignaient sur ce point les médecins interrogés dans la thèse du Dr Decombas(38). Les médecins de mon étude souhaitaient exercer dans un cadre sécurisé et agréable, privilégiant des cabinets spacieux, rangés, lumineux, chaleureux et dans l'idéal personnalisé par eux même. Ces attentions étaient justifiées par la volonté d'exercer dans un cadre confortable et familier, d'autant plus que ces médecins insistaient sur le nombre élevé d'heures passées au cabinet (57 heures/semaine en moyenne d'après un panel national de généraliste interrogé en 2011(10)). D'autres faisaient du confort un élément déterminant pour être heureux d'aller au travail. Les médecins de mon étude avaient d'autre part la volonté d'accueillir leurs patients dans un cadre chaleureux, loin des standards hospitaliers. Certains praticiens allaient jusqu'à souhaiter que leurs patients puissent envisager leur cabinet médical comme un lieu de vie non dédié qu'aux seuls malades.

Après la flexibilité permise par le travail de groupe, une ambiance de travail agréable au sein d'un groupe mono ou pluri disciplinaire était le maillon le plus recherché par les médecins

interrogés exerçant en cabinet de groupe. Comme dans la littérature, les praticiens de mon étude installés en groupe avaient la même volonté d'éviter l'isolement (13,22) et de favoriser un travail d'équipe(22,43) grâce à l'exercice de groupe. Ces praticiens recherchaient un groupe dans lequel ils pouvaient partager des instants de vie tels que les repas ou des « pauses café ». Ils souhaitaient surtout tisser des relations au-delà de la simple collaboration professionnelle, et ils se rejoignaient tous sur l'objectif d'aboutir à un idéal de relations cordiales voire amicales, améliorant la coopération professionnelle grâce à un soutien pratique et moral mutuel. Une enquête de 2010 portant sur le vécu au travail de médecins généralistes du pays de la Loire, faisait remarquer que 61% des médecins interrogés déclaraient pouvoir compter sur leurs confrères pour une aide pratique et 42% pour un soutien moral ou affectif(44). Toujours, dans cette étude, on constatait que les médecins installés en groupe étaient plus nombreux que leurs confrères installés seuls à exprimer l'aide pratique des confrères (69% vs 48%) et leur soutien moral (51% vs 29%). Dans cette étude ligérienne, les femmes soulignaient plus souvent le soutien moral de leurs confrères (48% vs 40% pour les hommes) mais il n'apparaissait pas de différence entre les deux sexes pour l'aide pratique. On retrouve cet effet genre dans le désir de soutien moral qui était exclusivement cité par les médecins femmes de mon étude. Le choix des médecins de mon étude pour la médecine de groupe dans l'objectif de bénéficier notamment d'un soutien pratique et moral apparait cohérent avec les constats de l'enquête ligérienne.

La possibilité de déléguer les tâches non médicales pour consacrer le plus de temps possible aux soins des patients était vue comme un confort par la majorité des praticiens interrogés, mais aussi comme un moyen d'optimiser le temps consacré aux tâches de soins. Dans une étude de l'ISNAR-IMG, la délégation de tâches apparaissait largement comme un objectif chez les jeunes médecins en voie d'installation : on y retrouvait 1551 (90,8%) des 1938 jeunes médecins interrogés qui souhaitaient déléguer les tâches de gestion non médicale du cabinet(26).

Les médecins de mon étude ont orienté leurs choix pour permettre des soins médicaux de qualité pour le bien des patients et leur satisfaction personnelle. Comme dans un rapport de l'institut « BVA » sur le rôle du médecin généralistes(29), les médecins de mon étude considéraient qu'avoir le sentiment de bien soigner participait au bien-être au travail. Pour une partie des médecins interrogés, ce sentiment s'obtenait notamment par le fait de consacrer le temps et les outils nécessaires à la résolution des problématiques médicales des patients.

La majorité des médecins de mon étude avait pour objectif d'avoir à charge le suivi d'une patientèle à leur goût, afin d'établir des relations de proximités durables. Dans une enquête de l'institut « BVA » parue en 2007, 43% des jeunes médecins ou futures médecins décrivaient d'ailleurs la relation avec leurs patients comme un facteur déterminant dans leur choix d'installation professionnelle(21). Dans d'autres études la relation privilégiée avec le patient

apparaissait même comme une motivation essentielle pour l'exercice de la médecine générale(13,45,46). C'est dans la capacité à garder la confiance de leur patients sur la durée, que certains praticiens de mon étude affirmaient trouver leur épanouissement. Un des médecins interrogés dans l'étude de Micheau et Molière déclarait : « Finalement, les patients font l'essence et l'intérêt du métier, mais pour que le médecin ait le sentiment d'être reconnu dans son rôle, il doit pouvoir observer dans l'attitude de ses patients les signes de cette reconnaissance. »(47)

La volonté d'exercer en toute sécurité était une aspiration que l'on retrouvait chez plusieurs des médecins interrogés, majoritairement de sexe féminin. Selon certains des médecins de l'étude, le sentiment de sécurité au sein du cabinet était permis par des équipements de sécurité adaptés, un exercice en groupe ou un aménagement offrant des réponses concrètes à des situations d'insécurité possible. Exercer dans des cabinets sécurisés notamment par la présence de collaborateur mobilisable au besoin était un objectif important pour la majorité des médecins femmes de mon échantillon. Deux d'entre elles avaient même envisagé un aménagement de leur cabinet permettant la fuite en cas d'agression. Un des médecins hommes de l'étude évoquait également ce besoin de sécuriser son cabinet pour ses secrétaires logées en première ligne, les aménagements alors choisis par celui-ci étaient la présence d'une vidéo surveillance et d'un dispositif d'alarme relié à une société de sécurité. Ce même médecin évoquait les aménagements de sécurité au cabinet comme un confort d'exercice prioritaire mais également comme une plus-value de leur outil de travail.

Un des praticiens de l'étude justifiait son choix d'exercer en milieu urbain, par la sécurité et le confort d'exercice apporté par la proximité de dispositifs sanitaires d'urgences, de laboratoire d'analyse et de radiologie, de paramédicaux. Dans une enquête de 2007 sur les attentes des médecins généralistes, on retrouvait d'ailleurs ce soucis de bénéficier d'un plateau technique complet pour exercer au mieux la médecine générale ambulatoire, l'insuffisance d'équipement apparaissait comme un frein à l'installation dans certaines zones(21). Dans une étude de l'Union Régionale des Caisses de l'Assurance Maladie (URCAM) d'île de France sur les facteurs d'installations en île de France, 45.5% des répondants citaient la présence d'un environnement technique de qualité dans leurs facteurs décisionnels(48).

L'objectifs le plus évoqué par les praticiens de l'étude était la recherche d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Lapeyres et Le Feuvre ont montré qu'il s'agissait là de l'expression d'un nouveau modèle professionnel préférant le temps libre à l'argent, ce nouveau modèle s'opposait ainsi au modèle traditionnel de maximisation des revenus qui était liée à la disponibilité continue des médecins à leurs patients(49). Ce nouveau modèle était en résonnance avec le plébiscite de la qualité de vie par les internes de l'étude du Dr Braun Neves où 90% des internes répondant estimaient que leur qualité de vie primait sur leur travail(43).

Cet équilibre se concevait donc en partie à travers un temps de travail moins important qu'auparavant(21). Dans mon étude plusieurs praticiens avaient ainsi pour objectif d'avoir en plus de leur weekend une journée ou une demi-journée de temps libre en plus. Le désir d'avoir au moins une demi-journée de temps libre supplémentaire était retrouvé dans des études réalisées auprès d'internes et de médecins thésés (24,28,33).

Déjà soulignée dans un rapport de l'ONDPS(22), la maitrise des temps de travail journalier focalisait l'attention de plusieurs des médecins de mon étude. Le but était d'éviter d'être débordé par le travail, pour ne pas empiéter sur la vie privée au risque de finir en « burn out ». Dans une enquête publiée en 2010, Micheau et Molière ont fait le constat que l'expression trop de travail consistait à évoquer l'équilibre, les tensions, les déséquilibres que faisait peser la vie professionnelle sur la vie familiale(47). La maitrise du temps de travail pour continuer d'exercer tout en se maintenant en bonne santé physique et psychique était un objectif qui faisait l'unanimité parmi les praticiens de mon étude.

