



HAL
open science

Médecins généralistes libéraux exerçant au-delà de l'âge de la retraite : étude qualitative des déterminants de la poursuite de l'activité

Bastien Duguet

► To cite this version:

Bastien Duguet. Médecins généralistes libéraux exerçant au-delà de l'âge de la retraite : étude qualitative des déterminants de la poursuite de l'activité . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01679354

HAL Id: dumas-01679354

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01679354>

Submitted on 9 Jan 2018

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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N° 208

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 12 décembre 2017

Par **Bastien DUGUET**

Né le 28 décembre 1987 à Bayonne

**Médecins généralistes libéraux exerçant au-delà de l'âge de la
retraite : étude qualitative des déterminants de la poursuite de
l'activité.**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Bruno LEPLAIDEUR

Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Madame le Docteur Sylvie MAURICE	Juge
Monsieur le Docteur William DURIEUX	Juge
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL	Juge
Madame le Docteur Shérazade KINOUBI	Juge, Rapporteur
Monsieur le Docteur Bruno LEPLAIDEUR	Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.
Veuillez trouver toute ma considération et ma gratitude.

A Madame le Docteur Sylvie MAURICE

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger cette thèse et ainsi d'apporter votre expertise en santé publique à cette thèse de médecine générale. Vous m'honorez par votre présence.

A Monsieur le Docteur William DURIEUX

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre présence. Je vous remercie pour votre implication et le partage de vos connaissances au cours de mon 3^{ème} cycle de médecine.

A Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Je vous remercie pour vos conseils précieux, que ce soit dans l'élaboration de la fiche de projet de thèse ou dans l'organisation de ma soutenance. Vous m'aviez fait part de votre intérêt pour la question, vous m'honorez par votre présence aujourd'hui.

A Madame le Docteur Shérazade KINOUBI

Vous avez accepté d'être rapporteur de cette thèse, je souhaite vous remercier pour votre implication dans l'évaluation de mes travaux. Vos conseils ont été précieux et judicieux. Je vous remercie pour votre rigueur et pour la qualité de votre évaluation.

A Monsieur le Docteur Bruno LEPLAIDEUR

Vous avez partagé cette épreuve avec moi. Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à ce travail de recherche. Votre aide a été précieuse, merci pour votre disponibilité, pour vos conseils judicieux et pour votre sympathie.

A ma mère, qui a toujours été là pour nous 3 et nous a transmis des valeurs essentielles. Merci pour ton soutien et tes encouragements.

A mon père et Marie-Laurence, qui m'ont toujours soutenu dans ma vie professionnelle et personnelle. C'est une fierté aujourd'hui pour moi de pouvoir échanger avec toi sur la médecine.

A ma grand-mère, merci pour toute ton affection et ton écoute.

A Françoise et Pierre, Renée et Jean-Louis, pour leurs encouragements.

A Caroline et Thomas, pour tous les bons moments qu'on a partagés. Merci pour votre présence inconditionnelle et ce lien indéfectible qui nous unit.

A JC et Mathieu, pour ces années de coloc qui m'ont marqué à jamais. Merci pour tous ces bons moments, merci pour cette fabuleuse amitié qui nous unit.

A tous mes amis, merci pour tous ces moments festifs et studieux. Merci pour votre soutien, j'ai vraiment de la chance de vous avoir.

A Mathilde, pour tout le bonheur que tu m'apportes. Pour tout ce que nous avons partagé, ce que nous partageons et surtout ce que nous partagerons encore, merci.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	2
TABLE DES MATIERES	4
LISTE DES ABREVIATIONS	7
I. INTRODUCTION	8
1. Evolution démographique	10
a. Vieillissement et féminisation de la population des médecins généralistes.	10
b. Evolution démographique des médecins retraités.	12
c. Analyse territoriale et évolution de la densité médicale.	13
2. Dispositifs d'incitation à la poursuite de l'activité.	16
a. Cadre légal des droits à la retraite. Retraite avec surcote.	16
b. Statut de médecin retraité actif.	18
3. Analyse des comportements des médecins généralistes et des médecins retraités actifs.	19
a. Etude des comportements de cessation d'activité des médecins généralistes.	19
b. Etude sur les médecins retraités actifs.	20
4. Question de recherche	21
5. Objectifs.	22
II. MATERIELS ET METHODES	23
1. Recherches bibliographiques	23
2. Choix de la méthode	23
a. Etude qualitative.....	23
b. Entretiens semi-structurés.	24
3. Choix de la population	24
a. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24
b. Recrutement des médecins.....	25
c. Taille de l'échantillon.	25
4. Elaboration du guide d'entretien et déroulement des entretiens.	26
5. Retranscription des entretiens et méthode d'analyse des données	27

III. RESULTATS.....	29
1. Caractéristiques de l'échantillon.	29
2. Eléments motivant la poursuite de l'activité.	32
a. Aspect financier.	32
b. Plaisir du métier.	33
c. La sensation d'un devoir à accomplir / ne savoir faire que de la médecine.	34
d. Liens avec les patients / Besoin relationnel.	35
e. Exercice médical particulier.	37
f. Intérêt pour la formation médicale.	38
g. Statut social valorisé.	39
h. Travail maintien en forme.	40
3. Freins à la cessation d'activité.	40
a. Désir de succession.	40
b. Peur de « l'après ».	45
c. Problème financier.	46
4. Eléments favorisant la poursuite de l'activité.	48
a. Eléments professionnels favorisants.	48
b. Eléments personnels favorisants.	52
5. Le statut de médecin retraité actif.	54
a. Choix de bénéficiaire ou non de ce statut.	54
b. Avis positifs.	54
c. Avis négatifs.	55
6. La cessation d'activité.	57
a. Arrêt avec successeur.	57
b. Arrêt sans successeur.	58
c. Arrêt si problème de santé.	59
7. Eléments en faveur d'une future cessation d'activité.	60
a. Une médecine générale contraignante.	60
b. Fatigue physique.	61
c. Pression de l'entourage.	62
8. Théorisation ancrée.	62

a.	Poursuite par choix ou par nécessité.....	62
b.	Des profils de carrière variés.....	63
IV.	DISCUSSION.....	65
1.	Forces de l'étude.....	66
a.	Intérêt de l'étude.....	66
b.	La méthode qualitative.....	66
c.	L'échantillon.....	66
2.	Limites.....	67
a.	Le biais d'investigation.....	67
b.	Biais de recrutement.....	68
c.	Choix de la population étudiée.....	68
d.	Analyse par logiciel Nvivo®.....	68
e.	Limite par défaut de triangulation.....	69
3.	Comparaisons avec les données de la littérature.....	69
a.	Des facteurs motivationnels variés.....	69
b.	De multiples freins à l'arrêt de l'activité.....	73
c.	Ce qui les a aidés dans la poursuite de l'activité.....	75
d.	Le statut de médecin retraité actif controversé.....	77
V.	CONCLUSION.....	78
VI.	REFERENCES.....	80
VII.	ANNEXES.....	85
1.	Annexe 1 : Guide d'entretien.....	85
2.	Annexe 2 : Entretiens (consultation sur demande).....	87
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	88
	ABSTRACT.....	89

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence régionale de Santé.

ASV : Allocations Supplémentaires de Vieillesse.

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France.

DU : Diplôme Universitaire.

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

FARA : Fédération des Associations Régionales des Allocataires et prestataires de la CARMF.

MBA: *Medical Board of Australia.*

NCVER: *National Center for Vocational Education Research.*

I. INTRODUCTION

A l'heure de la retraite, les médecins sont de plus en plus nombreux à ne pas vouloir ranger le stéthoscope. L'étude de l'évolution de la démographie médicale montre une augmentation significative de l'effectif des médecins généralistes continuant à exercer au-delà de l'âge d'ouverture des droits de la retraite à taux plein (1). Le phénomène est récent : en 2007, les médecins généralistes de plus de 65 ans ne représentaient que 1,5 % de l'effectif total des médecins généralistes en activité régulière ; en 2015 ils représentaient 6,8 % de l'effectif des médecins généralistes, soit 4,5 fois plus en 8 ans (1,2).

Ce phénomène s'intègre dans une démographie médicale en pleine évolution, avec un vieillissement des acteurs de santé et une féminisation de la profession. Par ailleurs, on note une diminution de la densité médicale moyenne puisqu'elle est en baisse ces dernières années, passant de 100 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2007 à 88 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015. Notons également une hétérogénéité de plus en plus marquée dans la répartition de l'offre de soins primaires sur le territoire, creusant les inégalités et développant de véritables déserts médicaux, source de débats et réflexions socio-politiques intenses.

Le développement du statut de médecin retraité actif permet depuis la loi Fillon du 21 août 2003 un cumul emploi/retraite. La loi de financement de la sécurité sociale de 2009 a facilité ce dispositif. En effet, elle a supprimé le plafond de ressources autorisées (3). Sur la période 2007-2015, les effectifs de médecins retraités actifs ont augmenté de 433 % (1).

L'évolution démographique des acteurs de santé est en pleine évolution et il est difficile aujourd'hui, par une simple analyse chiffrée, de comprendre le ou les mécanisme(s) incitant les médecins généralistes à poursuivre leur activité au-delà de l'âge de la retraite.

L'initiative de ce travail est partie d'un ressenti personnel survenu au cours de divers remplacements en milieu rural, constatant un nombre important de médecins continuant d'exercer tardivement leur activité libérale. Les études démographiques ont confirmé ce ressenti. Cependant les données actuelles concernant les motivations de ces médecins restent pauvres :

-la FARA (Fédération des Associations Régionales des Allocataires et prestataires de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France ou CARMF) a réalisé en 2015 une étude centrée sur les médecins retraités actifs (cumulant retraite et activité), visant à mieux cerner leurs besoins et les raisons de leur choix. Cette étude quantitative réalisée auprès de 3396 médecins, toutes spécialités confondues, a mis en lumière la controverse qui accompagne le statut de médecin retraité actif (cotisations inadaptées) et la place importante de l'aspect financier dans la poursuite des médecins cumulants (4).

-la DRESS (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) a réalisé en 2007 et 2008 une étude qualitative axée sur les comportements de cessation d'activité, étudiant les profils des médecins en fonction de l'âge de départ à la retraite. Au cours de cette étude phénoménologique deux profils de médecins exerçant tardivement ont été isolés : les notables et les passionnés (5,6).

Peu d'études antérieures se sont intéressées au sujet, avec des schémas d'études différents. Nous pensons que réaliser une étude qualitative apporterait des éléments d'enrichissement aux études quantitatives et qualitatives phénoménologiques précédentes.

Notre travail avait pour objectif principal de déterminer les causes de poursuite de l'activité au-delà de l'âge théorique de départ à la retraite chez les médecins généralistes libéraux Aquitains.

Nous avons comme objectif secondaire d'étudier les points de vue des médecins concernant le statut de médecin retraité actif.

Ainsi, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, à partir d'entretiens semi-structurés, permettant une véritable immersion dans la vie des médecins afin d'analyser ce phénomène en fonction du contexte social et culturel.

1. Evolution démographique.

a. Vieillessement et féminisation de la population des médecins généralistes.

Au 1^{er} janvier 2015, le tableau de l'ordre des médecins recensait 89 788 médecins généralistes en activité régulière, tous modes d'exercices confondus, sur l'ensemble du territoire français. Parmi eux, 6 177 étaient âgés de plus de 65 ans, soit 6,8 %. Un effectif en hausse puisqu'en 2007 ils n'étaient que 1440 médecins généralistes de plus de 65 ans pour 96 889, soit 1,5 % (1,2).

Cette évolution démographique se constatait spécifiquement pour les praticiens exerçant en activité libérale. Le nombre de médecins généralistes libéraux d'âge strictement supérieur à 65 ans exerçant en cabinet libéral était passé de 376 en 2007 à 4340 en 2015. A noter que le nombre de médecins remplaçants de plus de 65 ans était également en hausse, passant de 623 en 2007 à 1127 en 2015.

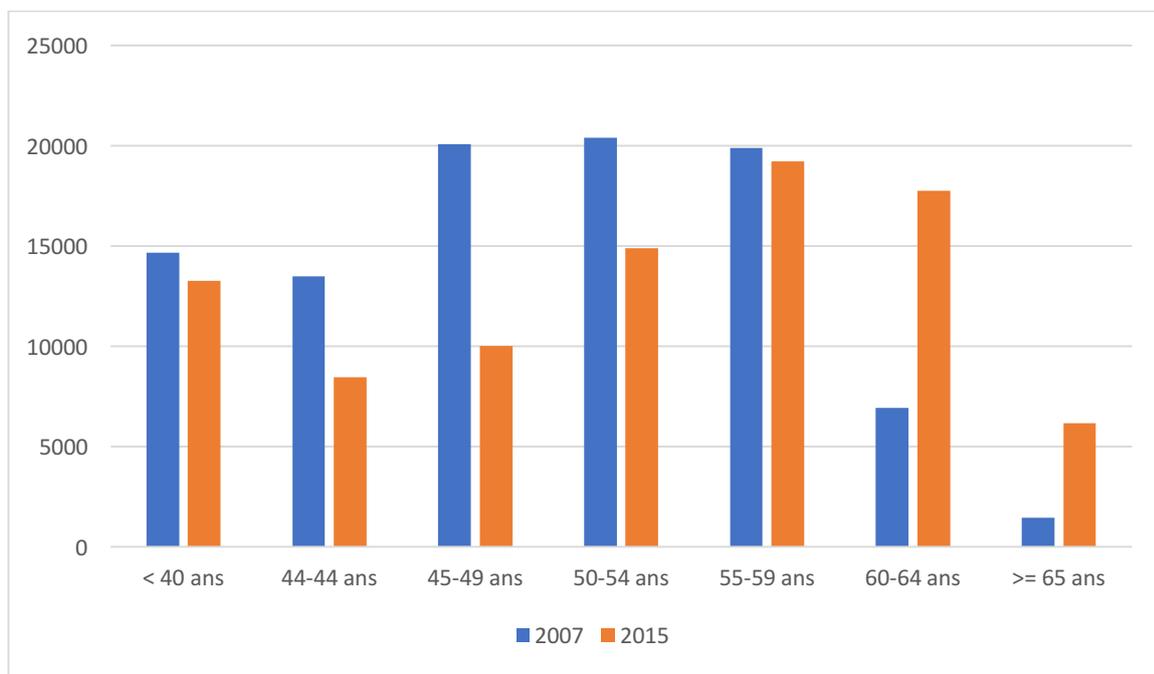


Figure 1 : pyramide des âges des médecins généralistes en activité – France entière.

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2015

En Aquitaine (région Aquitaine telle que définie en 2015) cette hausse était également constatée, avec 256 médecins généralistes de plus de 65 ans continuant d'exercer en cabinet libéral en 2015 contre seulement 14 en 2007. L'effectif des médecins généralistes de plus de 65 ans remplaçants avait quant à lui doublé, passant de 44 à 92.

Ainsi ces chiffres montraient une augmentation spectaculaire de la population de médecins généralistes continuant d'exercer au-delà l'âge de la retraite à taux plein (65 ans en 2015) (cf I.2.a).

Cette évolution était logiquement associée à un vieillissement de l'effectif des médecins généralistes en activité, avec un âge moyen passant de 49,1 ans en 2007 à 52 ans en 2015.

Concernant la population étudiée dans l'étude, c'est-à-dire les médecins généralistes libéraux installés en cabinet en Aquitaine, l'âge moyen était passé de 51,2 ans en 2007 à 53,8 ans en 2015.

Une population de médecins généraliste globalement plus âgée mais aussi plus féminine : en 2007 on comptait 1 femme pour 1,6 hommes, en 2015 le ratio était de 1 femme pour 1,2 hommes (1).

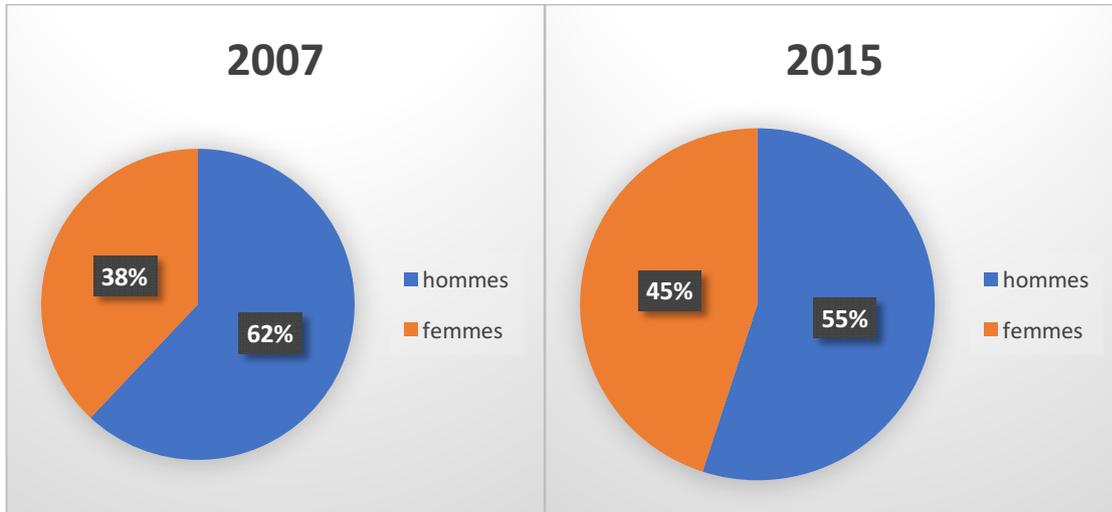


Figure 2 : répartition par genre chez les médecins généralistes en activité.

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2015

b. Evolution démographique des médecins retraités.

Au 1^{er} juillet 2015, la CARMF comptait 10653 médecins, toutes spécialités confondues, qui cumulaient retraite et activité (4). Ils représentaient 22,4 % de l'ensemble des médecins retraités alors qu'en 2007 ils ne représentaient que 7 % des praticiens retraités (1).

Depuis le déplafonnement du cumul retraite / activité libérale, le nombre de médecins utilisant ce dispositif n'a cessé de croître passant de 9306 au 1^{er} juillet 2014 à 10653 au 1^{er} juillet 2015, soit une augmentation de 14 % en 1 an (7).

