



HAL
open science

Les conditions d'exercice des généralistes libéraux de la Communauté de communes du Cœur du Var

Alfred Platnic

► **To cite this version:**

Alfred Platnic. Les conditions d'exercice des généralistes libéraux de la Communauté de communes du Cœur du Var. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02188649

HAL Id: dumas-02188649

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02188649>

Submitted on 18 Jul 2019

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

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

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE



Faculté de Médecine

**Les conditions d'exercice des généralistes libéraux de la
Communauté de communes du Cœur du Var**

Présentée et soutenue publiquement le 3 avril 2019 à 18 heures

A la Faculté de Médecine de Nice

Par Monsieur Alfred PLATNIC

Né le 17 août 1989 à Nice

JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Monsieur le Professeur Christian PRADIER
Monsieur le Docteur Xavier CRIGNON**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Sarah-Line LANCREROT

**UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE**



Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyens

Pr. ALUNNI Véronique (Pédagogie)
Pr. DELLAMONICA Jean (Recherche)
M. JOUAN Robin (Étudiants)

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie Générale (42.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BOZEC Alexandre	ORL-Cancérologie (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M. DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M. GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique, Traumatologie (42.01)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M. MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. SALVODELLI Charles	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie (55.03)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

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

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	11
Liste des tableaux.....	12
Introduction.....	13
Matériels et Méthodes.....	15
1. Population d'étude.....	15
2. Guide d'entretien.....	15
3. Recueil des données.....	16
4. Type d'étude.....	16
5. Analyse des données.....	16
Résultats.....	17
1. Caractéristiques sociodémographiques et modes d'exercices des participants.....	18
2. Environnement d'exercice.....	18
2.1. Un cadre de vie souffrant d'une mauvaise image, mais pourtant attractif.....	18
2.2. Environnement médical et paramédical.....	19
2.2.1. Conditions d'installations optimales.....	19
2.2.2. Confraternité entre praticiens.....	20
2.2.3. Présence des médecins spécialistes.....	20
2.2.4. Structures hospitalières, services d'urgences et permanence de soins ambulatoire..	21
2.3. Patientèle.....	21
3. Pratique de la médecine générale libérale dans le territoire.....	22
3.1. La médecine générale libérale : un métier attractif ?.....	22
3.1.1. Une pratique épanouissante.....	22
3.1.2. Attractivité et statut du métier.....	22
3.1.3. Rapports avec les institutions.....	23
3.2. Temps et charge de travail.....	24
3.3. Impacts sur les praticiens du territoire.....	25
3.3.1. Dans l'exercice médical.....	25
3.3.2. Dans la vie privée.....	25
3.3.3. Impacts sur la santé.....	26
3.3.4. Réagir en modifiant son organisation et son mode de vie.....	26
4. Perspectives d'avenir.....	27
4.1. Évolution de l'environnement professionnel.....	27
4.2. Évolution du cadre de vie.....	28
5. Améliorer les conditions d'exercice.....	28
5.1. Études médicales.....	28
5.2. Regroupements.....	28
5.3. Coordination entre professionnels.....	29
5.4. Salarial.....	29
5.5. Télémédecine.....	29
5.6. Auxiliaires médicaux et délégation de tâches.....	30
5.7. Mesures non convaincantes : coercition et incitations financières.....	30

TABLE DES MATIERES

Discussion	31
1. La médecine générale libérale : une pratique contraignante.....	31
2. Épuisement professionnel.....	31
3. Facteurs de risques psychosociaux.....	32
3.1. Intensité et temps de travail.....	32
3.2. Limitation d'autonomie et conflit éthique.....	32
3.3. Exigence émotionnelle et relation avec la patientèle.....	32
4. Attractivité du territoire.....	33
5. Améliorer la médecine générale libérale	33
5.1. Adapter la formation médicale.....	34
5.2. Créer un collectif de soins.....	34
5.3. Médecin généraliste à exercice partagé.....	34
5.4. Déploiement de la télémédecine.....	34
5.5. Auxiliaires médicaux et délégation de tâches.....	35
5.6. Mesures coercitives.....	35
5.7. Mesures non convaincantes : incitations financières et tarifications.....	35
6. Forces et limites.....	36
Conclusion	37
Références bibliographiques.....	38
Annexes.....	40
Serment d'Hippocrate.....	43
Résumé	44

LISTE DES ABREVIATIONS

CC : Communauté de communes

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EDF : Électricité de France

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

MG : Médecin généraliste

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PDSA : Permanence de soins ambulatoire

PTS : Pacte Territoire Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Tableau 2 : Modes d'exercices des participants

INTRODUCTION

Avec 1008 praticiens pour près de 1049000 habitants, la densité des généralistes libéraux dans le Var est aujourd'hui de 96 praticiens pour 100000 habitants. Même si cette densité est supérieure à la moyenne nationale s'élevant à 82 pour 100000 habitants (1), cela reste plus bas que la densité de la région PACA (2). Cependant dans le Var, la moyenne d'âge des généralistes est de 55 ans et la tranche d'âge des moins de 40 ans représente seulement 8% de l'ensemble. En outre, les médecins potentiellement sortants (âgés de plus de 60 ans) représentent 35 % des effectifs. D'après l'analyse du CNOM se basant sur le taux de croissance annuel moyen, il semble que le nombre de généralistes libéraux exerçant une activité régulière dans le Var diminuerait de 1,7% d'ici 2020 alors que la population devrait y augmenter de 3,7%.

Le Var passerait alors à une densité de 82 généralistes libéraux pour 100000 habitants (2).

Notons que cette baisse n'est pas uniquement un phénomène varois. En effet, à l'échelle nationale, cela se traduit par une diminution de 8,4% des effectifs de 2007 à 2016. La région PACA occupe quant à elle, avec une évolution de -10,5% des effectifs sur la même période, la troisième place des régions en forte diminution du nombre de médecins généralistes en activité régulière inscrits à l'Ordre des médecins. Cette tendance globale à la baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 (3).

Nous assistons donc à une véritable désertification médicale concernant l'offre en soins primaires du fait de départs en retraite massifs des généralistes, mais aussi d'une volonté chez eux de délaisser l'exercice libéral pour du salariat (4).

D'ailleurs, cet exercice libéral n'attire plus les jeunes médecins : lors de leur première inscription à l'Ordre, seuls 15% d'entre eux choisissent l'exercice libéral et/ou mixte en première intention. Cinq ans plus tard seulement 40% s'orientent vers l'activité en libéral (2).

Cette situation engendre alors une surcharge d'activité pour les médecins restants : une augmentation de 12% du nombre d'actes, un temps de travail se majorant de 3%, et une augmentation du rythme des consultations de 5% (5).

En parallèle, les métiers du soin sont reconnus de longue date comme exposés à des risques élevés de stress ou d'épuisement professionnel : de nombreuses études ont permis de mettre en évidence des liens entre cet épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux et la surcharge de travail, première cause de burnout, l'isolement, et les difficultés à articuler vie professionnelle et privée (6,7).

Devant les nouvelles attentes des jeunes médecins, certains territoires présentent des facteurs d'attractivité prépondérants et déterminants tels que la qualité et le cadre de vie, l'existence d'un projet professionnel collectif, des possibilités d'emploi du conjoint, ou encore la proximité

d'équipements médicaux, paramédicaux, et de services à la population. Leurs absences dans les zones rurales et les cités de banlieue constituent des faiblesses qui se traduisent par l'apparition de territoires fragiles ou sous-médicalisés (8,9).

Face à ces constats, nous nous sommes intéressés à la Communauté de communes du Cœur du Var (Annexe 1). Créé en 2002, ce territoire rural compte 11 communes (Besse-sur-Issole, Cabasse-sur-Issole, Le Cannet des Maures, Carnoules, Flassans-sur-Issole, Gonfaron, Le Luc en Provence, Les Mayons, Pignans, Puget-Ville, Le Thoronet) et totalise 41905 habitants sur 448km².

Avec ses 29 généralistes libéraux, sa densité médicale y est de 6,9 praticiens pour 10000 habitants (2). Territoire fragile, elle regroupe deux Zones d'Actions Complémentaires (10).

Dans ce contexte, nous nous sommes entretenus avec les généralistes libéraux de cette Communauté de communes. Nous avons cherché à connaître leurs conditions d'exercice et l'impact qu'elles ont sur leur vie privée, afin dans un premier temps de comprendre leur ressenti, puis dans un second temps d'apprécier les solutions qui, selon eux, pourraient améliorer leurs conditions d'exercice.

MATERIELS ET METHODES

La méthodologie de l'étude fait référence aux lignes directrices COREQ prévues pour les rapports de recherches qualitatives (11).

1. Population d'étude

Nous avons défini la zone d'étude à l'échelle de la Communauté de communes du Cœur du Var car cette communauté a vocation à exercer ses compétences dans le domaine de la Santé et de la Solidarité, notamment en soutenant l'organisation d'une permanence de soins sur son territoire (12). Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes libéraux exerçants dans cette communauté de communes au moment de la période de recueil des entretiens.

Étaient exclus les généralistes dont l'activité principale n'était pas une activité de médecine générale (pratique d'une médecine dite « alternative »).

2. Guide d'entretien

Les conditions de travail des médecins généralistes libéraux renvoient à des aspects très divers de leur pratique notamment leur emploi du temps, leur rythme de travail ou encore l'organisation du cabinet, qu'il s'agisse d'éléments objectifs ou de ressentis plus subjectifs. Elles font aussi écho à l'état de santé physique et psychique de ces professionnels, souvent intimement lié à leur exercice (13).

Ainsi, le guide d'entretien a été constitué de la manière suivante (Annexe 2) :

- . Une première partie qui permettait de recueillir les principales caractéristiques sociodémographiques des participants (âge et sexe, année d'installation dans le Cœur du Var, mode de vie et mode d'exercice)
- . Une seconde partie, qualitative, constituée de sept questions ouvertes regroupées dans quatre grandes thématiques :
 - lieux et environnement d'exercice
 - temps de travail
 - épanouissement personnel et familial
 - améliorations et perspectives d'avenir

Au stade préliminaire, la structure de ce guide a été retravaillé lors d'un entretien avec un professionnel de santé extérieur à l'étude afin de tester l'enchaînement des questions, dans l'objectif de garder un fil conducteur le plus naturel possible.