La modularité des emplois du temps était aussi importante pour les praticiens voulant exercer d'autres activités professionnelles. Les médecins concernés ne souhaitaient pas se limiter dans leurs envies professionnelles et recherchaient l'organisation leur permettant de concilier chacune de leurs activités. En 2011, un panel national de médecin généraliste permettait de constater que plus de 70% des médecins du panel avait une autre activité en dehors du cabinet(50). La majorité des médecins de mon étude s'autorisait ainsi à moduler leur activité pour la rendre la plus intéressante et épanouissante possible à leurs yeux. Plusieurs travaux ont d'ailleurs montré l'intérêt des médecins généralistes pour un exercice diversifié(24). Dans leur étude, Micheau et Molière émettaient d'ailleurs l'hypothèse que de façon générale, lorsqu'elle existait, la diversité des activités produisait l'étrange paradoxe d'une suractivité qui produisait des respirations(47). Les changements de lieux professionnels entrainant des changements de positionnement et de rôle, de statut, de vêtements, de fonction, de patientèle, de regard des patients, de gestes professionnels…Et dans l'immense majorité des cas, ces changements étaient, dans leur étude, décrits comme salutaires par les médecins. Empêchant la routine, créant des seconds souffles, donnant à voir d'autres patients ou des confrères, offrant la possibilité d'exercer leur activité dans un spectre large.

La possibilité d'être seul maître de ses choix d'organisations était un facteur plébiscité par les médecins de l'étude installés seuls. Un rapport de l'ONDPS sur la médecine générale citait de jeunes généralistes justifiant leur choix du libéral par une volonté d'indépendance les laissant libre de réguler entre autre leur charge de travail (22). Certains des médecins de l'étude installés en cabinet de groupe en faisaient également l'un de leur facteur décisionnel pour la pratique de la médecine libérale. Arguant qu'à la condition d'aboutir à des accords entre collaborateurs, ceux-ci restaient malgré tout maitres de leurs entreprises communes,

autrement dit l'absence de supérieur hiérarchique était un but assumé par presque tous les praticiens interrogés.

Le dynamisme d'entreprise, le fait d'être membre actif de l'amélioration continue des pratiques ou d'exercer en multidisciplinarité constituaient autant de facteurs d'épanouissement professionnel pour les médecins de l'étude.

L'épanouissement professionnel était donc permis par de nombreux facteurs concourant pour la majorité au confort de travail en même temps qu'à son efficacité. Ce confort étant le fruit d'un exercice rendu modulable à souhait, d'un exercice dans un cadre fonctionnel et agréable, d'un exercice assisté dans les tâches non médicales, et enfin, d'un exercice choisi et orienté par les intérêts personnels mais aussi par la volonté de bien prendre en charge les patients.

B.Pour le bien-être des patients

Après la recherche d'un épanouissement personnel via un équilibre satisfaisant entre vie privée et vie professionnelle, le bien-être des patients était un des thèmes les plus cités par les médecins interrogés. Pour réaliser cet objectif, ces médecins se sont organisés pour proposer et maintenir une permanence de soins de qualité avec des conditions d'accueils les plus agréables possibles.

a) L'art de l'hospitalité

L'accueil du patient était une préoccupation très largement partagée par les médecins de l'étude. Ils avaient l'ambition d'exercer dans des cabinets ressentis comme accueillant et chaleureux, loin des standards hospitaliers. Les médecins de l'étude espéraient ainsi mettre à l'aise leurs patients pour faciliter la relation médecin-patient et améliorer la prise en charge qui en découlait. C'est pourquoi leurs cabinets de consultation étaient pensés pour optimiser l'échange d'information entre le patient et le médecin en minimisant les obstacles aux communications verbales et visuelles. Dans sa thèse traitant de l'impact de l'aménagement du bureau des médecins généralistes(51), le Dr Lugo concluait que la relation médecin-patient débutait dès la salle d'attente. Comme dans mon étude, le Dr Lugo faisait donc le constat que l'un des objectifs principaux des généralistes interrogés était de conférer une impression de bien-être à leurs patients grâce à l'aménagement de leur cabinet et ce dès la salle d'attente.

Pour les médecins de l'étude, un patient sécurisé était plus à même de livrer les éléments utiles à sa prise en charge optimale. Pour ces praticiens, il s'agissait donc de garantir aux patients leur intimité lors des examens cliniques, en érigeant par exemple une séparation

physique entre l'espace d'examen clinique et l'espace d'entretien. Les Drs Fezard, Trichard-Lavergne et Lugo ont fait ce même bilan dans leurs travaux(51–53). La confidentialité, lors de l'entretien notamment, était aussi un impératif que se fixait l'ensemble des médecins de mon étude.

Dans ma thèse comme dans celle des Drs Fezard et Lugo(51,52), une majorité des praticiens interrogés s'attachaient à personnaliser leur cabinet de consultation, pour s'y sentir chez soi mais également pour instaurer avec leurs patients une proximité susceptible de favoriser des échanges plus riches et authentiques. Le Dr Lugo déclarait que « le médecin, par sa décoration, donnait une illusion de proximité avec sa patientèle en lui laissant entrevoir des bribes de sa vie personnelle, morceaux choisis ne l'engageant pour lui en rien mais pouvant aider à mettre à l'aise, en confiance sa patientèle, facilitant la confidence. »(51)

Pour les médecins interrogés, l'accueil se devait d'être universel en proposant des locaux et du matériel adaptés aux différents âges et aux différentes capacités motrices de leurs patients. Parfois encouragés par les obligations légales, certains des médecins de l'étude témoignaient de leur volonté de garantir l'accessibilité aux plus grands nombres y compris via de nouveaux investissements. Pour un des médecins de l'étude, la garantie de mise aux normes d'accessibilité avait même constitué un pré requis à son installation dans son cabinet de groupe. Une partie des médecins interrogés avaient également comme objectif d'accueillir des jeunes enfants avec du matériel et des locaux adaptés : propices aux jeux mais aussi à l'évaluation des acquisitions, et en même temps sécurisés et hygiéniques.

L'accueil du patient était donc réfléchi pour permettre des soins d'une qualité optimale. L'environnement recherché par les médecins de l'étude devait permettre aux patients de se sentir à l'aise pour livrer toutes les informations utiles à une prise en charge optimale.

b) Des soins de qualités

Au-delà d'un accueil qui satisferait leurs patients, tous les médecins de l'études avaient l'objectif commun de leurs prodiguer des soins de qualités.

Pour cela, ils se sont équipés et ont aménagé leurs outils de travail pour une qualité de soin optimale. Les équipements choisis avaient vocation à améliorer les prises en charges en apportant une aide technique aux actes préventifs, diagnostiques et thérapeutiques. Ils ont aménagé leurs cabinets de consultation pour les rendre les plus efficients possible.

Certains médecins de l'étude avaient également le souci de minimiser l'écart de qualité entre soins au cabinet et soins au domicile. Un des médecins de l'étude ayant même investi dans une informatisation portable avec lecteur de carte vitale et imprimante, alignant ainsi la qualité

de la prestation au domicile avec celle au cabinet, en permettant par exemple les démarches et les procédures habituellement informatisés.

Des médecins de l'étude voulaient favoriser et simplifier la relation humaine avec le patient en minimisant les actes techniques. Ils entendaient ainsi obtenir un examen clinique optimal pour favoriser une meilleure prise en charge. Ces mêmes médecins envisageaient la qualité des soins de par leur capacité à consacrer à chaque patient le temps nécessaire à leur prise en charge globale. C'est ainsi qu'un des médecins de l'étude a fait le choix de limiter le nombre de ses consultations pour en allonger la durée et maintenir le niveau de qualité de ses prises en charge. C'est une préoccupation déjà constatée dans une étude de l'institut « BVA » sur le rôle du médecin généraliste, les jeunes médecins s'y déclaraient volontaires pour une médecine moins quantitative et plus qualitative(29). De nombreuses études ont tenté d'établir une relation entre durée de consultation et qualité des soins. Malgré l'importance des facteurs de confusions (habitudes de pratiques, caractéristiques de la patientèle, types d'affections rencontrés…), l'une d'elle, s'appuyant sur des données de panels nationaux de médecins généralistes, a pourtant observé une augmentation des prescriptions médicamenteuses et un moindre attrait pour les mesures de préventions lorsque les consultations était plus courtes(54). Ce constat tend à corroborer la stratégie d'augmentation du temps de consultation pour une meilleure qualité des soins.

L'ensemble des médecins de l'étude portaient aussi une attention particulière à l'hygiène dans leur pratique pour garantir des soins toujours plus sûrs.

Les médecins de l'étude exerçant en groupe recherchaient pour la plupart une possibilité de soutien par leur collaborateur en cas de difficulté médicale. Ils envisageaient leur exercice de groupe comme un moyen d'améliorer la pratique médicale des membres du groupe grâce aux partages des savoirs de chacun. A l'image des médecins interrogés dans les thèses des Dr Gabellec(55) et Boukhors(24), l'envie d'apprendre et d'améliorer sans cesse les pratiques étaient partagée par la majorité des médecins de mon étude indépendamment d'une installation en groupe ou non. D'ailleurs dans une étude ligérienne comparant médecins de groupe et médecins installés seuls, on ne retrouvait aucune différence dans la quantité de temps consacré à la lecture de littérature médicale ou à la participation de formation médicale(56).