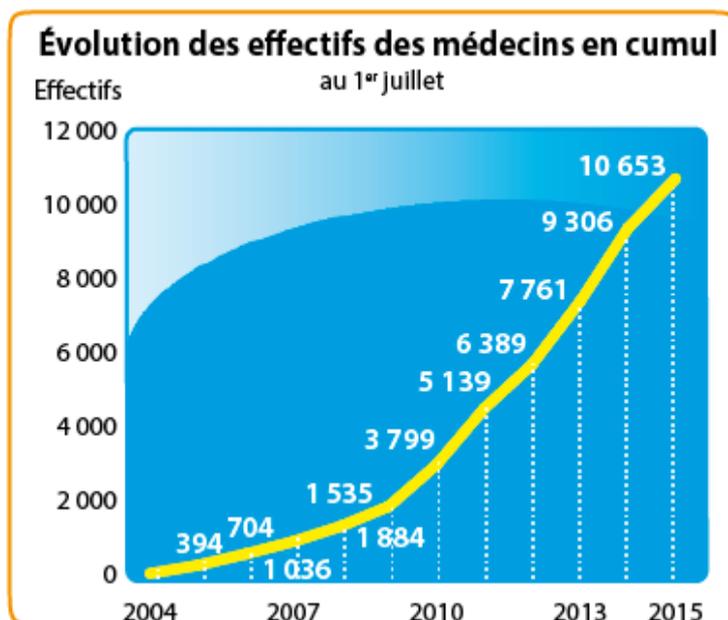


Figure 3 : évolution des effectifs des médecins en cumul.

Source : CARMF. Médecins en cumul retraite / activité libérale. Octobre 2015.

En moyenne les médecins prenaient leur retraite à l'âge de 65 ans après avoir travaillé 34,9 ans.

En 2015, 80 % des retraités étaient des hommes, âgés en moyenne de 74 ans. Les femmes représentaient 20 % des médecins retraités, âgées en moyenne de 72 ans. Concernant les médecins en cumul, le ratio était de 1 femme pour 4,8 hommes avec un âge moyen de 69,4 ans pour les hommes et 68,9 pour les femmes. Cette répartition par sexe était proche de celle de la population retraitée, ce mode d'exercice n'attirait donc pas plus les médecins hommes que les médecins femmes.

La spécialité de médecine générale demeurait la plus exercée par les médecins en cumul retraite / activité libérale avec un effectif total de 4 825 médecins en 2015 (soit 45 % des médecins retraités actifs en activité libérale) (7).

c. Analyse territoriale et évolution de la densité médicale.

Au 1^{er} janvier 2015 l'ordre des médecins recensait 215 539 médecins en activité régulière toutes spécialités confondues contre 213 995 en 2007.

L'analyse territoriale des effectifs sur la période 2007/2015 permettait de mettre en évidence 3 classes de régions : les régions en augmentation, en stagnation et en diminution. L'Aquitaine était classée région en augmentation avec 3 départements en augmentation (Gironde, Landes et Pyrénées-Atlantiques) et 2 départements en diminution (Dordogne et Lot-et-Garonne).

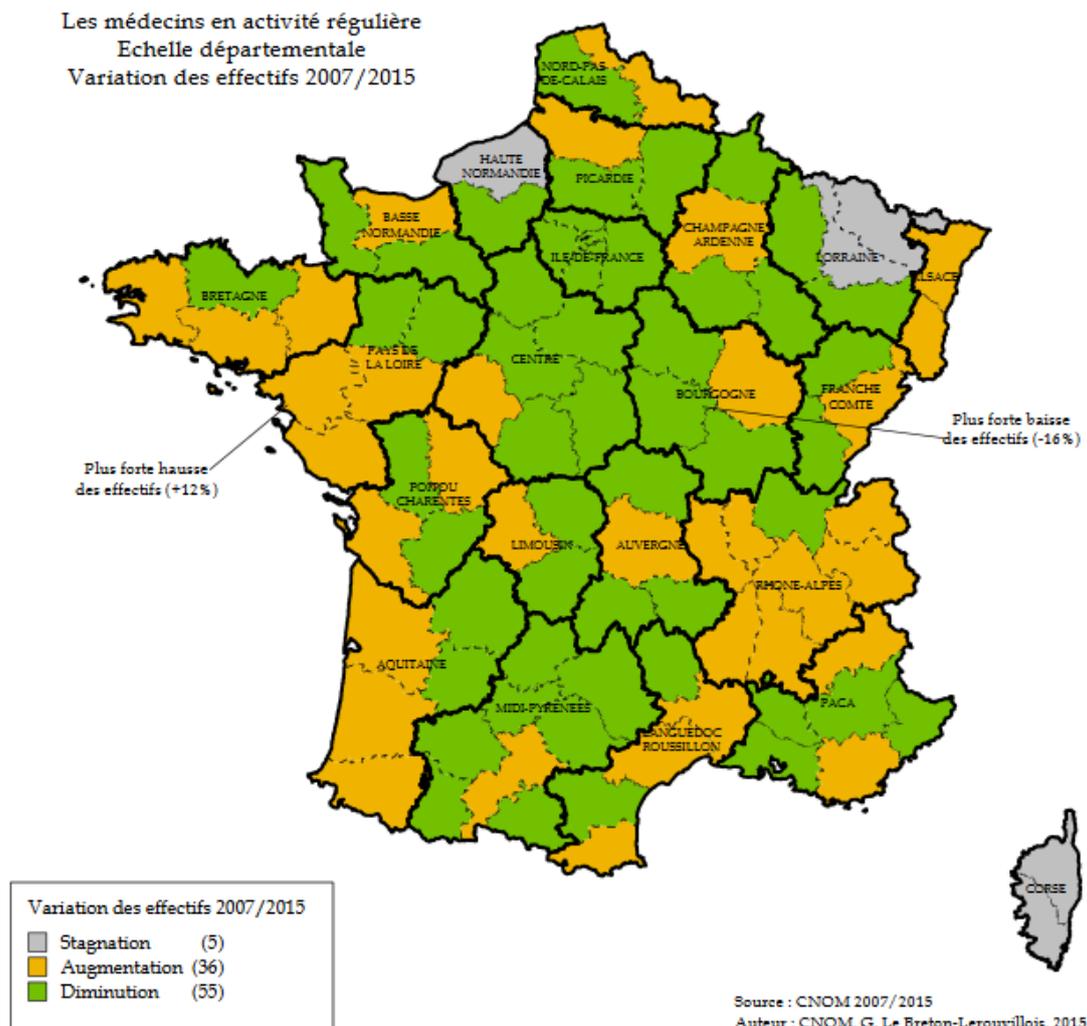


Figure 4 : les médecins en activité régulière, variation des effectifs 2007/2015

Source : Ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale 2015

La stabilité globale des effectifs cachait une réalité contrastée. Si la courbe des généralistes déclinait, à l'inverse celle des spécialistes en activité était en

augmentation constante depuis 2007. Les médecins généralistes étaient les plus touchés par les départs en retraite : au cours de la période 2007/2015, leur effectif a diminué de 8 % (8).

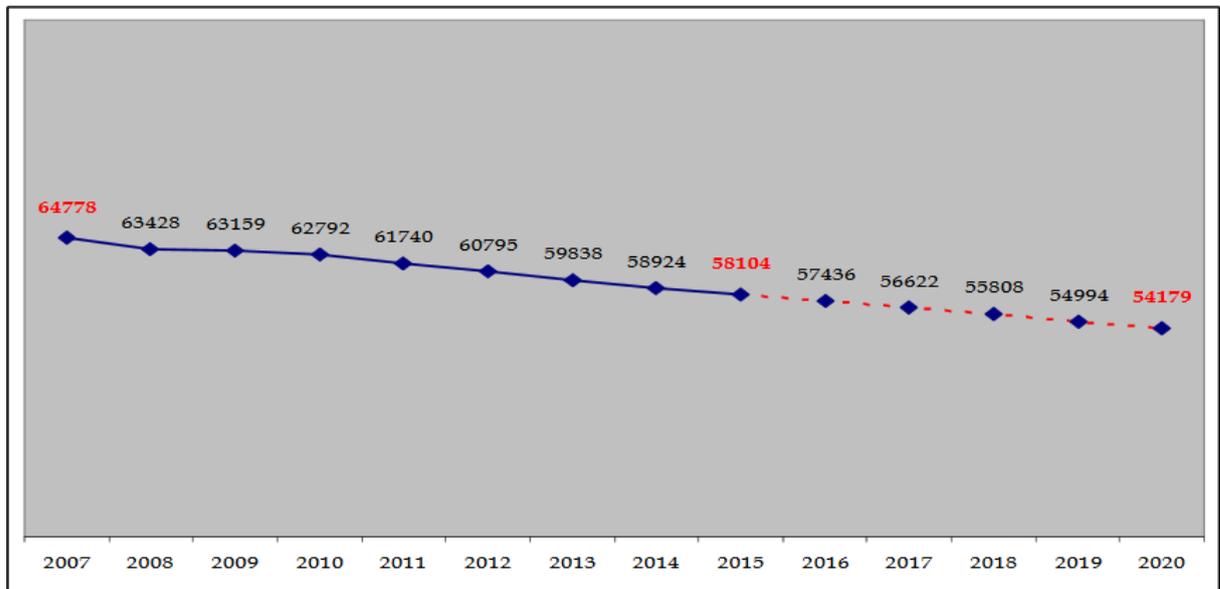


Figure 5 : effectifs des médecins généralistes libéraux / mixtes – de l’observé à l’attendu.

Source : Ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale 2015.

Concernant les médecins généralistes, la densité médicale était en baisse ces dernières années, passant de 100,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2007 à 88,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015. Une baisse de la densité au niveau national qu’on retrouvait dans toutes les régions de France, de façon plus ou moins importante : par exemple la région Ile-de-France enregistrait la plus forte baisse (-17,7 %) alors que les régions Franche-Comté, Corse et Alsace semblaient relativement préservées par cette désertification de la profession (respectivement -5,9 %, -5,3 % et -5,3 %).

En Aquitaine, on observait une baisse de la densité médicale des généralistes de 11,2%, passant de 112,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2007 à 100,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015.

A partir des données de densités médicales et de variations des effectifs, une

classification régionale a été réalisée, classant l'Aquitaine en classe C, c'est-à-dire un ensemble de régions dont la densité médicale était forte mais dont la variation des effectifs sur la période 2007/2015 était très préoccupante (1).

Les inégalités d'accès aux médecins généralistes sont à l'heure actuelle d'une ampleur limitée : 98% de la population réside à moins de 10 minutes de route d'un médecin généraliste en 2015. Cependant, tant la démographie vieillissante des médecins que les aspirations des jeunes générations concourent à une diminution probable des effectifs libéraux dans les prochaines années, ce qui fait craindre un accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins (9).

2. Dispositifs d'incitation à la poursuite de l'activité.

a. Cadre légal des droits à la retraite. Retraite avec surcote.

- Régime de base :

L'âge de départ à la retraite dans le régime de base est le même que dans le régime général des salariés. L'âge de départ à la retraite et le nombre de trimestres requis sont fixés selon la date de naissance.

La retraite à taux plein pour le régime de base peut être demandée (10) :

- soit à partir de l'âge à taux plein, quelle que soit la durée d'assurance. Cet âge est fixé à 65 ans et 4 mois au 1^{er} janvier 2017,
- soit entre l'âge de la retraite au plus tôt (60 ans et 4 mois) et l'âge de la retraite à taux plein (65 ans et 4 mois), si le cotisant justifie le nombre de trimestres requis, soit 163 trimestres en 2017,
- soit avant la date d'effet de la retraite au plus tôt (60 ans et 4 mois) sous certaines conditions, notamment en cas de longue carrière ou pour les travailleurs handicapés.

Une retraite avec décote est accordée aux médecins prenant la retraite avant l'âge de

la retraite à taux plein (retraite de base minorée de 1,25 % par trimestre manquant dans la limite de 20 trimestres).

Depuis le 1er janvier 2004, les assurés qui poursuivent leur activité au-delà de 60 ans et qui ont validé suffisamment de trimestres pour obtenir une retraite au taux plein peuvent bénéficier d'une majoration de pension. Renforcée par deux décrets en 2006 et 2008, la majoration de pension s'applique en fonction de la date de départ en retraite. Une retraite avec surcote est accordée si le médecin continue d'exercer au-delà de l'ouverture des droits à la retraite à taux plein (majoration de 0,75 % par trimestre cotisé au-delà du nombre requis) (10).

- Régime complémentaire et ASV (Allocations Supplémentaires de Vieillesse) :

Depuis le 1er janvier 2017, les mécanismes de calcul de la retraite complémentaire des médecins (CARMF et ASV) ont été substantiellement modifiés : valeur du point, âge de départ, décote, surcote. Mais, in fine, le montant de la retraite qui sera octroyé ne change pas, si ce n'est à la hausse dans certains cas (11) :

- l'âge du taux plein des retraites complémentaires a été abaissé de 65 ans à 62 ans,
- la décote pour un départ avant 65 ans a été supprimée. Elle a été remplacée par un système de surcote encourageant à différer le départ à la retraite. Les médecins qui partent après 62 ans bénéficient d'une surcote par trimestre travaillé au-delà de 62 ans : 1,25 % par trimestre travaillé entre 62 et 65 ans (soit l'équivalent de 5% par an) ; 0,75 % par trimestre travaillé au-delà de 65 ans, jusqu'à 70 ans (soit l'équivalent de 3% par an) (12).

Cependant, pour compenser l'abaissement de l'âge de départ à la retraite, la valeur des points CARMF et ASV est revue à la baisse.

Au final l'impact pour les médecins est souvent neutre.

b. Statut de médecin retraité actif.

Dans le but de favoriser la prolongation d'activité, le cumul emploi / retraite a été mis en place (13).

La loi Fillon du 21 août 2003 autorisait les médecins libéraux ressortissant de la CARMF à cumuler leur retraite des trois régimes avec une activité libérale sous quelque forme que ce soit, à condition que le revenu net tiré de cette activité soit inférieur au plafond de la Sécurité sociale (14). En cas de dépassement, la retraite était suspendue.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2009 a libéralisé ce dispositif en supprimant le plafond de ressources autorisées (3).

Désormais, les médecins retraités peuvent cumuler leur retraite et le revenu d'une activité libérale sans restriction, à condition d'avoir justifié de l'ensemble de leurs pensions de retraite obligatoires et d'avoir rempli les conditions d'accès à la retraite à taux plein.

Cependant le médecin cumulant est soumis à l'obligation de cotiser aux régimes de base, complémentaires vieillesse et ASV, sans que ces cotisations ne génèrent de points (15).

Ainsi, ce statut restait controversé et beaucoup de médecins étaient désireux d'une réévaluation de la législation (16).

Cet effectif des médecins retraités actifs a connu une croissance très forte et a modifié la démographie médicale actuelle (cf I.1.2) (1). Ainsi l'analyse de ce statut a été un objectif secondaire de notre étude.

3. Analyse des comportements des médecins généralistes et des médecins retraités actifs.

a. Etude des comportements de cessation d'activité des médecins généralistes.

Le ministère de la santé et la DRESS ont réalisé en 2007 et 2008 une étude sociologique sur les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes, analysant les profils des médecins en fonction de l'âge de cessation de l'activité libérale. Trente entretiens ont été réalisés auprès de médecins ayant pris leur retraite, afin d'analyser rétrospectivement les raisons de la cessation d'activité. Sur ces trente entretiens, une dizaine concernaient des médecins ayant cessé après 65 ans, avec pour maximum 69 ans. Cette étude, dont l'objectif était différent de la nôtre (étudier le comportement de cessation et non de poursuite de l'activité), a permis une analyse phénoménologique de quelques cas. En effet cette étude cherchait à comprendre la signification des phénomènes observés à partir du récit des médecins.

Il en ressortait 2 profils de médecins ayant cessé tard leur activité, les notables et les passionnés (5) :

- les premiers étaient des médecins étant parvenus à acquérir une notoriété locale et se présentant comme des bienfaiteurs, caractérisés par une vision positive de l'évolution de la médecine générale, du système de santé et de leur avenir.
- les seconds étaient des médecins souvent hyperspécialisés passionnés par la médecine, et qui continueront de s'investir plus ou moins bénévolement après leur cessation d'activité.

L'étude a également mis en évidence différents éléments ayant favorisé l'activité tardive de ces médecins (5,6) :

- une démographie médicale favorable avec une patientèle croissante,
- un certain confort de travail,
- une adaptation de leur exercice, notamment du lieu d'exercice et du type d'activité (hôpital, libéral),

- une économie favorable et une anticipation économique de la retraite,
- un réseau d'entraide au travail, avec les autres médecins généralistes et spécialistes,
- des activités professionnelles différentes de la médecine générale (activités médicales annexes).

b. Etude sur les médecins retraités actifs.

La FARA a réalisé avec la CARMF en octobre 2015 une étude quantitative visant à mieux cerner les médecins retraités actifs. Cette enquête a été réalisée auprès de 3396 médecins, toutes spécialités confondues, à travers un questionnaire visant à cerner les besoins et les raisons du cumul activité/retraite (4).

Des critères sociaux et professionnels ont été analysés :

- le cumul emploi/retraite semblait s'expliquer essentiellement par une retraite perçue comme insuffisante et par le montant des charges induites par l'arrêt de l'activité.
« Le cumul n'est pas un choix mais une nécessité » résumait la FARA (16).
- l'argent ne semblait pas être le seul moteur, dans un très large pourcentage de réponses l'amour du métier était un critère important.
- une analyse des critères sociaux cherchait à démontrer que la situation familiale, notamment divorce/remariage, pouvait expliquer le choix du cumul, mais cette analyse n'avait pas été concluante (16).

Par ailleurs, le statut de médecin retraité actif a été particulièrement critiqué. En effet la plupart des retraités actifs vivaient mal le fait de cotiser à fonds perdus, ne pouvant plus acquérir aucun droit supplémentaire une fois les retraites liquidées. Nombreux étaient les médecins qui réclamaient une révision de la loi auprès du conseil d'Etat, voire de la Cour européenne des droits de l'homme (4).

4. Question de recherche.

La question de recherche est venue d'un ressenti personnel au cours de mes remplacements, constatant un nombre important de médecins exerçant au-delà de l'âge théorique de la retraite. Cette tendance a été confirmée par les données de certaines études démographiques qui mettaient en avant un vieillissement de l'effectif des médecins généralistes et une augmentation du nombre de praticiens de plus de 65 ans (1,2,8,17).

Quelques études qualitatives se sont intéressées aux médecins généralistes exerçant tardivement. Certaines études portaient sur le comportement de cessation d'activité en fonction de l'âge de départ à la retraite (5,6). Ces études phénoménologiques analysaient quelques cas de praticiens ayant exercé au-delà de 65 ans. Cependant nous avons jugé plus intéressant d'analyser le comportement des médecins encore en activité après l'âge théorique de départ à la retraite et d'étudier les déterminants de la poursuite de l'activité.

Le statut des médecins de plus de 65 ans cumulants a également fait l'objet d'une étude quantitative. Celle-ci visait à déterminer les raisons de la poursuite de l'exercice, le souhait des médecins et leur avis sur le statut de médecin retraité actif (4). Pour notre travail nous avons décidé d'utiliser une méthode de recherche qualitative qui nous semblait plus adaptée pour explorer les motivations et les freins des individus.