En fonction des éléments spontanément abordés par les participants, des notes de terrain furent prises et intégrées à la retranscription.

3. Recueil des données

Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés de Juillet à Octobre 2018 selon le guide d'entretien préalablement établi. Il s'agissait de guider, ou encore reformuler certaines réponses pour les clarifier et les approfondir.

Durant cette période, les participants à l'étude furent contactés par téléphone afin de convenir d'un lieu et d'une date de rendez-vous pour effectuer l'entretien.

Chaque entretien a été doublement enregistré avec l'accord du participant grâce à un ordinateur et un téléphone portable. A cette occasion, il leur était présenté d'une manière globale le sujet de l'étude, ainsi que les différentes thématiques qui y sont abordées.

Le consentement a été recueilli oralement à deux reprises, une première fois lors du premier contact téléphonique, puis une seconde fois avant de débiter l'entretien. Les motifs de refus ont également été recueillis.

4. Type d'étude

Étude non interventionnelle, l'avis du Comité de Protection des Personnes n'a pas été nécessaire.

5. Analyse des données

La méthodologie, décrite ci-dessous, s'inspire des principales étapes partagées par trois méthodes d'analyse qualitative : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman, et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (14).

La phase de pré-analyse, a consisté à préparer le corpus de données en réalisant une retranscription des entretiens, via le logiciel WORD, dans leur forme intégrale et sans rien modifier de leur formulation. Cette tâche a été réalisée par une télésecrétaire formée au préalable.

Une seconde phase de codification a consisté, grâce au logiciel NVIVO, à transformer les données brutes de transcription en termes concis et aisément repérables (mots ou courtes phrases).

La catégorisation ou thématisation nous a ensuite permis de définir des catégories permettant de regrouper les codes identiques sous un titre générique afin de les placer dans un contexte explicatif plus large. Enfin, nous avons réalisé une mise en relation des différents thèmes afin d'établir des liens entre les différentes catégories.

RESULTATS

Dix-huit entretiens ont été réalisés. La durée d'enregistrement varie entre 15 minutes et 47 minutes, avec une moyenne de 25,44 minutes et une durée totale cumulée d'enregistrement de 7 heures et 38 minutes. La saturation des données est apparue à partir du quinzième entretien. Les trois entretiens suivants furent réalisés afin de confirmer la saturation.

1. Caractéristiques sociodémographiques et modes d'exercices des participants.

L'ensemble des 29 généralistes libéraux du territoire a été contacté. Dix-huit ont accepté de participer à l'étude. Neuf médecins n'ont pas répondu aux sollicitations téléphoniques. Deux autres praticiens ont directement manifesté leur refus, le premier car arrêtant prochainement son activité, le second déclarant manquer de temps et être déjà submergé par son activité.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont exposées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants					
Médecin	Âge	Sexe	Origine	Mode de vie	Lieu de Vie
M1	49	F	Étranger	Célibataire	Hors CC
M2	64	F	Hors CC	NC	CC
M3	63	H	Hors CC	Couple	Hors CC
M4	56	F	CC	Célibataire	CC
M5	58	H	CC	Couple	CC
M6	62	F	Hors CC	Couple	CC
M7	46	H	Hors CC	Couple	CC
M8	64	H	CC	Couple	CC
M9	67	H	Hors CC	Couple	Hors CC
M10	55	H	Hors CC	Couple	Hors CC
M11	32	H	Hors CC	Couple	Hors CC
M12	59	F	Hors CC	Célibataire	CC
M13	57	H	Hors CC	Couple	CC
M14	62	H	Hors CC	Couple	Hors CC
M15	45	F	Hors CC	Couple	CC
M16	60	F	Hors CC	Couple	CC
M17	30	F	Hors CC	Couple	CC
M18	62	H	Étranger	Couple	CC

F : femme, H : homme, CC : Communauté de communes, NC : non communiqué

Les modes d'exercices des participants sont exposés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Modes d'exercices des participants					
Médecin	Installation	Convention	Seul/Groupe	MSU	PDSA
M1	2013	Secteur 1	Groupe	Non	Non
M2	1983	Secteur 1	Groupe	Oui	Non
M3	1983	Secteur 1	Seul	Non	Non
M4	1997	Secteur 1	Seul	Non	Non
M5	1993	Secteur 1	Seul	Oui	Oui
M6	1984	Secteur 2	Seul	Non	Non
M7	2016	Secteur 1	Groupe	Non	Non
M8	1982	Secteur 1	Groupe	Oui	Non
M9	1997	Secteur 1	Groupe	Non	Non
M10	2011	Secteur 1	Seul	Non	Non
M11	2016	Secteur 1	Groupe	Non	Non
M12	1997	Secteur 1	Groupe	Oui	Non
M13	1993	Secteur 1	Seul	Non	Non
M14	2002	Secteur 1	Seul	Non	Oui
M15	2008	Secteur 1	Groupe	Non	Non
M16	1989	Secteur 1	Seul	Non	Non
M17	2018	Secteur 1	Seul	Non	Non
M18	2011	Secteur 1	Seul	Non	Non
MSU : Maître de stage universitaire, PDSA : permanence de soins ambulatoire					

2. Environnement d'exercice

Après avoir évoqué l'image dont le milieu rural peut souffrir, les participants ont mis en avant de nombreux facteurs d'attractivité, considérant les conditions d'installations globalement favorables à l'exercice de la médecine générale.

2.1. Un cadre de vie souffrant d'une mauvaise image, mais pourtant attractif

Les praticiens ont mis en avant la fausse image que la ruralité pourrait avoir vis-à-vis des citadins.

M18 : « Ça c'est sûr qu'il y a des gens qui sont nés dans les grandes villes qui disent : « Ah la campagne !.. La chèvre elle va me tuer ! » ». Malgré cette apparence dévalorisante, ils ont exprimé leur attrait pour la localité au moment de leur installation. M9 : « J'avais envie de m'installer dans le Var [...] voilà j'ai fait 3 installations, j'ai un peu bougé, et depuis ça fait 21 ans que je suis ici ». Les bénéfices de la ruralité étaient mis en avant, à savoir la nature, le calme, les activités de plein air, et la

sécurité. M2 : « *On peut se balader, il n'y a pas trop de circulation malgré tout, bon climat, moi je me régale quand je vois la chaine des Maures, je vois les étoiles le soir... J'suis contente !* ». M4 : « *Une p'tite maison à la campagne, y'a la forêt juste derrière [...] d'aller dans la forêt, d'aller dans la nature, de faire des randonnées des choses comme ça* ». M5 : « *C'est pas un endroit où y'a des gros problèmes d'insécurité, de délinquance, de gros trucs* ». Le territoire permettait également l'accès aux produits de première nécessité et à la scolarisation. M2 : « *Sur le plan courses, machin... c'est facile...y'a tout ce qui faut* ». M17 : « *Plus tard si je veux avoir des enfants ça va jusqu'au collège, c'est déjà pas mal, après le lycée c'est sur Toulon, et ça aussi je trouve que c'est déjà pas mal* ». Sa proximité avec de grandes villes était jugée positivement, notamment grâce à des voies de communication excluant l'enclavement. M8 : « *On est à 35 minutes de tout. Que ce soit Hyères, Draguignan, Brignoles, Toulon, il faut compter 30-35 minutes* ». M12 : « *Ça a l'avantage d'être près de l'autoroute, un peu à un carrefour entre Marseille et Nice, donc c'est facile d'accès* ». Les qualités de ce cadre de vie suscitaient alors parfois l'incompréhension vis-à-vis de la pénurie en jeunes médecins. M10 : « *Moi ça m'a beaucoup surpris qu'il y ait cette pénurie au Luc... de médecins... Parce que moi je trouve que c'est vraiment une ville attractive* ». Toutefois, l'offre en activités sociales était jugée insuffisante, les loisirs étant considérés comme restreints et éloignés. M1 : « *Au niveau des loisirs ce n'est pas évident, si je veux sortir le soir je vais aller où ? [...] Il faut se déplacer loin... Il n'y a pas de grands choix* ». M8 : « *Pour des loisirs plus évolués comme le théâtre, le cinéma, il faut partir quoi, il faut aller dans les villes, ici on n'a pas ça* ». L'offre locale en emplois était elle aussi jugée insuffisante. M9 : « *Y'a pas de travail, le problème c'est ça* ». Cette insuffisance était également vue comme un des principaux facteurs impactant l'attractivité. M9 : « *Je crois que c'est le gros problème. Parce qu'autrement y'a les écoles, y'a le collège, le car pour aller au lycée enfin y'a tout ce qu'il faut pour vivre à part le travail quoi* ». Enfin, des difficultés d'insertion dans le milieu rural ont également été ressenties. M7 : « *Ici on est quand même dans un milieu rural assez fermé, assez clos, on a du mal à trouver des personnes avec lesquelles on arrive à bien s'entendre et je pense que si on se plait pas [...] c'est plutôt parce qu'on est pas très à l'aise dans la région* ».

2.2. Environnement médical et paramédical

2.2.1. Conditions d'installations optimales

L'environnement géographique était mis en avant. M9 : « *Je trouve que je suis dans un cabinet qui est agréable, au soleil, si on aime la mer, y'a la mer qui est pas loin, si on aime la montagne, y'a le Haut-Var qui est pas loin* ». M11 « *Le cabinet est bien, le cadre est bien, voilà c'était ça surtout les conditions* ». Le choix de ce territoire comme lieu d'installation était même parfois la conséquence de l'épanouissement professionnel du conjoint. M10 : « *Ma femme a eu une mutation dans son travail, j'ai suivi* ». M15 : « *C'est pour des raisons personnelles, mon mari travaillait ici* ». La proximité physique et la facilité d'accès au lieu d'exercice étaient considérées. M7 : « *Il n'y a pas de notion*

d'embouteillages ou de difficultés d'accès donc à ce niveau-là c'est bien ». Les locaux présentaient également un coût jugé très faible : M11 « *Je loue le cabinet pour un peu moins de 300 euros par mois... Je le loue à la mairie* ».