Déjà constaté dans une étude de l'institut « BVA » sur le rôle et la place du médecin généraliste en France(29), on constate que le sentiment de bien faire son travail était recherché par la grande majorité des médecins interrogés dans mon étude. Et d'après ces médecins, prodiguer des soins de qualité participait non seulement à leur épanouissement professionnel et personnel, mais constituait également une responsabilité du fait de leur qualité de médecin. Autrement dit pour ces médecins, leur statut et son corollaire justifiaient

qu'ils aient le devoir de dispenser des soins de qualité. C'est dans ce sens et pour maintenir ses connaissances à jour qu'un des médecins de l'étude justifiait son engagement dans l'encadrement d'externes et d'internes.

Certains des médecins de l'étude incluaient dans la notion de qualité des soins, la notion de permanence des soins.

c) La permanence des soins

Pour le bien de leurs patients et par conscience professionnelle, l'ensemble des médecins de l'étude s'était organisé pour garantir la permanence des soins. Leurs organisations avaient parallèlement vocation à ne pas contrarier leurs quêtes d'équilibre entre travail et vie privée. La tâche était compliquée par une démographie médicale défavorable et une omniprésence de la demande de soin.

Les médecins de l'étude faisaient de l'accès aux soins un devoir. Pour satisfaire à la demande de soins de leurs patients, certains limitaient leurs congés ou sacrifiaient leur temps libre, et d'autres veillaient à être remplacé pour chaque absence.

Enfin, conscient des difficultés de certains patients pour consulter sur leurs journées de travail, l'ensemble des médecins de l'étude aménageaient des disponibilités adaptées à ces patients. Travailler en soirée restait par ailleurs relativement fréquent pour ces praticiens, puisque nombre d'emplois du temps étudiés dans une enquête de la DREES paru en 2016 faisaient apparaitre des journées de travail qui se terminaient au-delà de 20 heures(12).

C.L'optimisation des moyens

De manière assez équivoque, les médecins de l'étude ont fait des choix orientés par la volonté d'être confortable et efficace dans leur exercice. Ils se sont équipé d'outils et ont organisé leurs emplois du temps pour les rendre les plus efficients possible. Ils ont mobilisé leurs ressources financières, temporelles et matérielles avec le souci d'optimiser leur rendement respectif.

a) Des dépenses raisonnées

Le gain financier n'était pas une priorité pour les médecins de mon étude autant que pour ceux d'autres travaux (13,21,23,29,31–33). Les médecins de mon étude avaient néanmoins

l'objectif de faire des dépenses pertinentes pour améliorer le confort et l'efficacité de leur pratique.

L'ensemble des médecins interrogés orientait leurs achats d'équipements en fonction de leurs compétences personnelles et en fonction des caractéristiques de leurs patients respectifs. La fréquence d'utilisation apparaissait ainsi comme un des facteurs motivant leurs dépenses.

La pertinence de ses dépenses était également un facteur décisionnel majeur, les dépenses devaient être motivées par un bénéfice en termes de prise en charge, de confort ou de sécurité d'exercice. C'est ainsi que certains des médecins de l'étude ont décidé de déléguer à des tiers professionnels leurs tâches non médicales, constatant que l'investissement valait le coût eut égards aux gains de temps et de sécurité, et d'autres, s'abstenant car jugeant le bénéfice trop peu important dans leurs situations.

Mon étude a permis d'observer que les médecins de l'étude installés en groupe avaient une tendance plus forte pour ces investissements visant un meilleur confort et une délégation des tâches extra médicales. Comme constaté dans d'autres textes, ces investissements étaient encouragés par la possibilité de partager leur coût entre collaborateurs(22,28,35). L'enquête de Micheau et Molière sur l'emploi du temps des médecins libéraux corrobore cette explication en affirmant que ce sont dans les cabinets de groupe particulièrement avancés dans la mutualisation des moyens et des pratiques que l'on trouvait les délégations de gestion les plus développées(47). D'ailleurs pour la majorité de ces médecins, la mutualisation des contraintes était un argument fort pour le choix de l'exercice de groupe. Pour les médecins de l'étude exerçant en groupe, les dépenses étaient donc essentiellement raisonnées par la volonté d'exercer efficacement et confortablement des tâches essentiellement médicales.

Pour les médecins de l'étude installés seuls, la délégation de tâche était moins systématique. Elle était observée chez un des trois praticiens de l'étude exerçant seul, le but était d'optimiser le temps médical et de sécuriser l'exercice notamment dans les tâches comptables et fiscales. Les deux autres praticiens de l'étude exerçant seuls avaient donc pour habitude de gérer l'ensemble des tâches inhérentes à la gestion de leur activité. Ces stratégies étaient motivées pour l'un par une activité trop peu importante ne permettant pas de financer la délégation de tâches quelconques, et pour l'autre, par une volonté de garder le contrôle sur l'ensemble des facettes de son activité.

Des médecins de l'étude ont témoigné de leur volonté de pérenniser leur organisation de travail. Cette volonté avait donc pour conséquence de justifier des dépenses visant à maintenir un fonctionnement optimal des outils et des organisations mobilisés. Un des médecins de l'étude renchérissait même : «. Il faut que la structure continue de vivre malgré les départs, il faut que la structure soit plus forte que l'individu. »MG8. Les médecins de l'étude avaient donc majoritairement le souci d'investir régulièrement pour maintenir l'attractivité du cabinet via son

confort et son équipement. Ces investissements avaient pour principaux buts de faciliter la venue de collaborateurs et de remplaçants grâce au maintien d'une bonne qualité d'environnement de travail et d'outils toujours plus fonctionnels.

Ces choix étaient, pour certains des médecins interrogés, également justifiés par la possibilité d'optimiser un éventuel retour sur investissement sur le cabinet, dernières valeurs marchandes en fin de carrière libérale compte tenu de l'obsolescence de la revente de patientèle en médecine générale. Investir pour la retraite était ainsi évoqué par quelques médecins de l'étude comme un facteur influant sur leurs choix de dépenses. Pourtant, on ne retrouve pas de donnée sur le sujet de l'investissement des médecins généralistes pour la retraite dans la littérature.

En 2016, la retraite moyenne des médecins toutes spécialités confondues était de 2617 euros (avant déductions fiscales CSG, CRDS CASA) d'après les données de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF). En 2015, le bénéfice non commercial (BNC) annuel moyen des médecins généralistes était de 75 510 euros (soit 6292.5 euros mensuels) d'après les données de la CARMF également. L'estimation, à peu près, de la diminution des revenus à la cessation d'activité des médecins généralistes, en tenant compte de ces chiffres, était de 60% en moyenne. Pourtant, la retraite est un sujet peu abordé lors des enseignements théoriques sur l'organisation de l'exercice libéral. Ce manque d'intérêt, en matière d'enseignement et surtout d'étude, pourrait s'expliquer par une méconnaissance des étudiants en médecine sur l'importance des pertes de revenus à la cessation de l'activité libérale, et des solutions d'anticipation envisageables précocement.

Dans toutes les décisions de dépense d'argent des médecins de l'étude, on retrouvait le souci de payer le juste prix. Le rapport qualité/prix était rigoureusement étudié, chaque dépense était pensée pour en optimiser les retombées en termes de fonctionnalité ou de confort. Le gaspillage était débusqué et évincé des organisations de la majorité des médecins de l'étude. Notamment lorsqu'il s'agissait de choisir l'achat au détriment de la location de leur cabinet, les médecins de l'étude avaient majoritairement fait le choix d'être propriétaire ou copropriétaire de leur lieu d'exercice.

Par ailleurs, on retrouvait chez quelques médecins de l'étude l'envie de minimiser l'investissement de départ en début d'exercice. Certains pour réduire d'éventuelle perte en cas d'essai non concluant, d'autres par manque de ressources financières. Les thèses des Drs Decorde et Nicolle traitant respectivement des déterminants d'installation en médecine générale et des freins à l'installation évoquaient déjà le montant des charges de fonctionnement et l'investissement financier d'une installation comme une entrave(14,31).

Les dépenses étaient donc orientées par la volonté de maintenir des outils et des conditions de travail les plus efficientes possibles. Les dépenses étaient optimisées et les retombées

soigneusement anticipées par les médecins de l'étude. L'économie des ressources n'était pas une priorité en soi, la priorité des médecins de l'étude était majoritairement d'investir en fonction de leur capacité financière pour des conditions de travail confortables, efficientes et pérennes, en même temps que d'investir pour leur avenir respectif.

b) Des temps précieux

Déjà abordé dans cette étude, l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle était un objectif primordial pour les médecins de l'étude. Pour y parvenir, les médecins interrogés entendaient optimiser la gestion de leur temps de travail pour réussir à ménager suffisamment de temps pour jouir d'une vie privée épanouie tout en répondant aux besoins de leurs patients.

Des médecins de l'étude ont ainsi mentionné l'objectif de limitation du temps de trajet entre domicile et lieu de travail. Leurs buts étaient de réduire la fatigue occasionnée par de trop long trajet d'une part, et de faciliter l'objectif de disponibilité pour la famille ou les loisirs d'autre part.