Notre question de recherche était la suivante : pourquoi les médecins généralistes sont-ils de plus en plus nombreux à poursuivre leur activité au-delà de l'âge théorique de départ à la retraite ?

Notre hypothèse était que le choix des médecins serait déterminé de façon plurifactorielle.

5. Objectifs.

Notre travail avait pour objectif principal de déterminer les causes de poursuite de l'activité au-delà de l'âge théorique de départ à la retraite chez les médecins généralistes libéraux Aquitains.

Nous avons comme objectif secondaire d'étudier les points de vue des médecins concernant le statut de médecin retraité actif.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Recherches bibliographiques.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées d'octobre 2014 à décembre 2015. des mises à jour de la bibliographie ont eu lieu en juin et septembre 2017. Les termes français utilisés dans nos recherches ont notamment été « retraite », « médecin retraité actif », « cumul emploi/retraite ». Les termes anglais utilisés étaient « general practitioners », « GP », « older doctors », « retirement ».

Les principales sources utilisées ont été Cismef®, Pubmed®, et le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC)®.

Des demandes de documents ont été réalisées par mail auprès de la CARMF, de la DRESS et de l'ARS. Par ailleurs, nous avons contacté Mme Beatrice JACQUES, maître de conférences en psychologie de l'Université de Bordeaux, afin de faire le point sur les données sociologiques disponibles. Cette dernière m'a orienté, au cours d'un entretien téléphonique, vers les travaux réalisés par la DRESS et Anne VEGA.

2. Choix de la méthode.

a. Etude qualitative.

Afin d'étudier au mieux notre question de recherche en fonction des critères professionnels mais aussi socio-culturels, une étude qualitative semblait la plus pertinente.

La recherche qualitative est une technique issue des sciences humaines. Elle permet de recueillir des données par l'entretien puis d'analyser ce matériel par thèmes. Elle a pour but d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensées et des représentations (18). Elle permet de cerner la réalité d'une situation particulière. Dans cette étude il ne s'agissait pas de « quantifier » un processus, mais plutôt de comprendre un comportement et un état d'esprit. Le choix de cette méthode nous paraissait donc pertinent.

Elle permettra de discuter des éléments retrouvés au cours d'études antérieures et

d'apporter d'autres éléments qualitatifs.

b. Entretiens semi-structurés.

L'étude a été réalisée au moyen d'entretiens individualisés semi-structurés, permettant à l'interlocuteur de répondre librement à des questions ouvertes. Un guide d'entretien a été réalisé afin de définir la zone à explorer, à partir duquel l'entretien peut diverger pour approfondir une réponse ou une idée (18). Ces entretiens semi-structurés nous semblaient intéressants pour laisser s'exprimer le médecin au gré de ses pensées tout en dirigeant la discussion vers les thèmes à aborder.

3. Choix de la population.

a. Critères d'inclusion et d'exclusion.

La population étudiée était celle des médecins généralistes exerçant en cabinet médical (exercice libéral), âgés de plus de 65 ans, en Aquitaine (région Aquitaine telle que définie en décembre 2015 puisque les données démographiques disponibles ne concernaient pas la Région Nouvelle Aquitaine définie en 2016).

Le seuil des 65 ans a été choisi en fonction de la législation du régime de base au 1er janvier 2017 : ouverture des droits à taux plein de la retraite à partir de 65 ans et 4 mois, quelle que soit la durée d'assurance et le nombre de semestres cotisés (10).

Les médecins âgés de plus de 65 ans et ayant une activité de remplaçant n'ont pas été étudiés car les données que nous avons (notamment la liste des médecins généralistes fournie par l'ARS) ne nous permettaient pas de contacter ces médecins. Seuls les médecins installés exerçant une activité de médecine générale libérale ont été inclus.

Les médecins âgés de 65 ans ont été exclus de l'échantillon, afin d'éviter d'inclure dans l'analyse des médecins ayant prévu de cesser leur activité au cours de la 65ème

année civile.

b. Recrutement des médecins.

La liste des médecins a été fournie par l'ARS sous forme de tableau Excel® avec ville d'exercice, type d'activité (capacités et DU) et année d'installation. Pour des raisons de confidentialité l'âge des médecins ne nous a pas été communiqué. La liste des médecins a été actualisée au 1er janvier 2017.

Afin d'obtenir un échantillon diversifié, nous avons réalisé un échantillonnage raisonné sur les critères suivants : sexe et secteur d'activité (rural, semi rural ou urbain).

Les médecins ont été contactés directement par téléphone. Le thème de l'étude était donné au médecin, sans précision concernant la question de recherche afin d'éviter une préparation du médecin interrogé.

Les médecins ont été contactés au fur et à mesure de l'avancée de l'étude, trois par trois. Sur 30 médecins contactés, 16 ont répondu favorablement en acceptant un entretien. Sur les 14 réponses négatives, 10 médecins ne pouvaient trouver le temps d'un entretien et 4 m'ont fait part de leur désintérêt pour le thème abordé.

En fin d'entretien, il était demandé si le médecin connaissait d'autres confrères pouvant être inclus dans l'étude, afin de réaliser un recrutement en boule de neige. Un médecin a été recruté par ce biais-là.

L'inclusion des 17 médecins a été réalisée du 1er janvier 2017 au 28 février 2017.

c. Taille de l'échantillon.

Nous avons choisi d'arrêter les entretiens après le 17ème. Nous commençons à tendre vers une saturation des données à partir du 15ème entretien. Cette saturation a été confirmée par les 2 derniers entretiens, n'apportant pas de nouveaux éléments au cours de l'analyse.

4. Elaboration du guide d'entretien et déroulement des entretiens.

Les entretiens se faisaient au cabinet médical du médecin interrogé, pendant ses plages horaires de consultation, afin d'éviter tout biais lié à son environnement.

La durée de l'entretien était comprise entre 15 et 20 minutes. Cet entretien était intégralement enregistré par dictaphone après accord oral de l'examiné. L'entretien et l'enregistrement étaient anonymes, au moyen d'une application smartphone classant les entretiens de manière numérique et non nominative.

Le guide d'entretien a été établi en décembre 2016 puis évalué au cours d'un entretien test auprès d'un médecin correspondant aux critères d'inclusion mais qui n'a pas été inclus par la suite dans l'étude. Il a été intégralement retranscrit, analysé avec encodage au moyen du logiciel NVivo®. Une discussion avec le directeur de thèse a permis d'apporter quelques modifications à ce guide d'entretien avant les premiers entretiens de l'étude.

Le guide d'entretien a ensuite évolué au décours de l'analyse du 9ème entretien : une question abordant le statut de médecin retraité actif a été ajoutée ainsi qu'une question ouverte sur les sensations du médecin en cas d'arrêt de l'activité. En effet, ces thèmes étaient peu abordés au cours des premiers entretiens, l'adaptation du questionnaire permettait de mieux orienter le médecin interrogé. Aucune modification n'a été nécessaire par la suite.

Je débutais par une phrase d'introduction au cours de laquelle je me présentais, je nommais mon directeur de thèse, demandais l'accord pour un entretien enregistré et anonyme, et rappelais les principales données démographiques.

La première partie de l'entretien permettait d'établir le profil du médecin interrogé : son âge, sexe, ancienneté d'installation, lieu et type d'exercice, statut de retraité actif ou non.

La suite de l'entretien se réalisait de façon semi-dirigée, à l'aide du guide d'entretien (annexe 1) : celui-ci débutait par la question ouverte suivante :

Pouvez-vous m'indiquer une ou plusieurs raisons expliquant le fait qu'aujourd'hui vous continuez d'exercer votre métier au-delà de l'âge de 65 ans, correspondant à l'âge d'obtention de la retraite fixé par la CARMF ?

Cette question permettait une ouverture sur la question de recherche. Si le médecin avait une raison évidente de non cessation d'activité, cela nous permettait d'approfondir ce déterminant.

Par la suite je laissais libre court au cheminement de la pensée du médecin en adaptant si besoin l'ordre des thèmes à aborder par le biais des questions suivantes :

-Comment envisagez-vous les prochaines années concernant votre activité professionnelle ? Avez-vous programmé une cessation d'activité dans le futur ?

-Existe-t-il des éléments facilitants, professionnels ou personnels, qui vous ont aidé dans le maintien de votre activité ?

Cette question explore les éléments facilitants, c'est-à-dire qui créent des conditions qui permettent de poursuivre l'activité.

-Quel est votre sentiment sur votre pratique aujourd'hui de la médecine générale ?

-Quel est votre sentiment concernant la retraite de médecine générale / le statut de médecin retraité actif le cas échéant ?

-Si demain, pour une raison X ou Y, vous êtes amené à cesser votre activité de médecin généraliste, quelle est la chose qui vous manquera le plus ?

-Avez-vous quelque chose à ajouter ?

5. Retranscription des entretiens et méthode d'analyse des données.

Tous les entretiens ont été enregistrés en intégralité par un dictaphone. La transcription des données a été réalisée mot à mot afin de rassembler tout le matériel verbal sans faire de tri.

L'analyse du contenu qualitatif s'est faite grâce au logiciel NVivo®. Elle a été menée par théorisation ancrée (19). L'approche a été progressive dans une approche

hypothético-inductive avec des va-et-vient entre les entretiens, l'analyse des données, l'élaboration de nouvelles hypothèses et les nouveaux entretiens pour les vérifier. Ceci jusqu'à saturation des données (20).

Nous avons tout d'abord réalisé un codage ouvert. Mon directeur de thèse et moi-même travaillions sur le même logiciel. Nous avons confronté les codes puis nous les avons fusionnés pour ne garder que les codes suffisamment conceptualisants. Ces codes ouverts ont secondairement été regroupés en catégories évoluant autour de la catégorie centrale. Un codage sélectif a ensuite été réalisé à partir de codes dont la dénomination était d'avantage conceptuelle que celle des codes ouverts. Cela permettait de coder sélectivement tout ce qui était en relation avec la catégorie centrale (21,22).

Enfin nous avons réalisé un codage théorique afin de mettre en relation de manière hypothétique les catégories entre elles.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon.

Chaque entretien a été numéroté par ordre chronologique de réalisation afin de préserver l'anonymat des participants.

Tableau I : caractéristiques de l'échantillon.

N°	sexe	âge	exercice	milieu	exercice particulier	traits de carrière	statut cumulant
1	M	79ans	En groupe	Urbain	Médecine du sport Médecine thermale	A toujours travaillé en cabinet libéral zone urbaine	Oui
2	F	66ans	Individuel	Rural	Gynécologie	A toujours travaillé dans le même cabinet	Non
3	M	69ans	Individuel	Semi-rural	-	A toujours travaillé dans le même cabinet	Oui
4	M	67ans	En groupe	Rural	-	A toujours travaillé dans le même cabinet	Oui
5	F	66ans	Individuel	Urbain	Acupuncture Psychothérapeute	Médecine humanitaire en Afrique puis médecine générale pendant 2 ans puis exercice particulier	Non
6	H	67ans	Individuel	Rural	-	A toujours travaillé dans le même cabinet Chef d'entreprise de plusieurs sociétés	Non

7	H	67ans	En groupe	Semi-rural	-	A toujours travaillé dans le même village	Oui
8	H	70ans	En groupe	Urbain	Cardiologie Médecine interne	Médecin militaire en Afrique, nombreux travaux et publications de médecine interne, puis médecine générale en milieu urbain	Oui
9	H	69ans	Individuel	Semi-rural	-	Pause de 10 ans dans un monastère bouddhiste avant reprise activité rurale depuis 21 ans	Non
10	H	67ans	Individuel	Urbain	-	A toujours travaillé dans le même cabinet	
11	F	72ans	Individuel	Urbain	Psychothérapeute Addictologue	Activité hospitalière dans un premier temps puis activité mixte hôpital/libéral depuis 30 ans	Oui
12	H	68ans	En groupe	Urbain	-	A toujours travaillé dans le même cabinet	Non
13	F	73ans	Individuel	Urbain	Psychothérapeute	A cessé son activité à l'âge de 63 ans avant de reprendre 2 ans plus tard	Oui
14	H	70ans	Individuel	Urbain	Sexologue	A toujours travaillé dans le même cabinet	Oui
15	H	69ans	Individuel	Urbain	Médecine tropicale	7 ans de médecine humanitaire en Afrique puis 5 ans de	Oui

						médecine rurale avant installation en milieu urbain	
16	H	67ans	En groupe	Rural	-	A toujours travaillé dans le même cabinet	Non
17	H	68ans	Individuel	Rural	-	A toujours travaillé dans le même cabinet	Oui

L'âge moyen des médecins était de 69ans, quatre (24 %) étaient des femmes et treize (76 %) des hommes. Neuf (53 %) exerçaient en milieu urbain, trois (17 %) en semi-rural et cinq (30 %) en milieu rural.

L'analyse des entretiens a permis d'identifier divers éléments influençant le comportement des praticiens :

- des éléments motivants, qui déterminaient le médecin à poursuivre son activité.
- des freins à la cessation de l'activité, qui amenaient le médecin à continuer d'exercer au-delà de l'âge de départ espéré.
- des éléments favorisant, qui créaient des conditions facilitant la poursuite de l'activité.

La question du statut de médecin retraité actif a également été traitée au cours des entretiens.

Enfin, l'étude a permis d'analyser la façon dont était envisagée la cessation d'activité. Des éléments en faveur d'un futur arrêt de l'activité ont pu être isolés chez certains praticiens.

2. Éléments motivant la poursuite de l'activité.

a. Aspect financier.

Cet élément se retrouvait au cours de nombreux entretiens. Cependant, l'aspect financier était souvent évoqué comme un plus et non comme la cause principale de la poursuite de l'activité.

Au cours de l'étude, seuls trois médecins ont admis que ce critère était la raison principale du maintien de l'activité. Dans les trois cas, il existait un contexte familial et financier particulier qui nécessitait un maintien des ressources. Ce n'était donc pas un choix mais une obligation pour ces médecins de continuer.

« On parlait du côté financier, j'ai fait des emprunts pour une maison, je me suis marié et il y a eu un divorce qui m'a mis à sec au niveau fric donc une situation matérielle qui n'est pas optimale et pas encore stabilisée. » Médecin 9.

« J'ai 3 enfants qui me coûtent beaucoup d'argent, une maison qui me coûte beaucoup d'argent / je peux autoriser mes enfants à vivre de bonnes études, à embaucher un nouveau boulot. Ils habitent tous à Paris, je travaille parce que ça me coûte cher / le confort de vie que je peux avoir je crois que je ne l'aurais pas si j'étais à la retraite sans activité. » Médecin 14.

« Surtout, c'est que je ne peux pas m'arrêter : j'ai eu une vie un peu compliquée sur le plan familial et je dois encore continuer à travailler encore quelques années. Si je pars à la retraite mes revenus vont considérablement diminuer et ça risque d'être compliqué pour moi. Très franchement le jour où mon comptable me dit que c'est OK pour partir, j'arrête de travailler. En théorie dans 1 ou 2 ans / c'est ma vie décousue qui fait qu'aujourd'hui je dois encore gagner de l'argent. Je n'ai pas bien géré mon patrimoine, mes enfants me coûtent un peu cher (rires). » Médecin 17.

La poursuite de l'activité a permis de garder le même confort de vie, la chute des revenus étant trop importante à l'arrêt de l'exercice.

« Je travaille d'abord parce que je gagne plus, je ne me vois pas avec ma retraite de 3000 euros du médecin banal, j'ai trop d'avantages en travaillant » Médecin 12.

Les autres médecins évoquaient l'aspect financier comme un facteur motivant mais n'expliquant pas à lui seul la poursuite de l'activité.

« Au début c'était ça parce que c'est un statut qui est avantageux pour certains côtés, médecin retraité actif, au niveau financier / c'est un supplément de retraite oui. » Médecin 4.

« J'aime bien ça, peut-être le côté financier aussi, ça compte. » Médecin 10.

« Le côté financier aide un peu. » Médecin 8.

« Le côté financier ça a compté, on gagne ici beaucoup plus qu'à Bordeaux. » Médecin 7.

b. Plaisir du métier.

L'amour du métier et l'intérêt pour la médecine ont été évoqués par quasiment la totalité des médecins interrogés, et souvent cités en premier, comme une évidence.

« Je continue parce que j'aime mon métier, faut le reconnaître (rires). » Médecin 2.

« (la raison), l'intérêt que j'ai pour mon métier. » Médecin 7.

« C'est quelque chose qui m'intéresse la médecine. » Médecin 4.

« J'aime bien ça, d'abord. » Médecin 10.

« Je pense que j'aime ça et je fais ça avec amour et passion et essaie d'écouter les gens. » Médecin 12.

Les médecins venaient travailler avec plaisir et sans contrainte.

« Moi j'aime mon boulot, j'ai exercé dans des conditions très difficiles en Afrique et (ma ville) pour moi c'est un havre de paix. » médecin 8.

« J'ai beaucoup aimé mon métier, je ne me vois pas pour l'instant abandonner complètement / contrairement à beaucoup j'ai été heureuse dans mon métier ça n'a jamais été une contrainte. J'ai beaucoup de collègues qui viennent ici, qui vivent le

métier comme une contrainte... c'est un métier où j'ai pris beaucoup de plaisir. » Médecin 11.

« J'aime ce que je fais, je viens avec plaisir le matin, et j'ai toujours plaisir à rencontrer les patients / j'aime le travail. » Médecin 13.

« J'adore ce que je fais, ça ne me dérange pas de continuer, même si ma femme en a marre. » Médecin 16.

Les médecins rencontrés ne ressentait pas l'envie d'arrêter.

« Le fait que je n'ai jamais eu envie d'arrêter de travailler, c'est surtout ça, j'ai des copains qui ont mon âge qui attendaient les 65 ans avec impatience. Moi je n'attends pas ma cessation d'activité avec impatience, je ne compte pas les jours / mon envie de travailler, voilà, qui est toujours intacte. » Médecin 14.

« Tout simplement le fait que ça me plaît, uniquement ça, ah non sinon je ne me forcerais pas c'est évident, je ne vois pas l'intérêt / c'est vraiment parce que je ne vois pas l'intérêt de m'arrêter. » Médecin 3.

c. La sensation d'un devoir à accomplir / ne savoir faire que de la médecine.

Certains médecins ont simplement avoué avoir encore du travail à accomplir, pour eux, il n'était pas l'heure d'arrêter.

C'est le cas du médecin 9, médecin au profil atypique et qui avait passé quelques années dans un monastère avant de reprendre l'activité médicale. Il disait avoir développé des qualités et une expérience qui faisaient qu'il avait encore du travail à accomplir envers la médecine et envers les autres.

