

Vécu du métier de médecin généraliste en 2017 : enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes

Alexandra Kempa

► **To cite this version:**

Alexandra Kempa. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017 : enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01633791>

HAL Id: dumas-01633791

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01633791>

Submitted on 13 Nov 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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

**Vécu du métier de Médecin Généraliste en 2017 :
Enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-
Maritimes**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la faculté de médecine de Nice
Le 5 septembre 2017

Par

Mademoiselle Alexandra Kempa
Née le 25 septembre 1988 à Nice (Alpes-Maritimes)
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER
Monsieur le Professeur Michel BENOIT
Monsieur le Professeur Olivier GUERIN
Monsieur le Docteur Jean-Éric RASTELLO
Monsieur le Docteur Johann TETART

Président du Jury
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent

M. CARLES Michel

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Mme DE LEMOS Anne Lyse

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DARCOURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel

M. INGLESAKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

Mme DONZEAU Michèle

M. EMILIOZZI Roméo

M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel

M. GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. PHILIP Patrick

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

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

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
 M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
 M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
 Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
 M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
 M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
 M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
 M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
 Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
 Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
 M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
 Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
 Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
 Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
 Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
 Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
 Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
 M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
 M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
 M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
 M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
 M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
 Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
 Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
 M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
 M. CHEVALLIER Daniel Urologie
 Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
 M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
 M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
 M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
 M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
 M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

Remerciements

Je remercie Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER qui me fait l'honneur de présider ce jury. Je vous suis très reconnaissante de m'avoir épaulée durant ces trois années d'internat à travers votre rôle de tuteur mais également pour votre investissement global auprès des étudiants, afin de nous apporter une formation de qualité et de nous transmettre votre amour pour cette magnifique discipline qu'est la médecine générale.

Je remercie Monsieur le Professeur Michel BENOIT d'avoir bien voulu être membre du jury, pour l'intérêt porté à ce projet, sa gentillesse et ses encouragements.

Je remercie Monsieur le Professeur Olivier GUERIN d'avoir accepté d'apporter son expérience à la critique de ce travail en siégeant à mon jury de thèse, mais également pour son enthousiasme et sa disponibilité.

Je remercie Monsieur le Docteur Jean-Éric RASTELLO du plaisir qu'il me fait en expérimentant pour la première fois le rôle de jury de Thèse. Merci de m'avoir enseigné sur le terrain ce qu'est la véritable médecine générale, tu es un bel exemple à suivre pour moi.

Et pour terminer, je remercie Monsieur le Docteur Johann TETART qui m'a fait le grand honneur de diriger ma Thèse. Merci pour ton enthousiasme, ta patience et tes conseils toujours pertinents. Ce fut une rencontre vraiment enrichissante, j'ai beaucoup de chance d'avoir pu élaborer ce travail avec toi.

Remerciements personnels :

A mes parents, Patricia et Jean-Marc pour avoir toujours cru en moi.
 Merci pour vos sacrifices et votre soutien inconditionnel tout au long du chemin parcouru.
 C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui.
 Mon amour pour vous est sans faille.

A Mathieu, pour tout ton amour, ta présence, ton écoute et bien sur ta patience ! Grâce à toi je vis ma vie en couleurs (et ça c'est le secret du bonheur...). Je t'aime fort.

A mon frère Jimmy et ma belle-sœur Delphine, pour votre présence et votre soutien dans ma vie, ainsi que votre humour qui m'a bien souvent aidé à retrouver le moral dans les moments difficiles. Je vous aime, ne changez pas !

A ma nièce Cassandra et mon neveu Ethan mes deux petits anges, qui ont toujours su m'apporter de la douceur dans ce monde de brutes. Je vous aime mes bébés !

A ma cousine Cassandre et mes cousins Robin et Mathias qui ont traversé une terrible épreuve cette année mais qui, j'en suis sûre, sauront s'en relever encore plus forts !

A tout le reste de ma famille, en particulier, Mamie Josiane, Mamie Lucette, Michel, Tonton Robert, Nicole, mon oncle Didier et mon cousin Dylan.

A tous mes anges gardiens, mes grands-pères François, Roger et Michel, ma mémé Emilienne, et ma tata Patricia, qui ne sont malheureusement plus sur cette Terre mais qui demeurent dans mon cœur et veillent sur moi de là où ils sont, j'en suis sûre. Vous me manquez ...

A ma belle-famille, qui m'a tout de suite accueillie à bras ouverts et soutenue. Vous avez une grande place dans mon cœur.

A Angela, pour ton incroyable joie de vivre et ton soutien inébranlable depuis toutes ces années, tu es une amie en or !

A Jessica, qui a toujours été là pour moi depuis ma tendre enfance ... Malgré les années qui passent notre merveilleuse amitié est intacte, tu es une amie très précieuse à mes yeux.

A Lauriane, ma première rencontre en médecine et bien sûr l'une des plus belles ! Nous avons fait un bon bout de chemin ensemble avec beaucoup de moments de joie, quelques moments de peine aussi, je suis chanceuse de t'avoir pour amie.

A Déborah, pour tous ces moments partagés depuis le début de nos études, et en particulier nos virées magiques à Disneyland Paris afin de nous échapper le temps de quelques jours de cette dure réalité ! Je suis très heureuse de te compter parmi mes amies.

A Marie Catherine, qui a été une rencontre incroyable durant mes études, m'apportant la touche de folie qu'il me manquait dans mon quotidien. La vie nous a parfois séparées mais on n'a pas pu faire autrement que de se retrouver, cela prouve la force de notre amitié !

A ma team « Les têtes de la MG » avec qui l'on partage nos doutes et nos anecdotes de médecins au quotidien !

A tous les médecins que j'ai rencontrés durant mon cursus, qui m'ont appris énormément sur le plan médical mais également humain et devenus pour certains de véritables amis, en particulier Christelle, Jeanne, Yannick, Margot, Marc, Laurette, Alexandra, Dorothee, et bien sûr Claire. Sans oublier les super secrétaires, je pense particulièrement à Patricia et Stéphanie !

Je remercie également tous les médecins qui ont accepté si gentiment de participer à cette étude, car sans eux bien évidemment rien n'aurait été possible.

Introduction

Dans l'opinion générale, le métier de médecin apparaît comme prestigieux, incarnant la réussite sociale. Les praticiens en Médecine Générale, en particulier, sembleraient conscients de cette bonne image ^[22].

Cependant cette discipline, élevée au rang des spécialités médicales depuis 2002 ^[30], paraît de moins en moins attrayante pour les jeunes générations.

En effet, depuis plusieurs années, la médecine générale peine à pourvoir tous ses postes d'internat, ayant ainsi obligé la mise en place de nouvelles dispositions en 2011 afin de remédier à ce déséquilibre ^{[1] [5]}.

Des travaux de thèse, des articles et des ouvrages sociologiques récents ^{[38] [37] [21]} nous ont orientés vers la constatation d'un véritable sentiment de dégradation du statut de médecin généraliste au fil des années.

De plus, selon un rapport de la DREES publié en 2012 ^[28], les contraintes édictées aux étudiants et aux jeunes médecins n'ont jamais été aussi fortes ^[36].

Nous assistons à une véritable désertification médicale concernant les soins primaires du fait de départs en retraite massifs des généralistes d'une part et d'une crise des vocations chez les étudiants, avec un exercice libéral délaissé au profit d'autres formes de pratiques d'autre part ^[7]. En effet, parmi les nouveaux inscrits au tableau de l'ordre des médecins au cours de l'année 2015 dans cette discipline, 23% d'entre eux ont privilégié une activité libérale, 35% ont fait le choix d'exercer en tant que médecin salarié et 40% en tant que remplaçants ^[14].

De fortes disparités territoriales sont mises en évidence, mais la désertification amorcée dans les zones rurales ou dans les banlieues concerne aussi les autres territoires. Ainsi, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur occupe la troisième place des régions en forte diminution du nombre de médecins généralistes inscrits à l'Ordre en activité régulière ^[14].

Les projections à court terme, en ce qui concerne la démographie médicale sont donc alarmistes pour les soins primaires, d'autant plus que la population française ne cesse de croître et de vieillir ^[24].

Or, il est reconnu qu'un système de santé basé sur des soins de santé primaires bien organisés, avec un bon maillage du territoire est bien plus efficace, plus efficient et de meilleure qualité ^[23]. L'attractivité de la Médecine Générale aujourd'hui et dans les années à venir représente donc un enjeu majeur pour la société Française.

Face à ces constats pouvant paraître décourageants pour les jeunes générations de praticiens, nous avons eu l'idée de réaliser ce travail afin de comprendre comment les médecins généralistes installés vivent réellement leur métier au quotidien.

Notre objectif a donc été de laisser s'exprimer librement sans contrainte ni jugement des généralistes des Alpes Maritimes de tout âge, afin de recueillir leur véritable ressenti sur leur profession à l'heure actuelle et son évolution.

Pour recueillir les points de vue de ces médecins, nous nous sommes fait recevoir dans leur cabinet ou à leur domicile, pour un entretien individuel, en essayant de créer au mieux un climat propice à la confiance.

Des extraits de ces entretiens associés à une analyse personnelle permettront de mettre en évidence les difficultés réelles mais aussi les satisfactions au cœur du métier de médecin généraliste de nos jours.

Méthode

I) Type d'étude

Cette étude correspond à une recherche qualitative ^[2] dont l'objectif est de produire et analyser des données descriptives, telles que les paroles et le comportement observatoire des personnes interrogées.

Au vu de notre sujet, l'entretien individuel, plus propice aux confidences personnelles, aux révélations et permettant une plus grande adaptabilité à l'emploi du temps des médecins, a été retenu.

II) Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Ont été admis dans l'étude les médecins généralistes actuellement installés (que ce soit seul, en association ou en collaboration) et en cours d'exercice dans les Alpes Maritimes.

2. Recrutement

Les médecins ont été joints par téléphone, par courriers électroniques ou par SMS lorsque nos relations le permettaient.

En premier lieu, nous avons utilisé notre réseau de connaissances, en particulier les médecins rencontrés lors de remplacements ou de stages, puis élargi ce réseau par la méthode dite « de proche en proche ».

3. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques suivantes : Sexe, âge, année d'installation, type d'activité (citadine, rurale, semi rurale), secteur, maître de stage ou non, seul ou en cabinet de groupe, réalisation de gardes ou non, ont été cependant systématiquement relevées avant entretien et seront présentées dans la partie Résultats et discutés.

III) Guide, grille et techniques d'entretien

1. Le guide d'entretien

Nous avons choisi de mener des entretiens semi-structurés qui se sont déroulés sous forme de conversations libres et ouvertes, partiellement structurées par un guide d'entretien, tout en nous laissant une grande liberté d'improvisation.

La grille d'entretien que nous avons élaborée est fournie en annexe 1. Elle n'a pas évolué entre le premier et le dernier entretien.

Lors de son élaboration, nous avons veillé à ce que les connotations positives ou négatives soient évitées afin de préserver le plus possible la richesse et la neutralité des entretiens.

2. Les techniques d'entretien pour l'investigateur

Nous nous sommes formés aux techniques d'entretien par la lecture d'un ouvrage en particulier^[6]. Selon Blanchet, « L'interviewer poursuit son objectif qui est de favoriser la production d'un discours sur un thème donné au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention ».

Les relances le plus souvent utilisées ont été les réitérations qui peuvent prendre la forme d'écho, lorsque l'intervention répète strictement un énoncé du discours de l'interviewé, ou de reflet, c'est-à-dire que la répétition est précédée par une formule du type : « vous avez parlé de... ». Nous avons également beaucoup utilisé les déclarations à type d'interprétation consistant en une sorte de reformulation des propos de l'interviewé afin de le pousser à expliciter clairement son point de vue.

3. La grille d'écoute

Avant de démarrer les entretiens, nous avons compilé l'ensemble des données que nous avons trouvées sur le sujet en une grille d'écoute.

L'avoir mémorisée a permis de relancer les médecins lorsque des thèmes identifiés étaient abordés, mais aussi lorsque les médecins interrogés énonçaient des points de vue qui semblaient originaux par rapport aux concepts classiquement recensés dans la littérature.

La grille d'écoute figure en annexe 2, dans sa version de la veille du premier entretien.

IV) Déroulement des entretiens

1. Lieu

Tous les entretiens se sont déroulés aux cabinets respectifs des médecins, lieu que nous avons jugé le plus approprié d'un point de vue pratique mais également plus propice à la confiance sauf un seul s'étant passé au domicile de celui-ci à sa demande.

2. Durée

Nous avons annoncé une durée prévue d'entretien d'environ 30 minutes.

Nous avons consigné pour chaque entretien sa durée d'enregistrement. Elle comprend certaines interruptions courtes pour certains.

3. Calendrier et validations intermédiaires

Un entretien test a été réalisé en novembre 2016.

Il a été réalisé auprès d'un médecin généraliste de notre entourage, ayant exercé un an en activité libérale en tant que remplaçant fixe puis ayant opté pour l'activité salariée.

Ne répondant pas aux critères d'inclusion de l'étude, il a bien sûr été écarté de l'analyse. Il a permis d'améliorer la maîtrise du guide d'entretien et les techniques de relance.

Les réels entretiens se sont déroulés au mois de **mars 2017 sur 4 semaines dédiées**.

Dès le premier entretien, nous avons commencé la retranscription.

4. Recueil de données et consentement

Le but de l'étude et la notion d'anonymat ont été rappelés oralement à chaque début d'enregistrement et la confirmation de l'accord de chaque participant a alors été obtenue. Le recueil des données épidémiologiques a été fait systématiquement en début de rencontre sous la forme de questions-réponses rapides à l'oral.

V) Traitement des données

1. Etapas et matériel

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un microphone enregistreur numérique PHILIPS DVT1200. Les fichiers audio ont été transférés sur PC puis retranscrits sous Word 2010. Une fois les fichiers texte obtenus, nous les avons analysés dans nVivo version 11. Ce logiciel, dédié à la recherche qualitative à but commercial ou universitaire, permet à l'utilisateur de regrouper les citations pertinentes par thèmes et sous thèmes, appelés nœuds, qu'il crée lui-même au cours de l'analyse.

2. Détails concernant les retranscriptions

Les retranscriptions ont été effectuées mot à mot, constituant un corpus de verbatim. Les interruptions téléphoniques n'ont pas été retranscrites pour des raisons évidentes de confidentialité. La retranscription reprend lorsque le praticien raccroche. Entre parenthèses nous avons signalé les attitudes, les tons de voix particuliers ou les rires du médecin interrogé. Afin de conserver le caractère oral des entretiens nous n'avons pas corrigé systématiquement les erreurs de syntaxe. La ponctuation a été décidée en fonction du sens. Chaque entretien rendu anonyme est identifié par l'abréviation E1 à E17.

3. La saturation théorique

Pour notre étude et afin de respecter des critères de faisabilité, nous avons fixé préalablement le nombre d'entretiens finaux entre 15 et 20, estimant a priori que la saturation pourrait être obtenue. Le nombre final d'entretien est de 17.

4. L'analyse finale

Nous n'avons pas cherché à mettre en correspondance les propos des médecins interrogés avec les notions que nous avons pré-identifiées, privilégiant l'ouverture aux thèmes tels qu'ils se dégagent des entretiens eux-mêmes. Ainsi la présentation des résultats qualitatifs que nous avons retenue est basée sur le travail final de l'analyse effectuée à l'aide du logiciel nVivo pour chaque entretien successif, et n'a pas vocation à être calquée sur notre grille d'écoute. Le travail d'analyse a été démarré dès la fin du recueil et de la retranscription complète des entretiens et s'est inspiré de la méthode d'analyse en théorisation ancrée.

5. Triangulation de l'analyse

Nous avons appliqué la méthode de la triangulation de l'analyse, en introduisant un deuxième chercheur pour l'analyse de l'un des entretiens afin d'augmenter la qualité et la fiabilité des résultats.

Le directeur de thèse s'est placé en deuxième chercheur en codant et en commentant l'un des entretiens que j'avais jugé riche en interprétation, au cours de l'étude.

Résultats

D) Caractéristiques descriptives et résultats intermédiaires

1. Recrutement et déroulement des entretiens

1.1 Résultats du recrutement

L'étude s'est faite à partir de 17 entretiens retranscrits intégralement, mot à mot.

Sur les 18 médecins contactés, un seul n'a jamais répondu à nos sollicitations, les autres ayant immédiatement accepté de participer.

Tous les enregistrements étaient exploitables pour l'étude.

1.2 Lieu des entretiens

Sur les 17 entretiens réalisés, 16 se sont déroulés aux cabinets respectifs des médecins.

L'interviewé restant, exerçant en milieu rural a proposé que l'entretien s'effectue à son domicile à Nice, sur l'un de ses jours de repos.

1.3 Date et durée des entretiens

Les entretiens se sont déroulés en une seule phase, du 02 au 30 mars 2017.

Dès le premier entretien, nous avons commencé la retranscription.