L'aménagement du cabinet de consultation était voulu pour minimiser les pertes de temps, et les outils fréquemment utilisés étaient disposés pour être rapidement accessibles.

Les emplois du temps étaient également façonnés pour optimiser les temps médicaux. Un des médecins de l'étude allait jusqu'à établir des périodes pour certains examens systématiques, et faisait par exemple les consultations annuelles de ses patients diabétiques au printemps pour minimiser le temps de déshabillage.

Paradoxalement, je retrouve dans les témoignages des médecins de l'étude la volonté de consacrer le temps nécessaire à la résolution des problématiques de chaque patient. Il semblait ainsi exister une certaine dualité entre lutte contre la perte de temps et le fait de prendre le temps nécessaire pour chaque patient. Ces deux objectifs cohabitaient pourtant dans les déterminants de choix d'organisation d'une majorité des médecins de l'étude. Un des médecins justifiait justement l'augmentation du temps de ces consultations de quinze à vingt minutes, par l'objectif de limiter les retards et donc les pertes de temps.

Des médecins de l'étude ont justifié la délégation de tâches extra médicales par le gain de temps à consacrer aux tâches médicales. Eviter la gestion du cabinet et la comptabilité, considérées comme chronophages en secteur libéral, a aussi été évoqué comme objectif dans la thèse du Dr Boukhors(24). En 2016, un rapport de la DREES sur les conditions de travail des médecins généralistes en France estimait à 4 heures/semaine en moyenne le temps passé à des tâches de gestion ou de secrétariat, et à environs 80 minutes de plus par semaine pour ceux effectuant aussi des tâches d'entretiens des locaux(12).

L’ensemble des praticiens de l’études entendait, grâce à leur organisation, maitriser leurs temps de travail et leurs horaires. Ils espéraient par-là conserver des horaires fixes et compatibles avec leur organisation familiale, s’autoriser une activité professionnel diversifiée, ou même se ménager des temps de pauses ou de loisirs suffisants.

Les praticiens de l’étude ont donc très majoritairement fait le choix de consultation sur rendez-vous, seuls deux des médecins interrogés conservaient en plus de leurs consultations sur rendez-vous des plages à consultations libres. Ces médecins justifiaient ainsi l’usage de consultation libre par la nécessité de répondre à une demande de soins omniprésente. La consultation sur rendez-vous était préférée par la majorité des médecins de l’étude car participant à la maitrise de l’emploi du temps. Ce constat n’est pas partagé par l’étude de Micheau et Molière paru en 2010(47) : dans leur enquête les médecins étaient plus divisés sur les objectifs de ponctualité et de maitrise du temps. Leur constat était que chaque praticien entretenait avec les horaires un rapport particulier qui induisait des organisations de travail personnalisées.

Pour les médecins de l’étude, les temps de pauses au cours des journées de travail étaient nécessaires à la pratique durable d’une médecine de qualité. Pour la majorité des praticiens interrogés, ces temps de pauses participaient fortement au confort de leur exercice et constituaient donc un des facteurs déterminants de leur épanouissement professionnel. Ces temps de pauses étaient vus par certains praticiens de l’étude comme des moyens de tisser des liens entre collègues, liens propices à l’amélioration de la qualité des collaborations et donc à l’amélioration de la qualité des prises en charges. Ces temps de pause, sans médecine ou presque, étaient des temps de détente, de restauration physique et psychique jugés indispensables par tous les médecins interrogés.

Mon étude permet aussi d’objectiver l’importance que les médecins interrogés attribuaient au temps de loisirs. Pour certains de ces médecins, les loisirs étaient même prioritaires et leur influence sur l’emploi du temps était alors majeure. Comme vu précédemment, ces temps de loisirs participaient à l’épanouissement personnel des praticiens qui aspiraient à exercer en ayant le sentiment de ne pas sacrifier leur vie privée. Des médecins de l’études définissaient les loisirs comme le moyen indispensable pour se ressourcer et conserver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Enfin, quelques-uns des praticiens interrogés déclaraient organiser leurs emplois du temps pour garder du temps à consacrer à leurs tâches ménagères.

L’optimisation du temps participait donc à plusieurs objectifs concourant pour la plupart à l’exercice d’une médecine efficiente au service d’un maximum de patients, par des médecins épanouis professionnellement et dans leur vie privée.

c) Des outils optimisés

Les outils de travail jouent un rôle important dans l'organisation des médecins de l'étude. Ces outils, allant du cabinet de consultation aux moindres petits matériels de bureau, étaient notamment choisis pour leur fonctionnalité, leur praticité, et leur rapport qualité/prix. L'optimisation des outils à disposition était un objectif commun à l'ensemble des médecins interrogés pour l'étude.

Les médecins de l'étude ont cherché à disposer d'un cabinet fonctionnel et pratique, propre à la réalisation de soins d'une qualité optimale.

Les médecins de l'étude ont, par exemple, aménagé leur cabinet pour optimiser la communication verbale et non verbale en limitant les obstacles physiques entre eux et leurs patients. Ils ont également veillé à l'optimisation de l'espace, en rationalisant la répartition fonctionnelle de chaque espace possédé. Chaque espace avait ainsi vocation à accueillir une activité productive de soin aux patients. Et lorsque ce n'était pas le cas, certains des médecins de l'étude louaient ces espaces improductifs pour les rentabiliser. Ces espaces, disponibles et non utilisés de façon régulière, étaient aussi converti en salle d'urgence par certains médecins de l'étude. Ils anticipaient ainsi sur d'éventuels situations d'urgences qui à défaut de salle d'urgence contrarieraient le déroulement de leurs consultations.

L'optimisation du temps était un objectif important pour les médecins de l'étude. Les choix du cabinet et de son aménagement ainsi que ceux du matériel et de son rangement étaient réfléchis pour minimiser les pertes de temps. La disposition du cabinet devait participer à la fluidité des consultations en elle-même et à la fluidité de leurs enchainements. Le matériel se voulait rangé près du lieu d'utilisation, et les éléments fréquemment utilisés devaient être rapidement accessibles.

Les médecins interrogés apportaient une attention particulière au choix de leurs matériels. Les caractéristiques recherchées étaient essentiellement la praticité, venait ensuite la fréquence présumée d'utilisation, puis bien sûr le rapport qualité/prix.

Les outils permettant d'optimiser la prise en charge des patients étaient plébiscités. Une partie des médecins de l'étude favorisaient des équipements à visés diagnostiques comme les spiromètres ou les audiomètres. Un des médecins mentionnait également l'usage régulier d'outils préventifs tels que des brochures pour l'éducation thérapeutique ou pour des conseils diététiques. Ce même médecin rapportait aussi l'utilisation ciblé de tensiomètres et de lecteurs de glycémie pouvant être prêtés aux patients pour encourager l'adhésion thérapeutique. La documentation de tableau clinique était aussi un objectif pour certains des médecins interrogés, justifiant l'usage d'électrocardiogramme pour documenter un trouble du rythme ou dispenser un certificat d'aptitude sportive par exemple.

Une utilisation et une maintenance simple de ces outils étaient des arguments déterminants dans leurs choix.

Pour l'ensemble des praticiens de l'étude, ces choix restaient principalement orientés par leurs compétences et leurs pratiques habituelles. Les médecins de l'étude, s'équipant en fonction de leurs habitudes de pratique, adaptaient donc leurs choix en fonctions de leur patientèle respective.

D.La multiplicité des outils décisionnels

Les discours des médecins de cette étude ont permis d'observer différents types d'outils décisionnels et différents usages de chacun d'eux. L'ensemble des médecins de l'étude n'utilisait pas un mais plusieurs outils décisionnels. L'usage courant chez les médecins de l'étude était de se servir de la complémentarité de ces outils pour fonder ses propres mécanismes décisionnels.

Dans cette étude, j'ai distingué outils internes ou mécanismes émanant du praticien interrogé, et outils externes ou mécanismes induit ou émanant de facteurs extérieurs aux praticiens interrogés. Dans les outils internes participant au choix d'organisation on retrouve : la volonté personnelle, la rationalisation et l'usage de l'instinct. Dans les outils externes, on retrouve : l'apport de la formation initiale, les avis extérieurs (proches, collègues, confrère, autres professionnels), les modèles, l'apport de l'expérience, les pré établis et les obligations.

a) Des outils complémentaires

Selon les profils des médecins interrogés, j'ai constaté des usages plus ou moins importants de tels ou tels outils décisionnels. La complémentarité de ces outils était une évidence tant l'ensemble des praticiens de l'étude semblait naviguer d'un outil à l'autre afin d'appuyer ses choix grâce à un faisceau d'arguments d'origines diverses.

La quasi-totalité des médecins interrogés utilisaient ainsi conjointement la rationalisation et la volonté personnelle pour faire leur choix. Ces deux entités (rationalisation et volonté personnelle) leur permettaient de faire une synthèse des éléments apportés par les outils externes (avis extérieurs, expériences, modèles…), puis de faire des choix raisonnés et argumentés en tenant compte de leurs objectifs personnels.