« C'est ma démarche existentielle par rapport à la médecine qui prime, je suis dans un état d'esprit où j'ai encore à faire en médecine. C'est un métier où on développe des qualités et où il faut du temps, et compte tenu de l'expérience acquise, j'ai encore du travail à accomplir dans un sens fondamentalement de la médecine et du rapport avec les autres / j'ai réalisé qu'il y a un décalage culturel dans le fond il y a des valeurs dans mes générations qu'il faut perpétuer et transmettre. » Médecin 9.

« Ils (les patients) sont reconnaissants...oui ils me font des cadeaux, ils sont sympas mais ce lien n'entre pas en compte dans le fait de poursuivre l'activité, du tout. Non c'est simplement le fait que je ne me vois pas partir alors que j'ai encore du boulot à faire ici. » Médecin 3.

Quelques praticiens ont évoqué le fait de ne savoir faire que la médecine.

« Et beh je ne sais rien faire d'autre, vous savez que je travaille à mi-temps, je fais mes 35 heures, je fais un peu de musique chez moi et c'est tout, après je ne sais pas bricoler...et je rentre chez moi à midi je laisse mon externe / non je ne sais faire que ça, je suis un individualiste, on ne va pas me dire de rentrer au secours populaire. Très peu pour moi. » Médecin 12.

« Je suis comme Aznavour, je ne sais faire que la médecine et lui ne sait faire que la chanson. Je suis passionné par ce que je fais et je ne sais faire que la médecine. » Médecin 15.

d. Liens avec les patients / Besoin relationnel.

Le besoin relationnel avec la patientèle a été un élément récurrent au cours des entretiens.

« Le contact avec la patientèle, j'espère que ça ira bien mais ça va me manquer c'est sûr. Je devais déjà m'arrêter l'année dernière et je pense que c'est ça qui m'a aidé à continuer. Après je pense que ce sera un manque pour moi, ici je suis à la campagne alors les relations...on connaît les gens, on connaît les familles, on connaît leur passé, donc ça va pas mal me manquer ça c'est sûr. » Médecin 2.

« J'ai besoin de contact / (ce qui me manquera le plus) je pense la communication avec les gens, il y a vraiment des gens avec qui on s'entend bien, une majorité même. » Médecin 5.

« J'aime la relation, j'aime l'humain, j'aime aider l'autre, je n'aime pas le gaspillage des gens je n'aime pas que les gens aillent mal. » Médecin 13.

« Rester dans la médecine et ne pas du jour au lendemain me couper de ma patientèle parce que j'aime beaucoup le contact, je suis un homme très relationnel » Médecin 15.

« (la chose qui manquera le plus est) le contact avec la patientèle, avec les gens peut-être...je n'en sais rien je ne peux pas vous dire, je ne me vois pas arrêter. » Médecin 9.

Nombreux sont les médecins qui évoquaient une relation privilégiée avec leurs patients, qu'ils ne voulaient pas perdre. C'était le cas des médecins 7 et 16 qui travaillaient en milieu rural et rapportaient un lien privilégié avec les patients qu'ils ne pourraient retrouver en urbain.

« Je vous prends un autre exemple précis : lundi matin je pars en visite, je suis bousculé, j'ai une mémé qui a 91 ans qui fait partie de mon patrimoine, que je soigne depuis 42 ans, je n'ai pas le temps d'y aller il est 12h. Je lui dis « laissez-moi un morceau de pain que je mange et je reprends les consultations à 13h ». J'arrive chez elle il y avait des aiguillettes de canard et des œufs au lait. Ne demandez pas à un médecin de Bordeaux si ça lui est arrivé ce n'est pas la peine. Un lien particulier, qui a existé, qui n'existe plus dans les grandes villes et qui existe encore dans certains milieux ruraux. » Médecin 7.

« Ici on est encore un peu privilégiés parce que les patients n'ont pas trop changé / mon travail, les patients, le lien que j'ai avec eux... il y en a certains que je connais depuis tout petit alors c'est toujours un plaisir de les voir, de discuter...je pense que c'est ce qui me manquera le plus / ici on a un lien privilégié avec les patients, ils sont respectueux. » Médecin 16.

Les médecins évoquaient un lien de confiance, de reconnaissance et de bienveillance des patients. Tout ceci les motivait à continuer d'exercer.

« C'est la qualité de la relation médecin malade, la qualité de ce que l'on peut faire / en arrivant ici ma femme a eu un cancer sévère et je n'osais pas le dire, puis je l'ai dit à 1 2 3 puis ça s'est su très vite et souvent les gens me faisaient un petit signe. Juste ça quand on a un peu le moral dans les chaussettes, on se dit ces gentillesse sont

importantes et on a envie de dire merci à ces gens-là. C'est des gens pour lesquels j'ai une petite reconnaissance pour ça aussi / le regard des gens, je crois que la chose en médecine à laquelle on se shoote le plus c'est le regard des gens et un peu de reconnaissance dans les regards des gens. Je crois que ce regard-là vaut tous les shoots d'héroïne qu'on peut se faire. Ça n'a rien à voir avec le statut social, je suis médecin j'ai une Peugeot 1007 qui a 150 000kms, je m'en fous. Mon statut n'a jamais été mon souci, je n'attends pas un regard sur le statut, mais quand on voit des gens qui disent merci... Quand j'ai publié mon bouquin j'ai fait une séance de dédicaces il y avait 200 personnes et beaucoup de mes patients. Dans le regard des gens il y a cette espèce de reconnaissance, de bienveillance qui, je crois, est une source d'épanouissement / ce qui me donne le plus de plaisir c'est ce qu'on ne peut pas acheter, c'est ce regard bienveillant. » Médecin 8.

« Mes patients, ils me font confiance. Je leur dis de sauter du 10ème ils sautent et moi je leur rends et ils le savent. Ça me touche s'il leur arrive quelque chose ou autre / j'ai besoin d'échanger. » Médecin 12.

e. Exercice médical particulier.

Nous avons rencontré au cours des entretiens, uniquement en milieu urbain, un nombre important de médecins qui exerçaient une médecine variée, avec des capacités/spécialités médicales diverses.

Ces pratiques motivaient les médecins à continuer d'exercer.

« On a un métier prenant d'autant plus que moi je m'occupe ici depuis 40 ans du sport en général. Il n'y avait pas de médecin du sport donc j'ai fait un diplôme de médecine du sport à Bordeaux. » Médecin 1.

« Ces spécialités sont simplissimes, la rythmologie au quotidien c'est simplissime, la médecine interne [...] une meilleure qualité de travail et je n'ai aucun stress. » Médecin 8.

« Je fais de la thérapie comportementale, je fais de la médecine générale parce que je ne veux pas être spécialiste [...] j'ai toujours fait ça j'ai toujours appris plein de choses, on ne peut pas faire de médecine si on ne fait pas de psy. » Médecin 13.

« J'ai d'autres activités qui se sont rajoutées, je fais de la médecine générale, je suis sexologue, je fais aussi de la médecine comme médecin agréé pour la fonction publique, je suis aussi médecin des délinquants sexuels donc j'ai élargi mon panel d'activité ce qui fait que je fais de la médecine générale mais aussi plein de choses. » Médecin 14.

Certains médecins auraient déjà cessé leur activité s'ils n'avaient pas fait le choix de diversifier leur médecine.

« Ce que je fais m'intéresse parce que ce n'est pas de la médecine générale (rires) / je suis homéopathe acupuncteur et psychothérapeute, je fais des thérapies comportementales et cognitives, de l'hypnose, plein de trucs / je ne suis pas médecin traitant je refuse d'être médecin traitant / (si je faisais de la médecine générale) vous pensez bien que j'aurais arrêté; mon travail m'intéresse parce que ce n'est pas de la médecine générale (rires), mais enfin ça je ne sais pas s'il faut le dire...» Médecin 5.

« J'ai depuis 20 ans toujours consacré une journée à aider les médecins de (hôpital) à faire le groupe de parole. Je fais beaucoup plus un travail de groupe, j'ai fait l'école de psychosomatique de Paris, là je fais 3 groupes au (hôpital), 2 groupes de patients aux problèmes d'alcool et de dépendance, et un groupe d'anorexiques. Ça m'intéresse, j'ai depuis 20 ans toujours consacré une journée à aider les médecins du (hôpital public) à faire le groupe de parole de leurs patients / j'ai fait l'école de la psychosomatique de Paris et j'ai monté le DU d'oralité et puis voilà. Si je faisais de la médecine générale, je ne sais pas si je serais encore en train de travailler. » Médecin 11.

Ces profils de médecins continuant d'exercer uniquement pour leurs exercices particuliers de la médecine n'ont été retrouvés qu'en milieu urbain, avec une proportion de femmes supérieure à celle de la population étudiée (50 %).

f. Intérêt pour la formation médicale.

La formation médicale s'était révélée être pour certains médecins un véritable élément motivant, un moteur à la poursuite de l'activité. C'était le cas plus particulièrement des

médecins 5, 11 et 13, trois médecins femmes, qui exerçaient des exercices particuliers et dont la formation médicale était indispensable à la poursuite de l'activité.

« Beaucoup de formations : micronutrition, psy, des week-ends à Paris. » Médecin 5.

« J'abandonnerai mon cabinet ici mais je garderai un pied dans la formation médicale que j'assure dans les groupes BALINT soit à Paris soit dans les groupes que je fais ici pour les étudiants ou les médecins installés. Ça ça m'intéresse beaucoup. » Médecin 11.

« (je me suis arrêtée), j'ai continué à faire des séminaires médicaux, je fais des séminaires en diététiques, en comportemental, des stages psy etc / ce qui entre en compte c'est la santé, que je ne puisse plus faire de stage, de séminaire ça voudrait dire que ça évolue trop vite. Si je ne peux pas faire de stage me remettre au goût du jour ça veut dire que mes neurones ne fonctionnent plus et j'arrête. » Médecin 13.

Nous avons également rencontré un médecin dont une des motivations était de transmettre son apprentissage à des étudiants en médecine.

« Ça fait 5/6 ans, des externes, c'est bien agréable, ils sont sympas certains (rires), ça me motive un peu. » Médecin 10.

g. Statut social valorisé.

Le statut social était pour certains un élément déterminant dans la poursuite de l'activité.

« Le regard, les gens se retrouvent désociabilisés, on ne les considère plus et ça peut aussi être très vite difficile. » Médecin 5.

C'était particulièrement le cas du médecin 17, exerçant en milieu rural, et dont le statut de médecin de campagne, « médecin du village », était très important.
« Je suis assez attaché au statut que j'ai actuellement, c'est bête à dire mais ici tout le monde me connaît, être médecin de campagne c'est assez valorisant socialement. J'ai peur en arrêtant de retomber dans l'anonymat. La relation que j'ai avec les patients va

me manquer aussi un peu, c'est sûr, mais j'ai surtout peur de ne plus être la même personne une fois à la retraite. » Médecin 17.

Nous avons également rencontré un médecin en milieu urbain qui avouait continuer en partie pour le statut social.

« Par rapport aux clients, moi encore une fois comme les médecins le fait d'être branché dans le sport je suis le roi du terrain, je ne prends pas de PV en ville, dans la mesure où je fais partie de la maison du sport alors là... » Médecin 1.

h. Travail maintien en forme.

Le travail c'est la santé...c'est finalement ce qu'ont évoqué certains médecins, voulant garder le rythme physique et intellectuel.

« Médecin retraité actif, au niveau financier, même au niveau intellectuel, on se maintient un peu en activité / c'est quelque chose qui m'intéresse la médecine, et pour garder le rythme. » Médecin 4.

Le médecin 6 avait un profil particulier : il était chef d'entreprise de plusieurs sociétés. Garder le rythme était pour lui la principale cause de sa poursuite d'activité.

« Tout en étant médecin ça me permet d'avoir l'esprit toujours sur le qui-vive. Et voilà, j'aurais pu m'arrêter il y a 20 ans, mais ça me maintient dans le fil de certaines activités c'est tout. » Médecin 6.

3. Freins à la cessation d'activité.

a. Désir de succession.

Le problème de manque de succession a été rencontré à la fois en milieu rural et urbain :

- En zone urbaine, il nous a été rapporté le désir de trouver un successeur :

« Là je suis en train d'en discuter avec deux frangins, je leur dis venez. » Médecin 1.

Ces médecins étaient intégrés dans un réseau de soins et évoquaient une responsabilité dans ce réseau.

« Mon associée me dit « si vous partez moi je ne me sens pas d'assurer le cabinet seule, peut-être que je partirais pour aller à la sécu, mais je ne me vois pas être seule. » Et donc je me sens cette charge morale, c'est un peu bête mais ça fait 15 ans qu'on est associés... » Médecin 8.

« En octobre 2007 je me suis arrêtée. Je me suis aperçue que c'était très compliqué pour les patients / mais j'ai reçu beaucoup de courriers, j'ai eu de beaux cadeaux en disant « docteur comment on va faire on ne connaît que vous ? ». Là j'ai vraiment compris l'importance du médecin pour mes patients. » Médecin 11.

« Après j'ai quelques fois des rêveries d'arrêter de travailler mais on ne peut pas arrêter du jour au lendemain parce qu'il faut quand même que quelqu'un nous succède et j'ai une patientèle sécurité sociale qui a été numérisée à 1260 patients à peu près ce qui est pas mal, je ne peux pas laisser ces gens-là en laissant sur répondeur « Dr X a définitivement fermé son cabinet médical » par rapport à l'éthique. » Médecin 14.

« Mes patients ils ne veulent pas que j'arrête / (le statut de médecin retraité actif) c'est bien parce qu'il y a de moins en moins de médecins, de spécialistes, et il est très difficile aujourd'hui à Bordeaux de se soigner. » Médecin 15.

- En zone rurale, nombreux sont les médecins qui ont exprimé des difficultés à assurer une succession :

« Je suis le seul médecin du village, j'ai créé le cabinet et je cherche un successeur... (rire nerveux) que je ne trouve pas / j'aimerais avoir quelqu'un qui prenne la suite quand même, il y a un potentiel de clientèle et une activité saisonnière très importante, ce n'est quand même pas une vie très désagréable ici, mais c'est difficile à trouver. » Médecin 2.

Pour certains médecins ruraux, cet élément était la cause principale de la poursuite de l'exercice.

« Il y en a une (de raison) qui est simple, c'est qu'il n'y avait personne pour prendre la suite donc...moi j'avais pris la retraite plus tôt pour préparer la suite puis aucune solution viable ne s'est faite, donc...je me disais en prenant la retraite plus tôt ça me permettrait de faire un peu à mi-temps et de préparer la retraite, mais finalement il n'y a pas de demande pour venir travailler en rural / (partir sans successeur) non, pour le moment non. » Médecin 4.

« Je me sens utile et si je n'étais pas là ça mettrait pas mal de gens en difficulté, à savoir, bon je suis complémentaire, pas indispensable mais complémentaire de mes collègues généralistes, ou hospitaliers. » Médecin 5.

« La raison est assez simple, je ne peux pas partir comme ça quand je veux, il me faut un successeur / la seule chose est qu'ici les successeurs ne courent pas les rues, donc je m'attache depuis quelques années à chercher des remplaçants qui pourraient potentiellement être successeurs. Le jour où l'un d'entre eux me dit OK pour prendre la suite, je sauterai sur l'occasion, c'est normal, et les patients comprendront je pense. » Médecin 16.

Ces médecins endossaient une responsabilité forte dans le réseau de santé, une responsabilité par rapport à la démographie médicale.

« Disons que c'est sûr là déjà à (village) quelqu'un vient d'arrêter c'est une personne de (village) qui a repris, lui déjà il était resté jusqu'à 68 ans parce qu'il ne trouvait pas de successeur, ici c'est pareil à (village) ils sont surbookés et à (village) pareil, à (village) il est plus âgé que moi / il y a même des gens qui me font du chantage en me disant « mais docteur vous n'allez pas nous laisser tomber qu'est-ce qu'on va faire ? » Médecin 2.

« On fait l'effort d'essayer de soulager la population puisqu'on a de moins en moins de médecins sur (ville), ça va devenir problématique / je trouve ma patientèle sympa donc oui ce serait dommage de partir comme ça, je ne partirai pas comme ça. » Médecin 3.

« Ça entre en compte aussi, partir un soir tous feux éteints...non ça ne le fait pas. La patientèle est cool, bien élevée, il y a de vieux loups comme partout mais les

(habitants) sont des gens bien et des gens intelligents / un grand danger c'est la raréfaction des médecins. » Médecin 4.

« J'espère pouvoir définir à un moment donné le moment où je vais arrêter et j'espère pouvoir trouver un gars qui veut s'installer et qui pourrait suivre. Admettons je pars très rapidement, je ne me sentirais pas correct vis-à-vis des patients que je connais depuis longtemps et qui sont attachés à un médecin / les gens y pensent, me disent « qui va nous prendre en charge qui va remplacer ? » Médecin 9.

Ces médecins ruraux tenaient un rôle important dans le village et ressentaient l'obligation de poursuivre jusqu'à trouver un successeur.

« Je suis adjoint au Maire depuis 33 ans ici, j'ai refusé d'être Maire...ça me fait chier de laisser tomber le village / dans le village on a 2 cabinets de kiné, un infirmier, une pharmacie qui dépendent de nous, et oui bon...ça me fait chier de laisser tomber mes patients, si je ne les laisse pas tomber dans le vide ça ira. » Médecin 7

« Ici c'est un petit village, on draine quelques villages des alentours, on a donc une patientèle importante et qui nécessite la présence de 2 médecins / je fais partie de ce village, je connais tout le monde, je ne peux pas les abandonner du jour au lendemain sans trouver un successeur. » Médecin 16.

Nous avons rencontré un médecin exerçant dans une commune qui avait mis en œuvre des moyens colossaux afin de trouver un successeur. Ceci reflétait les difficultés rencontrées en milieu rural.

« On a mis en route il y a 2 mois une procédure pour trouver des remplaçants activement, c'est-à-dire le cabinet va être acheté par la commune et mis aux normes, on a un cabinet de recrutement qui cherche, on a un site internet, on a distribué des flyers, j'ai 3 jeunes internes de Bordeaux qui cherchent sur Bordeaux et on a reçu ici il y a 15 jours le président du syndicat national des internes de médecine générale pour lui faire part du problème. Successeur, pas remplaçant pardon. » Médecin 7.

- Désir vente patientèle.

Cet élément a peu été évoqué au cours des entretiens. Seulement deux médecins, qui exerçaient en milieu urbain, ont partagé un désir de vendre leur patientèle.

« Ma volonté est de retirer un peu plus qu'un euro symbolique. » Médecin 8.

« Je n'ai pas l'intention d'assommer le successeur, mais il va cracher de toute façon, c'est la seule chose... / si je n'ai pas de successeur je reste jusqu'à 75 ans, parce que je veux récupérer quelque chose, j'ai payé et chaque fois qu'un associé arrive il paye, mais je suis là, maintenant la patientèle ne se vend plus comme autrefois. » Médecin 12.