Notons que l'entretien le plus court a duré 15.08 minutes et le plus long 56.25 minutes avec une moyenne de 30.8 minutes.

Les dates et durées des entretiens réalisés ont été détaillées dans le tableau suivant :

Numéro de l'entretien	Date	Durée (min)
E1	02/03/17	19.13
E2	07/03/17	15.08
E3	08/03/17	35.30
E4	08/03/17	16.19
E5	08/03/17	42.28
E6	10/03/17	16.38
E7	14/03/17	41.05
E8	14/03/17	55.55
E9	14/03/17	29.10
E10	14/03/17	38.35
E11	16/03/17	28.43
E12	20/03/17	29.31
E13	20/03/17	36.05
E14	21/03/17	56.25
E15	24/03/17	23.45
E16	30/03/17	20.02
E17	30/03/17	22.08

2. Démographie de la population interrogée

Toutes les caractéristiques relevées sont présentées en annexe 3 sous forme de tableau.

2.1 Age et sexe

Nous avons interrogé 6 hommes et 11 femmes.

La proportion homme/femme représente donc environ 35-65 % comme présenté sur la figure 1.

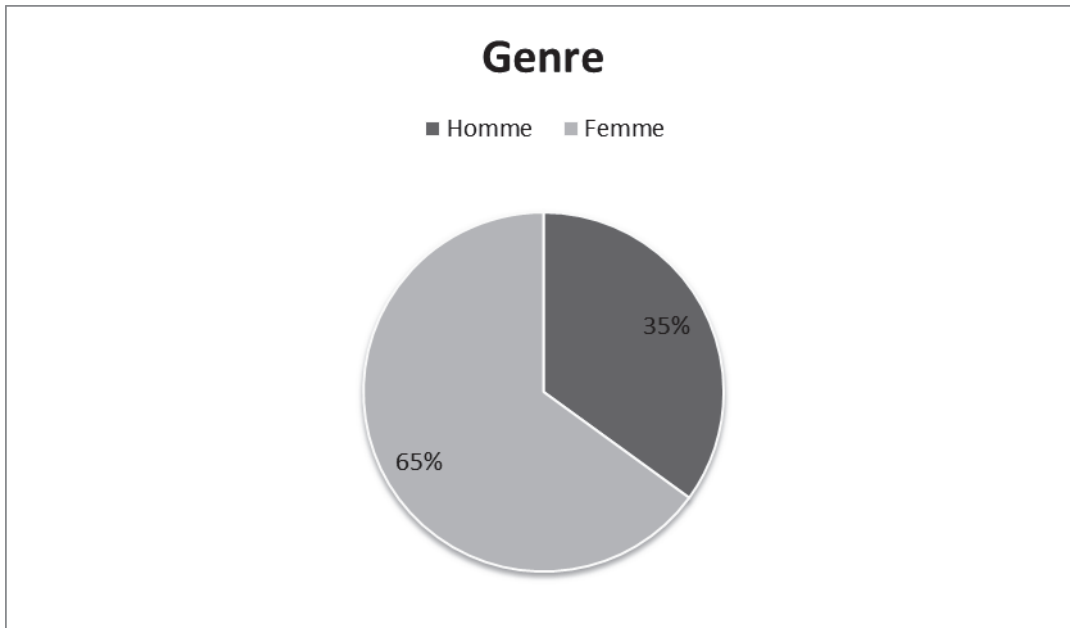


Figure 1 : Répartition des médecins par sexe.

Concernant l'âge, les plus jeunes des interviewés ont 28 ans et le plus vieux a 64 ans.

La moyenne d'âge est de 45 ans.

Cette répartition hétérogène, comme prouvée sur la figure 2, répond totalement aux objectifs de notre étude, qui a pour but de recueillir le point de vue de médecins de tout âge.

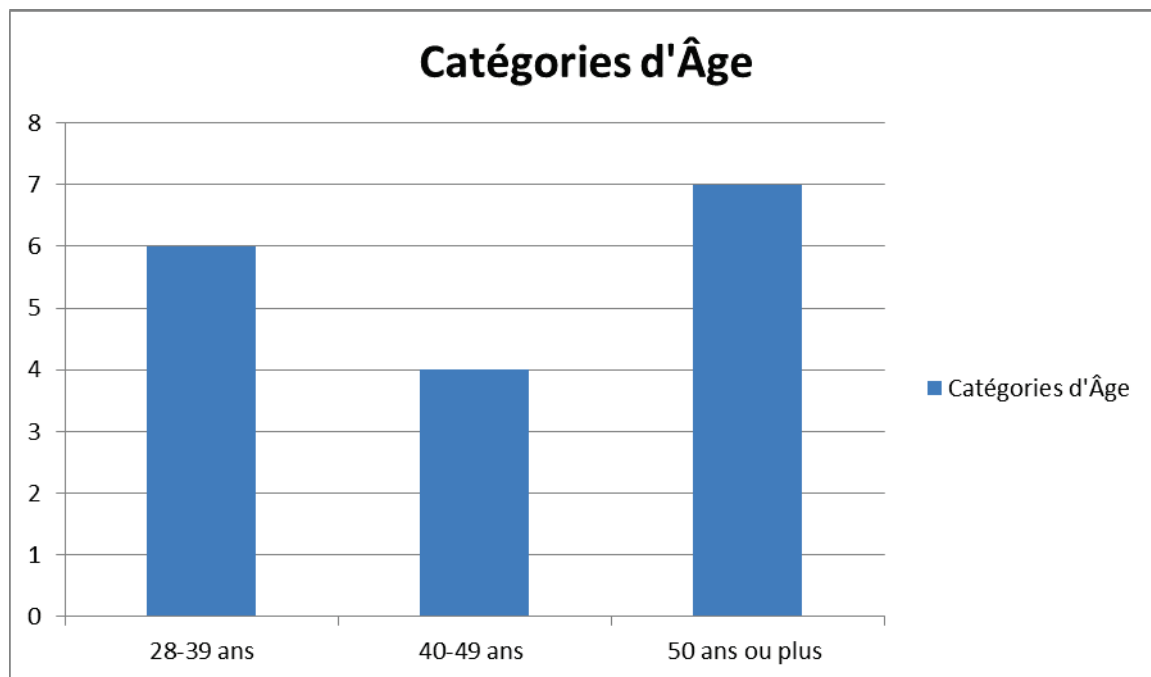


Figure 2 : Effectifs des médecins participants à l'étude par catégories d'âge.

2.2 Types d'exercice

Comme résumé sur la figure 3, nous avons interrogé 9 médecins exerçant en milieu urbain soit 53% de l'échantillon, 7 en milieu semi rural soit 41% et 1 seul en milieu rural soit 6%.

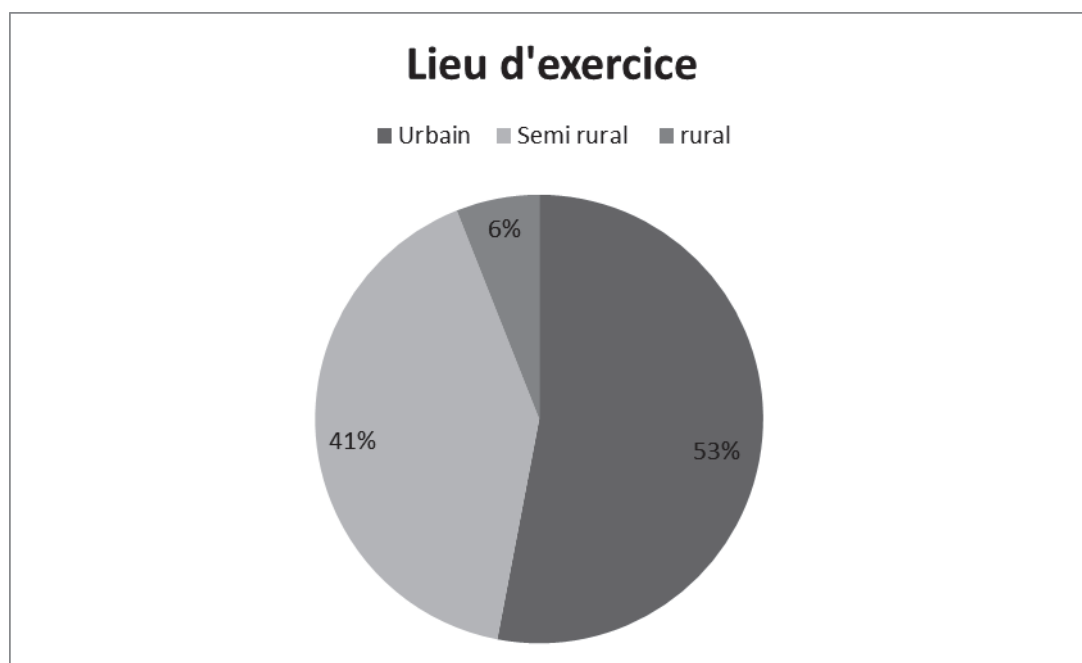


Figure 3 : Répartition des médecins par lieu d'exercice

Les médecins interrogés exercent en groupe à 70% (12 médecins) et seuls à 30% (5 médecins) comme détaillé dans la figure 4.

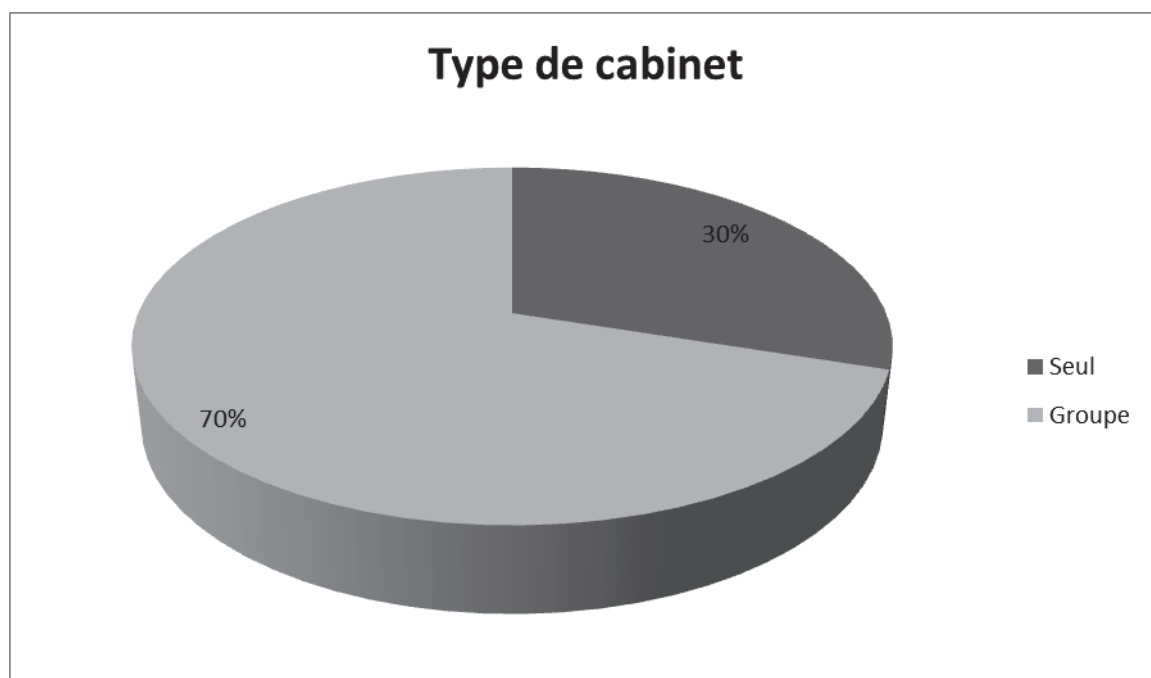


Figure 4 : Répartition des médecins selon le type de cabinet

Dans notre étude, un seul médecin secteur deux a été interviewé, tous les autres étant conventionnés secteur un.

Nous nous sommes également intéressés aux médecins effectuant des gardes : seuls deux ont répondu positivement sur les 17 interrogés, représentant une proportion de 12%.

Pour terminer, nous avons relevé la répartition de médecins étant maitres de stage : 4 d'entre eux soit 24% le sont, et 13 soit 76% ne le sont pas.

II) Résultats qualitatifs :

A) **Evolution générale du métier et difficultés ressenties au quotidien par les généralistes**

Le discours des praticiens interrogés décrit une évolution marquée du métier de médecin généraliste depuis ces dernières décennies.

Ce changement survient tant au niveau de leur pratique quotidienne, que dans le rôle qu'ils incarnent.

1. La charge administrative

En premier lieu, nous remarquons que le côté administratif est extrêmement redondant au cours des entretiens menés. C'est un thème central, abordé quasiment systématiquement.

Les médecins généralistes semblent se sentir véritablement débordés par la charge de papiers à gérer qui s'intensifie au fil des années.

« Résultat des courses, bah j'ai le double de papiers par rapport à il y a 20 ans en arrière. Je fais deux fois plus de paperasserie. » E7

Certains l'expliquent en particulier par un accroissement de l'exigence concernant la **traçabilité**, vécue comme de plus en plus abusive.

La nécessité de se justifier, de tracer toujours plus, est ressentie comme lourde, chronophage et inutile.

« Donc c'est, je crois que c'est la traçabilité, la saisie qui est la plus contraignante. » E10

Cet envahissement de démarches administratives est également accentué ces derniers temps par le fait que le généraliste a hérité à travers son rôle de pivot central du système de santé, du **rôle de pivot administratif**, plutôt **mal perçu**.

Un grand sentiment d'injustice, d'agacement et d'impuissance semble se dégager de cette situation.

En effet, les généralistes ont l'impression que c'est un poids qui leur incombe à eux seuls, qu'on leur impose sans qu'ils ne puissent rien y faire.

L'emploi répété de phrases exclamatives à ce sujet met en avant ce sentiment de révolte.

« C'est récurrent, ça ... on a une charge de travail, j'ai l'impression qu'on est un peu les poubelles du système médical, c'est-à-dire que tout passe par nous, et de ce fait, dès qu'il y a une erreur faite ou quelque chose qui n'est pas fait : Bah demandez à votre médecin traitant, il le fera ! » E5

On observe clairement un manque d'intérêt, parfois même un dégoût pour cette tâche jugée inutile, inintéressante et même ingrate.

Un **manque de formation** est également déploré, les obligeant à apprendre sur le tas, ou pour les plus chanceux de leurs pairs plus anciens.

« *Oui, ce qui est difficile, c'est tout ce qui est administratif, parce que je suis pas du tout, j'ai pas été formée, enfin, je pense que personne n'a été formé et en plus j'ai une espèce de rejet de tout ça (Rires).* » E3

Les praticiens estiment que cela ronge le temps médical et la relation avec le patient, allant ainsi à **l'encontre du rapport humain** et de l'essence même de leur métier.

« *On a une charge administrative, qui encore une fois est à l'encontre du rapport humain* » E5

Les médecins veulent faire ce qu'ils ont appris, c'est-à-dire de la médecine et ne pas avoir à gérer autant de travail de secrétariat.

Leur rôle s'est modifié à cause de ces formalités, ils ont l'impression de **perdre l'intérêt de leur métier** et d'être **déconsidérés** par la même occasion. De plus, ils déplorent que ce soit une tâche non rémunérée, bien qu'elle prenne beaucoup de leur temps.

C'est donc une situation difficile à accepter, frustrante et dévalorisante.

Par ailleurs, cette lourdeur administrative n'est pas ressentie comme propre à la médecine, mais comme présente dans beaucoup de professions indépendantes également.

« *C'est juste on fait un peu plus d'administratif et un peu moins de médical. On est des médecins, on a un savoir, on a des connaissances, on nous oblige à faire autre chose. Et je pense que c'est pas propre à la médecine en plus.* » E7

2. L'exigence des patients

L'augmentation de l'exigence des patients est également une évolution flagrante pour les généralistes, c'est un thème énormément abordé.

Beaucoup l'expliquent par une évolution de la société en général : la génération du « **tout, tout de suite** », expression revenant à plusieurs reprises dans les différents entretiens.

« *Je pense que l'exigence peut-être elle augmente, oui parce qu'on a beaucoup de gens qui sont dans la génération il faut tout, tout de suite quoi. Ca mais ça je ne sais pas si c'est propre au rôle du généraliste, ou plus aux exigences des gens dans la société.* » E15

Selon les médecins interrogés, l'exigence pourrait découler aussi de l'organisation du système de santé, par le biais d'un **assistanat** vécu comme parfois abusif : la santé est un droit, le patient exige son droit.

« *Je cotise à la sécu, donc j'ai le droit à ... Je suis à 100% donc j'ai le droit à ...* » E16

Il en ressort un mal être évident des médecins face à ce comportement, que nous avons relevé de par leurs dires bien évidemment, mais aussi souvent par leur expression non verbale.

Nous avons l'impression qu'ils se sentent parfois destitués de leurs fonctions et relégués au rang de **simple commerçant**, perdant quelque part l'essence même de leur métier.