2.2.2. Confraternité entre praticiens

La confraternité entre médecins était tout d'abord soulignée. Elle permettait de bonnes conditions d'installation. M6 : « *J'ai fait très vite connaissance avec tous mes confrères du coin, c'était très confraternel, très sympathique* ». Elle induisait même une forme de soutien. M8 : « *La caractéristique rurale par rapport à la ville c'est qu'il n'y a pas de compétition entre les confrères, y'a plus une coopération qu'une compétition* ». Cette confraternité permettait alors de rompre l'isolement par le biais de multiples rencontres, et favorisait le partage et l'entraide. M5 : « *Côté généralistes y'a pas de soucis majeurs, parfois même ça m'arrive quand je pars de téléphoner à l'un, l'autre me donne son téléphone, on se dépanne bien* ». M12 : « *Ça aide un peu à débriefer au final ces groupes de pairs... Ah bah oui, moi ça m'a sauvé la vie ! Tu te sens pas tout seul !* ».

2.2.3. Présence de médecins spécialistes

Cette présence assurait une pratique médicale adéquate. M5 : « *Y'a cardio, gastro, ORL, ophtalmo, labo, pneumo, gynéco... Enfin y'a un environnement qui est relativement fourni* ». M9 : « *Oui il y avait aussi le laboratoire, maintenant il y en a deux, enfin c'est le même mais divisé en deux, ça c'est génial !* ». De bons rapports avec les spécialistes de la localité étaient également mis en avant, permettant des prises en charge aisées. M6 : « *On a des rapports très confraternels, très agréables, tout le monde s'entend bien, on est content de se voir, on est content de se retrouver voilà* ». Cependant, contrairement à la pratique de ville, leur nombre limité posait le problème du choix. M5 : « *Si la façon de travailler d'un spécialiste convient moins pour des raisons x ou y bah souvent vous êtes obligé quand même de passer par celui-là bah parce que c'est celui du coin [...] Ça en ville tu peux choisir puisque t'as 10 ou 20 cabinets de cardios ou de gastros* ». Leur distance géographique posait aussi parfois problème. M10 : « *Le radiologue est parti à la retraite, il n'a pas été remplacé donc ça c'est un gros gros manque parce que maintenant il faut aller sur Brignoles ou sur le Muy ou alors sur Draguignan donc ça fait quand même une vingtaine de kilomètres de déplacement. Les autres spécialistes cardiologues etc. c'est soit Brignoles soit Draguignan aussi ou Toulon* » Cela avait un impact sur la prise en charge des patients. M10 : « *On a beaucoup de personnes âgées, donc beaucoup de demandes de transports, donc beaucoup de papiers à faire, c'est plus une répercussion par rapport à ça* ». Cependant, il n'y avait pas d'impact négatif. M10 : « *Par rapport à la santé des patients il n'y a pas de répercussions on arrive à gérer les urgences* ». Certains des praticiens interrogés ont également pu ressentir une certaine forme de discrimination à leur rencontre vis-à-vis de leurs confrères exerçant en ville. M1 : « *Je trouve qu'il y a quand même une discrimination entre la ville et le village. Par exemple j'ai un collègue, un ami qui travaille à Draguignan, s'il a besoin qu'un patient voie un spécialiste*

rapidement, même si ce n'est pas une urgence immédiate, il prend le téléphone [...] « oui, je vais voir, pas aujourd'hui mais demain ». Par contre moi si j'appelle... ».

2.2.4. Structures hospitalières, services d'urgences et permanence de soins ambulatoire

Le territoire disposait de l'ensemble de ces structures. M9 : *« On a deux hôpitaux pas loin, il y a Brignoles et Draguignan, y'a la clinique sur Draguignan aussi ».* M5 : *« Y'à l'hôpital de Brignoles justement avec la maison médicale qui est collée aux urgences [...] et après le week-end y'a la maison médicale du Luc ».* Elles apportaient un confort pour la pratique. M5 : *« Les urgences, bon... rapidement disponibles, c'est intéressant, en tout cas rassurant ».* M3 : *« Il y a une maison médicale qui s'est ouverte là et donc ça rend bien service ».* Ce confort était mis en parallèle avec une fausse image de l'exercice rural. M13 : *« En milieu rural les jeunes s'imaginent toujours qu'ils vont devoir faire des accouchements sur le bord de la route ! Ou de gérer des infarctus... je ne gère pas les urgences ! ».* Toutefois, leur éloignement pouvait une nouvelle fois représenter une contrainte. M12 : *« Entre l'hôpital de Draguignan et Brignoles, que ce soit d'un côté ou de l'autre, il faut faire ces 25 km quoi ».*

2.3. Patientèle

Le type de patientèle était intimement lié à l'évolution démographique locale. M8 : *« Une population qui va croissante, mais qui va concerner surtout des résidences secondaires [...]. Ce sont souvent des familles qui travaillent dans les grandes villes dans l'ensemble, Hyères, Brignoles, Draguignan, Toulon, et qui viennent habiter dans un village ».* Il s'agissait donc d'une population de tout âge, plus sujette à consommer des soins médicaux. M9 : *« Il y a beaucoup de personnes qui viennent prendre leur retraite ici, beaucoup de personnes âgées donc qui consomment médicalement ».* M17 : *« C'est quand même aussi une population très jeune parce qu'il y a beaucoup de lotissements qui se sont créés ».* La qualité des rapports avec cette patientèle était valorisée. M4 : *« Le rapport avec les gens il est simple ! C'est... ça m'plait. Voilà. Moi j'aime bien ce rapport simple et voilà... y'a pas de... genre des chichis... des trucs... ».* M5 : *« Des gens qui restent la plupart du temps respectueux, qui comprennent et avec qui on peut avancer sur le plan de l'éducation ».*

Cependant, ces relations étaient en voie de se dégrader, les praticiens faisant face à des problèmes d'agressivités. Ces rapports conflictuels avec la patientèle représentaient alors un facteur de risque psychosocial. M2 : *« Vous avez vu ce que nous avons mis comme panneau... que toute personne qui manquerait de respect verbalement ou physiquement à la secrétaire ou au médecin on lui remettait son dossier. C'est pas méchant mais quand même, à un moment il ne faut pas que ça aille trop loin. Il y a quand même eu des clashes ».* Le rapport au médecin et à l'acte médical se dépersonnalisait. M1 : *« Ça se dégrade... On commence à consommer du médecin, on est devenu comme une sorte de biens de consommation. On ne vient plus voir le médecin pour lui parler, pour débattre de ses problèmes, on vient comme au supermarché. On vient acheter des choses, acheter de l'acte médical mais sans être*

trop conscient de la complexité de l'acte médical. ». Ces tensions étaient sous-tendues par des problèmes d'accessibilités. M7 : « *Il y a environ deux semaines d'attente pour avoir un rendez-vous* ». M2 : « *On ne peut pas avoir de rendez-vous, on ne peut pas vous voir. Je dis que pourtant je suis beaucoup au cabinet, voilà* ».

3. Pratique de la médecine générale libérale dans le territoire

3.1. La médecine générale libérale : un métier attractif ?

3.1.1. Une pratique épanouissante

L'exercice de la médecine générale apportait un épanouissement professionnel. M1 : « *J'ai appris plein de choses, c'était très enrichissant pour moi. [...] C'est un métier, un art* ». M7 : « *Diagnostiquer, s'intéresser, chercher, trouver, accompagner, ça c'est quand même épanouissant* ». Le généraliste bénéficiait également d'un statut particulier pour la population locale. M7 : « *On vous connaît dans le village et ça c'est quand même épanouissant* ». Son image positive vis-à-vis des spécialistes participait à l'épanouissement professionnel. Ceci était notamment souligné par les médecins étrangers. M1 : « *Le médecin généraliste n'est pas très bien considéré contrairement à ce que j'ai pu ressentir ici, c'était très réjouissant pour moi car je me suis dit bah voilà là ici je suis un vrai médecin ! Je suis prise en considération ici ! Le médecin il me remercie, il me donne beaucoup plus d'infos sur mon patient ce qui n'était pas le cas dans mon pays, il me donne la liberté si je le souhaite de changer quelque chose, c'est une relation enrichissante qui a même joué sur l'estime de moi-même* ».

Le métier était aussi valorisé par les praticiens les plus jeunes, incitant même leurs jeunes confrères à s'installer. M17 : « *Faut s'installer, c'est vraiment un bon exercice de la médecine, y'a du relationnel et puis y'a le suivi au long court, c'est vraiment un très beau métier* ». L'inadéquation entre leur ressenti sur le métier et les effectifs actuels suscitait parfois même leur incompréhension. M11 : « *Je ne sais pas ce qui fait peur aux jeunes médecins... Je ne sais pas* ».

3.1.2. Attractivité et statut du métier

Selon certains participants, le métier avait perdu de son attractivité et de son image. La difficulté des études médicales était reprochée. M12 : « *C'est long quand même, 10 ans d'études, donc est-ce que ça en vaut la peine ? Je ne sais pas...* ». M13 : « *Mes enfants n'ont pas fait médecine, j'en discutais avec un patient dont le fils a fait médecine puis kiné et il disait que dans les kinés y'avait beaucoup d'enfants de médecins, donc les parents médecins déconseillaient à leurs enfants de faire médecine* ». Le statut du généraliste a disparu. M12 : « *Il y avait une noblesse dans ce métier qui est perdue* ». Devant la déshumanisation de leur pratique, les praticiens dénonçaient la perte de sens de leur métier. M8 : « *Je pense que le médecin généraliste aurait dû être de plus en plus... ne servant pas que de directeur aux patients, de directeur, de gare de tri quoi, mais qu'il aurait dû servir d'accompagnement humain, d'explications de courroies de transmissions mais ça ne se fera pas parce que je pense que ça demande*

trop d'investissement humain ». Les revenus posaient aussi problème. Les participants évoquaient tout d'abord la faible tarification de la consultation, avec un manque de liberté à déterminer son coût. M2 : « Bah si on fait le tarif horaire, admettons sur 25 euros il reste 11 euros, si vous voyez 3 patients ça fait 33 euros de l'heure. Combien prend un garagiste pour une heure ? ». M3 : « Je suis parfaitement capable de dire si une consultation de 10 minutes ça vaut 25 ou 35 ou 10 euros, voilà. Si je prends 1h ou 1h30 avec une personne c'est évident que 25 euros ça ne va pas, voilà c'est pas juste... ». Le secteur II permettait de se libérer de cette contrainte. M6 : « Quand on a eu l'opportunité d'opter pour le secteur II je l'ai fait, depuis entre temps ce secteur s'est fermé donc je suis contente d'y rester ça me permet d'avoir une certaine indépendance [...] suivant mes patients je peux moduler mes honoraires ». Ces revenus étaient également impactés par des charges croissantes. Le métier était alors vu comme étant moins attractif que dans certains pays étrangers. M18 : « Avec tous les frais qu'il y a en France, toutes les charges... Le vrai revenu va baisser. [...] L'activité des médecins généralistes de France et en Allemagne, c'est presque la même activité, à la fin de l'année les vrais revenus sont de 40% de plus en Allemagne. Il y d'autres pays Suède ou Norvège où c'est plus que ça. [...] Par exemple moi avant d'arriver ici j'ai eu une proposition pour la Norvège à partir de 10000 euros par mois ».