- Freins à la succession.

Les médecins interrogés ont évoqué de multiples freins à la succession.

En milieu rural, ils évoquaient une vision de l'exercice peu compatible avec la médecine de campagne.

« Les freins, ils sont dans la tête des jeunes. Premièrement on s'entend très bien tous les 2, il n'y a pas de soucis mais je ne suis pas sûr que la médecine générale soit faite pour être un travail d'équipe / le deuxième point de l'exercice libéral en campagne c'est qu'il y a quand même une certaine élasticité dans les horaires qui fait que je comprends qu'une jeune femme n'aie pas envie de faire 10 heures, bon il faut quand même une vie de famille tout ça / le dernier point est qu'on est assez décriés à l'hôpital. Nous les médecins généralistes, on passe pour des cons. » Médecin 7.

« J'avais voulu donner ma patientèle à quelqu'un, mais ça ne correspondait pas, je ne voulais pas de quelqu'un qui dise je ne travaille pas le mercredi, pas le samedi. Je suis quand même d'une génération où je ne suis pas corps et âme mais je suis disponible. » Médecin 13.

« Tous les remplaçants qui viennent ici sont toujours très contents de venir travailler. Le côté rural, dans la montagne / à chaque fois le même discours : « moi ça me dirait bien mais ici pas de boulot pour ma compagne » ou « j'adore remplacer ici mais

travailler avec les gardes de nuit, les gardes de week-end... » Bref aujourd'hui les jeunes médecins veulent du confort je crois. » Médecin 16.

Ils évoquaient un désintérêt des jeunes médecins pour la médecine rurale ou semi-rurale.

« Ça n'intéresse pas les jeunes de venir dans les semi-ruraux, pourquoi je ne sais pas. Pourtant c'est agréable c'est une région agréable. » Médecin 3.

Un médecin a également rapporté des exigences particulières des nouveaux successeurs, notamment sur le plan fiscal.

« Il y en a beaucoup qui disent « voilà dans ce coin là on ne paie pas d'impôts, pas de charges sociales, cet Espagnol là...tout est gratuit, on veut la même chose sinon je fais des remplacements ». Voilà, ça marche comme ça. » Médecin 6.

b. Peur de « l'après ».

Un élément récurrent au cours des entretiens était la peur de « l'après » : peur de ne plus être la même personne, de ne pas trouver assez d'activités pour remplir une journée. Beaucoup avaient vu leurs confrères de la même génération tourner en rond à l'arrêt de l'activité.

« Je vois tous ceux qui partent à la retraite deviennent des vieux schnocs. » Médecin3.

« S'occuper pendant la retraite, le fait de voir les autres retraités...on a grandi tous ensemble, on est de la même génération, le fait de les voir abandonner le vélo au bout de 3 mois et commencer à aller au bistrot et au garage...on a un but. » Médecin 4.

« Mais si je m'arrête je ne sais pas quoi faire d'autre / je n'ai pas peur de l'ennui je ne suis pas dépressif, je ne suis pas comme je dis à mes patients : « attention à la retraite dans 6 mois ça chute ! » pas du tout, j'espère que mes passions seront suffisantes. » Médecin 12.

« J'ai peur de m'ennuyer, la vie est triste en France c'est chacun pour soi. Moi je viens du pays au Liban on se côtoie on voit les amis on va au café / C'est surtout l'ennui, qu'est-ce que je vais faire de mes journées. Je ne sais ni chasser ni pêcher ni golf ni

bateau, si on ne fait rien on n'attend que la mort. On vieillit très vite / elle (ma femme) veut que je continue 3 jours par semaine, elle me dit sinon tu vas tourner en rond, tu vas être insupportable, tu ne sais rien faire. » Médecin 15.

Les médecins admettaient que leur vie était centrée sur la médecine et avaient une appréhension du vide créé par l'absence d'activité.

« Tout ce que je peux voir dans la vie se retrouve recentré sur mon travail. Si on enlève le centre que se passe-t-il ? Ce centre rassemble tous les éléments d'une vie entière, d'une existence, d'un parcours. » Médecin 9.

« Ce qui me motive surtout, c'est que j'ai une peur bleue de « l'après ». C'est la mort « l'après », qu'est-ce qu'il y a après la mort professionnelle ? On ne sait pas, j'ai la chance d'avoir quelques activités sportives, je ne vais pas être modeste j'ai écrit un livre / alors je fais un peu de sculpture, du sport, j'aime voyager mais est ce que tout ça peut meubler 24 heures ? » Médecin 8.

La mise en place de nouveaux projets était la solution pour certains praticiens.

« Je ne me vois pas...alors j'ai une maison très sympa...mais je ne vois pas passer mes journées, je ne vois pas ce que je ferais, j'ai besoin de contact, d'être en contact avec des gens alors ici...ou alors faudrait déménager faire autre chose, avoir un projet. » Médecin 5.

c. Problème financier.

- Problème fiscal à l'arrêt de l'activité.

Cette problématique a été évoquée seulement par le médecin 1, exerçant en ville.

« Le problème majeur qui se présente à nous quand on veut s'arrêter c'est la déclaration d'impôts pour moi, parce que je ne suis absolument pas organisé pour ça et je ne m'occupe pas du tout de tout ça, mais t'es bien obligé un peu / tu prends la retraite, tu le fais quand tu veux, mais l'année suivante tu te fais tuer / vous pouvez faire jusqu'à à peu près 2000 euros sans être « emmerdés », mais au-delà il faut faire gaffe parce que sinon ça se ressent / honnêtement le pognon pour moi c'est suffisant,

le seul truc c'est pouvoir me laisser faire un peu plus que l'on a à faire et ne pas se retrouver l'année d'après « emmerdés ». Et à mon avis c'est le problème des impôts, il faut qu'ils se bougent, qu'on puisse y aller tout doucement. » Médecin 1.

- Retraite insuffisante.

Plusieurs médecins ont rapporté un souci de nombre de trimestres cotisés insuffisant pour toucher une retraite convenable. C'est le cas des médecins 2 et 9 qui n'avaient pas cotisé pendant plusieurs années.

« Alors au départ je n'avais pas assez de trimestres, parce que j'ai eu des enfants, j'ai fait des remplacements, je n'ai pas toujours cotisé, donc j'ai quelques années sans cotisation. » Médecin 2.

« Je n'ai pas pu cotiser pendant un certain nombre d'années, notamment j'ai mis du temps pour ma thèse, à remplacer sans cotiser, à une époque où j'étais marié ma femme n'avait pas de boulot et on avait un gamin, donc c'était une charge en moins de ne pas cotiser. Dans ma vie j'ai arrêté la médecine pendant une dizaine d'années, j'ai fait autre chose, donc les cotisations ne sont pas optimales. Je peux partir maintenant mais je ne toucherai pas grand-chose / je pense qu'elle (la retraite) n'est pas très épaisse, j'ai entendu dire depuis tout le temps qu'il fallait capitaliser à côté, avoir un plan de carrière, on y pense un peu tard car on n'est pas du tout dans cet esprit quand on fait médecine. Quand j'étais étudiant un type nous avait fait un cours sur les SCI et tout ça et on l'avait surnommé « tiroir-caisse », après j'ai compris. » Médecin 9.

Les revenus de la retraite de la CARMF étaient également perçus comme insuffisants.

« Je ne me vois pas avec ma retraite de 3000 euros de médecin banal. » Médecin 12.

« Si je pars à la retraite mes revenus vont considérablement diminuer et ça risque d'être compliqué pour moi. » Médecin 17.

4. Eléments favorisant la poursuite de l'activité.

a. Eléments professionnels favorisants.

- Confort du travail / adaptation du confort de travail.

Cet élément a été évoqué dans quasiment l'ensemble des entretiens. Les médecins exerçant tardivement désignaient leur activité comme confortable :

Une médecine plus facile à exercer aujourd'hui qu'autrefois : simplification de l'exercice avec l'informatique, l'accès aux spécialistes et examens complémentaires facilités, travail du SAMU, moins de visites qu'auparavant, une rémunération valorisée, et surtout un changement de mentalité des patients, qui ne voyaient plus le médecin comme l'homme qui se devait d'être disponible en permanence. Cet élément a été particulièrement évoqué en milieu rural.

« La médecine est plus agréable à pratiquer maintenant qu'il y a 20 ans, il y a eu une amélioration de la médecine, au point de vue de l'exercice il y a une simplification. Bon ça c'est énorme (montre l'ordinateur), après d'un point de vue rémunérateur il y a eu un moment où franchement on était un peu minables, bon là quand même il y a eu certaines augmentations, certains actes valorisés, ce qui fait que de ce côté-là aussi c'est plus intéressant / on a eu cette maison médicale, on a le cabinet infirmier, le podologue, la pharmacie à côté, c'est énorme ça / on n'est plus le kleenex qu'on appelait à minuit parce qu'on avait oublié la pilule, c'est fini tout ça. » Médecin 4.

« Le 15 (SAMU), qui fait que le soir on ne travaille plus. Personnellement j'ai demandé à être dispensé de garde donc je ne fais plus de garde du tout. Et puis il est rentré dans les mœurs que si on a besoin de temps on le prene / On travaille moins, la mentalité a changé, les gens considèrent que le médecin est quelqu'un qui a droit à une vie privée, ce qui n'était pas le cas avant, le médecin était un sacerdoce / on continue et on n'a pas du tout l'impression de se sacrifier, et au point de vue familial non plus / on a une secrétaire et une femme de ménage, pour les papiers, pour la carte vitale, qui encaisse les honoraires, voilà on est quand même peinards. » Médecin 7.

« Depuis quelques années il n'y a plus de garde, c'était astreignant. » Médecin 9.

« Je crois qu'entre 1975 où j'ai débuté et maintenant c'est le jour et la nuit, je ne fais plus la même chose : d'abord dans ma propre activité, le pourcentage visite/consultation était à égalité, maintenant une visite c'est quantité négligeable par rapport aux consultations. » Médecin 14.

« Mon associé est en or. Il s'adapte à ce que je fais, il a peur que je parte peut-être. Je fais de moins en moins de garde, de moins en moins de visites et il s'occupe de plus en plus des patients lourds. Egalement je me fais remplacer souvent, sur la dernière année je crois que j'ai pris 8 ou 9 semaines de vacances / mon activité est vraiment plus cool qu'il y a quelques années, et puis globalement le boulot que je fais maintenant est plus confortable que celui d'il y a 20 ans, avant on était un peu seul au monde, maintenant le SAMU vient. » Médecin 16.

Nombreux sont les médecins qui avaient adapté leur activité : réduction du temps de travail, sortie du planning de garde, spécialisation dans des activités moins exigeantes, emploi d'une secrétaire, travail en groupe.

« Donc on peut s'arranger dans notre métier à travailler sans trop de frais et continuer à prendre ses vacances / si tu veux tu peux bosser, faire des statistiques, de l'homéopathie et tout le bordel, mais si tu ne veux rien faire tu peux ne rien faire en thermal / heureusement j'ai une secrétaire / (l'informatique) quand tu le manies bien tu programmes ton petit machin, certificat médical...vraiment ça me paraît indispensable / je donne au secrétariat, je ne fais que signer, c'est un poids en moins, c'est sûr que ça coûte du pognon mais ça fait partie des choses à faire / moi je me cantonne un peu qu'aux choses classiques, dans le sport la bobologie j'adore / m'occuper des angines, des entorses, c'est du gâteau. » Médecin 1.

« Il est déjà aménagé mon temps de travail, je travaille 3 jours par semaine donc ça va / en fait je fais ce que je veux, je prends le temps qu'il faut / j'ai un secrétariat depuis que je suis là, c'est indispensable...ce que je veux faire c'est la médecine, pas le secrétariat, pas les trucs. Chacun son truc. » Médecin 5.

« La secrétaire c'est du confort, mis en place depuis pas mal de temps / je suis bien installé, je suis tranquille, je suis chez moi, j'habite au-dessus, ce n'est pas trop loin

pour aller au bureau, ça favorise le fait que je reste, si je devais partir dans un cabinet, ouvrir etc ça serait un frein. » Médecin 10.

« Je travaille moins, j'ai changé mes horaires quand je travaillais à mi-temps à l'hôpital j'y étais tous les matins et je travaillais ici de midi à 23h. Maintenant je ne travaille que 3 jours par semaine et j'adapte les horaires. » Médecin 11.

« C'est très confortable j'ai 3 matinées lundi mercredi vendredi et mardi jeudi complet. » Médecin 12.

Une impression de confort en comparaison avec une activité précédente, comme pour le médecin 8 qui avait exercé en Afrique dans des conditions difficiles.

« J'ai exercé dans des conditions très difficiles en Afrique [...] (ma ville) c'est le luxe par le calme, les moyens, je prends mon temps pour discuter avec les gens. Donc là c'est du gâteau, travailler c'est un plaisir / je bosse ici pour la qualité et je bosse ici avec plaisir, comme j'habite pas loin d'ici je viens à pied, je passe devant l'océan, voilà / je me suis installé à (ma ville), je me suis dit c'est mon rêve je ne m'emmerde plus, je démarre à 8h, je finis quand je veux / ici c'est une qualité de vie qu'on n'imagine pas, j'ai des malades ici, qui sont morts maintenant...par exemple, un type qui avait un globe vésical qui m'appelle le lundi à 8h pile, je lui ai dit « pourquoi vous ne m'avez pas appelé avant ? », « on ne va pas déranger le docteur ! » / j'ai bossé en Afrique, des postes isolés de 125km, 3 médecins...si besoin d'aide, 4 jours de piste pour la capitale...ici ce n'est pas comparable. » Médecin 8.

A noter que de nombreux médecins avaient adapté leur rythme de travail en n'exerçant que de façon partielle, afin d'avoir une activité plus confortable et également de chercher un successeur qui débiterait de façon partielle avant une reprise totale de l'activité. Une façon de lever le pied tout en assurant une transition.

« Ce que je conçois c'est trouver un associé avec qui je travaillerai quelques temps puis après moi progressivement je commencerai à lever le pied. C'est comme ça que je passerai le relais, c'est ça que je veux » Médecin 3.

« Maintenant je vais avoir 68 ans donc je vais passer à 1 jour par semaine à partir du mois d'avril (dans 3 mois) et prolonger 1 an ce qui laisse à Monsieur le Maire 1 an pour trouver un remplaçant. » Médecin 7.

« J'ai convenu avec mon épouse le mois prochain à ne travailler que 3 jours par semaine / mon travail est très confortable je fais peu de visites et tous les chroniques du quartier viennent à pied. Je fais des ordonnances pour 3 mois et je ne fais plus les visites comme avant c'est fini ça / C'est confortable, ça me permet de voyager et me reposer, et rester dans la médecine. » Médecin 15.

Les praticiens qui continuaient d'exercer tardivement ne se sentaient pas contraints et disaient avoir un métier agréable, confortable.

« Alors je ne travaille plus comme avant, avant je faisais 70 heures par semaine maintenant plus, j'essaie de ne pas travailler le vendredi après-midi et je ne travaille que sur RDV. J'ai toujours fait comme ça, si j'ai envie de m'arrêter à 19h je vais m'arrêter, je fais mon choix et je suis là pour aider les gens qui ont besoin, mais je ne me sens pas en contrainte, je décide. J'ai un plaisir et les gens le savent / J'ai toujours eu du plaisir à travailler, et je me suis dit pourquoi pas, ce n'était pas très compliqué (de reprendre) j'avais toujours mes locaux et j'habite la maison mitoyenne donc c'est un confort aussi. » Médecin 13.

- Facilité / simplification travail / apports de l'expérience.

L'expérience acquise, la simplification du travail avec le temps ont été des éléments facilitant la poursuite de l'activité pour certains médecins.

« Dans notre métier quand on veut faire le minimum vital, la bronchite, les gosses ... c'est du gâteau de s'occuper de ça. » Médecin 1.

« Et puis au bout d'un moment c'est facile, notre boulot est facile on voit de suite ce qu'il se passe ce qui ne va pas / on a l'habitude l'expérience on sait quand il y a un truc qui cloche. Le travail est facile, ça c'est important de le dire. » Médecin 5.

« Compte tenu de l'expérience acquise, j'ai encore du travail à accomplir / en prenant de l'âge on comprend d'autres problématiques, par exemple le divorce...en l'ayant vécu on comprend les choses chez les patients, en fait le vécu que l'on peut avoir interagit et permet de comprendre. » Médecin 9.

- Bons liens avec les confrères.

L'existence de liens de bonne qualité avec les confrères a été un élément facilitant la poursuite de l'activité.

« Avec les médecins les rapports sont devenus très bons, je n'ai aucun problème avec eux. » Médecin 1.

« La qualité des intervenants avec qui je bosse, précieux, disponibles et avec lesquels je m'entends bien. » Médecin 8.

« Je me suis très bien entendue avec mes collègues, du plaisir à travailler avec certains. » Médecin 11.

b. Eléments personnels favorisants.

- Activités extra-médicales.

Un point commun a été retrouvé chez certains médecins exerçant tardivement : celui d'avoir des activités autres que la médecine. Cet équilibre entre le privé et le professionnel favorisait la poursuite de l'activité médicale.

« Je vois tous ceux qui partent à la retraite deviennent des vieux schnocs, moi j'ai la montagne le dimanche et puis le reste du temps je fais de la médecine voilà. » Médecin 3.

« Je pense que si on parvient à avoir une vie privée, des loisirs, on peut continuer. Si on ne fait que ça, ça me paraît impossible. » Médecin 5.

« J'ai toujours fait 10 activités ensemble, il n'y a que ça j'ai toujours été joueur, j'ai commencé la médecine j'avais 2 discothèques je vais finir la médecine avec 1 discothèque pour me faire plaisir. » Médecin 6.

« Je fais 15 heures de sport par semaine, j'organise des opéras... » Médecin 7.

« *Je continue tout en voyageant.* » Médecin 15.

- Situation familiale et financière favorisables.

La situation familiale, l'entourage, intervenait dans le choix de poursuivre l'activité pour certains médecins.

« *Je suis toujours dans le même cabinet, simplement ma femme n'aime pas trop sortir, n'aime pas trop voyager donc je ne vois pas l'intérêt de partir. C'est peut-être ça qui m'a aidé à prendre ma décision mais je l'aurais prise dans ce sens.* » Médecin 3.

« *Ma femme n'est pas encore à la retraite non plus donc...* » Médecin 4.

« *J'ai ma fille avec moi, on est dans le truc donc on continue. C'est motivant de travailler avec ma fille ici.* » Médecin 10.

La situation personnelle financière influençait également le choix de certains médecins :

Une situation financière favorable permettait un exercice plus confortable de la médecine.

« *A partir du moment où vous n'avez plus de contrainte financière, c'est évident que vous êtes beaucoup plus libre.* » Médecin 5.