« *Je pense comme ça à une patiente qui me dit : Je vous paye donc vous faites ce que je vous dis (Rires) !* » E10

Dans ce contexte, il en découle parfois même une forme d'**agressivité** de la part des patients, très dure à supporter moralement par les praticiens au quotidien.

« Le contact est de plus en plus difficile à supporter ... c'est un bien grand mot mais, je trouve que les patients sont de plus en plus exigeants, ils sont de plus en plus agressifs, et moi c'est ça qui me dérange le plus. » E16

Nous pouvons donc voir apparaître des situations de **manque de respect** envers les médecins, se traduisant le plus souvent par des **demandes abusives**.

« Je pense qu'il faut, voilà, il faut être bien dans sa tête, solide, préparé à travailler. Ce qui est difficile parfois c'est de résister aux demandes excessives des gens ... » E15

Nous observons cependant des **discordances** à propos du manque de respect de la part des patients.

C'est un sujet très central et vif en émotion chez certains, alors que d'autres nient toute forme de manque de respect ou le minimisent : est-ce du déni, un degré de tolérance différent ou une réalité ?

A noter que l'emplacement géographique ne semble pas influencer le discours dans un sens ou dans l'autre puisque des médecins du même secteur ont pu avoir des avis opposés.

« Ça a beaucoup changé ... de la part des patients surtout Il y a moins de respect envers le médecin généraliste. Je sais pas si c'est pareil avec tout le monde, mais il y a nettement moins de respect. » E4

« Mais c'est pas ... ça n'a jamais été un manque de respect. Enfin moi je ne l'ai pas perçu comme ça, je n'ai pas perçu comme un manque de respect. » E17

Nous constatons que les praticiens n'ayant pas tendance à s'attarder sur le manque de respect des patients, font souvent parti des anciennes générations de médecins.

Cependant, au vu de leur discours, ces derniers subissent pourtant les mêmes situations que leurs confrères mais ne semblent pas le vivre de la même façon.

Nous nous posons la question d'une **plus grande tolérance des anciens médecins** par rapport aux jeunes générations à ce niveau-là, certains avouant même de pas savoir dire non de toute façon.

« Et que je trouve que ce n'est pas abusif. Peut-être trop tolérant et que je ne sais pas dire non. » E5

Aucun des médecins interviewés n'a été victime de violences physiques mais certains ont effectivement subi des violences verbales à type d'insultes.

Ces derniers se disant choqués au début mais s'habituant à cette attitude, une certaine lassitude semble s'être installée.

Les médecins ne se disent plus vraiment touchés mais certains d'entre eux laissent pourtant transparaître à travers leur expression corporelle, une certaine émotion et un certain regret à ce sujet.

« Au début ça me surprenait ce manque de respect, maintenant on est habitués donc ça fait partie de la vie, du quotidien, on sait que c'est comme ça. » E4

La **liberté de choix** réciproque des patients et du médecin est perçue pour eux comme une issue de secours, préconisant alors en général au patient irrespectueux de changer de médecin.

Nous avons été surpris de cette aisance avec laquelle les médecins ont su exprimer cette intransigeance à écarter un patient s'ils en ressentaient le besoin.

« Oui ! Au début ça m'énervait beaucoup, maintenant j'essaie de ne pas m'emporter. Et je dis, c'est comme ça, si vous n'êtes pas content, la porte est ouverte ! Changez de médecin ! » E7

On note des avis divergents sur **l'origine de cette agressivité**, entre médecins et parfois même dans le discours d'un même médecin interrogé, pouvant témoigner d'un sentiment d'incompréhension et d'errance face à ce problème.

Pour bon nombre d'entre eux, c'est une perte d'éducation générale qui est évoquée, une perte de repères et de respect mise en place de génération en génération dans la société.

« Voilà, c'est tout droit permis. Ils n'ont pas de devoir envers eux même, pas de devoir envers les autres, ils ont tous les droits. Donc ça c'est compliqué, pour moi ça c'est compliqué. Parce que je trouve qu'il n'y a plus d'éducation. » E14

Paradoxalement, certains semblent se protéger en se disant que l'agressivité n'est souvent pas tournée vers eux, s'attribuant un rôle de bouc-émissaire.

« Est-ce que l'agressivité elle est réellement contre moi ou est-ce que quelque part je suis le petit punchingball de service ? » E9

L'un des médecins interrogés arrive également à la conclusion que c'est quasiment toujours le médecin qui est responsable par son attitude de l'agressivité du patient en face.

« Mais quand ils t'agressent toi c'est que quelque part, ouais je me remets en cause en tant que professionnelle, voilà. La par contre c'est notre responsabilité. Et je ne pense pas que ce soit... donc du coup les gens ont une réponse agressive parce qu'ils ont eu en face une démarche agressive. » E14

Cependant, pour la majorité, cela viendrait d'une propagation de l'agressivité au sein de notre société en général, les généralistes subissant alors des agressions injustes et gratuites au quotidien.

3. La démocratisation de l'information

La démocratisation de l'information apparaît comme un progrès à double tranchant.

En effet, les praticiens interrogés déclarent vivre des consultations plus **fatigantes**, prenant **plus de temps**, **accentuant l'exigence du patient**, mais plus riches sur le plan relationnel et intellectuel.

En analysant les entretiens, un champ lexical très péjoratif est souvent employé en premier lieu pour décrire cette évolution, diminuant quelque part le confort des médecins dans leur exercice. Mais la conclusion à ce sujet se solde au contraire systématiquement par une note positive.

« C'est plus fatigant. Tu dois parler pendant 10 min dans ta consultation, c'est plus fatigant. » E1

« Tout à fait, des patients beaucoup plus exigeants, des patients qui sont plus au courant par internet aussi, qui lisent, qui arrivent en disant : Vous pensez pas que ça peut être ça ? » E5

C'est le moyen pour le patient de **participer à sa santé** et de se sentir davantage impliqué.

« Ouais, ouais ouais ouais, dans le sens où on est très très discuté par le patient, ça c'est, les patients, à mon sens c'est très bien. T'en as beaucoup qui râlent là-dessus mais les patients commencent vraiment à prendre leur santé en main. » E12

La démocratisation de l'information nous donne l'impression qu'elle a véritablement permis de **faire évoluer la relation médecin-patient**, instaurant un rapport plus horizontal, mettant les deux protagonistes sur un même pied d'égalité, réfléchissant ensemble et effaçant donc progressivement ce modèle paternaliste du médecin détenteur absolu du savoir et donneur d'ordres au patient qui exécute sans discuter.

Ce type de relation semble satisfaire la majorité des médecins interrogés, ceux-ci déclarant que cela rend leur métier bien **plus intéressant**.

« On est vraiment ... là surtout avec les nouvelles générations de patients, on est vraiment en train de faire le deuil de cette médecine paternaliste, qui moi en tout cas ne me convient pas du tout, dans tous les cas donc ... » E12

Cependant, certains médecins avouent parfois **se sentir dépassés** par ces connaissances mises en avant en consultation, ne sachant parfois pas répondre au patient et se sentant décrédibilisés, mal à l'aise.

« Et donc souvent les patients, enfin certains patients posent des questions tout à fait pertinentes et auxquelles parfois on est un peu démunis pour répondre scientifiquement. » E10

D'autres alertent également sur le **danger** pour les patients de ne pas réussir à faire la part des choses dans cette masse d'informations diffusée au public.

Une **éducation** semble **nécessaire** dans la recherche d'informations. Cela permettrait d'éviter les situations où le patient croit de façon intangible à des données erronées, partagées en masse, comme par exemple dans la polémique sur les vaccins.

« Et d'autres voilà, font confiance, comprennent et on leur donne les moyens effectivement de pouvoir juger par eux même, en ayant des sources qu'on aura sélectionnées. Il y en a certains qui sont ouverts au changement, d'autres qui ont des idées arrêtées et qui sont influencés nettement par les voies de l'information qui sont parfois très très divergentes ». E10

4. Le comportement des médecins

On note une évolution dans le comportement des médecins en lui-même : une capacité à d'avantage **penser à eux** et à leur vie privée, à agir de manière plus libre et plus individualiste quelque part, qu'autrefois.

« Certains patients me disent : Ah bon vous avez des enfants ! Je dis : oui oui j'ai le droit d'avoir une vie, tu vois. Ah bon, bah alors vous viendrez plus ? Si ! Mais peut être plus dans les mêmes conditions que l'ancien médecin ... Donc ça voilà, mais ça c'est quelque chose qui va se faire sur le temps, et qui va évoluer, dans le même rythme patient médecin. C'est le couple qui va devoir évoluer. » E14

L'une des difficultés majeures retrouvée mais pourtant vitale à leur équilibre d'après la majorité des interrogés, est de **savoir dire non**.

« Voilà, savoir dire non et en plus argumenter quand tu es dans ton bon droit, voilà ! Donc ça c'est un peu difficile. Après il y a peut-être des gens qui y arrive plus que d'autres mais moi, pour moi c'est quelque chose de difficile. » E15

Tous sont unanimes sur l'importance de mettre des limites, telle l'éducation d'un enfant, pour leur bien être personnel et obtenir une relation saine avec le patient.

Notons que d'un côté les médecins généralistes font le deuil de la médecine « paternaliste » en laissant plus de champs aux patients dans les décisions sur leur prise en charge médicale, mais d'un autre côté le médecin semble vouloir conserver voire accentuer le respect des règles et des limites qu'il fixe. Nous avons mis en évidence une tension autour de ces enjeux d'autorité.

« Oui et après c'est comme l'éducation d'un enfant, si on dit oui une fois, voilà, nos patients ... faut savoir ce que nous on accepte et on n'accepte pas. » E3

Dans le cas contraire, il semble en découler un profond malaise pour la plupart, et ceux-ci ont l'impression que ce comportement renforce l'abus des patients, favorisant ainsi l'épuisement professionnel à plus ou moins long terme.

On perçoit une impression de ne pas se respecter eux-mêmes s'ils acceptent trop de choses de la part des patients, s'ils se rendent trop disponibles pour eux.

« Mais pour moi en tout cas, bref je préfère dire non et perdre un patient que de ne pas m'imposer et faire quelque chose qui ne me convient pas. » E13

Un sentiment de culpabilité émerge du fait de dire non, mais la plupart des médecins interrogés s'accordent pour dire qu'il faut surmonter cela et s'affirmer.

« En fait, dire non c'est pas facile parce qu'après t'as une culpabilité qui vient, je pense qu'avec l'expérience je l'aurais de moins en moins, mais les premières fois où j'ai dit non à des patients j'en étais malade tout l'après-midi quoi. » E13

L'entêtement des gens et parfois l'agressivité qui en découle est difficile à gérer émotionnellement.

Une **facilité dans ce domaine chez les jeunes médecins** est perçue par les « anciens », avec l'expression d'une certaine admiration mais en même temps un ressenti étrange de fierté cachée que, eux aient pu être totalement dévoués à leurs patients, sans limites ... à la manière d'un « vrai » médecin, sous entendant une certaine illégitimité des jeunes, mais ne niant pas pour autant leur efficacité.

Ainsi, certains changent leur façon de faire pour imiter ces « jeunes », d'autres saluent leur attitude mais restent pourtant sur leur conduite initiale.

« Après il n'y a plus de limites tout de suite, et donc si je te conseille de faire quelque chose, tu marques des limites tout de suite, mais ça vous savez bien le faire ça, parce que les jeunes savent le faire. » E5

« Et en plus, je suis un peu de l'ancienne génération, enfin je ne dis pas que la nouvelle génération n'est pas comme moi mais quelqu'un de devoir, c'est-à-dire que si je n'arrive pas par une raison de temps à répondre à une demande, je suis très contrarié. » E5

Les médecins qui s'inscrivent dans cette priorisation de leur vie privée assument totalement cette manière de faire, et certains pensent que cette diminution de disponibilité a pu **modifier**

clairement le rapport médecin-patient, se traduisant par une certaine distance avec le patient par rapport à la relation médecin-patient qui prévalait il y a quelques années.

« Alors qu'avant c'était le médecin de famille etc ... alors c'est vrai qu'on veut aussi être plus libres qu'avant, c'est-à-dire avoir des horaires plus confortables qu'avant, ne plus faire de gardes, ne plus faire de visites, donc forcément on ne peut, peut-être pas avoir le même rapport qu'avec un ancien médecin, ça voilà » E11

Dans cette optique, la **féménisation de la profession** accentue cette évolution dans le sens où, d'après les médecins interrogés, les femmes seraient plus à l'aise pour mettre des limites avec les patients, celles-ci recherchant une qualité de vie certaine, alliant vie professionnelle et familiale, quelque part sans aucun scrupule.

Nous nous apercevons que seul un homme a osé aborder le sujet, sur le ton de l'humour, laissant transparaître un certain malaise.

Cette féménisation de la profession représente-t-elle un tabou ? C'est l'impression que cela nous a donné en tout cas.

« Parce que déjà on est plus de filles, et donc du coup on a une vie privée, enfin je ne dis pas que les garçons n'ont pas de vie privée mais si on doit gérer des enfants, si on doit gérer, bah on sait qu'on va mettre des limites parce qu'on va se dire, on veut avoir une vie à côté quoi. » E13

5. Le progrès technologique

L'évolution suivante est bien évidemment celle liée à la technologie et en particulier l'**informatisation** des cabinets.

Nous remarquons de prime abord une **réticence des anciens médecins** face à cela. Mais finalement la plupart, finissent par admettre, parfois à contre cœur que cela représente un gain de temps et que ce n'est pas si mal.

Ce qui semble les avoir dérangés est surtout le fait d'avoir été contraint de s'adapter à de nouveaux outils auxquels leur génération n'est pas habituée.

La transition semble avoir été une véritable épreuve, vécue comme pénible et difficile à gérer, pour certains.

« - Oui la technicité, les médicaments, les moyens de communiquer, au début il n'y avait pas d'ordinateur, maintenant il y a un ordinateur ...

- Vous en pensez quoi de cette informatisation de la médecine comme ça ?

- Alors moi je suis peut-être pas un bon cas parce que moi j'aime pas l'informatique donc je m'y suis mis, obligé ! Mais bon, c'est vrai que c'est pas mal ... c'est pas mal ... quand on a bien l'appareil en main c'est pas mal. » E4

Bien que les moyens de diagnostics et de communications se soient beaucoup améliorés au fil du temps, certains médecins déplorent une difficulté accrue à organiser les soins, une sorte de **manque de connexion humaine** entre les acteurs de santé.

« On a de plus en plus de rapidité dans l'échange des informations mais de moins en moins de rapidité dans le fait d'obtenir un rendez-vous ou de plus en plus de difficulté à avoir un correspondant au bout du fil, voilà il y a des difficultés malgré tous les moyens de communication. » E10

6. Vers une déshumanisation de la médecine générale ?

Ceci nous amène au point suivant : le constat d'une déshumanisation de la médecine générale.

Les anciennes générations de médecins, nous parlent avec émotion et nostalgie parfois, de ce sentiment que la véritable médecine générale, avec le contact humain que cela implique, disparaît petit à petit, faisant place à toujours **plus de technicité et de rentabilité**, oubliant le cœur même du métier de généraliste.

« Non parce que je disais que, bon par rapport au début de mon installation, enfin ... dans ma profession, nous on nous a toujours appris à faire notre interrogatoire, notre clinique, les examens complémentaires, pour nous aider à assurer notre diagnostic. Maintenant, la clinique a l'air d'être complètement ... un peu perdue et on fait confiance qu'au plateau technique ... Et on perd l'humanité, on perd le contact avec le patient. » E17

D'après certains, cette perte d'humanité est **accentué par les avancées technologiques** dont nous parlions précédemment.

L'ordinateur apparaît comme une interface coupant la communication avec le patient, et raccourcissant le temps consacré à celui-ci.

*« - Je passe mon temps sur l'écran, je dis : allez là-bas, déshabillez-vous, j'arrive. Je continue à saisir des choses, pour le faire vite, le temps qu'il se rhabille, ressaisir les choses quoi.
- Ouais, ça met un peu de distance ...
- Ca met un peu de distance, bah ça fait une interface de plus ! » E5*

7. La gestion du temps et de la responsabilité

Les médecins nous donnent l'impression de courir en permanence après le temps, c'est un **facteur de stress** notable.

Il faut répondre à une demande croissante, tout en faisant bien son travail médical, en remplissant les obligations administratives et de façon rentable.

Ils expliquent qu'au **prix de la consultation actuelle**, il est difficile d'être à la fois rentable et totalement efficace.

« Le temps, c'est toujours le problème du temps, ça c'est difficile à gérer d'essayer de donner un peu de temps pour que les gens s'expriment et en même temps de satisfaire la cadence nécessaire des rendez-vous pour avoir des revenus et en même temps ... » E6

Il en découle alors une **perte de qualité** de la médecine et plus largement de la relation médecin-patient, ainsi qu'une plus grande prescription d'examens complémentaires, pour gagner du temps en consultation en quelque sorte, alors que selon eux, l'essence même du métier réside dans la communication, l'écoute du patient et l'examen clinique.