Le métier n'était alors plus perçu comme sécurisant pour sa retraite, motivant des investissements secondaires pour s'y préparer. M12 : « J'ai fait un investissement immobilier pour préparer ma retraite ce qui m'a coûté beaucoup de temps et d'argent [...] comme y'aura personne pour payer nos retraites si y'a pas de médecins qui viennent en libéral qui va les payer je sais pas ». Il y avait même un réel sentiment d'injustice vis-à-vis d'autres professions. M12 : « J'ai l'exemple d'un gars qui bossait à EDF, ce gars-là est à la retraite depuis 3 ans maintenant alors que moi j'ai encore 7 ans à faire ! Et il a une retraite qui est équivalente grosso-modo à son salaire et qui est supérieure à ce que sera mon montant de retraite. Quand tu vois un peu le montant de retraite des cadres qui ont fait 35 h... Tu te dis... ».

3.1.3. Rapports avec les institutions

Ils étaient compliqués, avec un sentiment de manque de liberté croissant. M16 : « La pression au niveau des prescriptions, des arrêts de travail... on travaille plus comme on travaillait il y a 30 ans ». La pratique était perçue comme devenue trop normative. M2 : « On est je pense dans une société qui est trop normative, qui est trop informatisée avec des justificatifs permanents et je pense que ça tue une partie du travail spontané [...] on ne peut pas mettre tout le monde dans le même sac ». Les contrôles étaient aussi devenus trop rigides. M13 : « Là, la sécu ils m'emmerdent pour les arrêts de travail parce que je travaille beaucoup donc j'exploise leurs compteurs donc ils m'ont mis encore sous contrôle [...] ils m'ont fait convoquer par le directeur de la caisse ». M2 : « Vous signalez à la caisse que vous êtes trompé, ils envoient une mise en demeure de rembourser avant saisie !! et j'exagère à peine ». Ce manque de liberté et ces rapports conflictuels représentaient des facteurs de risques psychosociaux qui avaient parfois des répercussions sur la santé mentale. M3 : « C'qui est peut-être pas évident à

saisir dans les histoires de burnout c'est ce que j'appelle moi en psychologie la double contrainte. [...] En face de moi j'ai pas une norme, j'ai une personne, y'a quand même une grosse différence. Si je dois appliquer les normes j'suis dans une double contrainte, parce que je ne suis plus en accord avec moi-même et j'suis plus en accord avec la réalité donc j'fais quoi ? ».

3.2. Temps et charge de travail

Au décours des entretiens, il a été mis en avant une certaine liberté organisationnelle offerte par l'exercice libéral. M17 : *« C'est l'avantage du libéral, voilà j'ai décidé de ne pas travailler le jeudi. [...] Je choisis mes horaires moi j'aime bien commencer tôt, donc voilà je commence tôt. [...] Pour l'instant je finis assez tard après si un moment donné je trouve que ça fait trop je diminuerai ».*

Cependant, l'importance de la durée et de l'intensité au travail constituaient des facteurs de risques psychosociaux supplémentaires. Les participants rapportaient des plages horaires étendues. M10 : *« Je prends mon premier patient à 7h30 le matin [...] et je recommence à 14h jusqu'à si tout se passe bien 20h-20h30 ».* Ces plages horaires pouvaient encore s'élever, notamment en période épidémique. M1 : *« L'hiver lorsqu'il y a beaucoup de monde avec beaucoup de pathologies respiratoires je peux commencer à 8h et finir à 22h ».* Des activités annexes pouvaient également s'ajouter. M8 : *« Juste pour le cabinet j'étais facile à 50 heures par semaine mais comme j'avais en plus la maison de retraite, plus les visites, plus la maison d'adultes handicapés, bon ça faisait des semaines bien sûr à plus de 65 heures ».* Ces horaires étendus étaient perçus comme spécifiques d'un exercice en milieu rural. M15 : *« Par rapport à des collègues qui habitent en ville qui disent à 19h à tout casser ça y est, c'est fermé le cabinet, ici ce n'est pas possible. [...] L'exercice est différent, on est quand même un peu plus sollicité que quand on ne croise pas les patients, ici on les croise donc on est plus sollicité. [...] En fait, comme c'est la campagne, quelque part les gens rentrent de leur travail tard aussi ».* Ces journées longues étaient aussi décrites comme très chargées, du fait d'une inadéquation entre l'évolution du nombre de médecins et celle de la population locale. M2 : *« Y'a moins de médecins et plus de patients. Quand je suis arrivée il y avait 2000 habitants, là maintenant y'en à 5000 hein ! »* M8 : *« En moyenne 35-36 patients par jour, en moyenne, c'est-à-dire qu'il y a des journées où hélas on en voyait 50 dans la journée avec la chance inespérée de n'en voire que 20 quoi ».* Cette intensité au travail pouvait se majorer lors de congés du praticien ou de ses confrères, à cause de l'absence de remplaçants. M11 : *« Dès qu'il y a quelqu'un qui part en vacances ça fait une surcharge pour les médecins aux alentours, et les remplaçants on n'en trouve pas ».* M10 : *« Quand je pars en vacances je ne suis pas remplacé et quand je rentre bah c'est la folie quoi ! J'peux pas faire non plus en une journée ce que j'ai pas pu faire en une semaine de vacances mais c'est un rythme encore plus soutenu qui fait peur ».* En parallèle, l'importance du travail administratif était également évoquée. M12 : *« Y'a la paperasse aussi, y'a toute la comptabilité qui est énorme ».*

3.3. Impacts sur les praticiens du territoire

3.3.1. Dans l'exercice médical

Rythme et charge de travail avaient une répercussion dans la pratique. Avec un temps médical qui se réduisait, la qualité des soins dispensés était altérée. M8 : « *Le temps avec les patients s'est réduit, on espère toujours que c'est pas aux dépens de la qualité* ». M1 : « *Le fait que les médecins soient débordés, pressés, ils peuvent passer à côté de choses, et c'est logique. Plus je donne du temps à mon patient, plus la qualité de l'acte augmente* ». Certains participants décrivaient aussi des consultations devenues plus complexes. M12 : « *Ça n'arrive JAMAIS qu'il n'y ait qu'un seul motif de consultation ! Et quand tu penses que pour un renouvellement ça va être très rapide alors là tu peux être sûr que ça va être très complexe* ». Ce rythme de travail entraînait également une forme d'isolement dans la pratique quotidienne, mais cette fois-ci à l'encontre de la relation entre pairs. M12 : « *Même entre associés on n'a pas le temps de se parler ! [...] Parfois je le vois passer et puis je me dis non, parce que je vais le retarder, il va me retarder et puis voilà quoi. [...] J'avais acheté une table pour qu'on puisse manger ensemble de temps en temps bah en 20 ans elle a jamais servi* ». Pour pallier à ce manque, les praticiens ont donc eu recours à diverses solutions en quête de temps médical supplémentaire. Le secrétariat physique était alors évoqué comme une première solution. M1 : « *Il y a la secrétaire pour m'aider, c'est précieux pour moi, j'en ai besoin, je ne me vois pas ausculter et répondre au téléphone en même temps, pour moi c'est inconcevable* ». Cependant cette solution représentait un coût non négligeable, et apparaissait donc plutôt envisageable en association. M1 : « *Toute seule d'un point de vue financier je meurs... Je ne pourrais pas assumer financièrement le poste de secrétariat* ». Une autre solution était le secrétariat téléphonique, avec des avantages propres. M13 : « *J'ai pris un secrétariat téléphonique qui est quelque chose qui est très très agréable. C'est beaucoup moins de contraintes qu'un secrétariat physique [...] où les horaires étaient plus restreints, il y avait des problèmes d'employeurs-employés et voilà [...] entre 7h30 et 20h je ne m'occupe plus du téléphone* ». Cette solution représentait un coût jugé important mais nécessaire pour une pratique confortable. M13 : « *C'est 70 centimes l'appel, j'ai un énorme cabinet, j'ai plus de 3100 patients donc c'est énorme j'ai 1500-1700 appels par mois donc ça me revient à peu près à 1500 euros par mois [...] mais ça me libère l'esprit du téléphone qui est quelque chose qui tue les médecins* ». Enfin, l'informatisation permettait également une simplification administrative. M17 : « *Je trouve qu'avec l'espace pro à l'ordinateur y'a tout qui est assez simplifié. [...] Et puis en fait j'ai un logiciel en ligne, je peux quand je ne travaille pas le jeudi prendre 2h pour faire ma comptabilité* ».

3.3.2. Dans la vie privée

La conciliation entre vie privée et vie professionnelle était difficile et constituait également un facteur de risque psychosocial. En effet, on constatait un retentissement des horaires de travail sur la qualité de la vie privée. M8 : « *Est-ce que notre famille n'aurait pas demandé plus de temps disponible,*

certainement, surtout les enfants... Les épouses, elles choisissent le mode de vie, elles admettent, les enfants ils ne choisissent pas ils le subissent et sans doute que les enfants auraient préféré plus de présence paternelle ». M13 : « *Ma femme est assez compréhensive donc voilà, le soir j'suis au cabinet donc elle mange sans moi* ». M15 : « *Alors forcément hein !! mon mari vous dirait qu'il en a marre* ». Le temps consacré aux loisirs était aussi impacté. M2 : « *Avant je faisais du volley-ball, du kayak et du tennis ! Et j'ai arrêté à cause du boulot en fait* ». M5 : « *Je ne cours plus j'ai plus le temps...* ».