« *J'ai un mari qui était médecin, qui a arrêté complètement mais pas très tôt à 70 ans et maintenant quand je vais à Paris pour travailler il vient avec moi et on a organisé notre vie comme ça [...] on a toujours vécu assez indépendants l'un de l'autre, on a chacun nos activités / je n'aurais pas eu de mari médecin généraliste j'aurais certainement été plus inquiète d'un point de vue financier, là j'ai pu travailler à mon rythme beaucoup plus tranquillement. J'ai de la chance aussi d'avoir eu des parents qui m'ont laissé...je n'ai jamais eu trop à me tracasser financièrement, ça m'a permis d'avoir eu un travail beaucoup plus libre dans ma tête et ça fait toute la différence.* » Médecin 11.

Au contraire une situation financière défavorable pouvait également influencer le choix de certains médecins.

« C'est ma vie un peu décousue qui fait qu'aujourd'hui je dois encore gagner de l'argent / aujourd'hui ma femme comprend tout à fait que je continue, elle me pousse à poursuivre tant qu'il le faut. » Médecin 17.

5. Le statut de médecin retraité actif.

a. Choix de bénéficiaire ou non de ce statut.

Les médecins étaient nombreux à ne pas demander le cumul emploi / retraite.

Le statut de médecin retraité actif semblait mal connu des praticiens. Ces derniers se basaient sur les dires de leurs confrères ou sur les conseils de leur comptable.

« Mes copains qui ont demandé la retraite m'ont dit que c'était une connerie parce qu'ils continuent à payer des droits pour rien. » Médecin 10.

« Au moment de la retraite j'aurais pu choisir de ne pas la toucher j'aurais gagné des petits points par ci par là. On m'a dit « il vaut mieux que tu la touches » c'est tout, c'est mon comptable qui m'a dit ça je lui fais confiance. » Médecin 14.

Pour le médecin 6, le choix était fait en fonction du contexte professionnel extra médical (gestion d'autres entreprises).

« Si je demande la retraite je perds plein d'avantages de mon côté. » Médecin 6.

b. Avis positifs

Le statut cumulant était considéré comme avantageux par certains médecins. Il permettait de se maintenir en activité sans se soucier des revenus, il était donc financièrement intéressant.

« C'est un statut assez avantageux pour certains côtés, médecin retraité actif, au niveau financier, même au niveau intellectuel, on se maintient un petit peu en activité. » Médecin 4.

« Je suis assez satisfait, je la touche. Moi ça a été retardé d'un trimestre mais il faut considérer qu'on arrive tard sur le marché / maintenant je touche la retraite sans plafonnement d'activité, donc je ne vois pas où est le problème ça tombe tous les mois je fais ce que je veux. » Médecin 7.

Sur les dix médecins cumulants de notre échantillon, un a admis que le fait de pouvoir cumuler a eu un rôle favorisant la poursuite de son activité.

« C'est bien, il y en a beaucoup qui le font, parce qu'il y a de moins en moins de médecins, de spécialistes, et il est très difficile aujourd'hui à (ville) de se soigner / (sans ce statut cumulant) j'aurais continué puis arrêté définitivement. C'est un plus, je ne l'ai pris qu'il y a 1 an, j'aurais pu la demander à 65 ans, je ne savais pas et beaucoup de confrères m'ont dit « pourquoi tu ne le fais pas ? » Quand on va arrêter définitivement les papiers administratifs sont plus faciles à faire. » Médecin 1.

Le statut cumulant était perçu comme un moyen favorisant l'accès aux soins pour les patients.

c. Avis négatifs.

Cependant de nombreux médecins ont vivement critiqué le statut de médecin retraité actif. Ils regrettaient le fait de continuer à cotiser à perte, ne pouvant acquérir de droit supplémentaire une fois la retraite demandée.

« La réforme est très bien faite mais nous sommes les oubliés de la réforme les retraités actifs, puisque ceux qui vont prendre la retraite maintenant vont cotiser et gagner des points et nous on balance de l'argent à la CARMF tous les mois pour rien. Il y en a bien un qui va souligner le problème, je pense que constitutionnellement ça ne doit pas être valable je pense que deux catégories de médecins soient traitées différemment, il va y avoir un souci. » Médecin 4.

« Vous savez, on a chacun notre retraite, je ne sais pas si avec les charges qu'il y a puisqu'on paie la CARMF exactement pareil, si ça me rapporte beaucoup de travailler ici, que 3 jours par semaine / je pense que c'est ahurissant qu'on paie aussi cher, c'est ridicule, si ça peut aider des jeunes tant mieux mais je suis sûre que je travaille pour pas grand-chose. » Médecin 11.

« J'ai demandé la retraite parce que mon comptable m'a conseillé de le faire mais quand je vois les cotisations que je paye pour rien ça me rend fou. J'ai l'impression qu'on se fait un peu avoir mais, au final, on est quand même un peu gagnants sur les revenus. » Médecin 17.

Cette cotisation à fonds perdus semblait injuste, compte tenu de l'effort qui était fait par les médecins pour soulager le réseau de soins.

« Sur le plan rentabilité ça ne vaut vraiment pas le coup puisqu'on paye plein pot la retraite à perte, donc ça ne présente aucun intérêt / je touche la retraite, on manque tellement de médecins qu'ils sont bien obligés...ce que je voudrais c'est qu'ils diminuent le taux de participation à la retraite parce que là c'est à perte pour moi / j'aimerais bien ne pas payer la CARMF à plein tarif, on fait l'effort d'essayer de soulager la population puisqu'on a de moins en moins de médecins sur (ville). » Médecin 3.

Certains médecins regrettaient d'avoir demandé à toucher les droits, n'y voyant aucun bénéfice financier. Cette cotisation abusive selon eux était vue comme un frein à des futurs remplacements.

« Je suis médecin militaire donc j'avais droit à la retraite, puis j'ai demandé la retraite de la CARMF à tort il y a 4/5 ans, ce qui fait que la CARMF me verse généreusement 830 euros par mois et m'en prélève 825 donc je touche 5 euros par mois. Ça me fait sourire, je ne travaille pas pour l'argent mais c'est une arnaque bien organisée puisque personne ne proteste, donc je continue à cotiser / (les remplacements) non, la SECU me demandera une cotisation complète donc c'est pas intéressant. Si on me dit vous faites une cotisation symbolique de 800 euros par an ça m'aurait plu, pour la

gymnastique intellectuelle [...] mais ça me gêne de continuer à être le couillon que je suis qui touche 830 euros et en verse 825. » Médecin 8.

La situation du Médecin 13 était assez particulière : ce médecin travaillant en ville avait initialement demandé sa retraite et cessé son activité. Quelques années plus tard, malgré la reprise de l'activité et la reprise des cotisations CARMF, elle n'a pu bénéficier d'une revalorisation de ses droits. Cette situation était vécue comme une injustice par le Médecin.

« Je paye toujours la CARMF. J'ai été pénalisée de 200 euros par mois parce que j'ai pris ma retraite avant l'âge et j'ai beau payer la CARMF je n'aurais rien du tout c'est une injustice terrible / c'est scandaleux, dans la mesure où je n'aurais droit à rien et que j'ai été pénalisée parce que j'ai pris ma retraite. Ou alors qu'on me remette les 200 euros mensuels mais me faire payer plein pot c'est scandaleux / je gagne un peu mais par rapport à mon temps de travail, c'est trop. Si vous voulez nous en tant que généralistes on peut mais par exemple les médecins anesthésistes qui payent tellement en assurance ne peuvent pas. » Médecin 13.

6. La cessation d'activité.

Au cours des entretiens les médecins ont fait part de leurs projets et de leur vision de l'arrêt de l'activité.

a. Arrêt avec successeur.

Nous avons rencontré certains praticiens dont la cessation d'activité était programmée, avec une succession déjà prévue.

« Je vais m'arrêter, je vais avoir 80 ans, je suis encore un peu jeune mais je ne le suis pas. En principe je m'arrête l'année prochaine [...] je suis en train de discuter avec 2 frangins. » Médecin 1.

« J'ai l'intention de continuer, (mon associé) m'a présenté quelqu'un qui veut ma place, et ce sera mon successeur, on s'est rencontrés au mois de novembre et ils m'ont dit

« Ce que l'on veut c'est une date de départ » ...ce sera le 1^{er} janvier 2018. Mais j'ai dit 6 mois de plus avec 6 mois pour moduler le contrat. » Médecin 12.

b. Arrêt sans successeur.

Trouver un successeur était un désir pour beaucoup, mais pas une obligation. L'absence de succession représentait un frein à l'arrêt de l'activité, par désir de continuité des soins et par responsabilité sur la démographie médicale. Mais beaucoup de praticiens assumaient la possibilité de partir sans successeur dans l'avenir. Ce phénomène a notamment été constaté en milieu rural, dans des zones à faible densité médicale. C'était le cas du médecin 2 qui exprimait une pression familiale la motivant à arrêter.

« Je n'ai pas...c'est pas grave de toute façon j'ai dit je continue cette année puis si je ne trouve pas de toute façon je vais arrêter. C'est mes enfants qui rouspètent. » Médecin 2.

« (s'il ne se présente pas de successeur dans 1 an ?) on arrêtera aussi, à priori il y aura un successeur. » Médecin 7.

De la même façon, le médecin 6, qui exerçait en rural, dénonçait la responsabilité de l'Etat dans l'organisation des réseaux de soins.

« S'il n'y a personne, il n'y a personne... c'est l'Etat qui doit se débrouiller. » Médecin 6.

La responsabilité morale était moins importante pour les médecins exerçant en milieu rural mais associés à d'autres médecins.

« La succession n'est pas un problème pour moi, j'ai travaillé seul ici pendant de nombreuses années, c'est sûr que je bossais beaucoup, mais maintenant que nous sommes deux, je peux partir sans problème. » Médecin 17.

Il en était de même en milieu semi-rural : une succession était désirée mais non indispensable.

« (le fait de ne pas avoir de successeur) ce serait mieux avec mais ce n'est pas un frein à mon départ. » Médecin 3.

Enfin, en milieu urbain, les médecins exprimaient le désir d'une succession, parfois le désir de vente de la patientèle. Mais pour la majorité cette question de la succession ne représentait pas un frein important à l'arrêt de l'activité.

« (la question de la succession) ne me tracasse pas outre mesure. Il y aura recherche de successeur, mais ne pas trouver de successeur ne sera pas un frein à l'arrêt. » Médecin 10.

« Je sais que si personne ne se présente ça ne changera pas grand-chose, je fermerai et puis voilà. » Médecin 11.

« Je sais que le jour où je déciderai pour une raison X... ça (l'absence de successeur) n'entrera pas en compte. » Médecin 13.

c. Arrêt si problème de santé.

La santé était vue par les médecins comme l'élément principal pouvant amener à cesser l'activité. Le problème de santé prendrait le dessus sur tout frein possible à l'arrêt de l'activité.

« Si la santé flanche obligatoirement, quand je ne reconnaitrai plus les patients... » Médecin 4.

« La santé on s'en fout si demain ça ne va pas j'arrête. » Médecin 5.

« Pour le moment je me dis que si je pars sans successeur c'est que j'ai un problème de santé. » Médecin 9.

« Continuer, pas de cession d'activité programmée sauf infarctus intercurrent. » Médecin 10.

« Je peux avoir un problème de santé, à mon âge, j'arrêterai et puis c'est tout / je ne m'arrêterai jamais tant que je peux. Bon, si je suis malade, je ferais comme tout le monde mais sinon je ne m'arrêtera jamais complètement. » Médecin 11.

« Ce qui entre en compte c'est la santé, que je ne puisse plus faire de stage, de séminaire, ça voudrait dire que ça évolue trop vite, si je ne peux pas faire de stage me remettre au goût du jour, ça veut dire que mes neurones ne fonctionnent plus et j'arrête

/ la santé et là-haut si ça ne fonctionne pas...puisqu'il faut être honnête / donc quand je m'arrêterai de nouveau ce sera parce que ma santé est déficiente ou mes neurones déficients. » Médecin 13.

« Quand je me sentirai vieux j'arrêterai / si demain j'arrête, c'est parce que du jour au lendemain je suis malade donc ce qui m'embêtera le plus c'est d'être malade. » Médecin 14.

7. Eléments en faveur d'une future cessation d'activité.

Les médecins généralistes étaient motivés à poursuivre leur activité, pour des raisons diverses. Cependant, des éléments qui laissaient envisager une future cessation d'activité ont été évoqués par les médecins.

a. Une médecine générale contraignante.

Les médecins évoquaient une mauvaise évolution de la médecine, liée tout d'abord à un changement de comportement des patients qui devenaient de plus en plus exigeants.

« Les gens sont de plus en plus demandeurs, plus exigeants, même la façon de soigner a changé / elle (la médecine générale) est en voie de disparition et à mon avis c'est indispensable sinon ça coûtera encore plus cher et ça je ne sais pas si nos gouvernements s'en rendent compte. » Médecin 2.

« Vous pensez bien que j'aurais arrêté (si je ne faisais que de la médecine générale). Bon si vous voulez vous avez quand même une exigence des gens, je vois bien leur façon de râler contre mes confrères et souvent c'est moi qui dit « c'est difficile pour eux il faut les comprendre » ; c'est vrai une consultation dure 7 minutes, les gens arrivent, ça commence par la tête, ça finit par les pieds, je comprends qu'au bout d'un moment ils soient agacés / les gens ont toujours été très exigeants / je faisais de la médecine générale depuis 2 ans et j'ai arrêté tout de suite parce que j'ai vu que je venais d'Afrique où j'ai fait de la vraie médecine, franchement quand après on se retrouve en cabinet de médecine générale, soigner les rhumes et les gripes ça n'a aucun intérêt. » Médecin 5.

« Les patients sont de plus en plus exigeants et mal élevés et impatientes, ils savent tout et font le diagnostic en arrivant, il y a moins de respect qu'avant on nous considère comme un produit de consommation. » Médecin 15.

« La médecine a changé, mais moi aussi j'ai changé. Les patients ont changé bien sûr ; ils sont plus demandeurs, tout leur est dû mais c'est la société actuelle qui veut ça. » Médecin 17.

La place de la sécurité sociale et de l'Etat était également critiquée. La médecine était vue comme plus contraignante avec moins de libertés de pratique.

« Elle (la médecine générale) est mal barrée, je veux dire par là qu'ils foutent des freins, des pressions, la sécu nous impose des trucs je ne comprends pas bien où on va, normalement on devrait faire de la prévention plein pot, là on ne nous donne pas les moyens. » Médecin 3.

La sécurité sociale était jugée trop intrusive dans la prise en charge des patients. Par ailleurs le tiers-payant était critiqué.

« La Sécu s'implique un peu trop à vouloir prendre notre relais un peu sur les diabétiques les trucs comme ça où ils appellent les patients. » Médecin 10.

« Ça tourne mal, il faut refuser le tiers payant qui est une connerie. » Médecin 7.

« Je pense que la médecine va évoluer, qu'elle va être sectorisée, le tiers payant pour tous c'est la dernière marche, ça me dérange pour les patients. » Médecin 14.

b. Fatigue physique.

La fatigue se faisait ressentir pour certains praticiens, laissant envisager une cessation d'activité dans les années à venir.

« Je dis en même temps il faut bien que je pense à moi, je commence à fatiguer il y a des jours où je suis fatiguée à la fin de la journée. » Médecin 2.

« A 65 ans la récupération commence à être différente, mais le dimanche soir je suis content d'attaquer le lundi. » Médecin 12.

c. Pression de l'entourage.

Le contexte familial avait une place importante dans le choix de carrière des médecins. Certains médecins rapportaient une pression de leur entourage qui laissait envisager un arrêt de l'activité dans les prochaines années.

« J'ai dit je continue cette année puis si je ne trouve pas de toute façon je vais arrêter, c'est mes enfants qui rouspètent. » Médecin 2.

« J'adore ce que je fais, ça ne me dérange pas de continuer, même si ma femme en a marre / ma femme par contre ne voit pas les choses de la même façon, elle n'a pas travaillé, on a 5 enfants donc elle ne pouvait pas travailler. Mais maintenant qu'ils sont tous grands elle aimerait me voir un peu plus à la maison donc c'est elle qui me pousse à chercher des remplaçants et des successeurs. » Médecin 16.

Cependant le choix revenait au praticien et l'amour du métier était plus forte que la pression de l'entourage.

« Ils (les membres de ma famille) aimeraient bien que je m'arrête, mon mari voudrait que j'arrête et que je m'occupe de lui, il est à la retraite, autant il était content que j'arrête me disant tu vas rester là tu n'iras plus partout et quand j'ai repris il m'a dit je sais que tu ne seras pas loin...mais là il aimerait bien que je rentre à la maison. Après je suis libre, puis quand vous aimez ce que vous faites, quand on a la chance de faire ce métier, un métier de passion... » Médecin 13.

8. Théorisation ancrée.

a. Poursuite par choix ou par nécessité.

Deux profils se distinguaient chez les médecins exerçant tardivement : les praticiens qui continuaient d'exercer par nécessité et ceux qui en avaient fait le choix. Cela variait en fonction du contexte dans lequel évoluait le médecin :

- Les médecins pour lesquels la poursuite était une nécessité ou une obligation :

Une situation financière défavorable était parfois la motivation principale de la poursuite de l'activité. Elle était la conséquence d'un contexte familial ou d'un profil de

carrière qui obligeait à un maintien des revenus et contraignait le médecin à continuer d'exercer.

Le problème de la succession était également un facteur clé de la poursuite de l'activité : en milieu rural tout particulièrement, certains médecins étaient piégés par la désertification médicale. La question de l'accès aux soins primaires et la responsabilité des médecins vis-à-vis de leur patientèle les obligeaient à poursuivre jusqu'à trouver un successeur.

Pour ces médecins, la poursuite de l'activité au-delà de l'âge de la retraite était vécue comme une nécessité voire une obligation.

- Les médecins continuant d'exercer par choix :

L'amour du métier était un critère dominant partagé par de nombreux médecins. Les praticiens exerçant tardivement avouaient ne savoir faire que de la médecine, avoir une peur bleue de « l'après », et avoir besoin de relation, de contact avec leur patientèle. Ces médecins faisaient le choix de poursuivre leur activité.

La médecine qu'ils exerçaient leur paraissait confortable compte tenu de l'évolution des pratiques et de certaines adaptations qu'ils avaient réalisées. Le travail était vécu comme un plaisir et non comme une contrainte, ces praticiens avaient envie d'exercer et continuaient tant que la santé suivait.

Les motivations étaient donc multiples et surtout liées au contexte dans lequel exerçait le médecin : que ce soit professionnel (zone d'activité, type d'activité) ou environnemental (familial, financier...).

b. Des profils de carrière variés.