« En qualité, je pense qu'on verrait mieux les gens, on prescrirait peut-être moins d'examens complémentaires qui sont pas nécessaires mais puisqu'on n'a pas le temps de les examiner, on remplace notre examen médical, notre réflexion par un examen par un bilan biologique, une prise de sang, une radio ou une échographie. » E5

La gestion des consultations **multi motifs**, souvent jugées trop longues et désorganisées par les médecins, est donc un problème, pas toujours entendu par le patient, source de conflit et de stress pour le praticien.

« Parce que si tu laisses tout faire au départ et que tu dis oui, ils viennent avec dix motifs différents et puis tu dis oui oui oui et puis ça prend trois quarts d'heures, et puis au bout de trois quarts d'heures tu sais même plus pourquoi ils sont venus. » E11

La gestion du **retard**, dû aux aléas du métier tel que des urgences, des consultations complexes et pas toujours compris par les patients, est également mal vécue.

Le dernier point abordé concerne la difficulté à supporter la **responsabilité** due au métier, ainsi que la **charge de travail croissante**.

Certains praticiens nous ont parlé du poids important que le médecin généraliste porte sur ses épaules au quotidien : le fait d'arriver à gérer leurs doutes mais aussi l'angoisse des patients et de leurs familles.

« Ils n'ont pas cette pression si tu veux, de la famille, des gens qui demandent des comptes, et de l'évolution des décisions en fait, les décisions que tu as prises, savoir si ce sont de bonnes décisions, savoir comment a évolué le patient, sa pathologie etc. » E5

L'un des médecins nous a parlé d'un **désinvestissement des familles**, celles-ci ayant de plus en plus tendance à se reposer entièrement sur le généraliste pour faire face aux obstacles de leurs proches sur le plan médical mais également social.

« Après, les familles ! Le deuxième c'est les familles ... Les familles qui, aujourd'hui se désinvestissent et te mettent le patient dans les bras et : Docteur, faites ce qu'il faut pour maman. » E14

Les médecins installés semblent très inquiets et concernés par le **défaut d'installation des jeunes médecins**, voyant les demandes de prises en charge de la part des patients se multiplier et eux ne pouvant plus assurer autant de travail et de responsabilités.

« Beaucoup trop de travail ... Beaucoup, beaucoup ... Je trouve qu'il n'y a plus beaucoup de médecins généralistes qui s'installent (Rires), donc les médecins qui partent à la retraite ne sont pas remplacés, et automatiquement les patients du quartier viennent chez leur médecin de quartier donc on a de plus en plus de patients, on peut plus assurer quoi ... ça devient difficile ... » E4

B) Représentations actuelles du statut et du rôle du médecin généraliste. Positionnement par rapport au spécialiste.

Suite à la description des évolutions et des difficultés du métier ressentis par les interviewés, nous avons pu recueillir leurs représentations concernant leur statut et leur rôle à l'heure actuelle.

1. Le statut et le rôle de médecin généraliste

Concernant la vision de leur statut, le constat est sans appel : la majorité des praticiens interrogés notent une franche **dégradation du statut** se traduisant par une **perte d'aura**, un sentiment de dévalorisation et de manque de considération de la part de beaucoup de patients.

« Je veux dire ... c'est ... il n'y a plus cette distance qu'il y avait à une certaine époque du ... comment ... statut ! Que ce soit les médecins, que ce soit les professeurs, que ce soit ... toutes ces instances qui représentent une certaine autorité. Aujourd'hui les patients n'ont plus cette reconnaissance, ils arrivent avec des demandes, n'en dérogent pas et c'est compliqué de leur dire, bah écoutez ... » E14

Quelques exceptions chez les anciennes générations de médecins, ne ressentent pas ce changement et s'accrochent encore à cette image du médecin généraliste : « un être respectable et respecté ».

Ces derniers redoutant ainsi le jour de la retraite, où ils perdront ce statut si spécial et précieux à leurs yeux.

« Je pense que ce contact humain va me manquer et cette aura, attention c'est pas ... ce statut voilà, pas cette aura, ce statut de médecin, quand je vais m'arrêter je serais plus rien ... Je serais plus rien ... Je serais le lambda moyen. » E5

Par ailleurs, les médecins constatant cette dégradation du statut, déclarent ne pas forcément le vivre mal au quotidien du moment qu'un minimum de respect subsiste, définissant un **nouveau mode de fonctionnement de la médecine** en quelque sorte, propre à la génération actuelle. Selon notre analyse, il semble en découler une relation médecin-patient plus libre, moins génératrice de stress du fait que le médecin se place davantage pour le patient comme un **prestataire de service** et renonce à ce statut de « tout puissant » qui incombait davantage aux médecins d'autrefois.

« C'est sûr que forcément il y a aussi une question de ... comment dirais-je ... de supporter d'être impuissant, d'accepter l'impuissance ... ça à mon avis ... sinon on pète les plombs très rapidement. » E6

Nous avons l'impression, que quelque part le médecin généraliste d'aujourd'hui met une distance plus marquée et limite davantage l'affect avec ses patients, mais ce n'est pas pour autant qu'il considère qu'il ne se donne pas à fond dans son travail ou qu'il se sent moins investi dans le bien-être de ses patients que ses prédécesseurs.

« Un prestataire de service, on n'a pas la même influence que nos prédécesseurs avaient où tu gardais ton patient pendant 40 ans. Nous, les patients qui partent, qui ... enfin j'suis un prestataire de service. Comme leur plombier, comme leur ... mais ça me convient très bien. Il faut que je rende un service, que je le rende bien » E1

Malgré toutes ces évolutions, le **rôle** en lui-même du médecin généraliste semble assez **stable** et unanime auprès des médecins interrogés.

Les rôles clés rapportés sont les suivants : la **prise en charge de la globalité** du patient, le **suivi et la continuité des soins**, la **disponibilité**.

« Et bien ce que je dirais en premier, c'est prendre en charge les patients de A à Z, et de zéro an jusqu'à ce qu'ils soient morts. La prise en charge globale et dans la continuité. » E15

« Le rôle c'est ... en gros c'est de la disponibilité. C'est-à-dire, enfin t'es vraiment l'interlocuteur privilégié par excellence du patient. » E12

Ils s'accordent également pour penser qu'ils représentent souvent un **confident** pour les gens, une véritable personne de confiance.

« Donc ouais je pense plutôt à un repère voilà. Et pour les personnes âgées, des fois tu peux être aussi un confident sur des patients qui sont isolés, qui sont tous seuls à la maison, leur sortie du mois c'est de venir nous voir, donc des fois tu te retrouves à, bah voilà, prendre dix minutes sur ta consult mais parce que bah ... tu sens qu'elle a besoin de parler. » E13

La majorité des interviewés sont d'accord pour attribuer au médecin généraliste le rôle de « **médecin de famille** », terme exprimé avec une connotation assez traditionnelle.

Cela peut apparaître en contradiction avec leur discours décrivant une relation médecin-patient en cours de changement, moins dévouée et conservatrice qu'auparavant.

Finalement aux yeux des praticiens la fonction de médecin généraliste semble conservée.

Pour conclure sur ce point, nous notons une véritable **complexité** de la relation médecin-patient à l'heure actuelle, avec une difficulté pour nous de véritablement cerner la place que se donne le généraliste d'aujourd'hui auprès du patient.

Nous en avons conclu que sur le fond, le métier de médecin généraliste impliquerait toujours les mêmes missions. Mais ce qui semble évoluer pour la majorité est la forme, c'est-à-dire la manière de remplir ces missions du fait de la mise en place d'une favorisation de leur vie privée bien plus marquée qu'autrefois, sans pour autant impliquer une perte de qualité du travail ou d'investissement.

La question de la **visite à domicile** apparaît comme un véritable dilemme aux yeux des praticiens : celle-ci étant jugée d'un côté indispensable pour maintenir le lien et en connaître encore plus sur son patient et de l'autre, non rentable et très compliquée à assurer pour diverses raisons pratiques. La plupart des médecins interrogés continuent tout de même cette pratique pour leurs patients, mais quelque part, nous ressentons que c'est un peu à contre cœur.

« Parce que c'est surtout, si tu ne fais pas de visites, tu perds aussi une connaissance énorme du patient quoi, » E12

« Donc de par ce fait, les médecins sont surbookés, on refuse plus facilement les visites, parce que, bah parce que pendant le temps qu'ils font une visite, ils peuvent s'occuper de deux patients en cabinet, parce qu'aussi c'est pas rentable. On ne va pas se le cacher. » E12

2. Le statut particulier du jeune médecin

Le statut particulier du jeune médecin est également abordé au cours des entretiens. Il apparaît complexe sur plusieurs points.

Ils se sentent victimes d'un **sentiment de méfiance** et de **manque de confiance** de la part des patients mais aussi des autres professionnels de santé, entraînant ainsi un sentiment de mal être, de

devoir sans cesse faire leurs preuves, pouvant pousser à un épuisement professionnel afin de prouver leur légitimité aux yeux de tous.

« Il y en a qui voient ça un peu comme un manque d'expérience donc qui ont pas forcément envie d'avoir affaire au jeune médecin du quartier parce que voilà ... mon expérience rapportée ... enfin qu'ils estiment rapportée à la jeunesse. » E2

Un **manque de formation** évident concernant la comptabilité, un manque d'information et un **sentiment de pression** émergeant de la sécurité sociale paraissent les effrayer et constituer un frein à l'installation.

Concernant la formation médicale et relationnelle, les jeunes générations ont tendance à se considérer pas assez préparés, contrairement aux anciennes générations qui estiment que les plus jeunes sont bien plus formés qu'eux à l'époque.

« Et je trouve que vous êtes certainement beaucoup mieux formés. Mieux formé, je dis pas qu'on était pas bien formés mais c'est une formation qui est autre et je pense que vous êtes beaucoup mieux formés et accompagnés » E8

« On est pas du tout formé à ce que c'est d'être médecin généraliste, c'est une évidence. Hum ... que ce soit tant sur le côté relationnel, sur le côté communication, même sur la question globale de la médecine générale, et justement de l'orientation que tu dois en faire, à quel moment ... » E12

L'évolution de la demande des patients, avec l'exigence que cela implique est également un problème, bien que leurs prédécesseurs leurs reconnaissent une capacité accrue à mettre des limites à ce niveau-là.

« L'évolution aussi de la demande des patients, et je les comprends ces jeunes-là parce que je pense que ça fait vraiment très peur » E5

3. Positionnement par rapport aux spécialistes

Même si en apparence, les rapports entre généralistes et spécialistes apparaissent cordiaux, pour beaucoup des interrogés, ces liens semblent dans la majorité des cas superficiels à leur sens.

Un **lien commercial** est souvent mis en avant : beaucoup de spécialistes seraient ouverts et sympathiques avec eux dans le but qu'ils leurs envoient des patients.

« De manière générale très très bien, en ville très très bien parce qu'ils ont besoin de nous. C'est aussi simple que ça, donc ya une relation qui est bonne. Ils ont besoin qu'on leur envoie des patients, donc faut que la relation soit ... voilà. » E1

Les généralistes ressentent vraiment, parfois avec grande tristesse, une impression d'être **dévalorisés et sous-estimés** par leurs confrères, mais de **façon dissimulée**.

« Je pense de toute façon, je pense qu'il y a plein de confrères qui pensent qu'ils sont supérieurs aux généralistes, ça c'est clair ! Mais c'est pas quelque chose qu'on ressent au quotidien. » E15

Ils n'en font **pourtant pas une généralité** et avouent créer leur propre réseau de spécialistes qu'ils jugent sincères, évitant au maximum les autres et rendant alors les rapports conviviaux et plus sains.

« Oh bah vous savez ... bon, vous savez quand on exerce en libéral, on se fait son réseau, on se fait son équipe donc pour moi c'est convivial ! » E17

Par ailleurs, le **lien ville hôpital** apparaît très **compliqué et chronophage**, notamment au niveau communication et coordination des soins, posant ainsi des problèmes de prise en charge au quotidien pour les généralistes.

« Et après ce qui m'embête un peu des fois c'est appeler l'hôpital, mettre vingt minutes pour réussir à trouver quelqu'un qui finalement peut pas répondre, enfin voilà avoir du mal à trouver des correspondants. » E3

Un sentiment d'**inégalité** est également évoqué, à plusieurs niveaux : ceci concerne la charge administrative que nous avons déjà abordée mais également le salaire et le respect bien qu'ils se considèrent plus proches du patient.

Ils semblent sous-entendre que le statut de spécialiste a préservé une aura plus importante auprès du patient que celui du médecin généraliste.

« Ce qui a évolué c'est beaucoup beaucoup les obligations légales, le fait que les spécialistes ne font plus d'ordonnances, ils ne font plus d'arrêt maladie, ils ne font plus de demande de 100%, ils ne font plus de certificats donc tout l'administratif nous incombe. » E10

« Et puis c'est vrai qu'ils se permettent des choses avec le médecin généraliste qu'ils ne se permettent pas avec leur spécialiste non plus, ils n'osent pas leur poser des questions et après c'est vrai qu'ils nous inondent de trucs, alors vous pouvez m'expliquer, et pourquoi et comment ? Qu'on ne sait pas toujours exactement pourquoi ci pourquoi ça, mais ils n'osent pas leur demander parce que le spécialiste c'est ! Voilà ... et nous, ils se permettent plus de choses ... » E11

C) Organisation du système de santé et rapports avec les instances médicales. Le rapport à l'argent, niveau de satisfaction et qualité de vie globale des médecins

1. Organisation du système de santé et rapports avec les instances médicales

Les rapports avec la sécurité sociale peuvent apparaître complexes.

En effet, nous notons une **contradiction** concernant leur avis sur les contrôles instaurés régulièrement par la sécurité sociale : la plupart se sentent **surveillés, non libres de leur pratique** bien qu'ils avouent avoir de bons rapports, n'avoir aucun problème relationnel avec les délégués. Ils déclarent aussi que ce genre de **contrôle est légitime** pour éviter les abus.

« Bah prescrire ci, prescrire ça, ne pas en prescrire, au contraire privilégier ça, faire très attention, pas trop de kiné, pas trop d'actes de biologie, bon je pense que c'est utile et nécessaire, sinon il y a peut-être des dérives, mais bon c'est ... on reçoit ... tu sais on est noté en étoiles, tu vois on a l'impression d'être pistés sans arrêt quoi ... » E5

« Non moi là ça c'est pas gênant parce qu'elles ne sont pas là tous les mois hein, elles viennent peut être 3 fois dans l'année, je ne sais pas c'est ... et puis moi j'ai toujours eu des rapports conviviaux, on discute ... » E17

Il nous semble, que ce qui apparaît vraiment gênant au fond, c'est peut-être ce ressenti de **manque de confiance** qu'inspirent ces instances.

« On fait des métiers, où je veux bien qu'il y ait des délinquants mais c'est pas la majorité donc en fait quand on demande un 100% c'est que, en notre âme et conscience, on pense vraiment que le patient en a besoin. La vieille génération qui n'avait pas de notion d'économie de santé, bah là elle est à la retraite ou elle prend la retraite. Donc c'est vrai qu'on va pas demander un 100% pour rien, on va pas dépenser les sous de la sécu pour rien, enfin en tout cas pour la majorité, enfin j'ose l'espérer... » E7

Par ailleurs, l'un des médecins nous a parlé de sa **crainte de la mort de la médecine libérale**, avec une tendance générale à dériver vers une perte de liberté pour le médecin mais également pour le patient. L'avenir incertain des conditions d'exercice de la médecine générale libérale effraie énormément.

« Là nous, on a l'impression qu'on va plus vers des centres mutualistes qui vont salarier des médecins, du coup la loi santé c'est plus pour tuer le libéral plutôt qu'autre chose. Enfin nous on a plutôt ce ressenti-là. » E9

De plus, il est évoqué une réglementation de plus en plus stricte, avec par exemple **les normes handicapées** imposées aux cabinets et semblant être un frein supplémentaire à l'installation des jeunes médecins en libéral.

Certains sont néanmoins positifs et saluent certaines pratiques plus efficaces comme l'initiative de **dérembourser certains médicaments**.

« Puis comme la sécu, moi je trouve que la sécu nous aide à ce niveau-là en faisant des déremboursements, parce que du coup, elle légitime en disant : Ah bah si c'est pas remboursé c'est que c'est pas efficace. » E14

2. Rémunération et rapport à l'argent dans la relation médecin-patient

Le **mode de paiement** à l'acte complété par le paiement forfaitaire semble satisfaire la quasi-totalité des praticiens interrogés, un seul de l'échantillon a révélé que ça ne le dérangerait pas d'être payé à la manière d'un salarié.

Pour les autres, ils restent **attachés au paiement à l'acte** malgré de vives critiques concernant le **mode de pointage** et une fréquente **inefficacité du paiement des tiers payants** de la part de la sécurité sociale, expliqué par certains par un manque de volonté.