3.3.3. Impacts sur la santé

On constatait une répercussion sur la santé mentale. M6 : « *J'ai fait une période de burnout il y a quelques années* ». On retrouvait alors dans le discours de certains participants les trois composantes du burnout, à savoir une dépersonnalisation des consultations, M12 : « *On a fait des ordonnances à 6 mois ce qui fait que moi les gens je les connais plus quoi... Au bout de six mois, je ne connais pas leurs antécédents tout ça, des fois je renouvèle des ordonnances je connais même pas les dossiers !* », un sentiment d'accomplissement personnel réduit, M12 : « *J'aurais 18 ans je ferais de la politique, où j'aurais l'impression de pouvoir changer l'humanité à un niveau pas au ras des pâquerettes [...] on est passé d'un statut de notable à tamponneur de certificats !* », et un état d'un épuisement émotionnel, M12 : « *C'est vrai que je m'en fiche... parce que je serai à la retraite... J'frai pas un jour de plus, c'est plus mon problème* ». La charge émotionnelle était également élevée. M12 : « *On est jamais tranquille quoi, c'est pas comme la caissière, quand elle a fini elle a fini quoi, alors que nous c'est pas comme ça* ». L'épuisement physique était alors la conséquence de ce burnout. M5 : « *J'arrive à la limite là... de mes possibilités... voilà...[...] Je me rends compte qu'il y a de plus en plus de week-end où j'ai besoin de me poser et de ne pas faire grand-chose, [...] oui de trainer un peu, de prendre du temps, voilà c'est l'impression d'être toujours à la bourre, toujours à l'arrache...* ». Par conséquent, le moment du départ à la retraite était vu comme un soulagement. M12 : « *Tu vois il me reste 5-6 ans, bah j'veux en profiter quoi. Parce que finalement c'est une grande partie de sa vie quoi et moi je serai contente de récupérer ma vie... Oui de récupérer MA vie !* ».

3.3.4. Réagir en modifiant son organisation et son mode de vie

La dégradation de l'état de santé a entraîné une prise de conscience et une modification organisationnelle de la pratique. M16 : « *C'est les problèmes de santé qui m'ont fait prendre conscience que je devais lever la tête du guidon et que je devais faire différemment* ». M3 : « *J'ai fait une thérapie hein d'ailleurs quand j'ai fait mon burnout donc j'ai appris des choses sur mon mode de fonctionnement et j'ai aussi corrigé des choses* ». Pourtant, cette prise de conscience n'était parfois pas évidente à accepter. M16 : « *Bah ce qui se passait c'est que peut-être quelque part je me sentais indispensable, voilà, comment allaient faire les patients sans moi ?* ». Ainsi, des solutions ont été adoptées en quête de temps de repos supplémentaires. Il s'agissait, tout d'abord, de limiter son activité. M3 : « *Je limite mon activité, si je la limitais pas, je pourrais bosser à plein temps 7 jours sur 7* ». M10 : « *J'ai quand*

même rencontré des difficultés à surmonter le travail donc j'ai été obligé de prendre mon mercredi ».

Le temps consacré aux vacances était également majoré. M18 : *« Jusqu'à cette année je prenais trois semaines par an, depuis cette année je prends un peu plus parce que je commence à être fatigué, je prends deux semaines par trimestre ».* Certains ont également réduit leurs plages de consultations non programmées ou encore de PDSA. M14 : *« J'ai changé mon attitude d'exercice, plus de rendez-vous ».* M5 : *« J'avais du mal de plus en plus à faire une nuit par semaine et un week-end par mois ».*

Cependant, l'absence de remplaçants impactait l'organisation de ces temps de repos. M5 : *« J'peux pas me faire remplacer, je trouve très difficilement des remplaçants qui viennent voilà ça pose des problèmes un peu de cet ordre-là quand je veux prendre ma journée, y'a personne ».* M14 : *« Je cherche plus, c'est pour ça que je m'arrête une semaine au cabinet, maximum dix jours ».*

Côté vie privée, les praticiens ont manifesté leur volonté de s'éloigner de leur lieu d'exercice afin de retrouver leur tranquillité et leur intimité. M7 : *« J'voulais pas être envahi par des demandes de soins surtout la nuit ou le week-end hein ! Ça c'est la principale raison pour laquelle je ne me suis pas installé ici quand même ».* M16 : *« J'évite de faire des choses [sur mon lieu d'exercice] parce que sinon je continue les consultations dans les loisirs ! [...] J'ai besoin de me retrouver dans l'anonymat et ne plus être le médecin du village avec tout ce qui gravite autour de l'étiquette médecin du village ».*

4. Perspectives d'avenir

4.1. Évolution de l'environnement professionnel

L'environnement professionnel était décrit comme venant à se détériorer, avec une diminution de généralistes libéraux et de spécialistes, non remplacés. Cela suscitait l'inquiétude pour l'avenir de la pratique. M7 : *« Il y a 50% des généralistes qui vont prendre leur retraite dans les 10 années qui viennent et il ne va pas y avoir un turnover de 50% de médecins donc forcément à un moment ou à un autre ça va faire mal hein donc nous ça nous stresse, [...] cette angoisse de se retrouver seul potentiellement du jour au lendemain avec 50% de travail en plus ».* Le sentiment d'isolement était amené à s'accroître, notamment par la perte des participants de groupes de pairs. M12 : *« Il y a de moins en moins de groupes pairs qui s'organisent et c'est en train de se casser la figure parce que les anciens prennent leur retraite. C'est vrai c'est en train de mourir, notre groupe là, je ne sais pas si on va continuer ».* La perspective induite d'une charge de travail supplémentaire dans ce contexte d'isolement provoquait un effet d'entraînement au profit d'un changement de pratique jugé plus attractif. M7 : *« Si notre collègue part à la retraite et qu'il n'est pas remplacé moi je m'en vais ! j'arrête hein, j'arrête ça. Je ne reste pas comme ça isolé dans un petit village, mal organisé avec 5000 personnes pour deux quoi [...] Je pense qu'on irait en ville ».* M4 : *« Y'en avait un il voulait faire de la médecine salariée, donc les conditions lui plaisaient plus ».* Concernant les spécialistes, le constat sur l'évolution de l'offre locale était le même, avec également un retentissement sur leur accessibilité. M11 : *« Y'a*

des petites difficultés qui sont amenées à s'aggraver je pense dans les années à venir pour les spécialistes. ». M2 : *« Y'avait un gynéco y'en a plus, y'avait un radiologue, y'en a plus... »*. M13 : *« Il faut 6 mois pour avoir des rendez-vous avec des spécialistes ça devient vachement compliqué ! »*.

4.2. Évolution du cadre de vie

Il était lui aussi amené à se dégrader, avec une disparition progressive des commerces locaux. M6 : *« C'est un village qui quand je m'y suis installée était extrêmement vivant mais que j'ai vu en 30 ans dégringoler de plus en plus et pour voir des aires où il n'y a plus beaucoup de commerces, voilà ça a perdu beaucoup de son charme »*. M8 : *« Toutes les industries locales et les artisanats locaux ont disparu. [...] Y'a de grandes surfaces qui se créent régulièrement aux alentours ce qui fait disparaître les petits commerces du centre-ville, les institutions ont disparu... »*. Même constat pour certains services publics. M8 : *« La gendarmerie est partie il y a bien longtemps, la poste est partie y'a 3 ans »*.

5. Améliorer les conditions d'exercice

Une volonté de sauver la médecine générale libérale était clairement exprimée. M1 : *« Je voudrais lancer un message aux politiques, à ceux qui sont responsables de tout ça de faire un effort pour préserver la médecine de proximité, parce que pour moi, la base, c'est une richesse, c'est une chose vraiment vitale, il faut préserver cela et si possible l'améliorer »*. Les participants ont alors spontanément abordé plusieurs pistes d'améliorations.

5.1. Études médicales

Une réforme des études médicales était plébiscitée. M12 : *« Je trouve que le métier de médecin aujourd'hui devrait être scindé parce que 10 ans d'études moi je trouve que c'est beaucoup trop ! [...] Y'a des tâches où t'as vraiment pas besoin de faire 10 ans d'études, de faire ce qu'on fait c'est du gâchis »*. L'abolition du numérus clausus était aussi évoquée. M7 : *« Je pense qu'à moins que l'État ne se débarrasse du numérus clausus, on a quand même 10 années difficiles à prévoir devant nous »*. M10 : *« Je pense que ça va permettre de pouvoir amener plus de jeunes en médecine, plutôt que de leur barrer la route »*.

5.2. Regroupements

Le regroupement physique, notamment via les maisons médicales, était perçu comme un moyen de rompre l'isolement et de mieux communiquer entre professionnels. M15 : *« Je pense qu'on échange davantage. On se croise plus déjà vu qu'on est juste à côté [...] ça permet d'expliquer plus de choses, donc plus de communication »*. Cette solution apporterait également une forme d'épanouissement professionnel et un bénéfice organisationnel. M3 : *« J'peux donner des informations qui sont pertinentes pour des gens qui voient certains de mes patients et je trouve que la multidisciplinarité est intéressante »*. M15 : *« C'est le fait de travailler en groupe, ça c'est bien parce que moi par exemple le fait de ne pas travailler le lundi bah je sais que mes collègues vont être là pour mes patients »*.

Cependant ce mode d'exercice n'était pas vu comme une solution idéale. Il suscitait tout d'abord de la méfiance. M14 : « *Moi j'ai dit non je n'y vais pas, parce que le maire nous prend pour des cons, il nous fait faire un tarif exorbitant pour les locaux. [...] Il y a eu une mode des maisons médicales ! Maisons médicales [qui sont] vides parce qu'il y en a toujours qui ont essayé de profiter, les constructeurs, les maires !* ». Son principe de fonctionnement était vu comme source de conflits. M10 : « *Il faut choisir ses vacances, il faut choisir ses gardes, ses week-ends, travailler le jour ou la nuit, ça c'est déjà source de problèmes* ». M8 : « *Il va y avoir des partages de charges, des choses comme ça, à un moment donné ou à un autre certains vont dire : « ouais mais nous on travaille pas tous pareils »* ». Enfin, cela représentait pour certains un risque d'isolement pour les professionnels non adhérents au projet. M8 : « *Ça va ouvrir la place à la dichotomie et ça va de fait isoler les autres* ».

5.3. Coordinations entre professionnels

La coordination entre praticiens était plébiscitée, par le biais d'une maison médicale hors les murs. Cette solution était motivée par la volonté d'assurer une meilleure continuité des soins. Elle était d'ailleurs en cours de création sur le territoire. M14 : « *On est en train de mettre en place une maison médicale, mais pas physique. J'ai eu la réunion cette semaine avec le médecin de Besse-sur-Issole mais on était que deux mais il va y en avoir d'autres* ». M7 : « *On a commencé à envisager en particulier l'été une espèce de permanence de soins, qu'un cabinet soit ouvert par exemple telle semaine de manière à ce que tout le monde puisse prendre des vacances* ».

5.4. Salariat

Le salariat permettrait une meilleure conciliation vie professionnelle – vie privée. M10 : « *Y'a la grosse féminisation de la profession [...] je pense que le salariat pourrait leur offrir des postes à mi-temps ou des postes à horaires aménagées, ça permettrait de pouvoir faire leur vie professionnelle et leur vie de femme et de mère. Donc c'est pour ça que c'est important de réfléchir à ça [...] le bien être, la vie sociale et la vie de famille* ». Cependant cette solution n'était pas vue comme idéale car elle impliquerait une disponibilité réduite des praticiens salariés. M8 : « *Le problème du salariat c'est qu'automatiquement ça diminue la disponibilité des gens hein, bon ça paraît bien sur le papier mais on sait comment ça se passe hein, quand on est en libéral et qu'il faut prendre un patient ou deux patients en plus en urgence ou une chose comme ça, on le fait, quand on est en salarié bah quand c'est l'heure, c'est l'heure* ».

5.5. Télé médecine

Elle était évoquée avec méfiance. M12 : « *Il y a plein de choses qu'on pourra faire différemment en évitant les déplacements, ça c'est sûr que ça va modifier les choses mais j'espère dans le bon sens* ». Cependant, elle était perçue comme incompatible avec la pratique médicale. M13 : « *Comment je peux soigner quelqu'un à distance ?! Faut que je touche, faut que je palpe !* ».

5.6. Auxiliaires médicaux et délégation de tâches

Aucun bénéfice n'était accordé aux auxiliaires médicaux. M16 : « *J'en vois pas l'intérêt parce que prendre la tension, le peser, le mesurer, pour moi ça fait partie de la consultation et pendant ce temps-là on discute, on avance, on réfléchit, on avance dans le raisonnement de la consultation* ». Les praticiens sollicitaient plutôt une aide administrative supplémentaire. M1 : « *Déléguer le temps administratif, si je pouvais avoir quelqu'un qui pouvait s'occuper de tout ce qui est non médical pour enregistrer les données par exemple, en plus du secrétariat* ».

Toutefois, la délégation des tâches à certains professionnels paramédicaux était évoquée comme une solution dans la prise en charge des patients. M12 : « *C'est sûr que les cabinets infirmiers aident au maintien au domicile des personnes âgées hein, moi je vois si j'ai pas le temps de passer sur un coup de fil eux ils sont là* ». Elle était néanmoins confrontée à une opposition de certains praticiens et de certains patients. M14 : « *Ils font quand même plus confiance à leur médecin traitant* ».

5.7. Mesures non convaincantes : coercition et incitations financières

Elle détournerait les jeunes de la pratique médicale. M12 : « *Je ne sais pas qui va investir 10 ans d'études pour ensuite se retrouver forcé d'aller à un endroit ou à un autre...* ». Les incitations financières étaient perçues comme inutiles. M18 : « *Pour moi donner une petite somme à l'installation pour les jeunes ça ne servira pas à grand-chose* ».

DISCUSSION

Notre étude a placé le médecin généraliste libéral au centre de son territoire, faisant état de ses interactions avec son cadre de vie et d'exercice. Les participants ont ainsi pu faire part de conditions d'exercices difficiles malgré un territoire disposant de nombreux facteurs d'attractivités. Il en découlait alors état d'épuisement global, parfois même avancé.

1. La médecine générale libérale : une pratique contraignante

L'ensemble des praticiens a fait part de leurs horaires étendus, ponctués par une charge de travail élevée, et soulignant qu'il s'agissait d'une spécificité rurale. Ce discours est en accord avec la littérature, où l'on rapportait une durée moyenne hebdomadaire de travail de 60 heures en zone rurale contre 56 heures en zone urbaine (15). Cette pratique était alors vécue pour beaucoup d'entre eux comme contraignante car réduisant le temps consacré à la famille et aux loisirs. Face à l'aspiration généralisée à une meilleure conciliation vie privée - vie professionnelle, la question de l'attractivité de la profession de médecin généraliste est posée. Aujourd'hui, les jeunes médecins souhaitent concilier carrière professionnelle et épanouissement personnel. Cela se traduit par un équilibre entre vie privée, familiale et professionnelle, maîtrise de son temps de travail, et un cadre d'exercice sécurisant (6).

Une nuance est alors à apporter. Dans notre étude, la problématique de l'emploi du temps et de ses répercussions était surtout le fait des praticiens plus âgés, les plus jeunes n'en faisant pas état. Bien au contraire, le choix de la médecine libérale était vu par ces derniers comme une possibilité d'un plus grand contrôle sur son emploi du temps. L'étude de 2011 de la DREES (15) montrait déjà que les praticiens de 45 ans ou moins ont une durée de travail moins élevée, suggérant une meilleure gestion du temps de travail que leurs aînés, et faisant écho d'une volonté contemporaine de faire concilier au maximum sa vie professionnelle avec la réalisation de sa vie privée (16).

Notons également que cette pratique vécue comme contraignante est à rapprocher avec le regard que ces professionnels ont porté sur leur métier : une pratique enrichissante et épanouissante. L'étude de A. Le Blanc (17) réalisée en janvier 2018 argumentait donc comme nous que les médecins étaient satisfaits de leur travail, mais pas de leurs conditions de travail.

2. Épuisement professionnel

Maslach & Jackson (18) définissent l'épuisement professionnel, ou burnout, comme un syndrome tridimensionnel impliquant :

- . Un épuisement émotionnel, la personne n'étant plus motivée par son travail,
- . Une dépersonnalisation ou déshumanisation correspondant à des attitudes impersonnelles et détachées envers les patients,

. Une réduction de l'accomplissement personnel, la personne ne s'attribuant aucune capacité à faire avancer les choses.

Cette conception a l'intérêt de dépasser la notion de stress, qu'elle englobe, pour intégrer l'aspect relationnel (la dépersonnalisation) et la motivation ou l'identité au travail (l'accomplissement personnel). Dans notre étude, des participants ont fait part de l'ensemble de ces trois dimensions.

3. Facteurs de risques psychosociaux

3.1. Intensité et temps de travail

De nombreuses études montrent que les effets de la demande au travail sur la santé mentale sont particulièrement nets (19). Elle est ainsi associée à un risque de troubles de l'humeur, et à une augmentation du risque de troubles anxieux (20). Dans notre étude, la conséquence immédiate du temps de travail était la difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle. Elle était le fait d'un sentiment de nécessité de disponibilité étendue, dont les limites étaient peu définies, provoquant des dépassements fréquents des horaires. Ici encore, la littérature reconnaît la répercussion de ces difficultés de conciliation sur la santé mentale, qui sont associées à des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et parfois même des addictions (19).

3.2. Limitation d'autonomie et conflit éthique

Les participants ont ressenti une diminution de leur latitude décisionnelle malgré le statut de profession libérale. Cette dimension inclut non seulement l'autonomie dans la réalisation du travail, mais aussi la participation dans la prise de décisions. Le syndicat MG France, plus ancien syndicat de généralistes, faisait déjà état dans un article de L'Humanité paru en 2011 de ces poursuites permises par la loi du 13 août 2004 et de la convention de 2005 entre l'Assurance Maladie et les médecins, évoquant un « *harcèlement des caisses, qui a commencé au prétexte de la chasse aux fraudes* » devenu « *intolérable* ». Le docteur Jean-Paul HAMON, alors coprésident du syndicat Union Généraliste, y déclarait également que « *ce harcèlement des médecins est un des motifs les plus fréquents d'épuisement professionnel, et à l'origine de nombreux dévissages de plaques prématurés qui contribuent à aggraver la pénurie médicale* » (21). Il a également été décrit que cette limitation d'autonomie avait des effets significatifs sur la santé mentale, avec une augmentation des troubles de l'humeur, un sentiment de perte de contrôle sur soi et son environnement, et la survenue de troubles dépressifs (19). Ce « conflit éthique », et cette sensation de « qualité empêchée » étaient reconnus dans la littérature comme facteurs de risques psychosociaux (19).

3.3. Exigence émotionnelle et relation avec la patientèle

Les exigences émotionnelles font référence à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions, notamment dans le cadre de tensions avec le public ou de contact avec la souffrance ou la détresse humaine (22). Dans notre étude, les participants ont principalement fait état d'une

dégradation relationnelle avec les patients, alors que le monde rural avait la réputation d'en être épargné. Des rapports étaient parfois conflictuels et le statut du médecin remis en cause. La littérature montre que tout contact avec le public induit des risques, et confirme que le risque est aggravé lorsque la relation avec le public s'avère conflictuelle (19).

4. Attractivité du territoire

Les praticiens ont évoqué un cadre de vie agréable, avec l'existence des principaux services à la population (commerces, écoles), et permettant parfois même l'épanouissement professionnel du conjoint. Le cadre d'exercice était également vu comme permettant une pratique adéquate grâce à la présence de confrères généralistes et spécialistes, mais aussi grâce à l'existence d'équipements et de services médicaux, voire même de structures d'urgences. Tous ces éléments sont connus comme étant des déterminants d'attractivité d'un territoire (23), en accord avec les attentes souhaitées par la nouvelle génération (24,25). Au regard de ces différents critères, le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires, dont les missions sont de lutter contre les inégalités territoriales (26), plaçait notre lieu d'étude dans la catégorie des territoires à forte attractivité théorique (27).