Il est à noter que sur l'ensemble des médecins interrogés, beaucoup ont eu une carrière variée. Nous avons bien entendu rencontré des médecins ayant eu une activité linéaire, mais nombreux étaient les praticiens ayant exercé la médecine de manière particulière, variant les activités.

Le profil de carrière a été un facteur de la longévité de l'exercice :

- l'exercice en médecine humanitaire ou en médecine militaire influait sur la pratique actuelle qui paraissait beaucoup plus confortable et facile.

- l'arrêt de l'activité de façon temporaire (mise en retraite, vie en monastère) expliquait une volonté de travailler, une sensation de travail à accomplir, et une vision de la médecine différente motivant à poursuivre l'activité.

-un exercice de la médecine en parallèle à d'autres activités professionnelles (chef d'entreprise pour le médecin N°6) amenait une envie de continuer d'exercer l'ensemble des activités.

De la même manière, la spécialisation médicale était un facteur motivant pour beaucoup de médecins. Les capacités ou spécialités médicales (psychothérapie, acupuncture...) étaient pour certains la motivation principale à la poursuite de l'activité.

IV. DISCUSSION

L'analyse des résultats de l'étude montre que le choix de la poursuite de l'activité s'ancre autour de plusieurs facteurs.

Il y a, en premier lieu, des facteurs motivants, qui déterminent le médecin à poursuivre. Ils expliquent parfois à eux seuls la non cessation d'activité.

On retrouve ici l'aspect financier : dans certains cas (difficultés financières liées à la situation familiale ou à une carrière décousue) cet élément explique à lui seul la poursuite de l'activité. Cependant le côté financier est souvent vu comme un plus et non comme un facteur prépondérant de l'exercice tardif.

La passion pour le métier et le besoin relationnel sont des facteurs motivationnels majeurs de la poursuite de l'activité. De la même façon, dans certains cas, ce sont la formation médicale et la diversité de l'exercice médical (capacités, spécialités) qui motivent ces médecins généralistes à continuer d'exercer.

L'absence de succession et la peur de « l'après » représentent des freins majeurs à l'arrêt de l'activité.

Nous retrouvons chez ces médecins des éléments favorisants, qui créent des conditions qui permettent la poursuite de l'activité. Le travail est généralement adapté de façon à être confortable, facile. Par ailleurs, un bon équilibre personnel et un entourage favorable favorisent l'exercice.

Quant au statut de médecin retraité actif, il semble mal connu. Il est parfois apprécié, permettant un exercice plus confortable, mais souvent critiqué de part des cotisations jugées inadaptées.

1. Forces de l'étude.

a. Intérêt de l'étude.

Notre étude aborde un aspect important de l'évolution de la démographie médicale. Nous constatons un vieillissement de l'effectif des médecins généralistes en France et une augmentation du nombre de médecins continuant d'exercer au-delà de 65 ans (1,7).

Or, peu d'études existent sur ce sujet. Analyser les facteurs motivationnels et favorisants permet d'apporter une compréhension à ce phénomène démographique.

b. La méthode qualitative.

Avoir choisi une méthode qualitative était une force de notre étude. Nous souhaitons que les thèmes et les éléments de réponse émergent du discours du médecin.

L'étude qualitative nous a permis d'extraire des données directement issues des entretiens afin de cerner au mieux le phénomène observé.

c. L'échantillon.

Nous nous sommes attachés à sélectionner un panel varié d'individus. Nous nous sommes efforcés d'interroger des médecins exerçant dans des zones d'activité variées (53% exerçaient en milieu urbain, 17% en semi-rural et 30% en milieu rural), exerçant seul (65%) ou en groupe (35%), et d'âges variés (de 66 ans à 79 ans).

De plus, nous avons eu la chance d'interroger des médecins aux profils de carrière divers :

-des médecins ayant eu une carrière humanitaire (médecins N°5 et N°15).

-des médecins ayant eu une carrière militaire (médecin N°8).

-des médecins ayant choisi de se spécialiser (médecine du sport pour le médecin N°1, psychothérapie pour les médecins N° 5, N°11 et N°13, sexologie pour le médecin N°14).

Puis, nous avons eu des entretiens avec des médecins aux profils de carrière atypiques :

-un médecin ayant cessé son activité à l'âge de la retraite puis ayant repris quelques années plus tard (médecin N°13).

-un médecin ayant cessé son activité plusieurs années pour vivre dans un monastère (médecin N°9).

-un médecin ayant une activité extra médicale prépondérante, chef d'entreprise de multiples sociétés (médecin N°6).

Ces différents profils ont été découverts au cours des entretiens, ce qui fait la force de la méthode qualitative. Ainsi nous avons pu interroger un panel d'individus diversifié afin d'obtenir des éléments que seule la recherche qualitative permet de retrouver.

2. Limites.

a. Le biais d'investigation.

Le fait que ce soit ma première étude qualitative a probablement constitué un biais dans la conduite des entretiens avec des questions parfois trop longues ou trop complexes.

Afin de lutter contre ce biais, nous avons au préalable réalisé un entretien test qui nous a permis d'ajuster et de valider le guide d'entretien. Ce dernier a également été ajusté au bout de neuf entretiens.

La réalisation d'entretiens semi-structurés nécessite un intervieweur qualifié et de bonnes aptitudes de communication de la part des participants (23). Néanmoins à la lecture des entretiens, le discours des médecins semblait libre et peu influencé par mes interventions.

Effectuer une triangulation des données recueillies par l'utilisation de différents enquêteurs aurait permis de limiter ce biais.

b. Biais de recrutement.

Les entretiens étant volontaires, je n'ai pu atteindre que les médecins intéressés par la question et motivés.

En pratique, sur trente médecins contactés, quatorze ont refusé l'entretien : dix par manque de temps et quatre par désintérêt pour le sujet.

c. Choix de la population étudiée.

Pour répondre à notre problématique concernant les médecins exerçant tardivement, il aurait été intéressant d'interroger les médecins généralistes remplaçants de plus de 65 ans, puisque l'effectif de ces derniers est en hausse ces dernières années (1). L'analyse de cette population permettrait de connaître leurs motivations.

Nous n'avons pas pu inclure les médecins généralistes remplaçants pour une raison simple : les données que nous avons (liste des médecins généralistes par l'ARS) ne nous permettaient pas de contacter ces médecins.

Cependant il semblerait intéressant d'étudier cette population afin d'identifier leurs motivations qui peuvent être différentes des médecins libéraux toujours installés.

d. Analyse par logiciel Nvivo®.

L'utilisation de logiciel NVivo® dans la recherche qualitative peut être critiquée. En effet le risque est d'analyser des matrices d'encodages et de quantifier l'analyse qualitative dans NVivo® (24).

Cependant, même si cette possibilité est offerte par le logiciel, elle ne constitue aucunement un passage obligé dans toute analyse qualitative.

La quantification des résultats d'une analyse qualitative peut introduire un certain nombre de confusions liées à la nature de la recherche. Elle peut introduire un doute sur le caractère automatique ou interprétatif.

Dans notre étude, nous voulions éviter toute approche quantitative, le logiciel NVivo® a été utilisé uniquement dans l'analyse des entretiens retranscrits. L'analyse a consisté

à créer des nœuds et des ensembles de nœuds. Seul l'outil d'analyse lexicale a été utilisé afin d'encoder le plus précisément possible. Nous n'avons pas réalisé d'analyse de matrice d'encodage, cette étude se voulant être purement qualitative.

e. Limite par défaut de triangulation.

La triangulation est une des procédures de recherche qualitative visant à donner plus de validité à l'étude.

Dans notre étude la seule triangulation utilisée est celle de l'encodage par deux opérateurs différents, avec superposition et combinaison des deux perspectives.

Des procédures de triangulation des sources et des outils d'analyse auraient apporté plus de validité à notre étude (22).

3. Comparaisons avec les données de la littérature.

a. Des facteurs motivationnels variés.

- Aspect financier :

Les revenus financiers sont une motivation récurrente de la poursuite de l'activité. Cet élément est évoqué par 50 % des médecins cumulant emploi / retraite interrogés dans l'étude de la FARA (4). Ces mêmes praticiens ont souvent un lieu d'exercice rentable et ont su éviter les pièges qui se tendaient à eux au cours de leur carrière, n'hésitant pas à déménager ou à changer de type d'activité lorsqu'ils rencontraient des difficultés (5). Ceux-ci jugent la pension de retraite insuffisante et évoquent une chute des revenus ne permettant pas de maintenir le niveau de vie actuel. Le matraquage fiscal au moment de l'arrêt est également critiqué, freinant certains médecins désireux d'un départ à la retraite (16).

L'évolution démographique constatée en France l'est également à l'étranger. L'Australie s'intéresse particulièrement aux médecins généralistes et aux départs à la retraite. Ils font face à deux problèmes : d'une part une tendance au départ prématuré à la retraite pour de nombreux médecins généralistes, créant un manque de médecins

surtout en milieu rural, et d'autre part une augmentation des médecins exerçant au-delà de 65 ans (25–27). Ces médecins âgés présenteraient des facultés cognitives diminuées avec un risque de mauvaises performances selon le groupe d'expert de la MBA (*Medical Board of Australia*) (28).

Les études constatent que les médecins exerçant tardivement continuent d'exercer pour raisons financières. Les médecins ne peuvent maintenir leur niveau de vie à l'arrêt de l'activité (29). Ainsi des solutions sont recherchées afin que les praticiens développent des plans financiers afin de prévoir la retraite (25,26).

Cependant la NCVER (*National Center for Vocational Education Research*) expliquait que le départ tardif des professionnels à haut niveau d'études était lié à leur intérêt pour le métier tandis que celui des professionnels à faible niveau d'études était lié à l'aspect financier (30).

De même, le collège américain de radiologie soulignait que le comportement de départ à la retraite n'était pas lié uniquement à l'aspect financier mais également à la transition travail / retraite et au changement de statut social (31).

Cela concorde avec les résultats de notre étude puisque l'aspect financier, bien que présent, est souvent évoqué comme un facteur secondaire de la poursuite de l'activité.

L'aspect financier peut prendre une place plus ou moins importante dans le choix des médecins :

En effet il existe le cas des médecins dont le contexte familial (divorce, études des enfants) ou personnel (mauvaise gestion financière, interruption de l'activité) oblige à un maintien des revenus. Dans ce cas ce n'est pas un choix mais une nécessité pour ces médecins de continuer d'exercer.

Par contre, dans notre étude, l'aspect financier occupe souvent une place secondaire, comme un plus qui, aux côtés de nombreux autres éléments, motive la poursuite de l'exercice.

- Plaisir du métier :

L'étude menée par la DRESS avait isolé deux types de profils de médecins continuant d'exercer tardivement : les notables et les passionnés.

Ces derniers exprimaient clairement leur amour pour le métier et un attachement viscéral à leur profession (4,16). Ils étaient passionnés par la médecine. On retrouvait souvent des médecins hyperspécialisés, notamment dans les centres urbains (5). Ces médecins passionnés continuaient à s'investir plus ou moins bénévolement auprès des structures de soins (visites à l'hôpital, soins et soutien...)

Tout ceci concorde avec notre étude, puisqu'une majorité de médecins ont évoqué en premier leur amour du métier, comme une évidence. Les médecins viennent travailler le matin avec envie et plaisir. Ils ne ressentent pas l'envie d'arrêter. De même certains médecins passionnés portent un intérêt tout particulier pour les spécialités médicales et la formation médicale. Cette hyperspécialisation est parfois le facteur motivant principal de la poursuite de l'activité, en particulier pour des médecins exerçant en ville. Ces derniers ne se verraient absolument pas continuer s'ils exerçaient de la médecine générale « classique ».

- Statut social :

Un profil de médecins se distingue, celui des « notables ». Ce sont des médecins de type paternalistes, des notables de village, de petites ou moyennes villes de province, où ils sont parvenus à acquérir une notoriété locale (médicale, politique, mission caritative). Ils sont caractérisés par une vision positive de l'évolution de la médecine générale et du système de santé (5,6).

Ce changement de statut social, la transition travail / retraite étaient des éléments influant sur le comportement de départ à la retraite selon le collège américain de radiologie (31).

Dans notre étude le statut social a influencé le choix de plusieurs médecins, dont un qui tenait tout particulièrement à son statut de « médecin du village » et refusait de retomber dans l'anonymat.

- Liens avec les patients :

Les médecins refusent d'abandonner une patientèle fidèle à laquelle ils sont attachés (16). Il existe un lien privilégié avec les patients, un ancrage local source de reconnaissance (5).

Cet élément se retrouve dans notre étude puisque de nombreux médecins expriment aimer profondément ce lien unique qu'ils ont avec le patient. La reconnaissance et la bienveillance dans le regard des patients ont une valeur inestimable pour bon nombre de praticiens.

- La sensation d'un travail à accomplir :

Cet élément ne se retrouvait pas dans les études antérieures françaises, mais a pourtant été exprimé à plusieurs reprises dans notre étude. Ce sont des médecins souvent au profil de carrière décousu, qui ont commencé tard ou qui ont interrompu leur activité. Ils considèrent qu'ils ont encore à faire en médecine, qu'il n'est pas l'heure de la retraite.

Les praticiens avouent ne savoir faire que la médecine.

- Le travail maintien en forme :

Certains médecins expliquent continuer d'exercer pour maintenir le rythme. Le travail permet de rester en forme et de poursuivre des activités annexes (gestion d'entreprises). Poursuivre l'exercice permet de maintenir les facultés physiques et mentales.

Cet élément a été retenu dans notre étude comme le facteur motivationnel principal et même unique pour un des médecins. Or, aucune étude antérieure n'avait évoqué cela.

La FARA déclarait dans son étude « le cumul n'est pas un choix mais une nécessité »(16). Or, pour beaucoup de médecins interrogés au cours de notre étude, il s'agissait plutôt d'un choix.

b. De multiples freins à l'arrêt de l'activité.

- Le problème de la succession :

L'absence de succession et le refus d'abandonner une patientèle fidèle sont des éléments qui justifient le statut de médecin retraité actif selon la FARA (16). L'ancrage local pousse à trouver un successeur et à aider celui-ci dans la passation de la patientèle (5).

Ce problème se rencontre également en Australie où l'on constate que les médecins n'ont souvent pas de plan de retraite et continuent d'exercer compte tenu de leur responsabilité envers leurs patients (26,27,32).

Cependant notre étude a permis d'analyser plus profondément ce problème de la succession. Le problème de manque de succession se rencontre à la fois en rural, semi-rural et urbain :

- En zone urbaine, les médecins nous rapportent des difficultés à trouver un successeur mais ne tiennent pas compte de cela dans le choix de leur date de départ. Ces praticiens disent préférer trouver un successeur mais partirons quoi qu'il en soit à la date choisie.

- En zone rurale ou semi-rurale, nous avons d'un côté des médecins qui refusent de partir sans successeur, par responsabilité vis-à-vis de leur patientèle et vis-à-vis de la démographie médicale. Certains villages mettent en œuvre des moyens colossaux de communication afin de trouver un successeur : cabinet de recrutement, recherche directe dans les facultés. Cela montre la difficulté à l'heure actuelle pour trouver un successeur en milieu rural et la responsabilité endossée par les médecins généralistes qui refusent d'abandonner leur patientèle. Ces médecins connaissent les patients parfois depuis plusieurs décennies, ont un lien fort avec les patients, sont parfois investis dans leur commune...Ils refusent donc de partir du jour au lendemain et retardent leur départ à la retraite. Dans ce cas, la poursuite de l'activité n'est pas un choix mais une obligation morale. Certains praticiens sont parfois confrontés à un signal d'alarme directement émis par les patients, parfois sous forme de chantage émotionnel : « vous n'allez pas nous laisser tomber, qu'est-ce qu'on va faire ? ».

D'un autre côté nous avons rencontré une majorité de médecins exerçant en milieu rural ou semi rural qui refuse d'être victime du piège de la désertification médicale et

assume leur futur départ même sans succession. Certains désignent le gouvernement comme responsable et laissent à l'Etat le devoir de trouver une solution.

Aucune étude n'avait été réalisée concernant l'impact de l'absence de successeur sur le départ à la retraite des médecins généralistes. Mon ressenti personnel m'amenait à croire qu'une majorité de médecins se sentait prise au piège de la désertification médicale et continuaient d'exercer à contre cœur. Cependant ces résultats contestent ce ressenti et motivent d'autres explorations.

Les médecins émettent différentes raisons à ce problème de succession et soulèvent de nombreux freins à la reprise des cabinets médicaux :

-une vision de la médecine générale des jeunes médecins qui ne correspond pas à une réalité sur le terrain : une volonté de travailler en équipe qui n'est pas toujours réalisable, une élasticité des horaires en rural qui ne correspond pas (horaires flexibles, gardes). Les exigences des futurs médecins sont parfois incompatibles avec un exercice rural.

-une vie familiale compliquée en milieu rural, par exemple le manque d'emploi pour l'entourage.

-une exigence des futurs installés sur la fiscalité, préférant s'installer en zone défiscalisée.

Le désir de vente de la patientèle peut représenter un frein au départ, pour certains médecins urbains. Cependant dans la grande majorité des cas, en urbain ou en rural, la question de la vente ne se pose pas, les praticiens cherchent simplement à garantir une continuité des soins.

- La peur de « l'après » et le besoin relationnel :

Un élément récurrent est la peur de « l'après » : peur de ne plus être la même personne, de ne pas trouver assez d'activité pour remplir une journée. Beaucoup ont vu leurs confrères de la même génération tourner en rond à l'arrêt de l'activité.

Les médecins admettent que leur vie est centrée sur la médecine et ont une peur bleue de la mort professionnelle. La mise en place de nouveaux projets est la solution pour certains praticiens.

En Australie le nombre de médecins de plus de 65 ans a augmenté de 80% entre 2004 et 2017. Une étude qualitative auprès des médecins exerçant tardivement révélait que de nombreux médecins ne pouvaient supporter une vie sans médecine. Ils rencontraient des difficultés à trouver des loisirs et même des difficultés à garder une identité en dehors de celle du médecin. La solution était une transition par un travail à temps partiel (29).

Cette peur de la mort professionnelle est également liée à la perte du contact avec les patients. Le besoin relationnel est marqué chez la plupart des médecins interrogés. Un besoin d'échanger avec des patients qu'ils connaissent parfois depuis des dizaines d'années, comme s'ils faisaient partie de la famille.

Le contact et la relation avec autrui sont ressentis comme un réel besoin, ils constituent donc un frein majeur à la cessation d'activité des médecins.

c. Ce qui les a aidés dans la poursuite de l'activité.

Les facteurs favorisant aident l'exercice et donc permettent la poursuite de l'activité.