« Je pense qu'en médecine générale, on peut pas se passer du paiement à l'acte. » E1

« Ensuite ils font en sorte aussi de ne pas nous régler quand il y a telle ou telle chose, ils perdent les papiers ... etc donc on n'est pas réglés, donc il y a des impayés fréquents. Je pense que le système de santé il périclité, enfin pour moi ... ce système de santé actuel... » E8

Une plainte sur les difficultés de visibilité des versements est exprimée. Cette sensation d'opacité de l'institution fait craindre aux médecins une manœuvre volontaire pour outre passer leur contrôle sur leur propre rémunération.

« On a de moins en moins de capacité de contrôle de ce qui nous est payé, donc on voit arriver des sommes, on ne sait plus à quoi ça correspond. Alors tu le fais au début, on a un jeune associé qui pointe. Moi je veux bien mais aujourd'hui avec tout ce que je reçois ... » E7

Quant aux **nouvelles cotations**, il apparaît une non satisfaction assez générale sur la manière de revaloriser les actes : une revalorisation de la consultation de base aurait été préférée, ceux-ci argumentant que le système de cotation est déjà assez compliqué.

« Je pense que tout ce qui alourdit le calcul, enfin, tout ce qui est nouvelle cotation qui arrive, là ... pffff ça va être trop lourd. C'est-à-dire que la consultation longue, la mi longue, l'annuelle, la ceci, la cela, pffff c'est Soit on va tricher, soit tu pourras pas te faire payer suivant tes trucs, donc voilà ... ça va être de plus en plus lourd. Il aurait fallu revaloriser cette consultation de base mais là ils ont choisi d'autres systèmes qui sont lourds et surtout qui font peur aux jeunes médecins. » E1

Certains nous ont avoué de façon assez prudente que par contre, ce système de paiement pouvait créer **des inégalités d'accès aux soins** pour les patients et de rémunération pour les médecins, avec les dépassements d'honoraire, jugés légitimes mais parfois bien trop abusifs.

« Quand j'appelle l'urologue d'à côté, en 3 jours j'ai une place sauf que mes patients ils n'ont pas toujours 100 euros à déboursier pour aller voir mes collègues ... Voilà c'est ça le problème ». E3

L'échange d'argent apparaît primordial dans la relation avec le patient pour la majorité des médecins interrogés.

En effet, **monnayer un travail donne de la valeur à celui-ci**, et ceci de façon réciproque : le patient paye, il attend un service de qualité lui aussi.

Cela permet également de montrer au patient la valeur de la santé.

« Moi je pense que les choses ont une valeur et le fait de payer un acte ça a du sens » E10

Pour quelques-uns ne voyant uniquement que le côté financier, le fait de payer ne change strictement rien à leurs yeux, du moment qu'ils soient payés, cela leur est égal.

« Ah non ça change pas grand-chose, non pas du tout, non non ... on est payé en différé par la sécu mais ça change strictement rien quoi. Ah non non, ça n'influe pas du tout sur la relation avec le patient, non ... Non ... » E4

L'idée du **tiers payant généralisé** irait donc à l'encontre du principe de la majorité des médecins, et aurait également comme conséquence d'après eux, une **surconsommation de soins**, une **privation certaine de liberté** et un **surplus administratif**.

Pour toutes ces raisons, la plupart des médecins sont catégoriquement contre le tiers payant généralisé et sous entendent se sentir capables de juger eux même de la nécessité de l'appliquer.

« Ca perd en valeur, et je le vois, on a beau dire ce qu'on veut, je le constate, les gens qui payent pas du tout, ils consomment du médecin comme ils consommeraient quelque chose de gratuit ... c'est un kleenex quoi » E5

« Ah non ! Ah non, ah non non ! RESPONSABILISATION DU PATIENTS ! On revient toujours au même problème. Si tu ne payes plus, déjà il n'y a plus de valeur à ce que tu fais, et à faire comprendre aux gens que c'est déduit de leur paye, ça c'est même pas la peine. » E14

« Pour moi, ce n'est pas une bonne idée. Ça va faire encore du travail administratif en plus ! » E8

Le **niveau de satisfaction** concernant leur rémunération donne des réponses plutôt **ambivalentes**. En effet, si la quasi-totalité des médecins généralistes déclarent se sentir **satisfaits de leur salaire** et ne manquer de rien, la plupart trouvent pourtant que le prix de la consultation n'est pas assez important et les charges trop élevées.

« C'est pas bien payé mais c'est correct, je peux pas me plaindre. » E6

« On vit bien, on vit bien ... on est pas mal imposés, on est pas mal taxés, on a pas mal de cotisations mais on vit bien » E4.

Le **prix de la consultation** leur apparaît comme **insultant**, et ils considèrent que ce tarif ne suit pas l'inflation.

« A côté de ça, je pense que la rémunération en tant que praticien elle doit évoluer, au niveau de la sécurité sociale on doit évoluer en même temps que l'inflation, il n'y a pas de raison qu'on soit bloqués » E14

L'interprétation que nous en avons fait est, que les médecins considèrent bien vivre financièrement mais ressentent une certaine injustice lorsqu'ils comparent leurs revenus autour d'eux, ou regardent l'évolution du marché, se sentant dévalués pour leur travail et oubliés. Ils se comparent à d'autres métiers gagnant tout autant voire plus, ayant demandé moins d'années d'études et demandant au quotidien moins de responsabilité et de disponibilité. On ressent véritablement un **sentiment de rabaissement** et de non prise en compte de leur qualification à ce niveau-là.

« Je trouve que par rapport au niveau d'études et par rapports à d'autres professions, niveau responsabilités que l'on a, on est vraiment pas payés. » E7

Ils considèrent également leur niveau de couvertures, de retraites, d'aides éventuelles comme totalement injustes.

«Ca c'est sûr que, il y a des choses qui me semblent ... inadmissibles. Bon là je parle pour moi parce que forcément je suis en congé maternité. Donc quand on pense à ce que je vais toucher en congé maternité par rapport à un salarié qui s'arrête au bout des 3 mois de grossesse, bon bah on hallucine quoi » E11

Beaucoup expliquent bien vivre du fait qu'ils ont un **niveau d'exigence matérielle bas** dans leur vie, privilégiant d'autres sources de bonheur.

Devant ces propos, nous ressentons pourtant un sentiment étrange de frustration, comme si cette justification était mise en avant pour se rassurer eux-mêmes mais qu'au fond, ils ne se sentent pas vraiment satisfaits de ce niveau de vie financier.

« Moi je suis satisfaite du niveau de vie que j'ai parce que j'ai des besoins assez modestes et que ça me convient largement. Et que mon objectif c'est pas de gagner forcément beaucoup plus

d'argent, c'est de maintenir le revenu que j'ai à l'heure actuelle parce qu'il me permet de faire face à mes dépenses » E6

L'un des médecins aborde le fait que bon nombre de médecins sous cotent leur actes, diminuant ainsi bêtement leur revenu. Est-ce de la fainéantise, de l'oubli ou un non besoin ?

« Alors, si en fait elle m'a éclairée sur les différents types de facturation, je pense que pareil, le médecin, malgré le fait que l'on gagne très bien, sous cote énormément. » E14

3. La qualité de vie globale des médecins généralistes

Nous avons été surpris de constater que malgré toutes les difficultés et plaintes évoquées précédemment, la majorité des médecins de notre étude se sentent épanouis dans leur métier. Leurs discours à tendance vindicative et revendicatrice s'opposent à l'expression d'un vécu positif globale de leur profession au quotidien.

L'interprétation que nous en faisons est que les médecins généralistes à l'heure actuelle rencontrent réellement des problèmes de fond dans leur exercice quotidien, mais qu'au final ils s'y adaptent de telle façon que les points positifs du métier ne soient pas occultés.

Par ailleurs, ce qui semble les déranger est surtout un cruel manque de reconnaissance pour cette adaptabilité dont ils font preuve.

Savoir mettre une **barrière physique et psychologique** avec le travail, même si cela est perçu comme difficile pour beaucoup, apparaît comme un concept indispensable pour se préserver et ne pas passer à côté de sa vie personnelle.

Le métier de médecin généraliste apparaissant éprouvant au quotidien, la plupart finissent par choisir de gagner moins mais de travailler moins pour prendre du temps pour eux-mêmes et leurs proches.

« Maintenant j'ai pris le choix de gagner un peu moins mais d'avoir cette liberté que le soir je rentre chez moi il n'est pas 21 heures, et que j'ai un jour off, voilà. Mais c'est vrai que c'est facile de rentrer dans l'engrenage je travaille un peu plus comme ça je gagne un peu plus, le problème c'est qu'au final, bah il faut savoir se mettre des limites en fait, je pense » E13

Certains médecins nous ont confié de pas avoir réussi à mettre cette limite et être totalement passés à côté de leur vie familiale et personnelle, avec du regret mais avouant qu'ils ne se seraient pas sentis capables de faire autrement.

« Je sais pas dire non, ce qui fait que mon travail m'a pris beaucoup de temps, beaucoup sur mes loisirs, ma famille parce que ça a été un peu un engrenage et que ... j'arrive pas à dire non ... Pas par peur d'un reproche etc, c'est que je suis pas satisfait si j'ai pas accompli tout ce que je devais faire. » E5

Un **entourage solide** apparaît essentiel à la survie du médecin, même si certains avouent l'avoir très mal rendu en étant beaucoup absents.

On sent une profonde reconnaissance et un sentiment de respect pour leurs proches qui les ont soutenus, conseillés, coachés et parfois même supportés.

« C'est indispensable, il faut une famille qui te soutient, il faut pas que ce soit trop difficile à la maison sinon c'est pas possible ... » E5

Leurs priorités sont progressivement, et parfois dès le début pour les jeunes médecins, bien définies, se rendant compte que leur métier n'était pas tout.

C'est un métier pour certains qui leur a permis de **relativiser sur leur propre vie** et de se rendre compte de ce qui est important, se disant, en se comparant à des patients qu'ils suivent, que leur vie n'est quand même pas si mal et qu'il faut en profiter.

« Après je pense aussi que le fait d'être médecin et d'être au contact de gens en difficulté, aussi bien en difficulté matérielle qu'en difficulté de santé, ça fait quand même relativiser par rapport à sa situation, tu peux te dire : ben voilà, moi j'ai de la chance j'ai 58 ans, je prends zéro médicament, j'ai pas de maladie chronique, personne dans ma famille n'a de maladie grave en ce moment, je touche du bois, donc voilà ! » E15

Soigner leurs proches apparaît problématique, se sentant quelque part impliqués mais dévalorisés en même temps, ils ont donc tendance à éviter le plus possible cette pratique.

« Alors, dans la vie personnelle, c'est horrible la famille ... surtout ne jamais soigner sa famille, ça ! Alors ça c'est un truc ! Alors non mais c'est vrai, c'est très compliqué d'expliquer aux gens, alors, des fois j'ai un peu d'humour, je dis : Bon ! Le médecin il est en congé 3 jours ! Ça veut aussi dire : ne me parle pas de médecine, je ne veux même pas en entendre parler. Surtout que derrière, tu n'es pas légitime, parce que tu seras toujours la petite fille, tu seras toujours la mère, donc on te demande ton avis pour entendre dire : Ah bah de toute façon j'irais voir mon Docteur ! Alors pourquoi tu m'as demandé ? Enfin ... » E14

Il est intéressant de noter, que l'un des médecins de l'échantillon décrit de façon contradictoire par rapport aux autres, que le métier de généraliste n'est pas un métier fatiguant, ne justifiant donc pas autant de plaintes tant sur le plan physique, psychique et financier et que le médecin devrait avoir plus de devoirs, tel par exemple une obligation de participer à un système de garde, afin de désengorger les urgences.

La **reconnaissance** apparaît comme un moteur essentiel pour le médecin généraliste dans sa relation avec le patient, lui permettant de tenir au quotidien et d'aimer son métier.

« Qui ne se monnaie pas ... et c'est ce qui fait continuer. Parce que sinon moi il y a longtemps que j'aurais changé, que je me serais reconvertie en autre chose et voilà. » E17

Ceci apparaît comme une façon un peu égocentrique, de se sentir utile voire indispensable.

Certains n'assument pas vraiment cette recherche de reconnaissance puisqu'ils expriment en premier lieu une certaine modestie à ce sujet, ne faisant pas leur métier pour cela, mais expriment ensuite au cours de l'entretien l'importance des gestes de remerciement et de gratitude des patients, se sentant fiers et boostés par cela.

Avoir été utile et qu'on le reconnaisse est un véritable cadeau pour eux.

« Sur par exemple, les prises en charge des personnes qui sont en soins palliatifs, ce type de situations tu apportes du positif malgré tout même s'il y a du négatif et c'est valorisant. Voilà une des situations qui est valorisante. Quand tu l'emmène au bout et que les familles te remercient ... » E8

4. Des conséquences parfois dramatiques

Toutes les difficultés discutées précédemment peuvent par ailleurs, entraîner un déséquilibre interne ou une difficulté à concilier vie privée / vie professionnelle, pouvant induire des conséquences dramatiques.

Bon nombre de médecins interrogés avouent avec émotion avoir fait un **burn out** ou une véritable **dépression** à un moment donné de leur carrière.

La fatigue physique et morale est le premier facteur déclenchant retrouvé.

« Bah moi j'ai fait un burn out. » E8

D'autres évoquent des **conduites addictives** pour pallier aux difficultés, l'un d'eux va jusqu'à nous parler avec énormément de tristesse du **suicide** de plusieurs de ses confrères.

« Si en plus à la maison c'est difficile parce que je suis pas soutenu, parce qu'ils en ont marre, et que par malheur ça tombe sur une période où je suis très fatigué parce que j'ai eu beaucoup de travail et que je suis fatigué et que j'ai un problème médical qui s'y rajoute Ça va être un facteur déclenchant pour craquer complètement ... Et j'ai des copains qui se sont suicidés ... » E5

En règle générale, les solutions ont été de réadapter leur activité et d'avoir un entourage solide qui a su les soutenir.

La plupart n'ont pas pour autant eu envie d'abandonner leur métier, même si certains ont très sérieusement envisagé un **changement de vie** à un moment donné, ne se sentant plus motivés et prêts à assumer les exigences de ce métier.

« Heu alors j'ai failli, mais ça s'est ... j'ai failli ! J'ai failli ... Mauvaises conditions d'exercice, une deuxième association un peu malheureuse, les problèmes de santé par-dessus, ouais j'ai passé 2 ans où j'ai monté d'autres projets, j'ai essayé de partir et de changer de métier. » E7

5. Les avantages de l'installation et solutions face aux difficultés

Par ailleurs, les médecins interrogés restent **positifs** et aucun ne déclare avoir regretté son installation, encourageant énergiquement les hésitants, à les imiter.

Ils nous livrent et nous confient au cours des entretiens, leurs arguments et des solutions éventuelles aux difficultés qu'ils ont rencontrées.

Les facteurs positifs mis en avant concernant l'installation en libéral sont : une **rentabilité supérieure** avec une plus **grande liberté**, dû au fait que l'on soit son propre patron, la flexibilité des horaires est énormément mise en avant.

Il y a également le côté intéressant dû à la **diversité** de la médecine générale et du **suivi du patient**, ainsi que la **reconnaissance** qui peut en découler.

« Moi je pense que c'est un très beau métier, qui est dur, qui est exigeant, qui demande beaucoup, mais qui est très enrichissant et qui est très diversifié, et il y a une panoplie, enfin une possibilité de développement de compétences et d'actions, vraiment vraiment intéressante. Pour moi, je ne changerais pas... » E10

« Que c'est beaucoup plus rentable, beaucoup plus agréable, de s'installer en libéral. » E1

« On est autonomes, on est libres de s'organiser, on est libres de travailler avec qui on veut, comme on veut ! » E15

Une meilleure **formation administrative** est largement réclamée par les médecins et apparaîtrait comme un confort évident dans leur quotidien.

« Moi je verrais bien, moi je demande à chaque fois à la nana de la sécu, mais faite nous un stage, une formation ! Au moins pour relancer les histoires de rejet et tout et puis peut être au DERMG il faudrait leur parler de vraiment faire une vraie formation de comptabilité quoi ... » E3

L'importance de prendre le temps de faire sa **formation continue** est évoquée pour l'autosatisfaction, la confiance en soi et la bonne prise en charge des patients.

« Donc et non il faut continuer à se former, ça renforce ta confiance et ta légitimité vis-à-vis du spécialiste, vis-à-vis de ... voilà ! Tu sais ce que tu vaux » E14

L'**organisation** apparaît essentielle pour le bien-être au travail.

En effet, savoir faire des sacrifices financiers et investir par exemple dans une secrétaire, apporte beaucoup de bénéfices au quotidien.

« J'ai accepté d'investir dans les secrétaires, j'organise l'ordinateur un peu. » E1

Savoir **trouver son équilibre entre vie professionnelle et vie privée** apparaît comme vital, la clé de leur bonheur.

L'**entourage familial** reste primordial mais également l'**entourage professionnel**. C'est dans cette optique que le **travail en groupe** est énormément mis en avant lors des entretiens.

Un exercice seul semble difficile voire impossible à gérer de nos jours pour certains, entraînant une angoisse au quotidien.

« Donc le fait d'être dans un exercice groupé, ça apporte du confort et on peut aménager son travail en fonction de ses disponibilités. » E10

« J'ai remplacé un médecin qui exerçait tout seul, et je trouvais ça très angoissant. » E7

L'**isolement** est un point majeur à éviter sur le plan **humain** mais également **géographique**.

Avec un certain sentiment de honte, certains conseillent de ne pas s'installer en zone rurale, isolée, car cela est perçu comme trop difficile à assumer de nos jours, pour maintenir sa qualité de vie.

« Enfin c'est horrible de dire ça mais s'installer près de là où il y a un SOS médecin ou un hôpital ou quoi sinon de suite t'as plus de vie privée. Si t'es le seul médecin du patelin ... » E13

Le fait de **ne pas habiter à côté du cabinet** apparaît comme positif : une sorte de sas de décompression, aidant à mettre la barrière suffisante pour ne plus penser au travail une fois au domicile.

« Bah tout à fait. Tout à fait, tout à fait parce que je sais très bien, je sais ce qui est important. Il y a ça et franchement les 25 minutes en voiture, pour faire St Laurent à ici, c'est un très bon sas de décompression » E12

Certains médecins interrogés avouent avoir eu recours à des **suivis psychologiques** ou encore à des **groupes Balint**, pour apprendre avant tout à se connaître et faire face à la responsabilité qu'implique le métier de médecin et au contact avec le patient.

« De 2013 à 2015 j'ai fait une psychothérapie. Et j'y allais deux fois par semaine. Donc là ouais ça a été l'obligation de poser du temps pour le faire » E9

« Craquer non, mais parce que je pense, je vous dire encore une fois, le travail que j'ai fait sur moi et que je continue à faire sur moi périodiquement, les groupes Balint etc, moi ça me permet de beaucoup relativiser et d'éviter d'être parasité. » E6

Discussion

Les résultats qualitatifs dans la partie précédente ont été présentés accompagnés de leurs commentaires analytiques. Dans cette discussion, nous reviendrons sur les limites de notre étude puis nous confronterons certains points clés marquants retrouvés dans notre travail avec la revue de la littérature.

I) Limites de l'étude :

1. Limites liées à l'entretien :

- **Biais liés à l'enquêteur :**

Etant moi-même l'enquêteur, il s'agissait de ma première expérience dans la réalisation de ce type d'enquête sociologique. Or, concevoir, conduire et interpréter des entretiens semi-directifs nécessite des compétences spécifiques.

Un interviewer plus aguerri aurait possiblement obtenu des entretiens plus productifs et des résultats plus riches.

Mon propre statut de médecin de médecin a pu être à double tranchant.

L'avantage certain est celui de la proximité sociale. La méthode de proche en proche a accentué ce phénomène en permettant de ne pas me présenter aux interrogés comme une parfaite inconnue, du fait que j'avais toujours un lien avec l'une de leurs connaissances. C'est d'ailleurs remarquable par le fait que dans bon nombre d'entretiens, le tutoiement est employé.

Ainsi, de par cette proximité sociale, le vocabulaire est le même et les références sont communes : la personne interrogée se sent comprise, ce qui l'incite à exposer ses convictions.

A l'opposé, de par mon statut de médecin, en particulier jeune et de sexe féminin, nous pouvons penser qu'il est possible que certains participants se soient retenus, de manière consciente ou non, d'évoquer certaines situations délicates ou de ne pas exprimer clairement leur point de vue, de peur d'être jugés.

Ces thèmes concernent entre autre la vision des jeunes par les anciennes générations de médecins ou encore la féminisation de la profession, où j'ai ressenti chez certains une forme de malaise et de retenue.

- **Biais de recueil :**

L'étude a été faite à partir d'entretiens semi-dirigés, guidés par des questions très larges, les médecins interrogés n'ont souvent bénéficié que d'un court délai de réflexion pour exprimer leur point de vue et se rappeler de situations concrètes pouvant ainsi omettre certains points ou faits marquants.

C'est une étude déclarative, il est donc possible qu'elle ne rende pas tout à fait compte de la réalité des pratiques des médecins. En effet, certains médecins ont pu répondre en fonction de ce qu'ils croient être bon de faire ou de penser, et non de la réalité de ce qu'ils font ou pensent.

L'état d'esprit du participant au moment de l'interview avait également pu influencer ses propos.

De plus, lors de l'analyse, il était apparu qu'il persistait des doutes sur l'interprétation à donner à quelques propos émis par les participants. Nous n'avons pas de nouveau sollicité les intéressés afin de faire préciser leurs dires.

Certains entretiens ayant été coupés par des coups de téléphone ou dans un cas l'irruption d'un patient, on pourrait avoir eu une déperdition d'information, le fil de la pensée du participant et du chercheur ayant de ce fait été interrompu.

2. Limites du guide d'entretien :

Notre guide d'entretien pose volontairement des questions ouvertes extrêmement large afin d'obtenir une plus grande richesse de réponses.

Laisser parler un individu face à une question ouverte apparaît souvent bien plus productif et neutre, donc intéressant pour nous, que de lui poser un tas de questions précises.

Cet aspect flou des questions a parfois surpris les interviewés, leur demandant un temps de réflexion ou des précisions à type de reformulation.

Toutes les questions du guide d'entretien ont été posées à tous les médecins interrogés, mais certains thèmes traités en profondeur avec certains médecins n'ont été qu'effleurés avec d'autres, la discussion restant la plus ouverte possible avec chaque médecin.

Lorsqu'un médecin interrogé n'avait pas saisi l'objet de notre question, nous ne l'avons jamais interrompu et au contraire nous avons exploité le sujet qu'il abordait jusqu'au fond, avant de le rediriger sur la question initiale.

3. Limites liées à l'échantillon :

• **Biais de recrutement**

La méthode de proche en proche nous a permis d'obtenir un taux de refus de participation extrêmement bas.

Par contre, elle peut créer un biais dans le sens où nous avons recruté un type particulier de médecins avec le risque de ne pas recueillir tous les points de vue mais seulement celui d'un groupe.

Ce phénomène a pu être accentué par le fait que nous avons interrogé 6 médecins exerçant dans le même cabinet. Mais malgré cela, ces derniers ne nous ont pas fournis de réponses uniformes, bien au contraire.

A noter que le faible pourcentage de médecins interrogés qui sont maitres de stage est satisfaisant. Une plus grande proportion aurait pu représenter un biais pour l'étude à cause de leur sensibilisation à certains sujets abordés du fait de leur fonction d'enseignement.

• **Taille des sous-groupes**

Nous avons interrogé seulement un médecin en secteur deux et un médecin en milieu rural.

Ce recrutement est insuffisant pour donner une véritable significativité à ces sous-groupes.

Cependant, nous pensons que cela n'a peut-être pas été gênant dans le sens où les réponses de ces médecins ne nous ont pas paru significativement différentes par rapport aux autres sur des points où on aurait pu s'attendre à une divergence de points de vue.

• **Biais lié à la zone géographique**

Nous avons recueilli le ressenti des médecins généralistes dans la limites des Alpes Maritimes, qui est une région non réputée comme sous dotée en médecins ^[14], et donc naturellement où l'on pourrait penser que les conditions d'exercice pour les généralistes sont moins difficiles qu'ailleurs.

4. Limites de l'analyse :

La majorité de l'analyse des données a été réalisée par un seul chercheur, moi-même. J'ai tenté de faire l'analyse la plus objective et rigoureuse possible. Mais comme le dit J-C Kaufmann « Tout entretien est d'une richesse sans fond et d'une complexité infinie, dont il est strictement impensable de pouvoir rendre compte totalement. Quelle que soit la technique, l'analyse de contenu est une réduction et une interprétation du contenu et non une restitution de son intégralité ou de sa vérité cachée. » ^[26].

Dans la partie Résultats, les interprétations présentées sont des analyses totalement personnelles. Elles ne cherchent pas à démontrer des faits de façon formelle, mais sont au contraire discutables, ayant pour but d'ouvrir le débat.

Cependant, nous avons appliqué la méthode de la **triangulation** de l'analyse comme expliqué précédemment dans la partie méthodologie. Le but était de limiter le biais d'interprétation. Cette manœuvre m'a permis de me conforter dans les thèmes clés qui étaient ressortis de mon côté, et d'attirer mon attention sur certains points qui, à mon sens me paraissaient anodins. Le débriefing que nous avons eu à ce sujet m'a fait prendre conscience des présupposés dont chaque chercheur dispose pouvant influencer l'interprétation, me permettant ensuite d'être plus vigilante à ce propos.

II) Discussion des résultats :

1. La charge administrative

Nombreux sont les médecins qui déclarent les tâches administratives supportées trop lourdes ^[29]. Nous constatons que la définition de « tâche administrative » est parfois floue et variable auprès des médecins.

Ce label recouvre en fait trois composantes : un volet médical (la lecture des résultats d'examen, la mise à jour des dossiers des patients, les courriers aux confrères) ; un volet administratif (qualifié de « paperasse » par nombre de praticiens) qui concerne la sécurité sociale ou autres institutions et les dossiers administratifs des patients (prises en charge ALD, bons de transport, télétransmissions) ; et un volet de gestion du cabinet et de l'activité libérale (avec au premier chef la comptabilité).

De l'avis général, c'est une tâche inintéressante, voire un travail qui ne devrait pas incomber au médecin, considéré comme inutile en partie ^[32].

L'un des médecins interrogés nous a parlé du poids administratif dû aux exigences de traçabilité de plus en plus importantes.

Or, nous constatons qu'en réalité seul le « dossier hospitalier » a vu ses contours définis légalement aux termes de l'article R1112-2 du CSP de la loi du 4 mars 2002 mais que le « dossier privé » n'a aucune base législative à proprement parler, hormis l'obligation de sa tenue suivant l'article 45 du code de déontologie (R 4127-45 du CSP) qui prévoit que la conservation du dossier de suivi médical et de la fiche d'observation du patient est sous la responsabilité du médecin.

En libéral, les recommandations de l'ANAES de juin 2003 et les recommandations de la HAS de décembre 2005 constituent la cadre de référence sans être, stricto sensu, un cadre légal. Suivant l'avis du conseil national de l'ordre, en libéral les médecins doivent tenir, au minimum, une « fiche d'observation » sur chacun de leurs patients, en différenciant toujours les informations objectives des notes personnelles purement subjectives et pour son seul usage (non transmises à des tiers) ^[19].

Il apparait donc que certains médecins s'infligent à eux même une pression de traçabilité toujours plus exigeante, qui n'est en rapport avec aucune obligation administrative. A quoi est-ce dû ? Est-ce par simple perfectionnisme personnel, par un matraquage erroné des institutions de santé ? Ou bien, est-ce un moyen de se protéger par peur d'être remis en question sur la prise en charge d'un patient ?

2. Accès à l'information médicale et exigence du patient

Une étude de 2009 ^[18] concluait déjà que « les patients sont des consommateurs de plus en plus actifs : l'accès facilité à l'information médicale et un sens accru de leurs droits font que le rapport de pouvoir dans la relation médecin-malade a changé. La baisse de reconnaissance sociale vis-à-vis du métier de médecin généraliste constitue une cause d'épuisement professionnel importante selon les médecins ».

En effet, depuis la fin des années quatre-vingt, nous constatons que la réglementation tend à accorder de plus en plus de droits aux patients dans le système de santé français.

La dernière en date, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a marqué une nouvelle étape avec, en particulier, l'accès direct au dossier médical par les patients et la recherche du consentement en toutes circonstances.

De plus, comme évoqué dans notre étude, la plupart des médecins considèrent que les patients sont mieux informés ou, plus exactement, ont accès à davantage de sources d'informations, notamment suite à l'essor des nouvelles technologies de l'information ^[11].

Selon un sondage Ipsos révélé par le Conseil national de l'Ordre des médecins, pas moins de sept personnes sur dix consultent Internet pour obtenir des informations de santé ^[10].

Internet représente un vrai virage dans la relation patients-médecins ^[16].

Un niveau d'exigence accru des patients est ainsi largement constaté ^[25].

3. Conséquences sur la relation médecin/patient

Ces évolutions peuvent apparaître à la fois positives et négatives sur la relation.

La majorité des médecins interrogés lors de notre étude retiennent plutôt le versant positif en avançant le côté enrichissant de l'échange et une meilleure participation du patient à sa santé, un véritable effet dynamisant est mis en avant comme vu dans un article français de 2010 ^[31].

Cependant, ce phénomène apparait également plus fatigant au quotidien, pouvant induire une impression de perte de confiance et de remise en question, voire de contestation de la part des patients d'après un article de 2005 de la revue française de sociologie ^[11].

Le risque inhérent à ces nouveaux comportements et à ces nouvelles demandes serait une certaine démotivation du médecin vis à vis du malade avec une désaffectation et un désinvestissement, voire une réserve défensive face aux risques et à la judiciarisation possible ^[8].

Ces faits sont bien évoqués dans notre étude. Nous avons l'impression que pour certains interviewés, ces comportements finissent par instaurer un certain rapport de force avec le patient, apparaissant épuisant, lassant et parfois démotivant.

D'ailleurs, d'après les résultats de l'enquête BVA de septembre 2013, la 2^{ème} cause de risque de « burn out » chez les médecins généralistes est la relation médecin-patient et notamment le comportement du patient : plus exigeant, plus en demande d'examen, plus questionnant, et plus informé^[9].

De cette exigence des patients semble découler un accroissement du manque de respect et de l'insécurité chez les médecins.

Cette constatation va dans le sens des résultats de l'observatoire de la sécurité des médecins^[15]. En effet, 968 incidents ont été déclarés en 2016. Il s'agit du nombre de déclarations le plus important depuis sa création en 2003.

La surreprésentation des généralistes parmi les médecins déclarant s'accroît depuis 2012, et est demeurée en 2016 au même niveau record qu'en 2015 : les généralistes représentent 65% des déclarants, alors qu'ils ne représentent que 45% des praticiens.

L'agresseur est le patient dans 51% des cas et une personne accompagnant le patient dans 15% des cas.

La majorité, soit 61% des incidents sont constitués d'agressions verbales et menaces, comme énoncé dans notre propre étude, puis 19% de vols ou tentatives de vols, 10% de vandalisme, et 7% d'agressions physiques.

Les principaux motifs d'incident sont un reproche relatif à une prise en charge (31%), des vols (18%), un refus de prescription (17%) ou encore un temps d'attente jugé excessif (10%).

Si la majorité des incidents ont lieu en milieu urbain en centre-ville (48%), 22% d'entre eux ont lieu en milieu urbain en banlieue (21% en 2015) et 16% en milieu rural (17% en 2015). C'est dans le cadre d'un exercice de médecine de ville qu'ont le plus souvent lieu les incidents (75%, contre 71% en 2015), alors que les incidents ayant lieu dans le cadre d'une activité en établissement de soins sont en baisse (de 22% à 12%).

Dans tous les cas, on note clairement la fin de la relation paternaliste qui existait autrefois^[34].

Le médecin est passé du statut paternaliste, désuet, que la plupart des patients mais également des médecins ne semble regretter, à un statut de conseiller technique, cette évolution étant marquée par des textes réglementaires et des projets législatifs d'une part, puis par le cheminement rapide et accéléré des mentalités d'autre part.

Le médecin de demain est en train de devenir un prestataire de services, toujours libéral mais soumis à des contraintes qui lui imposent de limiter ses prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins, tout en respectant les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine^[8].

4. Réalités sur le statut et le rôle du médecin généraliste

Notre étude met largement en exergue un ressenti de dégradation de la profession.

Ce sentiment de malaise des médecins généralistes a bien été mis en évidence dans un sondage réalisé par l'institut IPSOS en 2004^[25], révélant que 60% des généralistes ressentent une dégradation de leurs conditions de travail au cours des cinq dernières années, avec des insatisfactions partagées dans différents registres, à savoir une dégradation de leur image et statut dans la société (58% des médecins), une charge et un temps de travail trop importants (72%), un équilibre entre vie privée et vie professionnelle insatisfaisant (70%).

On se rend compte que l'image du médecin généraliste a été désacralisée au fil des années, devenant d'un côté plus abordable, mais perdant ainsi sa position « d'intouchable ». Bien que la plupart des médecins déclarent s'adapter à ce changement et se satisfaire de cette perte d'aura, nous avons le ressenti qu'ils auraient souhaité garder cette position particulière. Le regret de l'image du médecin de famille traditionnel et le respect qu'il inspirait est palpable.

Par contre, le rôle et donc les missions du généraliste apparaissent plutôt stables. La définition européenne de la médecine générale ^[41] est proche de la vision des médecins de notre étude, incluant entre autres le premier recours, la continuité des soins, la communication, la globalité. Nous remarquons que cette définition suppose que la médecine générale est synonyme de médecine de famille de par l'inclusion de cette notion dans son titre. C'est un point fort en contradiction avec les autres résultats de notre travail, qui montre une médecine générale dans sa globalité en grande évolution : que ce soient les exigences des patients, le comportement des médecins, l'organisation du système de santé ... Seules les missions du généraliste semblent inchangées. Grace à la volonté et l'amour de leur métier, tous ces changements n'affecteraient donc pas les valeurs professionnelles des médecins ? Cela peut expliquer la colère de ces derniers qui déplorent un manque de reconnaissance évident. Ou est-ce plutôt que les généralistes refusent de voir que leur rôle profond a changé et n'acceptent pas cette évolution par regret ?

Cependant, il apparaît que le champ d'intervention des médecins généralistes tend à s'élargir avec le temps : on leur demande de plus en plus de polyvalence, en particulier dans des domaines extra-médicaux, sans qu'ils ne puissent pour autant s'appuyer sur des contacts ou des formations adéquates. Ces nouvelles missions s'apprennent donc en partie sur le tas, ce qui provoque parfois des chocs qui se traduisent par des discours négatifs sur les exigences ou les problèmes des patients ^[39].

5. L'adaptation comportementale des médecins face à l'évolution sociétale

La représentation du médecin qui vivait sa profession comme un sacerdoce ne fait plus rêver la nouvelle génération, on assiste à un véritable changement de mentalités. D'après une étude réalisée en 2013 par le Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris auprès de 1500 jeunes médecins, 86 % d'entre eux se déclarent attachés à l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle ^[33].

Par ailleurs, la profession médicale s'est fortement féminisée ces dernières années, encourageant ce phénomène. De plus en plus de femmes font le choix de réduire leur temps de travail hebdomadaire, voire de pratiquer à temps partiel pour pouvoir profiter de leur famille. Les femmes représentent 44 % des médecins généralistes en 2015 d'après le répertoire partagé des professionnels de santé ^[4]. L'écart de durée hebdomadaire de travail entre hommes et femmes est en moyenne, sur les dernières années, de l'ordre de 10 heures, pour les spécialistes libéraux comme pour les généralistes ^[32]. Ces dernières effectuent en moyenne 24 % de consultations et visites en moins que leurs collègues masculins par an. Par ailleurs, la durée de consultation des femmes est supérieure à celle des hommes (19 minutes contre 17 minutes pour les hommes).

Mais de façon plus générale, une tendance récente évolue avec l'arrivée des jeunes généralistes : de plus en plus de praticiens limitent leurs horaires ^[17] et aspirent à une vie de famille plus épanouie qu'ils soient de sexe masculin ou féminin.

Les médecins souhaitent dorénavant s'organiser de façon rigoureuse afin de faire la part entre leur vie professionnelle et privée pour trouver un équilibre ^[22].

Prendre du temps pour soi et ses proches apparaît vital. Ils refusent de se faire phagocyter par leur activité.

L'époque du médecin généraliste disponible à toute heure est révolue et est possible grâce au développement de diverses structures pour assurer la permanence des soins (Maisons médicales, SOS médecins ...)

Les limites que mettent en place les jeunes médecins avec les patients apparaissent donc plus nettes et plus poussées.

La génération actuelle de praticiens ayant entre 50 et 70 ans serait ainsi entre deux modèles : le modèle des anciens, « du sacerdoce » avec pour contrepartie une reconnaissance symbolique forte de la société, modèle en extinction, qui ne tient plus, mais qui a largement servi de référence à ces médecins, et un modèle en gestation dont les contours ne sont pas encore réellement fixés. Certains réagissent en approuvant et en s'adaptant au changement, d'autres restent sur leur ligne de conduite tout en comprenant et en respectant la nécessité de ces transformations de la pratique, avec toutefois une expression du regret de perdre ce modèle de médecine générale qu'ils ont connu toute leur vie ^[7].

La question de la visite à domicile apparaît comme un point intéressant : elle semble peu privilégiée par les jeunes médecins, d'autant plus de sexe féminin.

C'est ce que nous confirment les données de la littérature.

La part des visites à domicile représente 10 % de l'ensemble des consultations, une moyenne qui masque cependant d'importantes disparités selon les médecins : Un médecin sur cinq consacre moins de 2 % de ses consultations aux visites. À l'inverse, les visites à domicile représentent plus de 20 % de leurs consultations pour 14 % des médecins.

Le poids des visites dans la pratique du médecin semble extrêmement lié à ses caractéristiques personnelles et professionnelles. Ainsi, les médecins effectuant peu de visites (moins de 2 % de leurs consultations) se caractérisent par une très forte proportion de femmes (47 % contre 29 % pour l'ensemble des médecins). Ils sont plus jeunes que la moyenne (36 % ont moins de 50 ans, contre 32 % de l'ensemble), et exercent nettement plus souvent au sein d'un grand pôle urbain (85 % *versus* 67%).

Les tendances sont opposées concernant les médecins effectuant un nombre important de visites (plus de 20 % de leur activité de consultations) : plus âgés que la moyenne, les femmes y sont très minoritaires (12 %), de même que les praticiens en secteur 2. On les retrouve moins souvent dans les grands pôles urbains (64 %) ^[4].

Notre étude a permis de mettre en avant les causes exactes de cette tendance.

6. Niveau de vie et satisfaction

En 2011, selon une enquête de l'INSEE ^[35], les généralistes apparaissent en bas de l'échelle des revenus par rapport aux autres spécialités médicales, avec un salaire moyen de 82 020 euros par an, soit 6835 euros net par mois.

Les jeunes généralistes ont touché 15% de moins que l'ensemble des généralistes en 2011, ceci étant expliqué par la construction de leur patientèle et la féminisation de la profession dont nous avons parlé précédemment.

Ces résultats ne semblent pas en adéquation avec les chiffres qui ont pu être énoncés dans notre étude, une partie des interviewés déclarant des revenus beaucoup plus modestes. Ce décalage important est-il dû à la spécificité de notre échantillon ? Correspond-t-il à une volonté de sous-estimer leurs revenus ou bien à une réalité de terrain ?

Par ailleurs, les points de vue recueillis concernant leur temps de travail est variable, ce qui va dans le sens des études déjà réalisées ^[4].

En effet, face à un emploi du temps qui apparaît chargé, 42 % des généralistes interrogés en 2011 considèrent « avoir travaillé autant qu'ils le souhaitaient et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait ».

Une proportion similaire de praticiens répond cependant « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'il n'y a personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence ». Enfin, 15 % retiennent la proposition « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'ils ne le peuvent pas pour des raisons financières ».

Que représente le terme « travailler trop » pour les médecins concernés ? Nous retrouvons bien évidemment le fait d'être conscient de travailler plus que la moyenne des actifs : c'est ressentir un certain manque de temps de pause et de respiration, mais également un certain autre nombre de situations ou de perceptions comme : trop de confrontations aux difficultés du corps social, trop de paperasse, trop de stress dans le déroulement des journées, trop peu de vie familiale ^[32].

Dans nos résultats, les médecins se plaignent d'un sentiment de « flicage » de la part de la sécurité sociale, ce qui se confirme par divers articles de presse ^[12].

Cependant aucune étude n'a été retrouvée sur le sujet et ne peut confirmer ce ressenti un peu paradoxal d'utilité des pratiques de cette instance exprimé par les médecins de notre étude.

D'autre part, d'après un sondage OpinionWay réalisé pour le syndicat des médecins libéraux en 2014, 95% apparaissent hostiles au tiers payant généralisé pour les raisons citées dans notre étude ^[27].

7. Souffrances psychologiques

La santé mentale des médecins fait l'objet d'un nombre croissant de recherches indiquant que, par rapport à la population générale, ils souffrent plus fréquemment de pathologies liées au stress, d'anxiété et/ou de dépression, ont une consommation de médicaments psychotropes et des taux de suicide plus élevés ^[18].

Une enquête récente tire véritablement un signal d'alarme concernant la santé mentale des jeunes médecins, en indiquant que 66% d'entre eux souffrent d'anxiété et 28% de troubles dépressifs contre 10% dans la population générale, tandis que 24% auraient déjà pensé au suicide ^[20].

De plus en plus souvent, les médecins généralistes déclarent être insatisfaits vis-à-vis de leur pratique professionnelle et souhaiter changer de spécialité, voire de métier ^[7] ^[40].

Nous constatons cependant que dans nos résultats, malgré les difficultés, la majorité des médecins ne regrettent pas leur choix de carrière.

Pourtant, la quasi-totalité des interviewés de notre étude a déclaré avoir eu des moments de doute ou de véritables burnout durant leur carrière, mais ces derniers ont su trouvé des solutions pour surmonter la situation et apprendre à être heureux en exerçant leur métier.

L'un des interrogés a évoqué les bienfaits sur son exercice et son équilibre de sa participation à des groupes Balint ^[13].

C'est une idée qui nous est apparue très pertinente et actuelle pour faire face aux problèmes de relation médecin patient qui sont mis en avant dans notre travail ^[3].

Perspectives

Comment les médecins généralistes vivent-ils leur métier en 2017 ?

A cette question, nous pouvons répondre qu'une nette évolution de la profession et du statut de généraliste a bien été constatée ces dernières années.

L'accès facilité à l'information médicale a totalement modifié la relation médecin-patient et la manière d'exercer du médecin. Celui-ci a dû s'adapter à des patients bien plus impliqués dans leur santé. Les échanges ont été décrits par les médecins généralistes interrogés comme plus riches et intéressants.

En revanche, ils déplorent ce qu'ils appellent la génération du « tout, tout de suite ! » entraînant une exigence exacerbée du patient et une agressivité difficile à gérer au quotidien.

La majorité ressent une perte d'aura du statut de médecin, sans pour autant se sentir personnellement affectés. Les praticiens s'adaptent au changement et conservent les rôles traditionnels de leur fonction, en acceptant toutefois une relation plus commerciale qu'autrefois avec le patient.

Le point le plus négatif de l'évolution récente est l'ajout du rôle de « pivot central administratif » qui provoque un sentiment de dégradation de la fonction du généraliste.

Concernant le niveau de vie, les médecins généralistes déclarent ne pas avoir à se plaindre mais la plupart se montrent tout de même revendicateurs, jugeant leurs compétences et leurs responsabilités non rétribuées à leur juste valeur.

Nous avons constaté que le vécu global du métier de médecin généraliste est plutôt positif : les praticiens semblent s'être réalisés professionnellement et les satisfactions sont d'ordres multiples.

Ce travail a permis de mettre en lumière que la Médecine Générale a donc effectivement évoluée et continue sa transformation afin de s'adapter aux nouvelles exigences de la société tout en préservant son éthique et sa mission. Les jeunes générations façonnent et redéfinissent progressivement un nouveau mode de fonctionnement, alliant qualité des soins et épanouissement dans leur vie personnelle.

Le défi pour chaque médecin est de construire jour après jour un exercice en cohérence avec ses valeurs et en adéquation avec les évolutions de notre époque.

Afin de rendre plus attractif l'exercice de la Médecine Générale et plus performant le système de soins primaires, quelques pistes ressortent de notre travail.

Le ressenti des généralistes vis-à-vis des institutions de santé est très négatif : ils parlent d'un manque de confiance et de liberté, dont les causes réelles ou supposées devraient être identifiées et combattues.

L'allègement des contraintes administratives qui pèsent sur le temps disponible pour le contact humain, la satisfaction et la valorisation professionnelle du médecin paraît essentiel.

Enfin, notre travail a mis en évidence un nouvel enjeu pour les généralistes : préserver l'épanouissement de leur vie privée. Des efforts pourraient être faits dans l'organisation des soins pour aller en ce sens. Mais au-delà c'est un changement des mentalités, chez les patients mais aussi chez les médecins eux-mêmes, qui semble nécessaire. L'image du généraliste qui se doit d'être entièrement dévoué à ses patients a la vie dure. Pourtant l'identité du médecin est ailleurs, avec de belles valeurs professionnelles : disponibilité d'écoute, formation tout au long de la vie professionnelle et accompagnement du patient dans son appropriation des enjeux de sa santé.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Merci d'avoir accepté de me recevoir aujourd'hui.

Cet entretien, enregistré et totalement anonyme, sera utilisé à des fins de recherches pour l'élaboration de mon travail de thèse en Médecine.

Êtes-vous prêt à commencer ?

ROLE DU MEDECIN GENERALISTE :

- 1) Pour vous, dans votre quotidien, qu'est-ce que c'est d'être médecin généraliste ?
Relances : Quand avez-vous le plus le sentiment de jouer votre rôle de médecin généraliste ?
Vous qui êtes installés depuis X années, qu'est-ce que cela change ?
- 2) Qu'est ce qui est difficile dans ce métier ?
Avez-vous des exemples concrets à l'esprit ?
- 3) Ce rôle de médecin généraliste, ça a évolué ces dernières années ?
Relances : Sur quels points ?
Comment l'expliquer ?
- 4) L'organisation du système de santé, vous permet-elle d'exercer dans de bonnes conditions ?
Relances : Quels sont vos rapports avec la sécurité sociale / les délégués ? La coordination est-elle satisfaisante ? Et le mode de rémunération ?
Le paiement en fin de consultation influe-t-il sur la relation avec le patient ?

STATUT SOCIAL DANS LA SOCIETE :

- 1) Comment vous sentez vous considéré par vos confrères d'autres spécialités ? Par les paramédicaux ?
Et par les patients ?
Relances : Vos patients, vous vous sentez être qui pour eux ?
- 2) Avez-vous déjà dû faire face à un manque de respect de la part de patients ?
Relances : De quel type ?
Quel a été votre ressenti personnel dans ce genre de situations ?
- 3) Que pensez-vous de votre niveau de vie à l'heure actuelle ?
Relance : Et votre salaire ? Et le mode de rémunération ?

EPANOUISSEMENT PERSONNEL :

- 1) Comment influe votre métier de médecin généraliste sur votre vie et votre équilibre personnel ?
- 2) On peut parfois craquer dans ce métier Est que cela a déjà été votre cas ?

PERSPECTIVES :

- 1) Quel message voudriez-vous faire passer aux jeunes médecins qui hésitent à s'installer en libéral en tant que médecin généraliste ?

Relances générales à utiliser :

- Vous avez dit ... Pouvez-vous expliquer un peu plus ?
- Pouvez-vous me donner un exemple concret ?
- C'est-à-dire ?
- Répéter une partie de la question

Annexe 2 : Grille d'écoute

ROLE DU MEDECIN GENERALISTE :

- Représentation personnelle : Omnipraticien, connaissances médicales multiples (complexité), prévention, dépistage, suivi, notion de « médecin de famille », prise en charge à tous les âges, globalité du patient (entourage et contexte de vie), Gestion des pathologies aiguës (impliquant les urgences) et chroniques (Orientation, « triage », premier recours). Adaptabilité, dévouement au patient ? Permanence des soins ? Polyvalence : Fonctions administratives, secrétariat, gestionnaire, comptable, Technicien de surface.
- Relation médecin /patient : Relation au patient identique au spécialiste ? Type de relation (quelle distance ?), Conseiller / Psychologue ? Patient « à l'image » du médecin ?
- Moments clés du sentiment de Médecin généraliste : Constatation de suivis au long cours sur plusieurs générations, reconnaissance des patients, bon diagnostic/bonne orientation, soutien lors des moments difficiles, consultations de prévention et dépistage, Marques de confiance des patients.
- Influence de la durée d'installation : sur la relation médecin/patient (confiance, efficacité, statut, distance), sur les pratiques (confiance en soi ?)
- Difficultés : Temps des consultations (notion de rentabilité), charge de travail médical (patients nombreux, motifs divers, heures de travail importantes) et non médical (paperasses, prises de rdv, entretien des locaux ...), Rapport à la sécurité sociale (sensation de ne pas être « libre »), Exigence des patients (Démocratisation de l'information par internet, consultations à motifs multiples) et Personnalités difficiles. Isolement et limitation des examens complémentaires sur place, Difficultés à partir en vacances, Détachement des patients (trouver la bonne distance), Visites à domiciles (pas rentables et pourtant indispensables)
Gestion du doute, Gestion de situations complexes (médicalement ou socialement)
- Evolution : Concernant la relation médecin patient ? (Aura, position et rapports entre médecin et patient), nouveau statut de spécialiste accepté ? Même niveau d'exigence ? (compétences médicales et non médicales, disponibilité, obligations administratives)
Evolution avec les mœurs de la société ? (exigence de rentabilité et de rapidité, influence négative de la gratuité des soins ?)

ORGANISATION DE LA MEDECINE GENERALE :

- Avis personnel sur le modèle du système de santé français : accessibilité des soins, paiement à l'acte et récemment ajout des forfaits (MT / Personnes âgées / ALD / RO SP), déremboursement des médicaments, rôle des complémentaires santé.
- Avenir de la médecine : « Mort programmée de la médecine libérale ? », Impact du tiers payant généralisé (déresponsabilisation des patients et surconsommation à la clé ?), liberté d'installation remise en cause, Création de maisons médicales. Remise en question du secteur 2.
- Relation avec les institutions : sensation de privation de liberté par la sécurité sociale, de « surveillance des pratiques » (statistiques concernant les prescriptions, visiteurs de la sécu), erreurs de paiement.
URSSAF / CPAM / CARMF

STATUT SOCIAL :

- Considération :
De la part des autres *spécialistes* : spécialité à part entière ou dénigrée ? Type de relations (courtoises et confraternelles, aidantes ou plutôt méprisantes, désagréables ?)
De la part des *patients* : comparaison médecin généralistes VS autre spécialiste.
Représentation du MG et attentes des patients.
- Respect : comportements jugés non respectueux, expériences de violences physiques ou verbales, recrudescence de ces pratiques ? Conséquences sur le MG.
- Niveau de vie : Salaire convenable ? Système de paiement et prix de la consultation à revoir ? Valorisation suffisante de la difficulté du métier, des responsabilités, du niveau d'études ? Conséquences sur la prise en charge et la qualité des soins (Tendance à aller vite pour être rentable ?).
Mauvaise couverture sociale en tant que libéral : maternité, accidents, maladie : obligation de souscrire une prévoyance en plus des autres charges.
Incertitude de revenus : variables d'un mois à l'autre, pas de salaire durant les vacances avec les charges qu'il faut continuer à payer.
Place du MG dans la société : métier gratifiant à l'heure actuelle ?

SATISFACTION :

- Equilibre personnel : Satisfaction du rapport temps de travail/loisir ? Epanouissement personnel, conciliation avec vie de famille possible ? (aménagement des vacances, de l'emploi du temps)
Hésitations à faire des enfants ?
Gestion de la pression, de la responsabilité, de la souffrance et la plainte des patients au quotidien.
Points de satisfaction du métier de MG.
Conséquences sur la qualité des soins (la relation médecin-patient +++)
- Burn out : Expériences personnelles, explications des causes (surcharge de travail et émotionnelle, dévalorisation), moyens de lutte (prendre du temps pour soi, trouver l'équilibre et de détachement suffisant, suivi psychologique dès l'internat ?)
Aboutissement parfois à des reconversions professionnelles ou retraites anticipées.

PERSPECTIVES :

- Réalité du terrain à l'heure actuelle : Points positifs et négatifs du métier de MG (à conseiller ?), réelle « mort » annoncée de la MG ? Privilégier le salariat ou le secteur 2 ?
Installation et rémunération difficile ? Conseils éventuels.

Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des médecins interrogés

	Sexe	Age	Année Installation	Type activité	Maitre de stage	Seul ou groupe	Secteur	Gardes
E1	H	39	2009	Urbain	Non	Groupe	1	Non
E2	F	28	2016	Semi rural	Non	Groupe	1	Non
E3	F	37	2012	Urbain	Non	Groupe	1	Non
E4	H	55	1991	Urbain	Non	Seul	1	Non
E5	H	64	1981	Urbain	Non	Groupe	1	Non
E6	F	46	2014	Urbain	Non	Seul	2	Non
E7	H	52	1993	Semi rural	Oui	Groupe	1	Non
E8	F	35	2010	Semi rural	Oui	Groupe	1	Non
E9	F	53	2008	Semi rural	Non	Groupe	1	Non
E10	H	57	1989	Semi rural	Oui	Groupe	1	Non
E11	F	41	2013	Urbain	Non	Seul	1	Non
E12	H	28	2017	Semi rural	Non	Groupe	1	Non
E13	F	32	2014	Semi rural	Non	Groupe	1	Non
E14	F	44	2017	Rural	Non	Groupe	1	Oui
E15	F	58	1986	Urbain	Oui	Seul	1	Oui
E16	F	40	2007	Urbain	Non	Groupe	1	Non
E17	F	62	1981	Urbain	Non	Seul	1	Non

Bibliographie

1. ANGUIS M. « *En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées* », Études et Résultats, DREES, n° 1006, Mars 2017. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1006-2.pdf> (consulté le 15/08/2017)
2. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT, LETRILLIART L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone (GROUM-F). « *Introduction à la recherche qualitative* », Revue Exercer, n°84, 2008.
3. BALINT M. « *Le Médecin, son Malade et la Maladie* », trad VALABREGA JP, 2nd édition Paris : Payot, 422p, 1966.
4. BARLET M, MARBOT C. « *Les conditions de travail des médecins généralistes* », Panoramas de la DRESS, édition 2016. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/portrait-pro-2016-010716.pdf> (consulté le 15/08/17)
5. BARLET M, MARBOT C. « *Portrait des professionnels de santé, Médecins : les épreuves classantes nationales (ECN)* », Panoramas de la DRESS, édition 2016. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/portrait-pro-2016-010716.pdf> (consulté le 15/08/17)
6. BLANCHET A, GOTMAN A. « *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* », 2^{ème} édition Armand Colin, 128p, 2015.
7. BLANDIN O – CABE M-H. « *Cessation d'activité des médecins libéraux Tome 2* », Enquête DREES, Mars 2008. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200806.pdf> (consulté le 15/08/2017)
8. BOUQUIER J-J. « *Evolution du métier de médecin* », Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 23 juin 2001. [En ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/evolutionmetier.pdf> (consulté le 15/08/2017)
9. BVA/ GSK. « *Burn out des médecins : une souffrance au travail* », Etude, Septembre 2013. [En ligne] <http://www.veille-infosplus.fr/filagenda/files/2013/09/Dossier-de-Presse1.pdf> (consulté le 15/08/2017)
10. CASSAN M. « *Usages et attentes des Français à l'égard du digital en matière d'information sur leur santé* », Rapport d'étude, Ipsos observer, Mai 2016.
11. CASTEL P. « *Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique* », Revue française de sociologie, vol.46, no. 3, pp. 443-467, 2005. [En ligne] <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01020578/document> (consulté le 15/08/2017)
12. CHAIGNON A. « *Les médecins sont de plus en plus fliqués et sanctionnés* ». L'humanité, Juillet 2011. [En ligne] https://www.humanite.fr/03_07_2011-les-m%C3%A9decins-sont-de-plus-en-plus-fliqu%C3%A9s-et-sanctionn%C3%A9s-475607 (consulté le 15/08/2017)

13. COHEN-LEON S. « *Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept* », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, vol. 50, no. 1, pp. 141-148, 2008. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2008-1-page-141.htm> (consulté le 15/08/2017)
14. Conseil de l'ordre des médecins. « *Atlas de la démographie médicale en France* », situation au 1er janvier 2016. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf (consulté le 15/08/2017)
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. « *Résultats de l'observatoire de la sécurité des médecins* », 2016. [En ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2097> (consulté le 15/08/2017)
16. DA CRUZ N. « *La santé sur le Web* », Médecins, Dossier, no 12, Juillet Aout 2010.
17. DORY V. POUCHAIN D. « *La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes* », Exercer 85, pp.4-7, 2009. [En ligne] http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdf (consulté le 15/08/2017)
18. DUSMESNIL H. « *Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants* ». Santé Publique, vol. 21, no. 4, pp. 355-364, 2009. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.htm> (consulté le 15/08/2017)
19. GARAT P. « *La bonne tenue du dossier médical et principes de transmission* », Les entretiens de Bichat, 27 septembre 2014. [En ligne] <http://www.ile-de-france.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-186/documents/Entretien%20Bichat%200914.pdf> (consulté le 15/08/2017)
20. GRAVELEAU S. « *66% des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété* », Le Monde, 13 juin 2017. [En ligne] http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/13/66-des-futurs-et-jeunes-medecins-souffriraient-d-anxiete_5143429_1651302.html (consulté le 15/08/2017)
21. GRIGNON M. « *Singuliers généralistes* ». Sociologie de la médecine générale, sous la direction de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer, Presses de l'EHESP, Revue française des affaires sociales, pp. 49-62, 2010. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-49.htm> (consulté le 15/08/2017)
22. HERMANGE M-T, AMBROISE-THOMAS P, COUTURIER D, LOISANCE D. Académie Nationale de médecine. « *Le rôle et la place du médecin généraliste en France* », Enquête réalisée par l'institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine, Mars 2008. [En ligne] http://urpsmla.org/IMG/pdf_BVA_Generalistes_2008.pdf (consulté le 15/08/2017)
23. HEYMANS I. « *Argumentaire pour un système de santé fondé sur des soins de santé primaires et pour le soutien au développement de centres de santé intégrés* », Fédération de maisons médicales et des collectifs de santé francophones, Santé conjugulée, n°37, juillet 2016.

24. INSEE. « *Tableaux de l'économie Française* », Edition 2016. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743> (consulté le 15/08/2017)
25. Ipsos Public Affairs. « *Le regard des médecins sur leur métier a changé* », Septembre 2004. [En ligne] <http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2004-09-30-regard-medecins-sur-leur-metier-change> (consulté le 15/08/2017)
26. KAUFMANN J-C, SINGLY F. « *L'entretien compréhensif* », 2^{ème} édition, Paris: Armand Colin, 127 p, 2007.
27. LAUBACHER P, THOUNY L. « *Tiers payant généralisé : pourquoi les médecins n'en veulent pas* », L'obs, Décembre 2014. [En ligne] <http://tempsreel.nouvelobs.com/sante/20141223.OBS8545/tiers-payant-generalise-pourquoi-les-medecins-n-en-veulent-pas.html> (consulté le 15/08/2017)
28. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, MOURGUES J-M. « *La santé des étudiants et jeunes médecins* », CNOM, 2016 [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf (consulté le 15/08/2017)
29. LE FUR P. « *Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles* », Irdes, Questions d'économie et de santé n° 144, Juillet 2009. [En ligne] <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf> (consulté le 15/08/2017)
30. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, article 60.
31. LORTHOLARY C. « *Être médecin généraliste aujourd'hui* », *Laennec*, vol. Tome 58, no. 3, pp. 28-43, 2010. [En ligne] <http://www.cairn.info/revue-laennec-2010-3-p-28.htm> (consulté le 15/08/2017)
32. MICHEAU J., MOLIERE E. « *L'emploi du temps des médecins libéraux* ». DREES, Dossiers solidarité et santé n°15, 2010. [En ligne] <http://drees.solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf> (consulté le 15/08/2017)
33. PICUT G. « *Médecine, coup de jeune sur les généralistes* », *Le Monde économie*. Mai 2017. [En ligne] http://www.lemonde.fr/emploi/article/2017/05/23/medecine-coup-de-jeune-sur-les-generalistes_5132601_1698637.html (consulté le 15/08/2017)
34. PIERRON JP. « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soin* », *Sciences sociales et santé*, vol 25, n° 02, pp. 43-66, 2007. [En ligne] http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2007_num_25_2_1858 (consulté le 15/08/2017)
35. PLA A, MIKOL F. « *Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés: évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés* », INSEE Références, Emploi et revenus des indépendants, édition 2015. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374692?sommaire=1374698> (consulté le 15/08/2017)
36. SALVATORE O. « *Histoire et évolution de la médecine générale en France : Focus sur le XXe siècle* », Article, Thèse d'histoire de la médecine portant sur l'histoire et l'évolution de la médecine générale en France à partir du XIXe siècle, Février 2016.

37. SUEUR B. « *La médecine générale est à bout de souffle* » Le Monde, 9 décembre 2010 [En ligne] http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/12/09/la-medecine-generale-est-a-bout-de-souffle_1450902_3232.html (consulté le 15/08/2017)
38. TETART J. « *Evolution de la relation médecin patient lors d'un suivi au long cours : points de vue de médecins généralistes installés depuis plus de 30 ans dans les Alpes-Maritimes recueillis lors d'entretiens individuels* », Thèse d'exercice : Médecine, CHU Nice, 2014.
39. VEGA A. « *Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux – tome I* », Document de travail, série Études et Recherche, DREES, n° 73, décembre 2007. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud73.pdf> (consulté le 15/08/2017)
40. VEGA A. « *Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies* », Document de travail, Dossier solidarité et santé, DREES, n° 06, 2008. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud77.pdf> (consulté le 15/08/2017)
41. Wonca Europe 2002. « *La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille* ». [En ligne] <http://www.woncaeurope.org> (consulté le 15/08/2017)

Table des matières

Introduction	11
Méthode	12
I) Type d'étude	12
II) Population étudiée	12
1. Critères d'inclusion	12
2. Recrutement	12
3. Caractéristiques de l'échantillon	12
III) Guide, grille et technique d'entretien	12
1. Le guide d'entretien	12
2. Les techniques d'entretien pour l'investigateur	13
3. La grille d'écoute	13
IV) Déroulement des entretiens	13
1. Lieu	13
2. Durée	13
3. Calendrier et validations intermédiaires	13
4. Recueil des données et consentement	14
V) Traitement des données	14
1. Etapes et matériel	14
2. Détails concernant les retranscriptions	14
3. Saturation théorique	14
4. L'analyse finale	14
5. Triangulation	15
Résultats	16
I) Caractéristiques descriptives et résultats intermédiaires	16
1. Recrutement et déroulement des entretiens	16
2. Démographie de la population interrogée	17
II) Résultats qualitatifs	20
Partie A : Evolution générale du métier et difficultés ressenties au quotidien par les généralistes	20
1. La charge administrative	20
2. L'exigence des patients	21
3. La démocratisation de l'information	23

4. Le comportement des médecins	24
5. Le progrès technologique	26
6. Vers une déshumanisation de la Médecine Générale ?	27
7. La gestion du temps et de la responsabilité	27
Partie B : Représentations actuelles du statut et du rôle du MG. Positionnement par rapport au spécialiste	28
1. Le statut et le rôle de Médecin Généraliste	29
2. Le statut particulier du jeune médecin	30
3. Positionnement par rapport au spécialiste	31
Partie C : Organisation du système de santé et rapports avec les instances médicales. Le rapport à l'argent, niveau de satisfaction et qualité de vie globale des médecins	32
1. Organisation du système de santé et rapport avec les instances médicales	32
2. Rémunération et rapport à l'argent dans la relation médecin patient	33
3. La qualité de vie globale des médecins généralistes	36
4. Des conséquences parfois dramatiques	38
5. Les avantages de l'installation et solutions face aux difficultés	38
Discussion	41
I) Limites de l'étude	41
1. Limites liées à l'entretien	41
2. Limites du guide d'entretien	42
3. Limites liées à l'échantillon	42
4. Limites de l'analyse	43
II) Discussion des résultats	43
1. La charge administrative	43
2. Accès à l'information médicale et exigence du patient	44
3. Conséquences sur la relation médecin patient	44
4. Réalités sur le statut et le rôle de médecin généraliste	45
5. L'adaptation comportementale des médecins face à l'évolution sociétale	46
6. Niveau de vie et satisfaction	47
7. Souffrance psychologique	48
Perspectives	49
Annexes	50
Bibliographie	55

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Résumé

Introduction : Nous assistons à une véritable désertification médicale concernant les soins primaires du fait de départs en retraite massifs des généralistes d'une part et d'une crise des vocations chez les étudiants, avec un exercice libéral délaissé d'autre part. L'attractivité de la Médecine Générale aujourd'hui et dans les années à venir représente donc un enjeu majeur pour la société Française.

Nous avons cherché à comprendre comment les médecins généralistes installés vivent réellement leur métier au quotidien en 2017.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés : 17 généralistes des Alpes-Maritimes ont été interrogés du 02 au 30 mars 2017.

Résultats : Les médecins généralistes mettent en avant les évolutions du métier ainsi que les difficultés rencontrées dans leur exercice : la charge administrative, la démocratisation de l'information et l'augmentation de l'exigence du patient avec le développement d'attitudes de manque de respect et enfin leur propre changement de comportement avec la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Une nette dégradation du statut de généraliste est constatée mais les praticiens s'adaptent au changement et conservent les rôles traditionnels de leur fonction, en acceptant une relation plus commerciale qu'autrefois avec le patient.

Le niveau de satisfaction des médecins paraît mitigé : le vécu global du métier est plutôt positif, ceux-ci mettant largement en valeur les avantages de l'exercice de cette discipline en libéral, mais les rapports avec les instances médicales sont complexes et le niveau de rémunération et surtout de reconnaissance jugés insuffisants.

Conclusion : Ce travail a mis en lumière que la Médecine Générale a évolué et continue sa transformation afin de s'adapter aux nouvelles exigences de la société tout en préservant son éthique et sa mission. Les jeunes générations façonnent progressivement un nouveau mode de fonctionnement, alliant qualité des soins et épanouissement dans leur vie personnelle.

Afin de rendre plus attractif l'exercice de la Médecine Générale, il serait intéressant de travailler sur les causes du ressenti négatif envers les institutions, d'alléger les contraintes administratives mais également de faire en sorte que le médecin généraliste puisse préserver l'épanouissement de sa vie privée, à travers une organisation des soins adaptée et un changement global des mentalités.

Mots clés : étude qualitative ; vécu ; satisfaction ; métier ; médecin généraliste