Cependant, les participants ont fait part de leur ressenti négatif concernant l'évolution de la pratique médicale dans leur territoire. La surcharge de travail évoquée était amenée à s'aggraver du fait du départ en retraite de confrères ne trouvant pas de repreneurs, suscitant l'inquiétude. Ces départs allaient également induire un isolement croissant du fait de cette diminution locale du nombre de confrères. Le cadre de vie était aussi en voie de se dégrader avec le constat de la disparition de certains services de proximité. On pourra citer comme exemple récent et symbolique la fermeture dans le territoire d'une classe d'école maternelle à Gonfaron ayant suscité de nombreuses mobilisations et indignations (28). Certains auteurs tiennent à souligner que même si la croissance démographique de l'espace rural français se poursuit, certaines politiques nationales expriment une volonté de « déménagement » du territoire, de concentrations d'administrations publiques, et que la communication faite sur la dégradation de ces services publics de proximité n'est pas de nature à faciliter l'installation dans le monde rural (29). Ces facteurs ont une influence négative sur l'attractivité du territoire et font écho à la faible attractivité réellement constatée (27).

5. Améliorer la médecine générale libérale

Après avoir fait part de leur épuisement et de leur inquiétude, les participants ont pu évoquer ou imaginer des solutions qui pourraient améliorer leurs conditions d'exercices. Ils ont alors pu critiquer les mesures dont ils ont eu connaissance. Plusieurs grandes thématiques ont été abordées : les études médicales, les regroupements et coordinations de professionnels, le salariat, la télémédecine, et la délégation de tâches. La plupart des solutions évoquées pouvaient être mises en rapprochement avec les propositions de « Ma Santé 2022 », programme dressant un état des lieux très critique sur le

système de santé actuel : il serait inadapté, ne répondant plus aux attentes des patients et nourrissant le mécontentement des professionnels de santé (30). Cependant « Ma Santé 2022 » semble être, dans l'état actuel des choses, une compilation d'idées plutôt que de solutions opérationnelles.

5.1. Adapter la formation médicale

Les participants reprochaient des études médicales inadaptées et un numéris clausus aux effets démographiques délétères. Le projet « Ma Santé 2022 » s'inscrit dans la dynamique d'une réforme profonde des études médicales. Une volonté de changement est exposée, avec le projet d'une mise en place de formations décroisées aux métiers de la santé favorisant des temps de formations communs entre médicaux et paramédicaux. Trois principaux volets sont alors cités : la suppression du numéris clausus avec refonte des premiers cycles des études en santé, une réforme du deuxième cycle des études médicales avec une « universitarisation » des formations paramédicales, et la mise en place d'un service sanitaire intégrant la prévention à tous les cursus et favorisant l'interdisciplinarité. De nouvelles compétences pourraient donc faire leur apparition.

5.2. Créer un collectif de soins

L'objectif plébiscité par « Ma Santé 2022 » est de créer de véritables associations entre professionnels de santé de tous les métiers, les hôpitaux, les professionnels de ville et du secteur médico-social, afin de rassembler leurs compétences au service des patients. Il ne s'agit donc plus simplement d'inciter les regroupements physiques tels que les maisons de santé pluridisciplinaires, mais plutôt d'inciter les initiatives à l'origine de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en créant de nouveaux financements. Cette solution était en cours de mise en œuvre par certains participants de notre étude. Elle paraissait aussi plus adaptée, évitant les éventuelles sources de conflits dont les participants ont pu faire part concernant les regroupements physiques.

5.3. Médecin généraliste à exercice partagé

Le projet de création de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital dans les territoires prioritaires fait état d'une double volonté : celle de palier de manière urgente aux situations démographiques médicales les plus graves, tout en proposant un exercice salarié par un centre hospitalier de proximité ou un centre de santé. Cette solution est de nature à répondre à l'aspiration des jeunes générations en demande d'un exercice collectif salarié. Elle pourrait également attirer les praticiens pour qui l'exercice libéral n'est plus jugé comme étant une pratique attractive.

5.4. Déploiement de la télémédecine

Les participants de notre étude ont fait part de leur méfiance, voire même de leur opposition vis-à-vis de la télémédecine dans l'exercice de la médecine générale. Évoqué dans Ma Santé 2022, cet équipement semble plutôt trouver sa place dans des structures telles que les hôpitaux de proximité. Cependant, la définition de ses cibles n'y est pas encore totalement définie.

5.5. Auxiliaires médicaux et délégation de tâches.

Les participants ont exprimé leur opposition totale aux auxiliaires médicaux, objectivant ne pas avoir besoin d'une assistance médicale lors de la consultation, mais plutôt d'une aide administrative supplémentaire. Toutefois, les missions de l'auxiliaire médical présentées dans « Ma Santé 2022 » font état d'un rôle administratif non négligeable tel que la mise à jour de dossiers, et la gestion de l'aval de la consultation (pré remplissage de documents administratifs, prise de rendez-vous avec les spécialistes ou encore programmations d'admissions en établissements hospitaliers). Recentrer le rôle des auxiliaires médicaux dans cette sphère administrative complémentaire pourrait donc constituer une solution intéressante dans l'optique de libérer du temps médical.

5.6. Mesures coercitives

Dans notre étude, les mesures coercitives n'apparaissent pas comme étant une bonne solution pour résoudre la problématique rurale. Ces mesures sont d'ailleurs particulièrement dénoncées par les jeunes médecins (31). La ministre de la santé actuelle rappelait alors lors de ses vœux à la presse du 22 janvier 2019 au Ministère des Solidarités et de la Santé que « *inscrire la coercition dans une proposition de loi n'est pas la bonne réponse, non seulement on pénalise les jeunes par rapport à des médecins déjà installés – c'est discriminant – mais, en plus, la coercition a été un échec dans tous les pays où elle a été instaurée, comme en Allemagne ou au Canada ! On a vidé les villes pour pousser les médecins en grande banlieue mais pas dans la ruralité...* », le risque étant « *d'envoyer les jeunes femmes médecins vers le salariat, la médecine scolaire, voire l'industrie* » (32).

5.7. Incitations financières et tarifications

Les mesures concernant les incitations financières ne sont pas explicitées dans « Ma Santé 2022 ». Cependant, elles sont toujours d'actualité et sous plusieurs formes. Il peut s'agir d'aides conventionnelles comme le contrat d'aide à l'installation des médecins dans les zones sous dotées (CAIM). En effet, initié par la convention médicale de 2016, il propose une aide financière de 50000 euros destinée à faire face aux frais d'investissements liés au début d'activité dès l'installation en zone fragile (33). Il peut également s'agir d'aides provenant du Pacte Territoire Santé (PTS) comme le Contrat d'Engagement du Service Public (CESP). Créé en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) et renforcé en 2015 par le PTS, cette mesure a la volonté de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux fragiles par le versement d'une bourse de 1200 euros brut par mois durant leurs études (34). D'autres aides à l'installation peuvent également être proposées par les collectivités territoriales (33). Ces mesures étaient jugées inutiles par nos participants. Les plus jeunes praticiens de notre étude n'ont d'ailleurs pas fait état d'en avoir bénéficié. La problématique résidait plutôt dans un sentiment d'injustice dû à la faible rémunération l'acte médical, et dans la non prise en considération de sa complexité pouvant fortement varier d'un patient à un autre. Ce ressenti est à mettre en corrélation avec le niveau des revenus des généralistes libéraux se situant toujours en

bas de l'échelle des médecins malgré des résultats en hausse grâce à la revalorisation récente de la consultation de 23 à 25 euros (35). Toutefois des améliorations sont en cours avec de nouvelles cotations permises par la Convention de 2016 qui reconnaissent certaines situations complexes par des tarifs revalorisés (36), mais cela complexifierait la cotation médicale.

6. Forces et limites

Cette étude propose une approche centrée sur le ressenti des généralistes libéraux vis-à-vis de leurs conditions d'exercices, en les resituant au cœur de leur territoire. Cela a permis d'apprécier l'influence que ce territoire pouvait avoir sur leur pratique et ainsi d'apporter une analyse contextualisée des solutions d'améliorations. Le nombre d'entretiens était donc important compte tenu de la démographie médicale locale, et a permis la saturation des données. Le bon taux de réponse obtenu pourrait être dû au fait que le territoire d'étude concernait un ancien terrain de stage. La conduction des entretiens fut la plus neutre possible, mais du fait de notre statut et de la portée de ce travail, on ne peut nier que certaines données liées aux difficultés de l'exercice médical aient pu être minimisées par certains participants en quête de remplaçants ou de successeurs. Au niveau méthodologique, on pourra reprocher l'absence de relecture des entretiens par les participants. Ce choix a été fait en vue d'une meilleure acceptabilité de l'étude, estimant une relecture trop chronophage pour des praticiens dont le temps manquait déjà.

CONCLUSION

Pour les participants de l'étude, l'exercice de la médecine dans le territoire rural de la Communauté de communes du Cœur du Var était satisfaisant. L'offre médicale et paramédicale locale était jugée suffisante, avec de bonnes relations entre professionnels. Des infrastructures d'urgences assuraient également la permanence des soins. La patientèle accessible et respectueuse était aussi mise en avant. Enfin, les qualités naturelles du cadre de vie ont aussi été valorisées et exposées comme de réels facteurs d'attractivité, en dépit d'un manque évident d'infrastructures de loisirs ou d'emplois.

Cependant, les praticiens ont fait part de l'importance de la charge de travail et des horaires étendus rendant l'exercice contraignant. Certains ont manifesté leur épuisement du fait d'une demande de disponibilité toujours plus grande, avec en conséquence une limite mal définie entre leur vie privée et leur vie professionnelle. Les participants ont aussi fait part de leur inquiétude devant l'évolution non contrôlable de leur charge de travail causée par le nombre croissant de départs à la retraite de généralistes et spécialistes non remplacés, dans un territoire dont le cadre de vie était en perte de son attractivité dû à la disparition de nombreux commerces et de certains services de proximité.

Devant la prise de conscience de la dégradation de leur état de santé qu'impliquaient ces conditions d'exercice, différentes stratégies ont été adoptées telles que la mise en place d'un secrétariat pour dégager du temps médical, ou encore des modifications organisationnelles pour assurer un meilleur contrôle de l'emploi du temps et aménager des temps de repos supplémentaires.

Les praticiens ont alors évoqué diverses solutions pour améliorer leurs conditions de travail, et pour rendre leur pratique plus attractive, telles que la refonte des études médicales, les regroupements et coordinations de professionnels, mais aussi une aide administrative supplémentaire, le développement d'offres de salariat, et une plus grande liberté tarifaire.

« Ma Santé 2022 » est la réponse politique la plus récente, visant « une meilleure organisation des professionnels de santé au bénéfice des patients mais aussi pour eux-mêmes ». En dehors de la question tarifaire, ce programme semble soutenir les idées évoquées par les participants. Cependant, l'ensemble des détails opérationnels n'étant à l'heure actuelle pas connu, nous ne pouvons apprécier si ces solutions seront réellement adaptées aux demandes des praticiens de notre zone d'étude. L'application de ces mesures sera un enjeu certain pour l'avenir de la profession de médecin généraliste.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

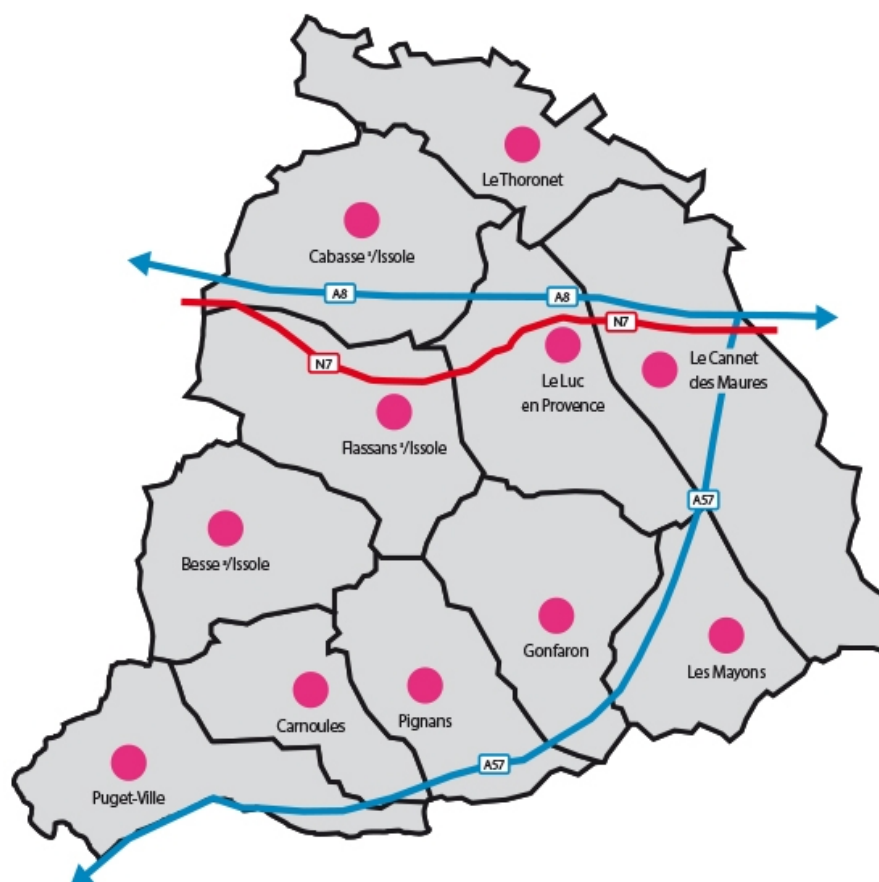
1. Les Comptes de la sécurité sociale. Démographie des médecins libéraux et remboursement de l'assurance maladie. Septembre 2015.
2. Isnardon N. Démographie médicale du Var, Médecins généralistes et spécialités de premier recours. 31 décembre 2016.
3. Le Breton-Lerouillois G, Rault JF, Bouet P. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. 1 janvier 2016.
4. Véga C, Bl in. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. 2008.
5. Silhol J, Ventelou B, Zaytseva A, Marbot C. DREES. Pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes. 9 novembre 2017.
6. Gamassou, Moisson-Duthoit. Épuisement professionnel des médecins généralistes. 2017.
7. Paroles de Professionnels, GlaxoSmithKline. Burn out des médecins : une souffrance au travail. Septembre 2013.
8. Sliman G, Audic Y, Perigois E. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. CNOM. Mars 2007.
9. Bonnet-Galzy MC. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. Septembre 2015.
10. DGOS-R2. Egalité d'accès aux soins : des zones fragiles mieux identifiées et plus nombreuses. Ministère des Solidarités et de la Santé. 04 janvier 2018.
11. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 2015 Jan;15(157):50–4.
12. Coeurduvar.com. Santé solidarité. Consulté le 16 juin 2018.
13. DREES. Les conditions de travail des médecins généralistes. 2016.
14. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. 2015 Sep;1(3):161–8.
15. Vallini A. JO du Sénat. Conditions de travail des médecins en zone rurale. 6 décembre 2012.
16. Bloy G. DREES. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste ... ou pas ? Février 2011
17. Blanc AL. Les médecins satisfaits de leur travail mais pas de leurs conditions de travail. 22 janvier 2018.
18. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Third Edition, 1986.

19. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun JP, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. :223.
20. Melchior M. Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003 Apr 1;57(4):285–93.
21. L'Humanité. Les médecins sont de plus en plus fliqués et sanctionnés. Juillet 2011
22. INRS. Risques psychosociaux. Facteurs de risques. Janvier 2017.
23. Hurel K, Jerber M, Le Guyader S. CGET. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. Septembre 2015, MAJ Mai 2016. ISSN 2492-5012.
24. Sliman G. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. 2007;37.
25. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011.
26. www.cget.gouv.fr. Les missions. Consulté le 22 février 2019.
27. Commissariat général pour l'égalité des territoires. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. Novembre 2015.
28. RB. Var-Matin. Fermeture de classe à Gonfaron Les parents d'élèves restent mobilisés. Septembre 2017.
29. Dumont GF. Ruralité : Quelles évolutions et quelles mesures démographiques ? 2018;2.
30. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 un engagement collectif. 18 septembre 2018.
31. Vigier P. ISNAR-IMG. Proposition de Loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire. 15 novembre 2016.
32. Dupuis C. Coercition à l'installation : Buzyn récuse les mesures simplistes et fausses bonnes idées. 22 janvier 2019.
33. Ministère des affaires sociales et de la santé, Pacte Territoire Santé. Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux. 2015.
34. CSMF.org. Aides à l'installation et au maintien des médecins en zones déficitaires. Consulté le 22 février 2019.
35. Caducée.net. Professionnels de santé libéraux : le palmarès des revenus 2017. 29 juin 2018.
36. Gattuso C. Consultations à 46 et 60 euros : les nouvelles cotations au « JO » ce qui changera le 1^{er} novembre. 12 septembre 2017.

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Fiche de présentation de la Communauté de communes du Cœur du Var	36
<u>Annexe 2</u> : Guide d'entretien	37

Annexe 1 : Fiche de présentation de la Communauté de communes du Cœur du Var



Le territoire	Commune	Nombre de généralistes							
		Total	<34 ans	35-39 ans	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	>65 ans
		41905 habitants	Besse sur Issole	4			1	2	
448km2 11 communes 29 généralistes Densité 6,9	Cabasse	1					1		
	Carnoules	3	1					1	1
	Flassans	1					1		
	Gonfaron	3			2				1
	Le Luc	7				2	1	1	3
	Le Cannet des Maures	3			1			2	
	Le Thoronet	4	1		1	1	1		
	Les Mayons	0							
	Pignans	2	1						1
	Puget Ville	1			1				

Annexe 2 : Guide d'entretien

A. Données quantitatives de l'échantillon

- . Sexe
- . Âge
- . Année d'installation
- . Mode de vie (*couple/enfants*)
- . Mode d'exercice (*Convention/cabinet de groupe/secrétariat/seul/MSU/participation à la PDSA/autre exercice ?*)

B. Lieux et environnement d'exercice

- . Pouvez-vous me parler de votre lieu d'exercice ?

Le considérez-vous attractif ou non ? Pourquoi ?

- . Quels rapports entretenez-vous avec vos confrères locaux ? Travaillez-vous avec eux ?

C. Temps de travail

- . Comment organisez-vous votre travail au cabinet ?

Quelle est votre semaine type ? Comment trouvez-vous ces semaines ?

Et vos congés ? Comment les organisez-vous ?

- . Qu'avez-vous fait pour vous adapter à votre charge de travail ? Quelle influence cela a-t-il eu sur la relation avec vos patients ? Et sur votre vie personnelle ?

D. Épanouissement personnel et familial

- . Que pensez-vous de votre cadre de vie, notamment pour vous et votre famille ?

Offre-t-il des loisirs et des infrastructures à la hauteur de vos attentes ?

E. Améliorations et perspectives d'avenir

- . Comment voyez-vous votre exercice pour les années à venir ?
- . Quelles sont les solutions qui, pour vous, amélioreraient vos conditions d'exercices et favoriseraient l'installation de nouveaux médecins dans votre zone d'exercice ?

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.

RESUME

Introduction : La désertification médicale en soins primaires des territoires ruraux entraîne une surcharge d'activité pour les médecins restants, et donc des risques élevés d'épuisement professionnel. Dans ce contexte, nous avons recueilli le ressenti des généralistes libéraux du territoire rural de la Communauté de communes du Cœur du Var sur leurs conditions d'exercice, et apprécié les solutions qui selon eux pourraient les améliorer.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, avec analyse par théorisation ancrée via le logiciel NVIVO. Le questionnaire explore les caractéristiques sociodémographiques des participants, puis leur cadre d'exercice dans quatre grandes thématiques : lieux et environnement d'exercice, temps de travail, épanouissement personnel, perspectives d'avenir et d'amélioration.

Résultats : Le temps et la charge de travail étaient élevés malgré un cadre de vie et un environnement professionnel agréables. Cela avait un impact dans l'exercice avec un temps médical réduit, dans la vie privée avec un temps familial et aux loisirs restreint, et sur la santé mentale. Les perspectives d'avenir étaient défavorables : le cadre de vie était en perte d'attractivité, l'environnement professionnel se dégradait avec le départ de confrères généralistes et spécialistes. La réadaptation des études médicales, les regroupements et coordinations des professionnels ainsi que le salariat étaient alors évoqués comme solutions d'amélioration.

Discussion : Les participants ont fait part de conditions d'exercices difficiles impactant leur vie privée et entraînant leur épuisement. Le programme « Ma Santé 2022 » semble répondre à cette problématique et apparaît comme un enjeu certain pour l'avenir de la profession de médecin généraliste.

Mots clefs : théorisation ancrée, conditions d'exercice, médecin généraliste, Cœur du Var, désertification médicale, épuisement professionnel, Ma Santé 2022.