On constate donc que ces deux outils décisionnels que sont la rationalisation et la volonté personnelle agissaient de pair et alimentaient leurs argumentaires grâce à l'apport des outils externes. L'usage des outils externes était fortement influencé par le contexte entourant les

praticiens, mais aussi par la capacité de chacun de ces praticiens de mobiliser ou recevoir des arguments extérieurs.

Selon les praticiens interrogés, le niveau de pertinence accordé aux différents arguments extérieurs variait.

L'apport de la formation initiale n'était pas contesté par les médecins interrogés mais on constate dans cette étude que l'ensemble des médecins interrogés mobilisait d'autres facteurs décisionnels pour étoffer l'argumentaire de leurs choix. Le stage chez le praticien est l'une des étapes déterminantes de la formation à l'exercice de la médecine générale libéral, l'enquête DSS 2006 observait que 79% des jeunes médecins installés jugeait formateur le stage chez le praticien, mais seulement 21% en raison d'un apport sur les connaissances administratives et 17% pour un apport sur la gestion vie professionnelle et personnelle(57). Ceci corrobore les stratégies des praticiens de l'étude ayant étoffé leurs connaissances et leur faisceau de facteurs décisionnels grâce à l'apport de leurs expériences direct des faits organisationnels. C'est d'ailleurs cohérent avec l'étude de Vanderschelden paru en 2007 qui évoquait comme exercice envisagé après l'internat, un remplacement temporaire pour 66% des internes interrogés et un salariat temporaire pour 15%, confirmant la volonté de tester afin de trouver le mode d'exercice qui leur conviendrait(58). En plus de leurs expériences personnelles, on observe chez les médecins de l'étude une réelle appétence à bénéficier de l'expérience de leurs paires via des discussions confraternelles ou via l'observation de leurs modèles d'organisations.

Le poids des avis extérieurs ou des modèles était dépendant des objectifs personnels du praticien et du domaine concerné par les choix à opérer. Ainsi lorsqu'il s'agissait d'un domaine de l'organisation n'ayant pas attrait au médical, l'avis des proches (famille et amis) retrouvait du crédit. C'est le cas dans les choix touchant à l'esthétique du cabinet ou à la définition des emplois du temps. Autrement, lorsqu'il s'agissait d'un domaine de compétence spécifique tels que l'architecture du cabinet, la fiscalité ou d'autres domaines de l'organisation affectant des collaborateurs non médicaux, les avis extérieurs là encore étaient primordiaux pour les médecins de l'étude.

L'usage de tous ces outils décisionnels était ainsi justifié par la multitude des domaines impliquées dans l'organisation de l'exercice des médecins interrogés. Certains des médecins justifiant le recours à des avis et modèles extérieurs par leur manque ressenti de compétences suffisantes dans les divers domaines de l'organisation et ce malgré les stages ambulatoires et les formations spécifiques de leur cursus. De nombreux travaux constataient d'ailleurs que ces manques constituaient un frein important à l'installation des jeunes généralistes(23,28,31,33,46,59,60). Les outils décisionnels externes apportaient donc des arguments et des connaissances qui venaient compléter les arguments et connaissances

personnels du praticien. On constate ainsi que la majorité des praticiens de l'étude peaufinait ses desseins grâce à ce processus de recueil de facteurs décisionnels. Dans leurs études sur la mise en œuvre des politiques de l'emploi aux Etats-Unis, Bardach, Pressman et Wildavsky font le même constat : pour eux, les buts d'une décision ne sont souvent découverts que durant le processus même de la mise en œuvre de la décision(61,62).

Abordé par un seul des médecins de l'étude, la prise de décision à l'instinct ou au feeling n'excluait pas l'apport des arguments externes. De la même façon que pour les médecins rapportant des décisions raisonnées, pour le médecin ayant recours à des décisions instinctives, l'argumentaire et les connaissances apportées par les outils externes venaient aussi donner du poids à chaque décision.

Enfin, les pré établis et les obligations étaient des contraintes avec lesquelles chacun des praticiens de l'étude devait composer.

b) Les courants décisionnels

Les médecins de l'étude, aidés par l'apport d'arguments et de connaissances extérieurs, ont pris leurs décisions de façon inégale et cela a été influencé en partie par leur profil, le contexte de leur exercice et le domaine organisationnel concerné.

Ainsi, une majorité des médecins de l'étude a pris une partie de ces décisions en familles. Ces décisions concernaient généralement la gestion de l'emploi du temps mais pouvaient également s'étendre à tous les domaines de l'organisation selon les compétences ou la proximité de l'aidant familial. Dans une enquête réalisée en pays de Loire et parue en 2010, 61% des médecins généralistes interrogés déclaraient pouvoir compter sur leur famille ou leurs proches pour une aide pratique(44). Majoritairement, c'étaient les conjoints des médecins interrogés qui participaient à ces décisions. Les autres membres de familles intervenant dans les décisions de certains des médecins de l'étude pouvaient être leurs parents ou leurs enfants.

Les médecins de l'étude exerçant en groupe étaient contraints de faire des compromis avec leurs collaborateurs. Cet aspect limitait leur volonté personnelle au moment de faire des choix d'organisation, mais ne l'annihilait pas complètement car les médecins de l'étude concernés s'employaient alors pour obtenir l'adhésion de leur collaborateur lorsqu'un choix leur tenait à cœur. Il s'agit d'un aspect connu de tous au moment de leur choix pour l'exercice de groupe et globalement compensé par les avantages en matière de confort d'exercice du fait du partage des contraintes notamment.

Les médecins de l'étude, lorsqu'il s'agissait de faire des choix concernant des domaines qu'ils ne maitrisaient pas, intégraient volontiers d'autres professionnels à la prise de décision. Deux des médecins interrogés s'étaient ainsi appuyés sur les compétences d'architectes expérimentés pour la construction et l'aménagement de leurs cabinets médicaux. D'autres médecins de l'étude ont également fait des choix en tenant compte de l'avis de leurs secrétaires lorsqu'il s'agissait d'appréhender les meilleurs choix dans l'organisation du secrétariat et de l'accueil des patients.

On retrouve dans cette étude des médecins attachés au fait de prendre leurs décisions seuls. Pour la plupart, ces décisions se voulaient documentées, argumentées et raisonnées. Comme vu précédemment, ces médecins ne s'interdisaient pas la prise d'avis extérieur, mais lorsqu'il s'agissait de choisir, ils se voulaient seuls garants de la satisfaction de leurs attentes personnelles. Ils justifiaient cette stratégie par une meilleure connaissance de leurs besoins et attentes personnelles. Dans le même esprit, Micheau et Molière déclaraient dans leur étude qu'il n'apparaissait pas d'organisation idéale tant la performance de chacune était liée à la personnalité du praticien et à sa conception de la pratique(47). Deux des médecins de l'étude justifiaient leur volonté d'être seuls décideurs par le seul désir d'autonomie. D'autres études ont également montré que l'autonomie et la liberté dans le travail étaient fortement appréciées par les médecins(13,22,35,46). Une étude recençait même 68% des médecins libéraux interrogés jugeaient l'indépendance professionnel comme ayant beaucoup d'importance(23). De plus, une étude sur les déterminants des projets professionnel d'internes parisiens, soulignait que la grande majorité (82%) des internes interrogés voulait être maître de ses outils de travail(43), et particulièrement de son cabinet médical.

E. L'organisation, un processus continu et évolutif

a) Processus continu

Les médecins de l'étude envisageaient l'étape de l'organisation comme un processus continu. Pour la majorité de ces médecins, l'organisation n'est pas seulement définie en début d'exercice mais est un processus évolutif qui s'adapte aux changements de contextes et d'attentes.

b) Les circonstances d'évolution

Pour les praticiens de l'étude, le facteur le plus cité pour justifier des changements d'organisations était la recherche perpétuelle d'amélioration de la qualité des soins.

Par conséquent, le constat d'une dysfonction de l'organisation constituait un facteur de changement, d'évolution de l'organisation.

Par ailleurs, un des médecins de l'étude évoquait des remises en question saisonnières de son organisation : parfaitement à sa convenance en période estivale, la période hivernale et l'augmentation de charge de travail concomitante l'amenait régulièrement à tout remettre en question. On retrouve cette notion de saisonnalité dans un rapport de la DREES sur l'emploi du temps des médecins libéraux(47) : ce rapport décrit une saisonnalité épidémiologique avec la période d'hiver et son lot d'affections, mais également une saisonnalité au cours de la semaine avec des lundis chargés du fait du reports de charge d'urgence du weekend.

Les praticiens de l'étude ayant des enfants faisaient également évoluer leurs organisations avec l'âge de leurs enfants qui gagnaient progressivement en autonomie. A ces occasions, les besoins en termes de disponibilités des praticiens de l'étude pouvaient conduire à des réorganisations d'emploi du temps principalement.

La venue de nouveaux collaborateurs, avec leurs aspirations et contraintes personnelles, était une autre circonstance d'évolution de l'organisation d'après les médecins de l'étude exerçant en groupe.

c) Les constantes

Un des médecins de l'étude déclarait qu'en dépit d'une organisation qui se voulait globalement évolutive, certaines décisions prisent précocement dans sa carrière n'avaient jamais été remises en question et ce en raison d'une stabilité dans les attentes concernant le domaine concerné. Des pans d'organisations se voulaient donc constant à l'image de pilier fondateur sur lesquels d'autres pans d'organisations évoluaient pour un fonctionnement toujours plus efficace et confortable.

Un autre praticien de l'étude insistait également sur l'aspect durable de l'ensemble de son mode de fonctionnement, identique depuis le début de son exercice. Ce point de vue contraste avec le constat de l'étude : grâce à leurs expériences, leurs échanges, la quasi-totalité des médecins interrogés déclaraient avoir évolué dans leur façon de s'organiser.

III. Forces et faiblesses de l'étude

A.Les forces

L'installation des médecins généralistes est un sujet prisé par les thésards, mais l'organisation bien qu'aillant déjà fait l'objet d'étude n'a que trop rarement été étudiée sous l'angle de la compréhension des déterminants des choix d'organisations.

Dans un contexte où les médecins généralistes aspirent de plus en plus à concilier harmonieusement vie sociale épanouie et vie professionnelle réussie, et alors même que la démographie médicale peine à contenir l'augmentation de la demande de soin, l'organisation et plus précisément les déterminants des choix d'organisation sont un sujet important, intéressant et aux enjeux multiples.

Le choix de la méthode qualitative a permis de recueillir des données subjectives et personnelles concernant les choix d'organisations des praticiens interviewés, données qu'aucune autre méthode n'aurait pu analyser aussi finement.

L'entretien semi dirigé individuel semblait plus adapté à mon recherche qu'un entretien en groupe. Le sujet de l'étude pouvant générer des visions divergentes, le regroupement de plusieurs individus pouvant provoquer des craintes de jugement, des gênes, qui auraient biaiser le recueil de données. La confidentialité des entretiens aurait également été mise à défaut. L'entretien singulier, bien qu'influencé par l'enquêteur, paraissait le moyen le plus économique, le plus pratique, le plus propice à la confidence et permettant ainsi d'obtenir des réponses approfondies et authentiques.

Les entretiens individuels semi dirigés ont donc permis d'obtenir à chaque fois un matériel riche grâce à l'utilisation d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes favorisant l'expression libre et authentique des praticiens.
Les entretiens ont été réalisés à des moments choisis par les interviewés de façon à libérer le temps nécessaire encourageant ainsi le développement des idées. Les lieux ont aussi été choisi par les interviewés, instaurant ainsi un climat familier permettant une certaine proximité et intimité propice à l'échange et à la délivrance d'informations.

Les critères d'inclusions larges et le recrutement orienté ont abouti à un échantillon bien diversifié sur les états civils, les zones et modes d'exercices. L'échantillon a permis d'aboutir à la saturation des données assurant de fait une validité externe acceptable, du moins localement.

La retranscription mots pour mots de l'ensemble des entretiens a permis une analyse sur un matériel fidèle aux entretiens enregistrés.

B.Les faiblesses

L'étude ne s'est intéressée qu'à des médecins généralistes libéraux exerçant en Haute Normandie, un seul appartenant au département de l'Eure, les autres exerçant en Seine Maritime. De ce fait, il n'est donc pas licite d'extrapoler les résultats au niveau national sans une étude plus étendue.

Un biais de subjectivité existe également, bien que le guide d'entretien soit composé de questions ouvertes les plus neutres possibles, il est possible que le discours des interviewés ait été orienté involontairement par l'intervieweur via les questions de relances ou les postures adoptés lors des réponses des interviewés.

Un biais de mémorisation est aussi possible, les éléments étudiés faisant partie d'expériences plus ou moins anciennes selon les praticiens interrogés.

Enfin, pour donner plus de puissance à l'étude et garantir la validité interne de cette étude, c'est-à-dire la validité des savoirs produits par la recherche, il aurait fallu réaliser une triangulation multiple (18,63):

- ***Triangulation des investigateurs***, c'est-à-dire faire appel à au moins deux chercheurs pour rassembler et interpréter les données. L'absence de ce double codage pouvant induire une certaine subjectivité dans l'étude.

- ***Triangulation des méthodes*** en diversifiant les modes de recueillement (entretiens, analyse de documents, observation)

- ***Triangulation « écologique »*** en demandant aux participants de la recherche de vérifier les analyses et les interprétations de leurs déclarations.

La méthodologie globale de l'étude est restée volontairement simple afin d'en faciliter la réalisation par un investigateur novice dans le domaine de la recherche qualitative.

CONCLUSION

Les médecins généralistes libéraux sont actuellement confrontés au défi de répondre à une demande de soin toujours plus importante dans un contexte où la démographie médicale leur est défavorable. L'organisation des médecins généralistes est donc primordiale pour tenter de répondre au mieux aux besoins de leurs patients.

Dans cette étude, j'ai donné la parole à un échantillon diversifié de médecins généralistes libéraux hauts-normands. L'objectif était de comprendre comment ces médecins procédaient pour définir leur organisation, l'organisation englobant la gestion de leur emploi du temps, de leurs outils et des ressources humaines associés à leur exercice.

Le premier objectif recherché par l'organisation des médecins de l'étude était de parvenir à concilier une vie privée épanouie avec une vie professionnelle réussie. De façon concordante avec d'autres travaux menés sur le sujet, j'ai constaté la généralisation d'un nouveau modèle organisationnel qui fait le plébiscite de la qualité de vie, dans la sphère privée comme dans la sphère professionnelle. Le projet de vie des médecins généralistes interrogés se rapproche ainsi du projet de vie de la population générale qui aspire à travailler mieux mais moins pour pouvoir profiter de leur vie privée.

Les médecins de l'étude avaient donc pour objectif de maitriser leurs temps de travail afin de préserver leur vie privée et de ménager les disponibilités nécessaires à leurs loisirs ou à leurs autres activités professionnelles. Cette maitrise du temps de travail passait généralement par la délégation des tâches non médicales, l'optimisation des temps d'activités médicales, en même temps que par une régulation de l'activité grâce à l'apport du travail de groupe ou via des décisions libres en cas d'exercice en cabinet seul. Les aménagements des emplois du temps et des environnements professionnels avaient vocations à minimiser les pertes de temps en même temps que de garantir un certain confort d'exercice.

L'objectif d'un exercice professionnel de qualité était également recherché par l'ensemble des médecins de l'étude. Le premier but était d'apporter aux patients un mieux-être grâce à des soins de qualités dans un environnement facilitant et optimisant la relation des médecins avec leurs patients. Pour satisfaire à cet objectif de soins de qualité, les choix d'organisation professionnelle étaient orientés par la volonté d'optimiser l'efficience de leurs outils de travail comprenant notamment le cabinet médical et ses équipements médicaux et non médicaux. On constatait, chez la majorité des médecins de l'étude, une volonté d'amélioration continue des pratiques médicales, ainsi qu'une volonté de pérennisation des organisations mises en place. Le second but, de l'objectif d'un exercice professionnel de qualité, était d'aboutir à un bien-être des médecins dans leur activité professionnel. Ce but était permis par un exercice

choisi pour son attrait, et par des conditions d'exercices ou la fonctionnalité et le confort de l'environnement et des outils de travail pouvaient cohabiter. Pour satisfaire à cet objectif global d'un exercice professionnel de qualité alliant qualité des soins et confort d'exercice, les médecins de l'étude étaient prêts à mobiliser toutes les ressources nécessaires en ayant tout de même le souci de toujours payer le prix juste.

De manière générale dans l'échantillon, la recherche d'une qualité de vie globale s'envisageait en parallèle d'une efficacité et d'une qualité optimale de l'exercice médical. Cette conception du travail rejoint les nouvelles conceptions véhiculées par des modèles tels que les organisations Google ou Microsoft qui font la promotion d'une efficacité vue comme le fruit du travail d'acteurs épanouis dans leur vie.

Dans un second temps, l'étude a permis de comprendre les mécanismes mis en jeu par les médecins interrogés lors de leurs choix d'organisation. En dépit d'une formation initiale de plus en plus étoffées sur les problématiques d'installations et d'organisation de l'exercice libéral avec notamment la démocratisation du SASPAS et les interventions de plus en plus fréquentes dans les facultés des partenaires administratifs et ordinaux (CPAM, ARS, URSSAF, CDOM, associations de jeunes médecins remplaçant et installés…), j'ai constaté chez les médecins de l'étude un besoin d'acquérir plus de certitude avant de choisir leur organisation. Pour effectuer leurs choix, ceux-ci mobilisaient des combinaisons d'outils décisionnels complémentaires et spécifiques à chacun, dans le seul but d'aboutir à un faisceau d'arguments les aidant à choisir ce qui leur paraissait le plus en adéquation avec leurs objectifs personnels. Ainsi, leurs argumentaires s'étoffaient grâce à l'apport de leurs expériences, de celles de leurs pairs, mais également de la contribution de proche ou d'autres professionnels. C'est ainsi que les médecins de l'étude compensaient l'insuffisance ressentie dans les différents domaines mobilisés par la mise en place de leur organisation professionnelle.

Enfin, j'ai constaté que l'organisation était pour les praticiens de l'étude un phénomène qu'ils jugeaient continu et évolutif. De façon quasi-unanime, ils envisageaient l'organisation comme un processus continu qui évoluait en fonction de situations bien identifiées comme des situations de dysfonctionnement, de changement d'objectif personnel ou de changement de contexte. Dans l'étude, était évoqué un nécessaire apprentissage par l'expérience de la problématique organisationnelle. Les médecins de l'étude entendaient, via cet apprentissage, améliorer leur conception de leurs propres besoins et attentes vis-à-vis de l'organisation à mettre en place.

Ainsi, conscient de la grande diversité des compétences à mobiliser au moment de la définition d'une organisation professionnelle libérale, qui plus est dans un contexte où la charge de travail médical est déjà potentiellement envahissante, j'ai imaginé la possibilité d'étendre le concept de coordonnateur administratif à des populations libérales y compris en dehors

d’environnement tels que les MSP. Il s’agit d’un modèle observé dans l’organisation d’un des praticiens de l’étude exerçant en MSP et qui me paraissait intéressant d’explorer.

La suite possible de cette étude serait ainsi d’évaluer l’intérêt et la faisabilité de la présence de coordonnateur administratif public justifié par le rôle de santé publique des médecins libéraux et la nécessité de leurs efficiences. Ces coordonnateurs apporteraient un soutien actif aux praticiens libéraux au moment de l’installation mais les accompagneraient même au-delà dans un souci d’optimisation de leurs exercices et de leurs conforts de vie globale. Ce type d’organisation, de poste dédié à la qualité de vie globale des travailleurs dans un but secondaire d’efficience au travail s’impose progressivement dans les nouvelles dynamiques de management.

Par ailleurs une autre piste consisterait à étendre l’étude à des médecins libéraux d’autres spécialités afin de vérifier si les constats seraient équivalents, appelant ainsi une réponse commune à l’ensemble.

Enfin, au vu de l’apport déterminant des échanges entre confrères lors des processus de choix d’organisation, il me paraissait évident d’envisager des rencontres avec des pairs de façon plus précoce dans le cursus de l’internat, peut-être plus fréquentes et surtout les plus diversifiées possibles. Le but étant d’aider les futurs généralistes à rentrer dans une démarche précoce de construction de leurs objectifs d’organisations dans l’hypothèse que cela réduirait le délai entre fin d’internat et première installation (l’âge moyen d’installation en 2010 était de 38 ans (64)). La nouvelle réforme de l’enseignement du DES de médecine générale d’avril 2017 apporte déjà une évolution dans ce sens en systématisant la réalisation du stage de médecine générale de niveau 1 pendant la 1ere année d’internat ou phase socle(65).

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
2. Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France: Situation au 1er janvier 2016. 2016.
3. Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France: Situation au 1er janvier 2015. 2015.
4. Boniou C, Lacuve J-L. Bilan démographique 2015: en Normandie, toujours moins de naissance et plus de décès. INSEE; 2016 Août. Report No.: 15.
5. Arrêté du 21 Décembre 2015 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2015-2016.
6. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Les internes en médecine : effectifs et répartitions 2010-2014. 2011.
7. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
8. Arrêté du 14 août 2013 relatif au contrat type de praticien territorial de médecine générale pris en application de l'article R. 1435-9-6 du code de la santé publique.
9. Ambroise-Thomas P. La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Académie nationale de Médecine; 2009 p. 405-13. Report No.: 2.
10. Jakoubovitch S., Bournot M-C., Cercier E., Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES; 2012 mars. Report No.: 797.
11. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. 2005.
12. DREES. Les conditions de travail des médecins généralistes. 2016. (Portrait des professionnels de santé).
13. Observatoire Régionale de la Santé d'Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. 2011.
14. Nicolle J. Caractéristiques actuelles du remplacement en médecine générale et retard à l'installation. A propos d'une enquête. Université d'Amiens; 2005.
15. Coppolanni E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne. Université de Toulouse; 2014.
16. Pierre Bréchon. Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives. Presses universitaires de Grenoble; 2011. (Politique en +).
17. Lessard-Hébert M, Boutin G, Goyette G. La recherche qualitative : fondements et pratiques. De Boeck Supérieur. 1997.
18. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire, qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84).
19. Frappé P. Initiation à la recherche. Global Média Santé; 2011.

20. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. 2002;

21. Institut BVA. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. 2007 mars.

22. Observatoire national de la démographie des professions de santé. La médecine générale: Le rapport 2006-2007. 2007.

23. Observatoire régional de la santé de Franche-Comté. Les médecins généralistes diplomés en Franche-Comté. Description des situations professionnelles. Analyse des motivations et des freins à l'installation en libéral. 2007.

24. Boukhors G. Exercice libéral ou salarié: qu'est ce qui détermine le choix des médecins généralistes? Etude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde. Université de Bordeaux; 2014.

25. Hardy-Dubernet A.-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? 2005;(1).

26. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011.

27. Lamort-Bouche M. Criteres et determinants du choix de specialite en medecine: place de la medecine generale : etude qualitative des representations des etudiants en DCEM 4 de Lyon-Est en 2009-2010. Université de Lyon, Claude Bernard; 2010.

28. Bernard E. Etudes des freins à une installation libérale ou salariée de manière pérenne en soins primaires. Université de Paris Diderot; 2012.

29. Institut BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. 2008.

30. Descours C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. 2003 Juin.

31. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale. Université de Grenoble; 2011.

32. Dubruel M. L'installation des médecins généralistes libéraux en Gironde en 2003-2004- 2005. Université de Bordeaux 2; 2007.

33. Eyraud S. Le devenir professionnel des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à Nantes en 1999, 2000 et 2001. Université de Nantes; 2007.

34. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale: enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. Université de Nantes; 2010.

35. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône - Alpes: étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés. Université de Grenoble 1; 2013.

36. Poisson S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003. Université de Poitiers; 2006.

37. Achte I., Delaflore J-L., Fabre C., Magny F., Songeur C. Comment concilier la performance et le bien-être au travail ? [Mémoire Master of Business Administration Ressources Humaines]. Université de Paris Dauphine; 2010.

38. Decombas J. Quels sont les facteurs positifs qui déterminent l'attractivité de la médecine générale Et le maintien dans la profession ? Université de Bretagne occidentale; 2013.

39. Lyubomirsky S., King L., Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? American Psychological Association; 2005. (Psychological Bulletin; vol. 131).

40. INSEE. Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV), partie variable : travail et modes de vie. 1997 janv.

41. Texier H. Etude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluri - professionnelles auprès des internes et jeune diplômés de médecine générale d'Aquitaine. Université de Bordeaux; 2013.

42. Hugé S. Les jeunes généralistes installés dans le Morbihan: trajectoire et opinions sur la profession. Université d'Angers; 2005.

43. Braun Neves C. Etre ou ne pas être médecin généraliste : enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes. Université de Paris Descartes; 2005.

44. Observatoire régional de la santé des Pays de La Loire, Union régional des médecins libéraux des Pays de la Loire. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire. 2010 Juin.

45. Dory V., Pouchain D., Beaulieu M-D., Pestiaux D., Gay B., Rocher G, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer. 2009;

46. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale: Situation au 1er janvier 2011. 2011.

47. Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. 2010. (Solidarité et santé).

48. Union régionale des caisses d'assurances maladie. Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux: 1ere exploitation. 2002 mars.

49. Lapeyre G., Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. 2005. (Revue française des affaires sociales).

50. DREES, URPS, ORS. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville (janvier-mars 2011). 2012.

51. Lugo S. Le bureau: élément de la personnalité du médecin et outil de communication avec ses patients. Université de Paris Diderot; 2014.

52. Fezard P. L'image du médecin généraliste et du cabinet médical dans la population d'Indre-et-Loire. Université de Tours; 1991.

53. Lavergne-Trichard A. Agencement du cabinet médical : enquête qualitative réalisée auprès de patients dans trois cabinets de médecine générale. Université de Toulouse; 2011.

54. Ventelou B, équipe Inserm CRISSPOP. La durée de consultation comme une variable charnière entre « l'économie du cabinet médical » et la qualité des soins. 2013.

55. Gabellec A. Facteurs d'attraction vers la médecine générale des étudiants de sixième année de médecine de France. Université de Bretagne occidentale; 2014.

56. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, Union Régional des Professionnels de Santé Pays de la Loire. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. 2013.

57. Eurostaf, Kaliope. Enquête auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale, les déterminants du lieu d'installation et la perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées. 2006.

58. Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007. DREES; 2007 décembre. (Etudes et résultats). Report No.: 571.

59. Toussaint E. Principales contraintes administratives identifiees comme des freins a l'installation des jeunes medecins generalistes. Université de Reims; 2013.

60. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. 2008.

61. Pressman J., Wildavsky A. Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland: or, why it's amazing that federal programs work at all, this being the saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes. University of California Press; 1973.

62. Bardach E. The Implementation Game: What Happens after a Bill becomes a Law. MIT Press;

63. Martineau Stéphane. Triangulation en recherche qualitative. [Internet]. Propos sur le monde. Disponible sur: http://propossurlemonde.blogspot.fr/2012/02/triangulation-en-recherche-qualitative.html

64. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. 2010.

65. Journal officiel de la république française. Réforme du Diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Texte 29 sur 193 avril, 2017.

A.ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN

L'entretien sera enregistré afin de permettre une analyse approfondie du contenu du discours et d'éviter au maximum la perte des données.

Le contenu de chaque entretien sera anonyme.

Entretien MG n° :

Date : *Lieu :*

Horaire début : *Horaire de fin :*

Sexe : *Âge :* *Situation familiale :* *Enfants :*

Mode d'exercice : *Zone d'exercice :*

Informatisation : *Consultation (libre ? rdv ? mixte ?) :* *Visite (oui/non) :*

Secrétariat (sur place ?) : *Comptable/Expert-comptable :*

Avocat/Juriste/Notaire : *Femme de ménage :*

Autres (précisez) : *Etat de forme (fatigué ? énergique ? fluctuant ? …) :*

Questions + *thèmes attendus*

1- **Vous exercez…, comment en êtes-vous arrivé là ?**
   - Attiré/séduit par… ?
   - Contraint par… ?
   - Autre … ?
   - Le bon moment… ?
   - Hasard… ?

2- **Au moment de définir votre organisation de travail, quels objectifs personnels et professionnels vous étiez-vous fixé ? Pourquoi ?**
   - Besoins ?
   - Contrainte ?
   - Motivation ?

3- **Comment avez-vous décidé de la répartition de votre temps professionnel ? Quelles idées ont guidé vos choix ?**
   - Répondre à la demande des patients ?
   - Rationaliser l'exercice ?
   - Harmonie avec la vie privée ?
   - Productivité ?
   - Répartition selon besoin/envie/contrainte ?
   - Autre… ?
   - Disponibilité ?
   - Choix seul/avec… ?

4- **Comment avez-vous choisi votre local d'exercice ainsi que son équipement et son agencement ? Comment imaginiez-vous l'impact de ces décisions sur votre exercice, et éventuellement sur votre vie privée ?**
   - En fonction des compétences ?
   - En fonction des modes/tendances ?
   - Répondre à des contraintes/besoins ?
   - Améliorer l'efficience ?
   - Economique ? Confortable ? Sécurité ?
   - Gain de temps ? Accessibilité ? Disponibilité ?

5- **Quels équipements dont vous n'auriez pas parlé précédemment s'intègrent aussi dans votre organisation de travail ? Et pourquoi les y avoir inclus ?**
   - Voiture ? Téléphone ? Tablette ? Brochure ? Calepin ? Autres…

6- **Vous (ne) déléguez (pas) certaines tâches à d'autres professionnels, pourquoi ? Et, comment avez-vous défini votre stratégie de recours aux ressources humaines ?**
   - Sécurité

- Libérer du temps médical/perso ?
- Besoins ? Envies ? Contraintes ?

7- Vous avez déterminé votre organisation de travail en tenant compte d'un certain nombre de facteur ; existe-t-il une hiérarchie entre ces facteurs décisionnels ? Si oui, comment l'avez-vous établi ? Si non, pourquoi ?

- Décision seul/en famille/ami/conseil/formation
- Contrainte
- Objectif
- Besoin (pyramide des besoins)

8- Comment décririez-vous votre organisation ? Pourquoi ?

- Stabilité
- Flexibilité
- Critique (+/-) : creuser +++
- Autre…

9- Comment voyez-vous le rôle de l'organisation dans votre exercice ?

- Moyen de répondre à……des besoins/contraintes/envies ?
- Impact sur les conditions d'exercice ?
- Impact sur les résultats de l'exercice ?
- Important ? Indispensable ? Secondaire ? Accessoire ? Superflu ?

10- L'élaboration de votre organisation de travail semble avoir été une étape - (importante/secondaire/accessoire/inexistante…) -, quels sentiments vous évoque cette étape ? Pourquoi ?

- Difficulté ? Facilité ?
- Limites (connaissance, moyen, disponibilité, temps…) ?
- Plaisir ? Dégout ? Indifférence ? Amusement ? …

FIN DE L'ENTRETIEN :

Que pensez-vous de cet entretien ?

Pouvez-vous me dire ce qui a motivé votre participation à cette étude ?

REMERCIEMENTS :

Je vous remercie du temps accordé et de votre participation.

Votre aide a été précieuse et encore merci de votre sincérité.

B.ANNEXE N°2 : PRESENTATION DE L'ENTRETIEN

Docteur,

Je suis Jean-Victor Munyejabo, interne en DES de médecine générale à la faculté de médecine de Rouen.
Je vous sollicite pour participer à un entretien individuel dans le cadre de ma thèse de médecine générale, dont le sujet est :

« **En 2016, comment les médecins généralistes libéraux hauts normands décident de l'organisation du temps, des outils et des ressources humaines associés à leur exercice professionnel ?** »

L'entretien se déroulera dans un lieu conjointement convenu.
La durée sera libre et fonction de votre participation.
Je vous poserai une dizaine de questions afin de comprendre au mieux les raisons de vos choix.

Avec votre autorisation, l'entretien sera enregistré pour en permettre une analyse approfondie.
Les données recueillies seront rendues anonymes.

L'objectif est d'obtenir de votre part des réponses libres et authentiques.
C'est grâce à la variété de vos réponses, que ce travail sera riche en terme de résultats.

Avec mes sincères remerciements,

Pour toute information supplémentaire :
jv-88@hotmail.fr
06 24 36 16 35

C. ANNEXE N°3 : FICHE DE CONSENTEMENT

Je soussigné (e), (Nom, Prénom en majuscules),
déclare avoir pris connaissance de la fiche de présentation de l'étude concernant le travail de recherche de Monsieur MUNYEJABO Jean-Victor dont le sujet est :

« **En 2016, comment les médecins généralistes libéraux hauts normands décident de l'organisation du temps, des outils et des ressources humaines associés à leur exercice professionnel ?**»

J'accepte librement de participer à cette étude de recueil d'expérience de médecins généralistes.
J'accepte que les informations issues de cet entretien soient utilisées, de façon anonyme pour rendre compte des résultats à la communauté scientifique.

Fait à

Le

Signature

Pour toute information supplémentaire :
jv-88@hotmail.fr
06 24 36 16 35

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESUME

Introduction : Confronté à une baisse régulière de leurs effectifs et à une augmentation prévisible de la demande de soin, les médecins généralistes aspirent à exercer selon un modèle professionnel différent de celui de leurs ainés. L'objectif de l'étude est de comprendre les raisons des choix d'organisations des médecins généralistes libéraux.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes libéraux installés en Haute-Normandie.

Résultats : Onze entretiens ont été réalisés de juin 2016 à mars 2017, pour une durée moyenne de 70 minutes. Concilier un épanouissement dans la vie privée et dans la vie professionnelle est considéré comme primordial. L'optimisation des moyens matériels, financiers et temporels a vocation à permettre le partage de moment en famille, l'éducation des enfants, et des loisirs en même temps que la réalisation de soins de qualité pour le bien-être des patients. Choisir librement une organisation en accord avec ses goûts et attentes apparait fondamentale. Néanmoins, concédant des lacunes en connaissances organisationnelles, les médecins de l'étude, pour faire leurs choix, intègrent aussi des arguments transmis par leurs pairs, leurs proches et d'autres professionnels. Des changements de contexte, des dysfonctions ou la volonté d'améliorer continuellement l'exercice déterminent des changements organisationnels.

Conclusion : Considérant l'organisation comme un processus continu et évolutif, les médecins de l'étude ont témoigné de la diversité des domaines concernés par la définition de leur organisation libérale. De nouveaux aménagements en termes d'accompagnement à l'exercice libéral et à la définition d'objectif d'installation précoce sont à envisager. J'ai émis l'éventualité d'établir des postes de coordonnateurs administratifs publics chargés d'accompagner les médecins généralistes libéraux dans l'organisation de leur exercice.

MOTS CLES

Comportement de choix, étude qualitative, médecine générale, organisation et administration, sociologie médicale