L'élément le plus remarquable est la recherche d'un confort de travail. La DRESS, dans son étude qualitative, soulignait que du point de vue de l'organisation presque tous les médecins exerçant tardivement avaient bénéficié d'un réel confort de travail. Leurs conjointes les ont le plus souvent aidés (soutien moral, apport financier, accueil téléphonique, gestion administrative ou financière). La plupart ont eu des secrétaires, notamment dans le cadre d'exercices en groupe. Par ailleurs, ils sont nombreux à avoir également écarté des exercices jugés trop prenants. Ils n'ont pas hésité à déménager lorsqu'ils rencontraient des difficultés. Ils se sont construit un réseau d'entraide au travail et ont assoupli leurs conditions de travail (horaires, remplacements...). Les médecins exerçant tardivement recherchaient une qualité de vie(5).

Dans notre étude cet élément est évoqué dans quasiment l'ensemble des entretiens. Les médecins exerçant au-delà de 65 ans désignent leur activité comme confortable. La médecine semble plus facile à exercer aujourd'hui qu'autrefois : simplification de l'exercice avec l'informatique, accès aux spécialistes et examens complémentaires facilités, travail du SAMU, moins de visites qu'auparavant, rémunération valorisée, et surtout un changement de mentalité des patients, qui ne voient plus le médecin comme l'homme qui se devait d'être disponible en permanence.

Tout cela fait que les praticiens qui continuent d'exercer tardivement ne se sentent pas contraints et disent avoir un métier agréable, confortable.

En Australie comme au Royaume Uni, le problème majeur est celui du départ à la retraite précoce des médecins en zone rurale. En effet une étude quantitative réalisée auprès de 1192 médecins Anglais révélait que 82% d'entre eux avaient l'intention de partir ou d'alléger le temps de travail dans les 5 ans. La raison principale était la pression importante au travail (33). De nombreuses études sont réalisées afin de déterminer les facteurs de ce départ précoce et ainsi de trouver des solutions afin de garder les médecins en milieu rural (25,34–36). Les solutions envisagées sont d'améliorer le confort de travail : diminuer l'isolement des médecins, aménager les heures de travail, adapter l'activité avec un travail partiel en hôpitaux privés (34,35,37). Cela confirme la place importante du confort du travail dans la poursuite de l'activité.

Notre étude met également en avant un élément important qui aide à la poursuite de l'activité : le bon équilibre professionnel / personnel. En effet, des activités extra professionnelles développées et un épanouissement en dehors du travail sont des facteurs de longévité de l'exercice.

De même, l'équilibre familial, notamment financier, joue un rôle important dans la poursuite de l'activité.

d. Le statut de médecin retraité actif controversé.

Ce statut a largement été critiqué dans l'étude de la FARA. En effet les médecins interrogés dénonçaient une cotisation à fonds perdus considérée comme une « escroquerie sociale » et demandaient une réaction de l'Etat, voire de la cour européenne des droits de l'homme (14).

Cet avis négatif concernant ce statut se constate également dans notre étude, puisque plusieurs médecins relatent les mêmes problèmes, à savoir payer la CARMF à plein tarif alors qu'ils font l'effort de soulager la population en luttant contre la baisse de la densité médicale. Les médecins se retrouvent parfois à cotiser la même somme que celle qu'ils perçoivent.

Cependant certains médecins considèrent ce statut intéressant. Ils observent un gain financier malgré les cotisations réclamées. Ils considèrent le statut de médecin retraité actif avantageux, tant sur le plan financier qu'intellectuel, permettant de garder le rythme.

Tous les médecins de plus de 65 ans ne sont pas retraités actifs. Au 1^{er} janvier 2015, 78 % des médecins généralistes de plus de 65 ans étaient cumulants (1,7).

Les raisons sont diverses :

Tout d'abord, ce statut est méconnu : les médecins s'intéressent généralement peu à la fiscalité et se basent sur les dires de leur comptable ou de leurs confrères (qui expriment souvent un avis négatif sur ce statut).

De plus, certains médecins ne peuvent demander leur retraite puisqu'ils n'ont pas liquidé l'ensemble des retraites personnelles auprès des régimes de retraite obligatoires (15).

Enfin, certains praticiens choisissent de continuer de cotiser afin de percevoir plus tard une retraite avec surcote (c'est souvent le cas des médecins ayant commencé à cotiser tard).

V. CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude qualitative permettant d'analyser le comportement des médecins généralistes continuant d'exercer au-delà de l'âge de la retraite.

Nous distinguons deux profils de médecins : ceux qui poursuivent par nécessité et ceux qui poursuivent par choix.

Poursuivre l'exercice médical est une obligation pour certains. En effet le contexte financier peut nécessiter un maintien des revenus. C'est souvent le fruit d'une carrière décousue, mal gérée sur le plan financier, ou d'un contexte familial particulier exigeant des revenus conséquents (divorces, études des enfants).

Le problème de la succession peut également représenter un frein majeur au départ à la retraite des médecins. La responsabilité des praticiens vis-à-vis de leur patientèle oblige certains à poursuivre jusqu'à trouver un successeur, en milieu rural tout particulièrement.

Pour ces médecins la poursuite de l'activité au-delà de l'âge de la retraite est vécue comme une nécessité voire une obligation.

Cependant, nombreux sont les praticiens qui ont fait le choix de poursuivre. Ceux-ci sont passionnés par leur métier et avouent ne savoir faire que de la médecine. Le besoin relationnel et la peur de « l'après » freinent leur départ à la retraite.

Ces médecins continuent d'exercer avec plaisir une médecine qui leur paraît confortable compte tenu de l'évolution des pratiques et de certaines adaptations réalisées. Le travail n'est pas vécu comme une contrainte, la poursuite de l'activité est un réel choix pour ces médecins.

Le statut de médecin retraité actif est vivement critiqué. Les retraités vivent mal le fait de cotiser à fonds perdus. Les médecins suggèrent une révision des cotisations.

Le problème démographique devrait être à l'origine de mécanismes adaptés. Les retraités actifs ont l'impression de rendre service en soulageant l'accès aux soins primaires, mais disent être punis financièrement.

Perspectives de recherche

Les motivations sont donc multiples et surtout liées au contexte dans lequel exerce le médecin : que ce soit professionnel (zone d'activité, type d'activité) ou environnemental (familial, financier...).

Une étude quantitative permettrait d'étudier ces facteurs motivationnels en fonction des critères contextuels et permettrait d'étudier par exemple l'impact du manque de succession sur l'évolution de la démographie médicale.

Par ailleurs nous avons réalisé une étude sur les médecins généralistes installés. Il serait intéressant de faire le même travail qualitatif auprès des médecins qui ont fait le choix de continuer les remplacements après leur départ à la retraite. Cela afin de vérifier si les hypothèses formulées dans notre étude sont les mêmes dans cette population.

VI. REFERENCES

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2015 [en ligne]. 2015 [consulté le 18 décembre 2015]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2007 [en ligne]. 2007 [consulté le 18 décembre 2015]. Disponible sur : <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/introatlas2007.pdf>
3. LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. 2008-1330 déc 17, 2008.
4. Romeu H. Enquête retraités actifs. Commission Cumul Emploi-retraite du bureau de la FARA [en ligne]. mai 2014 [consulté le 23 janvier 2016]. Disponible sur : http://www.retraite-fara.com/ftp/article/2068/FARA_Infos_n_3_mai_juin_2014.pdf
5. Vega A. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 1 [en ligne]. DRESS. Décembre 2007 [consulté le 18 décembre 2015]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud73.pdf>
6. Blandin O, Cabé MH. Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 2 [en ligne]. DRESS. Mars 2008 [consulté le 18 décembre 2015]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud77.pdf>
7. CARMF. Médecins en cumul retraite/activité libérale [en ligne]. Octobre 2015 [consulté le 18 décembre 2015]. Disponible sur : http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/205/med_cumul.htm

8. Merle P. Démographie médicale en France : hémorragie des généralistes, spécialistes en hausse [en ligne]. LeParisien. 2016 [consulté le 12 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.leparisien.fr/flash-actualite-sante/demographie-medicale-en-france-hemorragie-des-generalistes-specialistes-en-hausse-01-06-2016-5848869.php>

9. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [en ligne] Les Dossiers de la Drees N°17. Mai 2017 [consulté le 12 juin 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

10. CARMF. Age de départ en retraite [en ligne]. [consulté le 12 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.carmf.fr/cdrom/retr/retr-age.htm>

11. CARMF. La retraite en temps choisi applicable au 1er janvier 2017 [en ligne]. Communiqué de presse. décembre 2016 [consulté le 12 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.carmf.fr/actualites/communiques/2016/rcv-asv.pdf>

12. Légifrance. Arrêté du 1er décembre 2016 portant approbation des modifications apportées aux statuts de la section professionnelle des médecins (CARMF) [en ligne]. JORF n°0283 du 6 décembre 2016 texte n° 56 [consulté le 12 juin 2017]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=6C0B6B00ED31FE5F646EBA8B991222DA.tpdila12v_2?cidTexte=JORFTEXT000033538054&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000033537421

13. Sécurité sociale. Bilan des dispositifs d'incitation à la poursuite d'activité [en ligne]. Commission des comptes de la sécurité sociale. Septembre 2010 [consulté le 18 décembre 2015]. Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss201009_fic-12-1.pdf

14. LOI n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. 2003-775 août 21, 2003.

15. CARMF. Cumul retraite / activité libérale [en ligne]. Février 2017 [consulté le 12 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-du-cumul.pdf>

16. Le quotidien du médecin.fr. Médecin retraité actif, pas une sinécure [en ligne] novembre 2015 [consulté le 18 décembre 2015]. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/11/09/medecin-retraite-actif-pas-une-sinecure_779756

17. Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Tailliet F, Olier L. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? La France et ses régions [en ligne]. Insee. Mai 2010 [consulté le 18 décembre 2015]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372503?sommaire=1372505>

18. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. Thèse de médecine générale, Lyon : faculté Lyon Nord ; 2004.

19. Paillé, P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, 23 ; 1994. p.147–181.

20. CNGE Formation. Analyse et encodage. Initiation à la recherche qualitative. 2012.

21. Guillettemette F. L'approche de la grounded theory ; pour innover ? Recherches qualitatives , vol26(1) ; 2006. p.32-50.

22. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded theory Procedures and techniques. London, New Delhi, Sage publications ; 1990.

23. CNGE Formation. Les techniques de recueil de données. Initiation à la recherche qualitative. Avril 2012.
24. Mouricou P. Matrices : Quantifier l'analyse qualitative dans NVivo [en ligne]. Nerdy Scholar. 2015 [consulté le 21 mai 2016]. Disponible sur : <http://nerdyscholar.com/2015/11/25/matrice-quantification-matrix-nvivo/>
25. Pit SW, Hansen V. Factors influencing early retirement intentions in Australian rural general practitioners. *Occup Med Oxf Engl*. juin 2014;64(4):297-304.
26. Draper BM. Older doctors and retirement. *Med J Aust*. 20 mars 2017;206(5):202-3.
27. Schofield DJ, Beard JR. Baby boomer doctors and nurses: demographic change and transitions to retirement. *Med J Aust*. 18 juill 2005;183(2):80-3.
28. Medical Board of Australia, Expert Advisory Group on revalidation. Options for revalidation in Australia: interim report. 2016.
29. Edwards V. Doctors putting off retirement [en ligne]. *The Australian*. 2017 [consulté le 20 septembre 2017]. Disponible sur : <http://www.theaustralian.com.au/careers/more-doctors-are-putting-off-retirement-until-well-after-65-years/news-story/0d120716b43598702108f1aa64a9d9e6>
30. Ryan C, Sinning M. Who works beyond the « standard » retirement age and why? [en ligne]. NCVÉR. 2010 [consulté le 20 septembre 2017]. Disponible sur : <https://www.ncver.edu.au/publications/publications/all-publications/who-works-beyond-the-standard-retirement-age-and-why#>

31. Cronan JJ. Retirement: It's Not About the Finances! [en ligne]. American College of Radiology. 2009 [consulté le 20 septembre 2017]. Disponible sur : [http://www.jacr.org/article/S1546-1440\(08\)00621-2/pdf](http://www.jacr.org/article/S1546-1440(08)00621-2/pdf)
32. Wijeratne C, Earl JK, Peisah C. Professional and psychosocial factors affecting the intention to retire of Australian medical practitioners. *Med J Aust.* 2017;206: 209-214.
33. Dale J, Potter R, Owen K, Parsons N, Realpe A, Leach J. Retaining the general practitioner workforce in England: what matters to GPs? A cross-sectional study. *BMC Family Practice.* 2015;16:140
34. Hansen V, Pit SW, Honeyman P, Barclay L. Prolonging a sustainable working life among older rural GPs: solutions from the horse's mouth. *Rural Remote Health.* juin 2013;13(2):2369.
35. Laurence C, Williamson V, Summer K, Fleming J. "Latte rural": the tangible and intangible factors important in the choice of a rural practice by recent GP graduates. *Rural Remote Health.* 2010;10(2):1316.
36. Joyce CM, Wang WC, McDonald HM. Retirement patterns of Australian doctors aged 65 years and older. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* nov 2015;39(5):582-7.
37. Sansom A, Calitri R, Carter M, Campbell J. Understanding quit decisions in primary care: a qualitative study of older GPs. *BMJ Open.* 1 févr 2016;6(2):e010592.

VII. ANNEXES

1. Annexe 1 : guide d'entretien.

1. Profil du médecin :

- sexe H/F
- Age
- Ancienneté installation
- milieu d'exercice : urbain/semi-rural/rural
- exercice en groupe/seul
- retraite demandée/non demandée

2. Pouvez-vous m'indiquer une ou plusieurs raisons expliquant le fait qu'aujourd'hui vous continuez d'exercer votre métier au-delà de l'âge de 65 ans, correspondant à l'âge d'obtention de la retraite fixé par la CARMF ?

(Je pense qu'il faut rentrer rapidement dans le vif du sujet, si le médecin a une raison évidente de non cessation d'activité nous pourrions ainsi approfondir ce déterminant. Si au contraire il ne présente pas de raison principale ou évidente au maintien de son activité nous pourrions chercher avec lui les déterminants à travers l'étude de son activité, de son contexte... à travers les questions qui suivent).

Lorsque le médecin ne répond pas spontanément à cette question, plusieurs items seront proposés comme piste de réflexion :

- question de la succession, de la volonté ou non de vente de patientèle.
- question de l'aspect financier.

(D'autres items comme l'amour du métier, la peur de l'arrêt de l'activité...ne seront pas proposés au médecin si celui-ci n'en parle pas spontanément, ces déterminants pouvant être révélés au cours des questions suivantes.)

3. Comment envisagez-vous les prochaines années concernant votre activité professionnelle ?

Avez-vous programmé une cessation d'activité dans le futur ?

De la même façon, lorsque le médecin ne répond pas spontanément à cette question, plusieurs items seront proposés :

- aménagement du temps de travail.
- demander la retraite tout en continuant une activité de remplaçant.

4. Y-a-t-il des éléments facilitants, professionnels ou personnels, qui vous ont aidé dans le maintien de votre activité ?

(Pour ce point il sera certainement nécessaire d'évoquer certaines pistes de réflexion. En ce qui concerne les éléments personnels, le médecin évoquera des éléments s'il le désire mais aucun item ne sera proposé car cela pourrait fermer le dialogue)

Les items suivants pourront être proposés :

- les choix faits au moment de l'installation, notamment le milieu de travail.
- question du confort de travail (aides annexes, secrétariat, gardes...)
- question de la stabilité de la patientèle, capacité à avoir déménagé face à une difficulté par exemple.
- question de la formation médicale continue.
- activités annexes médicales (associations, formation d'étudiants en médecine).

5. Quel est votre sentiment sur votre pratique aujourd'hui de la médecine générale ?

Les items suivants pourront être proposés :

- lien avec les patients.
- reconnaissance des compétences par les confrères, par les patients.
- fierté, amour de l'exercice.
- statut social.
- fatigue.

6. Quel est votre sentiment concernant la retraite de médecine générale/le statut de médecin retraité actif le cas échéant ?

7. Si demain, pour une raison X ou Y, vous êtes amené à cesser votre activité de médecin généraliste, quelle est la chose qui vous manquera le plus ?

8. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

2. Annexe 2 : Entretiens.

Les retranscriptions des entretiens sont consultables sur demande auprès du thésard ou du directeur de thèse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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.

ABSTRACT

General practitioners working beyond the retirement age: qualitative study of the determinants in the pursuit of the activity.

Introduction: The study of the evolution of medical demography shows a significant increase in the number of general practitioners continuing to practice beyond the age of full pension. The number of practitioners combining retirement and activity has also been rising these recent years with the evolution of active retired physician status. The main goal of the research is to determine the raisons why general practitioners continue their activity beyond the retirement age.

Methods: Qualitative research with semi-structured interviews with 17 general practitioners practicing in Aquitaine, France.

Results: The main factors that explain the pursuit of the activity are the financial aspect, the passion for the profession and the quality of relations with the patients. The comfort of work, the favorable environment and the diversity of practices also boost this pursuit. The desire for a succession and the fear of "after" represent obstacles to the end of practicing. The status of active retired physician is criticized and sometimes poorly known.

Conclusion: We observe two profiles of doctors practicing late: on the one hand practitioners for whom the pursuit of the activity is necessary for financial reasons or in the absence of a successor. On the other hand doctors who have chosen to pursue by passion and relational need, and who exercise with pleasure a comfortable medicine.

RESUME :

Introduction : L'étude de l'évolution de la démographie médicale montre une augmentation significative de l'effectif des médecins généralistes continuant à exercer au-delà de l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein. Le nombre de praticiens cumulant retraite et activité est également en hausse ces dernières années avec l'évolution du statut de médecin retraité actif.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les causes de poursuite de l'activité des médecins généralistes au-delà de l'âge de la retraite.

Méthodes : Etude qualitative avec réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de 17 médecins généralistes libéraux exerçant en Aquitaine.

Résultats : Les principaux facteurs motivant la poursuite de l'activité sont l'aspect financier, la passion du métier et la qualité des relations avec les patients. Le confort du travail, l'environnement favorable et la diversité des pratiques favorisent également cette poursuite. Le désir d'une succession et la peur de « l'après » représentent des freins à l'arrêt de l'exercice. Le statut de médecin retraité actif est critiqué et parfois mal connu.

Conclusion : Nous observons deux profils de médecins exerçant tardivement : d'un côté des praticiens pour lesquels la poursuite de l'activité est nécessaire pour raison financière ou compte tenu de l'absence de successeur. De l'autre des médecins qui ont fait le choix de poursuivre par passion et par besoin relationnel, et qui exercent avec plaisir une médecine confortable.

TITRE

General practitioners working beyond the retirement age: qualitative study of the determinants in the pursuit of the activity.

DISCIPLINE

Médecine générale

MOTS-CLES

Médecin généraliste, Médecin retraité actif, retraite, facteurs favorisants, motivations

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

UFR des sciences médicales.
Université de Bordeaux.
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex