

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2019

N° 2019-28

**POURQUOI LES JEUNES GENERALISTES DE LA SOMME  
CHOISISSENT-ILS L'EXERCICE SALARIE EXCLUSIF ?**

**Enquête qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme  
saliariés exclusifs thésés depuis 2012.**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

- DIPLÔME D'ÉTAT -

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 3 AVRIL 2019

PAR

Théophane CONTI

**Président du jury** : Monsieur le Professeur Hervé DUPONT

**Juges** : Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Monsieur le Professeur Julien MAIZEL

**Directrice** : Madame le Docteur Séverine FILLATRE

A mon Président de jury,

**Monsieur le Professeur Hervé DUPONT**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Anesthésie-Réanimation)

Vice-Doyen et Assesseur du 2ème cycle

Chef du service de Réanimation Polyvalente

Chef du Pôle Anesthésie-Réanimations

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.*

A ma juge,

**Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)

Laboratoire de Bactériologie et Virologie

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

*Vous avez volontiers consenti à participer à ce jury. Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements et toute ma considération.*

A mon juge,

**Monsieur le Professeur Julien MAIZEL**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Réanimation, médecine d'urgence)

*Vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.*

A ma directrice de thèse,

**Madame le Docteur Séverine FILLATRE**

Chef de Clinique des Universités

*Vous avez accepté de diriger ce travail. Merci pour vos conseils précieux, votre disponibilité et votre aide immense. Soyez assurée de ma reconnaissance.*

A **Charline**, pour ton aide précieuse, ton soutien indéfectible, et surtout à l'amour que l'on partage et que l'on partagera pour « le meilleur et pour le pire ».

A **Lilia**, ma fille, mon trésor, je t'aime « jusqu'à la Lune ».

A mon fils **Arthur**, mon second trésor, je serai toujours là pour toi. Je t'aime.

A **mes parents**, merci de m'avoir soutenu dans tous les choix que j'ai pu faire, bons ou mauvais. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. ... Et merci pour la correction.

A mon frère **Sébastien**, à toutes ces bêtises que nous avons pu faire. J'espère toujours rester ton petit frère. Merci également pour la correction, je pense que tu y auras mis ton nez aussi.

A ma sœur **Séréna**, ces 2 P1 passées avec toi nous aurons beaucoup rapproché. Même la trentaine passée tu restes ma petite sœur et saches que tu pourras toujours compter sur moi.

A **ma belle-famille**, qui n'a pas que le nom de « belle ». Ne changez rien vous êtes au top.

A **Séverine**, parce que tu mérites bien 2 remerciements pour tout ce que tu as fait pour moi.

A **Charline**, qui sera jalouse si je te remercie 2 fois et pas elle et à son sens de l'humour, enfin j'espère.

A **Emeric**, j'aurai tant aimé travailler avec toi. On se retrouvera autour d'un verre aussi souvent que possible, ou derrière la manette de PS4 avec notre compère **Olivier**. Sans oublier les vacances passées et à venir. Des poutoux mon copain.

A **Marie**, merci pour tes cookies ! Merci aussi pour ta bonne humeur, les belotes au « Malu » et tant d'autres choses. Ton amitié m'est précieuse.

A **Robin, Sylvain, Joffrey, Carpenter, Adrien, Bendou, Alexis, Arnaud**, un grand merci pour toutes ces années de BU, RU, stages mémorables, vacances, soirées... Pour tous ces moments que je garde en souvenir et d'autres à venir qui seront tout aussi inoubliables.

A **Valou et Loïc**, à quand nos prochaines vacances ? Merci pour le scooter en Croatie, je m'en souviendrai toujours (le scoot aussi). Vous êtes géniaux.

A **Sophie et Nikos**, un grand merci à la barre de pole pour les fous rires offerts. Vous ouvrez quand un concessionnaire ?

A **Ghizlane et Nadir**, center parcs en famille ? Metz-food ? Virée en moto ? Ah, et aussi un grand merci à ton côté breton Nadir !

A **Agathe et « GuillÔme »**, comprenez qui pourra ou voudra. En tout cas merci d'être vous et pour tous ces moments de joie partagés.

A **Justine et Alexis**, à votre côté loufoque au quotidien. D'ailleurs, soirée piscine ?

A **Jessie et Thierry**, les années passent et notre amitié reste la même. La bouteille de champagne vous attend toujours.

A **Damien**, mes meilleures révisions ont été celles réalisées avec toi... sur Diablo2. Merci pour ton aide précieuse.

A tous les co-externes et co-internes dont j'ai croisé la route et avec qui j'ai beaucoup appris et partagé quelques cafés. Un merci particulier à **Georges** aka Georgio, **Alexandre** alias El Professor, **Vincent** ou Vincenzino, **Agathe** et **Camille** la dream team gynéco et **Philippine**.

Aux médecins que j'ai rencontrés durant mes looongues études et qui m'ont tant transmis.

A **Charles-Edouard**, merci d'être présent quand il le faut. Ton aide depuis que nos routes se sont croisées est importante.

A **Fanie**, merci pour ta confiance. Dommage que l'on ne puisse pas boire de café plus souvent au cabinet. Merci également aux autres médecins d'Ailly, **Cyril**, **Isabelle** et **Jean-Christophe**. Sans oublier **Claudine** et ses chaussons aux pommes.

Aux équipes de Roye qui me supportent désormais.

Aux médecins qui ont accepté avec plaisir de participer à cette étude. Ce travail n'aurait pu voir le jour sans vous.

## TABLE DES MATIERES

PREAMBULE.....	11
INTRODUCTION.....	12
MATERIEL ET METHODES .....	14
1. Choix de la méthode.....	14
2. Choix de la population .....	14
3. Les entretiens.....	15
3.1. Élaboration d'un script d'entretien .....	15
3.2. La prise de contact .....	15
3.3. Le déroulement des entretiens.....	16
4. L'analyse des données.....	16
4.1. Retranscription et codage.....	16
4.2. La saturation des données .....	16
RESULTATS .....	18
1. Profil des médecins interrogés .....	18
2. Analyse des résultats .....	19
2.1 Les déterminants positifs à une activité salariée exclusive.....	19
2.1.1. Les facteurs relationnels .....	19
2.1.2. Les éléments sociaux et administratifs .....	21
2.1.3. Les éléments personnels .....	23
2.1.4. Une meilleure qualité de vie .....	24
2.1.5. Les facteurs intellectuels.....	26
2.1.6. Autres déterminants.....	27
2.2. Les inconvénients du libéral .....	28
2.2.1. Charges de travail importantes – horaires larges.....	28
2.2.2. Trop de temps consacré à « l'extra-médical » (comptabilité, papiers administratifs etc... ).....	28
2.2.3. L'isolement et l'exposition au Burn-out.....	29
2.2.4. Trop de charges financières .....	29
2.2.5. Activité monotone du médecin généraliste installé .....	30
2.2.6. Devoir trouver un remplaçant lors des congés .....	30
2.2.7. Peu de formation en libéral.....	30
2.3. Projet initial des personnes interrogées.....	30
2.3.1. Médecin généraliste installé en libéral .....	30



2.3.2.	Spécialiste en hospitalier .....	31
2.3.3.	Non défini ou incertain .....	31
2.3.4.	Médecin généraliste salarié.....	31
2.4.	Facteurs motivant un retour à la médecine de ville .....	31
2.4.1.	Facteurs inhérents à la médecine générale libérale.....	31
2.4.2.	Facteurs liés aux contraintes hospitalières.....	33
2.4.3.	Facteurs familiaux .....	34
2.4.4.	Aucun retour envisageable .....	34
2.4.5.	Postes de médecins généralistes de ville salariés (centre de santé) .....	35
DISCUSSION .....		36
1.	Intérêt du travail .....	36
2.	Forces et faiblesses de l'étude .....	36
2.1.	Fiabilité de l'étude. ....	36
2.2.	Analyse des différents biais de l'étude. ....	37
2.2.1.	Biais lié à l'intervieweur.....	37
2.2.2.	Biais de sélection .....	37
2.2.3.	Biais d'interprétation .....	38
3.	Discussion des résultats.....	38
3.1.	Privilégier la qualité de vie .....	38
3.1.1.	La qualité de vie personnelle et familiale .....	38
3.1.2.	La vie professionnelle et la qualité des soins.....	40
3.1.3.	Une rémunération en baisse : cause ou conséquence ? .....	45
3.2.	Les motifs du refus de l'exercice libéral .....	46
3.2.1.	L'explosion de « l'extra médical » .....	46
3.2.2.	La peur de l'isolement et du burn-out.....	47
3.2.3.	La déconsidération de la médecine générale .....	48
3.2.4.	La sécurité et la protection sociale.....	49
CONCLUSION .....		55

## LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé  
ASH : Agent de Service Hospitalier  
CARMF : Caisse Autonome de retraite des Médecins de France  
CDD : Contrat à Durée Déterminée  
CDI : Contrat à Durée Indéterminée  
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées  
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires  
DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales  
DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales  
DIU : Diplômes Inter Universitaires  
DU : Diplômes Universitaires  
DMG : Départements de Médecine Générale  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat  
MSP : Maisons de Santé Pluridisciplinaires  
PAMC : Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés  
PH : Praticien Hospitalier  
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale  
URSSAF : Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

## **PREAMBULE**

La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. (1)

La loi de janvier 2002 a intégré la médecine générale parmi les spécialités médicales. Cette loi a permis la création du DES de médecine générale à compter de 2004. Le DES comporte une formation de 3 ans. Ainsi tout médecin généraliste diplômé à partir de 2007 est un praticien spécialiste en médecine générale.

La pratique de la médecine générale recouvre différents types d'exercices selon :

- Le lieu : cabinet libéral, maison de santé, centre de santé, hôpital, clinique, entreprises privées ou fonction publique.
- Les modalités d'exercice : activité polyvalente du médecin traitant, formations complémentaires : DESC, DU, recherche, expertises médicales.
- Le mode d'exercice : libéral, salarié ou mixte.

La profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public. (2)

Par salariés, il faut entendre toutes les personnes qui travaillent, aux termes d'un contrat, pour une autre unité institutionnelle résidente en échange d'un salaire ou d'une rétribution équivalente. (3)

## INTRODUCTION

Ces dernières années, la démographie médicale est devenue un enjeu de santé publique de premier plan. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a souligné que l'exercice libéral souffrait depuis une dizaine d'années d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié et plus particulièrement hospitalier, aussi bien chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes.

Chaque année, depuis 2007, le CNOM publie un atlas de la démographie médicale. En 2018, on dénombre 87801 médecins généralistes en activité. Parmi eux, 56% exerçaient en secteur libéral, 37% en secteur salarié et 7% avaient une activité mixte. (4)

Entre 2007 et 2017, la part de médecins libéraux a reculé de 4.2% tandis que la part de médecins salariés a augmenté de 5.6%.(5,6)

Selon l'atlas de la démographie médicale de 2016, les médecins généralistes salariés étaient plus jeunes (médiane et moyenne d'âge plus basse). La profession tend à se féminiser. (61 % de femmes parmi les médecins généralistes salariés et 37 % parmi les libéraux)(7). En 2018, 67% des médecins généralistes de moins de 34 ans étaient des femmes.(4)

Cette tendance à la féminisation concerne toutes les spécialités de la médecine, aussi bien médicales que chirurgicales. La part exerçant en salariat augmente pour les autres spécialités médicales (+14.5%). Les spécialités chirurgicales, au contraire, ont tendance à s'orienter vers le libéral (+5.2%) et mixte (+ 44.2%).(6)

Concernant les autres métiers de soins de premier recours (Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Chirurgiens-dentistes, Sages-Femmes), les évolutions diffèrent. Les effectifs sont tous en augmentation. La féminisation est présente dans toutes les professions. Par contre, toutes privilégient un mode d'activité libérale. (8,9)

En ce qui concerne la médecine générale libérale, ces tendances persistent malgré les différentes mesures prises par l'état pour favoriser les installations avec notamment les pactes territoriaux de santé 1 et 2. (signature de Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) (10,11) ou de contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) (12,13); nomination d'un référent installation à l'Agence Régionale de Santé (ARS) etc.)

Les raisons de la désaffection pour la médecine générale sont multiples. Les facteurs les plus cités pour expliquer ce manque d'attrait sont les suivants :

- Au cours des premier et deuxième cycles des études médicales, les étudiants n'entendent que très peu parler de médecine générale. Au niveau national, le stage au cabinet d'un généraliste de ville au cours du deuxième cycle, n'est pas toujours effectué.
- Les enseignants hospitalo-universitaires mettent en avant la recherche et la pratique hospitalière en oubliant la médecine générale.(14) Cette discipline non hospitalière n'est donc pas mise en valeur à l'heure actuelle. Et ce, probablement en rapport avec la création récente du DES de médecine générale et développement nouveau de la recherche dans cette spécialité.
- Le clinicat et la recherche en médecine générale sont encore peu connus.
- La médecine générale est perçue comme une profession dont l'exercice est très contraignant : la permanence des soins (gardes, astreintes), les visites et les horaires de travail sont vécus comme une forte contrainte par les médecins généralistes. (15)

En 2014, la thèse du Docteur HURIER Hélène intitulée « Déclin de l'exercice libéral de la médecine générale : Enquête auprès de médecins généralistes salariés Picards »(16) précise également les déterminants qui confortent le choix du médecin généraliste d'exercer en secteur salarié. La majorité des médecins généralistes salariés interrogés ont fait le choix du salariat afin de privilégier en premier lieu la qualité de vie, mais aussi la couverture sociale et la diminution du poids des contraintes administratives.

A ce jour si l'on se réfère au catalogue SUDOC, aucune étude qualitative sur le sujet n'a été publiée en France. **Nous avons donc fait le choix de tenter de comprendre pourquoi les jeunes médecins généralistes s'orientent vers le salariat exclusif.**

L'objectif principal de notre étude est de déterminer les facteurs qui poussent les médecins généralistes récemment diplômés à s'orienter **vers le salariat exclusif**. Notre objectif secondaire est d'identifier des éléments qui pourraient les inciter à revenir à un mode d'exercice libéral.

## **MATERIEL ET METHODES**

Pour répondre à nos objectifs, nous avons mené une étude qualitative, en procédant à des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Somme, salariés exclusifs.

### **1. Choix de la méthode**

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement.(17)

L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Il permet de garder un fil directeur à la discussion, d'approfondir des points importants et de guider vers certains thèmes que l'on souhaite aborder.

### **2. Choix de la population**

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être titulaire du DES de médecine générale.
- Exercer une activité salariée exclusive dans la Somme.
- Être thésé après le 1er janvier 2012.

Etaient exclus de l'étude :

- Les titulaires d'un DESC ou d'une capacité.
- Les titulaires d'un DU ou DIU éloignant trop de la médecine générale (DU d'échographie par exemple)
- Les médecins ayant effectués leurs études à l'étranger.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins nous a fourni la liste des médecins généralistes ayant une activité salariée sur le département de la Somme.

Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné à partir de cette liste. Avec ce type d'échantillonnage, le but n'est pas d'être représentatif de la population source mais d'assurer la plus grande diversité au sein de l'échantillon. Cet échantillonnage a été effectué sur différentes variables : sexe, âge, lieu d'exercice, médecins ayant eu ou non une activité libérale avant le salariat.

### **3. Les entretiens**

#### **3.1. Élaboration d'un script d'entretien**

Un guide d'entretien a été élaboré au préalable, pour structurer l'interview sans diriger le discours. Il a dans un premier temps été soumis à l'approbation de la commission des thèses du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine d'Amiens.

Un ajustement du guide d'entretien a été réalisé à la suite de deux entretiens « tests » effectués auprès de 2 médecins éligibles sur tous les critères d'inclusion à l'exception du lieu d'exercice.

La version soumise au premier médecin interrogé est disponible en annexe 1. Celle-ci a ensuite été modifiée au fur et à mesure des entretiens, en y ajoutant des questions pour explorer auprès des interviewés ultérieurs les hypothèses issues des entretiens passés selon une approche hypothético-inductive progressive dite grounded theory (ou théorisation ancrée).

#### **3.2. La prise de contact**

La prise de contact s'est faite par téléphone ou par email. Le sujet de la thèse, la durée moyenne de l'entretien et le respect de l'anonymat et des opinions étaient expliqués. Si le médecin était volontaire pour participer à notre étude, la date, l'heure et le lieu de l'interview étaient fixés selon son souhait.

### 3.3. Le déroulement des entretiens

Au début de la rencontre, la thématique de l'entretien a été présentée brièvement au participant, afin de ne pas influencer les réponses de l'interview. Chaque entretien était enregistré après accord de l'interviewé. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions était annoncé.

La première partie de l'entretien consistait en un court questionnaire afin de recueillir les caractéristiques socio-professionnelles du médecin interrogé, puis nous passions au script d'entretien en lui-même.

L'enquêteur restait neutre et n'apportait aucun avis ou jugement au cours de l'entretien. Enfin, il a été demandé au médecin interrogé s'il avait des remarques à formuler sur le déroulement de l'entretien.

## 4. **L'analyse des données**

### 4.1. Retranscription et codage

Nous avons procédé à la retranscription par écrit in extenso des enregistrements avec le logiciel Word dans le but de retranscrire au mieux l'authenticité des propos.

Les entretiens ont ensuite été intégrés dans le logiciel R Studio (extension RQDA : R-based Qualitative Data Analysis). Nous avons réalisé une analyse du verbatim, après retranscription. L'analyse au fur et à mesure du recueil a permis une comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

L'ensemble des verbatims a été relu et codé par une deuxième enquêtrice formée à la méthode qualitative.

### 4.2. La saturation des données

La saturation des données apparaît dès lors que la réalisation d'un nouvel entretien n'apporte pas de nouvelle information. Le nombre d'interviews n'est donc pas défini à l'avance.



Pour notre travail, la saturation des données est apparue après le 8ème entretien. Une dernière interview l'a confirmée.

## RESULTATS

### 1. Profil des médecins interrogés

Neuf entretiens ont été réalisés entre les mois de décembre 2017 et mai 2018.

La durée moyenne des entretiens était de 32 minutes et 44 secondes. 22 minutes et 36 secondes pour le plus court et 55 minutes et 9 secondes pour le plus long.

Entretien	Sexe	Age	Situation familiale	Situation du conjoint
1	F	30	concubinage sans enfant	Interne
2	F	29	pacsée 1 enfant	PH
3	H	29	pacsé 1 enfant	PH
4	H	33	pacsé 2 enfants	Urgentiste
5	H	32	marié 1 enfant	Chef de clinique
6	H	32	marié 2 enfants	Sage-femme
7	F	33	mariée 3 enfants	Agriculteur
8	F	33	mariée 2 enfants	Cadre
9	H	34	marié 2 enfants	Médecin salarié/libéral

Notre échantillon était composé de 4 femmes pour 5 hommes. L'âge moyen était de 31.7 ans.

Tous vivaient en couple dont 1 seul sans enfant. Les conjoints étaient pour la plupart médecins à l'exception de 3. Tous les conjoints avaient une activité salariée ou mixte. Il n'y avait pas de profession libérale exclusive.

Entretien n	Année de thèse	Lieu externat/Internat	Date prise de poste	type de contrat	Rémunération nette	Activité libérale antérieure
1	2015	Amiens/Amiens	févr-15	CDD	3990	Oui/Remplacement
2	2016	Amiens/Amiens	nov-16	CDD temps partiel	2800	Non
3	2015	Amiens/Amiens	nov-14	CDD	4000	Oui/Remplacement

4	2015	Amiens/Amiens	nov-15	CDI	4000	Oui/Remplacement
5	2016	Amiens/Amiens	janv-17	CDD	7000	Oui/Remplacement
6	2017	Amiens/Amiens	nov-17	CDD	3900	Oui/Remplacement
7	2012	Amiens/Amiens	mars-16	CDD temps partiel	3500	Oui/Remplacement
8	2016	Amiens/Amiens	févr-17	CDD temps partiel	2050	Oui/Remplacement
9	2015	Amiens/Amiens	sept-14	CDI	3500	Oui/Remplacement

## 2. Analyse des résultats

### 2.1 Les déterminants positifs à une activité salariée exclusive

#### 2.1.1. *Les facteurs relationnels*

#### - **Les relations professionnelles :**

##### Le travail en équipe

Pour la plupart des médecins interrogés le salariat permettait de travailler en équipe, ce qui était primordial pour eux. (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9)

E4 : « Là tu vois tu m'as trouvé j'étais au milieu de mon équipe on discutait. Pour moi j'ai le temps de faire ça, j'ai le temps d'échanger avec mes collègues. »

E8 : « Travailler en équipe, il y a des décisions qu'on prend nous-même, mais aussi des décisions collégiales qui rassurent et qui sont enrichissantes. »

Pour les médecins interviewés, travailler en équipe permettait de travailler dans une ambiance sereine et amicale

E7 : « Ce qui me plaît c'est l'ambiance générale, la bonne entente, le fait que l'ensemble du personnel se sente impliqué. Qu'il y ait une bonne communication, que ce soit avec l'ASH, la secrétaire, les cadres, ou les infirmières. Ça permet d'avoir une prise en charge, je trouve optimale. »

Les médecins travaillant dans des petites structures hospitalières se sentaient moins exposés au risque de burn-out grâce au soutien des collègues

E3 : « On parle beaucoup de burn-out. On est même un peu à l'abri. On est en équipe. Chacun prend un peu une dose de responsabilité. On peut discuter, ça permet de désamorcer des situations. »

#### Un réseau professionnel et un plateau technique facilement accessibles

Avoir un plateau technique et des avis spécialisés très rapides a motivé certains médecins à choisir le salariat. (E2, E4, E5, E7, E9)

E5 : « Avoir un plateau technique suffisant pour poser le diagnostic et pas les suspecter et adresser au spécialiste. »

E7 : « La réactivité pour avoir les résultats biologiques, les examens complémentaires, qu'on a très très rapidement. Oui ça, ça a motivé mon choix. »

#### - **Relation avec le patient :**

##### Plus de temps d'écoute et de soins

Certains médecins relataient avoir un temps d'écoute et de soins avec le patient plus important qu'en médecine libérale. (E4, E5, E6, E8, E9)

E4 : « Mais tu as le temps de les voir, tu as le temps de discuter, et le temps de voir les familles. Tu as le temps ! »

E5 : « On peut en effet consacrer beaucoup plus de temps à un patient qu'en cabinet. »

### Une relation contractuelle

Pour un médecin interrogé le fait de ne pas avoir de relation contractuelle avec le patient avait pu orienter son choix vers le salariat. (E5).

E5 : « Il n'y a pas de notion de fidélisation à l'hôpital. C'est une relation contractuelle ils viennent pour une chose, on traite la chose. »

### Pas de relation pécuniaire

Deux médecins appréciaient le fait de ne pas avoir de relation pécuniaire avec le patient. (E3, E5)

E3 : « Il n'y a pas de contact direct, le côté un peu « client » des patients qu'on peut avoir en médecine libérale. Ça c'est ce qui va me plaire ».

## *2.1.2. Les éléments sociaux et administratifs*

### **- Une meilleure protection sociale**

Pour la plupart des médecins interrogés le salariat leur apportait une meilleure protection sociale, cela les avaient motivés à choisir ce mode d'exercice. (E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9)

E2 : « La protection sociale est bien plus importante en salariat qu'en libéral. Dans ma situation personnelle cela a beaucoup influencé mon choix. J'avais besoin d'une bonne couverture et si j'avais dû prendre une prévoyance, elle m'aurait coûté cher. Ce n'est pas cher si tu vas bien, mais dès qu'il y a un truc « hors norme » ça monte vite. Là j'ai un « tout compris » en fait. J'ai 1 jour de carence contre 90...c'est incomparable ».

E6 : « On a une meilleure protection sociale. On n'a pas besoin de perdre du temps à réfléchir à tout ça ».

Le fait que le salariat facilite les projets de grossesse fut cité plusieurs fois

E2 : « Et aussi si on voulait un autre enfant. On s'est dit que ça serait plus simple d'être salarié car la prise en charge de la grossesse est mieux rémunérée quand on est salarié. »

#### - **Une sécurité de l'emploi**

La sécurité de l'emploi et surtout le fait d'avoir un salaire fixe chaque mois étaient appréciés par certains médecins. (E1, E2, E3, E6, E8, E9)

E1 : « Après une fois qu'on est PH c'est une sécurité d'emploi. C'est confortable, c'est un CDI. »

E9 : « Déjà avoir des revenus fixes réguliers. Quand on a des charges régulières, que ce soit l'électricité, au début le loyer, puis après le crédit, on a besoin de revenus fixes et réguliers pour assumer ces charges sans être dans la panade financièrement. »

#### - **Moins de travail administratif – pas de comptabilité**

Les 2 tiers des médecins interviewés affectionnaient le fait d'avoir moins de travail administratif et pas de comptabilité à faire. (E1, E2, E3, E4, E8, E9)

E3 : « Je fais de la médecine générale sans l'administratif, sans journée à rallonge. [...] Donc ce côté administratif en moins, c'est appréciable. »

E9 : « C'est plus simple ! Niveau facturation je ne m'en occupe pas du tout, pas de comptabilité. Je n'ai pas à savoir si la carte vitale est bien passée. Je n'ai pas à faire mon bilan financier de la journée avec le nombre de tickets de carte bleue, le nombre d'espèces, le nombre de chèques. »

#### - **Permanence des soins assurée en cas d'imprévu, arrêt maladie ou congés**

Pouvoir s'absenter sans gêner la continuité des soins grâce aux collègues a été évoqué par quelques médecins. (E1, E3, E7, E9)

E7 : « Le fait que quand on a un empêchement il y a d'autres collègues sur place qui peuvent dépanner. Le fait de savoir que quand on est malade, il y aura un médecin qui prendra le relai pour le suivi des patients. »

### 2.1.3. *Les éléments personnels*

#### - **Stress moins présent**

Pour certains, le fait d'avoir une activité salariée était synonyme de moins de stress car il n'y avait pas de course à l'acte, comme on peut la rencontrer dans le monde libéral. (E1, E2, E4, E6, E8, E9)

E6 : « On a moins de stress pour ça, moins besoin de travailler vite à l'acte. »

E9 : « C'est vrai que quand j'étais en libéral, le fait d'avoir du retard dans mes rendez-vous, le fait d'avoir des journées chargées, c'est vrai que c'est imputable sur son état d'esprit, sur son plaisir d'exercer [...] Du coup le fait de repartir en salariat, je suis beaucoup plus serein. »

#### - **Proximité du lieu de travail**

La proximité du lieu de travail a été un élément de choix pour trois médecins. (E4, E5, E6)

E6 : « C'est aussi cette opportunité d'avoir un travail à côté de sa maison, ça aussi c'est plus conciliable avec une vie de famille, que de devoir faire 100 km pour aller bosser. »

#### - **Rapprochement familial**

Pour deux médecins, c'est le fait de se rapprocher de leur famille qui a pesé dans la balance du choix du salariat. (E2, E4)

E2 : « Je leur ai demandé ce qu'ils avaient à me proposer, parce que mon conjoint travaillait déjà dans l'hôpital et que je voulais y rester. On avait notre fille à la crèche ici, mon conjoint ici et on se voyait bien y travailler tous les deux. »

- **Une histoire de vie particulière**

Pour deux médecins interrogés, c'est leur histoire de vie particulière qui les a fait se tourner vers le salariat. (E2, E7)

E7 : « Mon mari a eu un souci de santé, ce n'était pas gérable avec trois enfants. Ce n'était pas possible de gérer ça toute seule donc pas possible d'élever 3 enfants en rentrant tard [...] C'est vraiment mon histoire de vie un peu particulière qui m'a fait partir vers le salariat. »

- **Aucun attrait pour la médecine générale libérale**

Deux médecins interviewés n'ont jamais été attirés par la médecine générale libérale et savaient d'emblée qu'ils s'orienteraient vers une activité salariée. (E2, E5)

E5 : « Parce que je ne voyais pas m'installer en ville dans le sens où je sentais que la médecine générale n'était pas forcément faite pour moi. On peut faire des choses très bien en médecine générale mais je n'avais pas la passion. »

*2.1.4. Une meilleure qualité de vie*

- **Meilleure organisation de la vie familiale**

La meilleure organisation de la vie familiale liée à l'activité salariée fut un des éléments les plus cités par les médecins interrogés. (E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9)

E3 : « Pour le côté personnel et familial c'était confortable. Tu sais, tout est prévisible. Le salaire, les heures, tout est fixe. »



E9 : « Je me dis que quand on a des imprévus, genre des enfants malades que la crèche ne veut pas, quand on est en salariat, et en équipe et que tu peux te dégager une journée parce que les confrères sont là et qu'ils peuvent prendre en main votre secteur, c'est beaucoup plus facile. »

- **Charge de travail plus adaptée – horaires fixes**

Cette meilleure organisation était liée à une charge de travail plus adaptée et des horaires fixes comparativement à une activité libérale. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8)

E3 : « J'apprécie de savoir comment sont rythmées mes journées, ça a un côté agréable, je sais mon heure de début et de fin. »

E6 : « Je suis en poste fixe avec des horaires bien programmés [...] un peu moins de charge de travail. »

- **Temps libre pour activités extra-professionnelles**

Pouvoir avoir du temps libre pour faire des activités extra professionnelles et s'occuper des enfants fut également un critère de choix pour la plupart des médecins interviewés. (E2, E3, E5, E6, E8, E9)

E6 : « J'espère avoir un peu plus de temps libre pour pratiquer une activité physique. »

E9 : « En salarié, j'ai plus de temps à accorder à ma famille qu'en libéral [...] Moi mon souhait c'est de m'occuper de ma famille, de prendre du temps avec mes proches. »

- **Aspect financier au second plan**

L'aspect financier intervient maintenant au second plan. Tous les médecins se sont accordés à dire qu'ils préféreraient privilégier leur qualité de vie. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9)

E2 : « Je savais que je gagnerais moins mais je ne vois pas l'intérêt de gagner beaucoup plus si je ne suis pas chez moi pour en profiter. »

E8 : « Alors moi je savais que j'y perdrais forcément un peu mais c'est la qualité de vie qui prime. »

### 2.1.5. *Les facteurs intellectuels*

#### - **Satisfaction intellectuelle**

La plupart des médecins trouvait la médecine hospitalière plus attrayante. (E1, E2, E3, E4, E5, E9)

E1 : « J'aime l'hospitalier, j'aime la médecine aiguë, j'aime bien manier les antibiotiques. C'est vraiment quelque chose que j'aime bien. Il y a plein de choses qui m'ont fait aller vers l'hôpital mais surtout celui-ci. Ce n'est pas le même métier, la même médecine. Ça me plaît vraiment. »

E5 : « Pouvoir gérer les décompensations d'organes c'est assez gratifiant [...] C'était plus la pathologie que le suivi qui m'intéressait. »

#### - **Plus de gestes techniques en hospitalier**

Pouvoir réaliser des gestes techniques motivait les médecins à faire du salariat. (E3, E7)

E7 : « Ici je fais des gestes. Pas en médecine générale. Ici on a un côté plus technique c'est surtout ça qui a orienté mon choix. [...] Et puis le fait de pouvoir faire des ponctions d'ascite, des ponctions lombaires, des gaz du sang... oui ce sont des choses qu'on fait régulièrement et ça m'a orienté. »

#### - **Souhait d'enseignement, transmission du savoir**

2 médecins ont évoqué le désir d'enseigner pour motiver leur orientation professionnelle. (E4, E8)

E4 : « Le côté absence de formation dans le sens où je n'enseignais pas. Moi j'adore dire aux internes « tu fais ci, tu fais ça » de les aider de leur transmettre un peu. »

## - **Une formation initiale hospitalière**

Un médecin rapportait le choix du salariat et de l'hospitalier à la formation initiale et la préparation au concours de l'internat. (E5)

E5 : « Après je ne trouve pas illogique qu'il y ait plus de gens de notre génération qui se dirigent vers le salariat, ou du moins vers le milieu hospitalier. Parce qu'on a été formé en milieu hospitalier. On a été formé en milieu poli-médical. On n'a pas été formé à la médecine générale. [...] On était dans les services à prendre en charge les gens de façon poly pathologiques. A les prendre en charge dans leur globalité. On nous a appris à faire de la médecine polyvalente et pas forcément de la médecine générale. »

### *2.1.6. Autres déterminants*

## - **Une bonne opportunité – nombreux postes hospitaliers à pourvoir**

Les deux tiers des médecins interviewés ont déclaré avoir saisi une « bonne opportunité » parmi de nombreux postes salariés à pourvoir. (E1, E2, E3, E5, E6, E8)

E1 : « Ils avaient un poste vacant en médecine interne depuis plus de 2 ans où ils ne trouvaient vraiment personne. »

E2 : « Non, c'est vraiment l'occasion. On m'a proposé le poste. Ça m'a plu. Je suis resté. Ça tombait à pic. »

## - **Rassuré par ce que l'on connaît déjà**

La grande majorité des médecins avait été influencé par le fait d'avoir déjà exercé leur activité actuelle. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8)

E3 : « Ici j'étais passé en tant qu'interne, je savais que le cadre de travail était plutôt bon. Ça, ça a beaucoup influencé. »

E4 : « Et puis c'est un service que je connaissais puisque c'est un vieux service sur l'hôpital. Et ça me plaisait bien un peu ce côté rapide »

E7 : « J'ai appelé en médecine à M et j'ai dit "vous cherchez toujours quelqu'un ?" et voilà. J'avais beaucoup aimé mon stage en médecine ici. C'était mon dernier stage d'internat et ça m'avait beaucoup plu. »

- **Moins d'ancrage (changement de poste plus simple)**

Deux médecins ont évoqué le fait de pouvoir changer plus facilement de poste. (E1, E6)

E5 : « L'impression d'être moins ancré. C'est-à-dire que quand on est salarié et qu'on a envie de partir parce que ça se passe mal, c'est plus simple. On a moins de culpabilité que de laisser sa patientèle. C'est plus simple de partir et d'être remplacé par un autre salarié, que de laisser un cabinet qu'on a monté avec sa patientèle. Il y a moins ce poids, derrière, en salariat. »

2.2. Les inconvénients du libéral

2.2.1. *Charges de travail importantes – horaires larges*

Cinq médecins ont motivé leur choix par une charge de travail trop importante en libéral. (E2, E4, E6, E8, E9)

E6 : « C'est sûr qu'il y a une charge de travail plus élevée en libéral. [...] Il y a cette contrainte de charge de travail qui fait qu'on choisit le salariat, et donc difficilement le libéral. En tout cas pour moi c'est clair. »

E 8 : « J'avoue que les gros rempla où on voit 40 patients et encore en temporisant parce que le médecin qu'on remplace en voit 50-60, et qu'on revient, on est complètement vidé de sa semaine et moi personnellement le soir [...] je n'en pouvais plus physiquement. [...] Donc oui, la charge de travail a été un élément de choix. »

2.2.2. *Trop de temps consacré à « l'extra-médical » (comptabilité, papiers administratifs etc...)*

La quasi-totalité des médecins évoquait que l'extra médical prenait une place trop importante en activité libérale. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9)

E4 : « La charge administrative en médecine générale, c'est colossal. Bien plus qu'ici. Encore une fois de ce que j'ai connu. »

E6 : « Je suis conforté, en tant que salarié maintenant, qu'il faut se débarrasser de tout ça. La charge administrative en plus de ces longues journées. [...] Ça conforte l'idée de ne pas s'em-bêter à travailler dans le libéral. »

E9 : « Si on n'a pas de secrétaire qui peut vérifier tout ça, j'ai peur que le rôle premier du médecin qui est de soigner les personnes, soit vite effacé derrière la charge administrative qui est assez lourde en libérale. »

### *2.2.3. L'isolement et l'exposition au Burn-out*

Huit médecins redoutaient l'isolement et le risque de burn-out du libéral. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9)

E2 : « En fait en cabinet tu es seul avec ton patient et ta prise de décision. [...] Ce stress là je n'arrivais pas en libéral, l'isolement surtout en fait. »

E4 : « En médecine générale libérale, pour moi ce qui me pesait le plus c'était l'isolement social on va dire. [...] J'étais tellement agacé par la médecine générale de ville, j'ai fait un petit burn-out et je devenais peut-être même un peu maltraitant. »

### *2.2.4. Trop de charges financières*

La grande majorité des médecins interrogés estimait que les charges financières trop importantes du libéral avaient orienté leur choix de carrière. (E1, E2, E4, E5, E6, E8, E9)

E4 : « Tu ne vois pas les factures qui tombent tu n'as pas à gérer la CARMF, l'URSSAF les caisses de retraite, [...] ça, tout ça c'est pas possible. »

E6 : « Mais l'élément important, c'est que au fur et à mesure des années, les charges augmentent et du coup on est obligé de travailler plus puisque les cotations, elles, n'augmentent pas. »

### *2.2.5. Activité monotone du médecin généraliste installé*

Trois médecins ont expliqué leur choix par la monotonie de l'activité libérale. (E1, E5, E9)

E5 : « Et le côté un peu plus stimulant que le cabinet. En cabinet 70 à 80 % du temps c'est de la bobologie, des choses banales. Ici on a un peu plus d'adrénaline c'est un peu moins monotone. »

### *2.2.6. Devoir trouver un remplaçant lors des congés*

Un autre inconvénient du libéral qui fut cité par certains médecins était le fait de devoir trouver un remplaçant. (E3, E7, E8, E9)

E7 : « Alors que quand on est généraliste déjà pour partir en vacances il faut un petit peu galérer pour trouver un remplaçant. Et puis si on est malade on va culpabiliser. »

### *2.2.7. Peu de formation en libéral*

Un médecin a évoqué le manque de formation en exercice libéral. (E5)

E5 : « En médecine générale si on ne fait pas l'effort de se former, on ne se forme pas. Ce n'est pas avec une FMC par mois, qu'on va rester à mon sens opérationnel et bon. [...] Au niveau de la formation si tu ne fais pas l'effort de te former ça ne va pas. Ça me dérangeait un peu, je voyais mon niveau baisser depuis l'internat je n'aimais pas ça. »

## 2.3. *Projet initial des personnes interrogées*

### *2.3.1. Médecin généraliste installé en libéral*

Quatre médecins sur neuf souhaitaient exercer initialement une activité libérale. (E3, E6, E8, E9)

E9 : « Avec l'internat, c'était toujours la même chose. Je ne voulais absolument pas être à l'hôpital. Je voulais être médecin de famille de campagne. »

### 2.3.2. *Spécialiste en hospitalier*

Quatre médecins désiraient pratiquer une spécialité hospitalière autre que la médecine générale. (E1, E4, E5, E7)

E4 : « Comme beaucoup d'externes, j'ai voulu faire toutes les spé où je suis passé. J'ai même voulu faire de l'orthopédie pour te dire. Et milieu D3 début D4, je voulais faire neurochirurgie. »

### 2.3.3. *Non défini ou incertain*

Un médecin n'avait pas de projet défini. (E2)

### 2.3.4. *Médecin généraliste salarié*

Aucun médecin n'envisageait d'avoir l'activité salariée qu'il exerce aujourd'hui.

## 2.4. Facteurs motivant un retour à la médecine de ville

### 2.4.1. *Facteurs inhérents à la médecine générale libérale*

#### - **Diminution des tâches administratives et des charges financières**

Trois médecins évoquaient la diminution des charges administratives pour envisager un retour à une activité de médecine générale libérale. (E1, E2, E4) Un autre avançait la diminution des charges financières (E5).

E4 : « J'avais remplacé un type à Compiègne c'était super et le mec il avait 35 ans c'était un Parisien et c'était sa mère qui faisait la secrétaire et c'est elle qui faisait l'encaissement. Tu vois,

rien que ça moi ça m'avait changé le rempla. Tu vois les gens et tu leur donnes leur ordonnance. J'avais trouvé ça vachement bien. »

E5 : « Un truc qui est très très frustrant en libéral et qui ne pourra jamais être modifié dans la société actuelle ce sont les charges. Ça il faut arrêter. Le but n'est pas de gagner plus mais quand on voit que sur une consultation à 25 €, il y en a 12 et demi qui arrive dans la poche du médecin. En fait c'est travailler pour 50 % de ce qu'on touche qui me dérange, ce n'est pas le salaire à la fin du mois. Se dire que sur une consultation il y en a 50 % qui vont dégager en CARMF, URSSAF, charges de cabine. C'est la proportionnelle qui me dérange. Ce n'est pas le montant à la fin du mois. »

#### - **Augmentation des aides**

Un médecin souhaitait une facilitation et une amélioration des aides et de la couverture sociale (E2)

E2 : « Faciliter les démarches qui me paraissent compliquées et fastidieuses. Faciliter les grossesses pour les femmes. Mine de rien, on a des petites aides, mais ça ne suffit pas. Ça ne couvre pas. Pendant mon internat, je n'ai eu aucune perte de salaire. Et pourtant j'ai été en arrêt pour congés maternité. Pour moi c'était un avantage. Donc faciliter ces choses-là.

#### - **Horaires et charges de travail plus adaptés**

La diminution de la charge de travail avait été mentionnée par un seul médecin (E4)

E4 : « A la rigueur, de me dire je ne bosse pas comme un russe quoi. Je fais 9h -19h grand max. »

#### - **Création d'un cabinet de groupe entre amis**

Un médecin évoquait la création d'un cabinet entre amis. (E4)



#### 2.4.2. Facteurs liés aux contraintes hospitalières

Certaines contraintes hospitalières rencontrées par quelques médecins interviewés pourraient les faire revenir à une activité libérale.

##### - **Hiérarchie – protocolisation hospitalière**

Les problèmes avec la hiérarchie hospitalière pourraient motiver certains médecins interviewés à se réorienter vers un exercice libéral. (E3, E4, E6, E7)

E3 : « Après le côté négatif, c'est l'hôpital Il y a une certaine rigueur. Tout doit être validé, protocolisé. Une petite perte de liberté dans l'exercice. »

E6 : « Les contraintes hospitalières. La hiérarchie parfois. Le relationnel avec l'administration [...] Si cela se passe bien, je resterai là. Sinon on verra. »

##### - **Lassitude – besoin de diversité**

Certains médecins pourraient revenir à un exercice libéral par lassitude de leur poste actuel. (E5, E6, E8)

E6 : « [...] envie de refaire un peu de pédiatrie, envie de refaire des choses comme ça. Une lassitude de ce poste pourrait bien me refaire bifurquer dans ce que j'aimais bien avant. Si je commence à me lasser dans 10, 15, 20 ans peut-être. »

##### - **Pénibilité des gardes et astreintes**

La pénibilité des gardes fut évoquée par un médecin (E4)

E4 : « Les gardes et travail de nuit. Ça c'est le seul truc chiant, le seul truc qui pourrait me dire prends-toi un petit cabinet. Tu fais des demi-journées. La nuit tu fermes le téléphone et hop terminé. »

- **Conflits avec les collègues**

Deux médecins évoquaient les possibles conflits entre collègues qui pouvaient exister dans le monde du salariat (E6, E9)

E6 : « Une mauvaise entente avec mes collègues par exemple. »

E9 : « Le seul truc qui pourrait me faire changer d'avis, c'est une situation dans le service qui se dégrade, avec une activité qui ne me correspond plus. Auquel cas, c'est peut-être plus facile de repartir dans le libéral que de retrouver un autre service. »

*2.4.3. Facteurs familiaux*

- **Un changement de situation professionnel du conjoint**

E5 : « Ce qui pourrait me faire revenir en libéral ce serait un changement dans la situation familiale. Si on est obligé de déménager. Ma femme est spécialiste donc c'est elle qui est prioritaire sur le choix des villes et des postes, ça c'est acté entre nous. Si on était amené à bouger en France parce que tel poste est intéressant pour elle on en discuterait. Donc on bougerait et s'il n'y avait pas de possibilité pour moi dans le public je pourrais effectivement me retourner vers le libéral. »

- **Les enfants**

Pour un médecin, la prise d'indépendance des enfants pourrait le faire revenir à un mode d'exercice libéral. (E8)

E8 : « Les enfants sont plus grands, ils ont moins besoin de moi »

*2.4.4. Aucun retour envisageable*

Trois médecins ne se voyaient en aucun cas revenir travailler en médecine de ville. (E3, E5, E7)

E3 : « Je ne sais pas. Vraiment, je ne sais pas. Je ne me vois pas refaire ce que j'ai fait pendant l'internat. J'aime bien la médecine hospitalière. Ou alors, libéral, en clinique dans un truc comme ça. Je ne me vois pas en dehors d'une structure. Je ne me vois pas en cabinet ou en maison de santé. »

#### 2.4.5. *Postes de médecins généralistes de ville salariés (centre de santé)*

Trois médecins ont évoqué des postes de médecin généraliste de ville salarié (E2, E6, E8)

E6 : « Pendant un moment j'étais clairement axé sur la création d'un centre de santé. Pour vraiment se décharger de toute la part administrative. Que ce soit la gestion de la prévoyance de la compta mais aussi se décharger du côté purement administratif. Se dédier exclusivement à la consultation, ne pas avoir à passer la carte vitale, chercher la cotation, ces trucs-là, ne pas avoir à gérer le paiement. J'étais parti là-dessus sur un centre municipal de santé pour se consacrer à du temps de soin avec un nombre d'heures aussi. Se mettre la contrainte de 40-45 heures, 48 heures par semaine, mais pas aller au-delà. Avoir des horaires bien fixes, bien établis. »

E8 : « Après on parle beaucoup de médecine de premier recours salariés, c'est en train de se développer. Ça pourquoi pas, mais pour l'instant ce n'est pas la question. Et par exemple, si c'était un petit peu plus développé, rester dans le soin direct du premier recours avec du salariat : j'aurais peut-être dit oui, en fait. »

## **DISCUSSION**

### **1. Intérêt du travail**

Les déserts médicaux sont dans le débat public depuis le début des années 2000 (10). Malgré différentes mesures prises par les gouvernements successifs, le sujet reste d'actualité. Il nous a semblé intéressant de nous pencher sur le devenir professionnel des jeunes médecins généralistes.

Par cette étude nous voulions comprendre les motivations des jeunes médecins à s'orienter vers le salariat. Nous voulions dans un second temps trouver des pistes pour orienter les jeunes générations vers la médecine de ville.

Il est à noter que, courant juin 2018, les premières conclusions de ce travail ont été communiquées au cabinet de Monsieur Xavier Bertrand, ancien Ministre de la santé et actuel Président du conseil régional des Hauts-de-France.

La loi santé annoncée le 18 septembre 2018, « ma santé 2022 : un engagement collectif » (18), prévoit la création de 400 postes de médecins salariés dans les déserts médicaux. Ce projet montre la pertinence de notre étude et de nos résultats.

### **2. Forces et faiblesses de l'étude**

#### **2.1. Fiabilité de l'étude.**

Notre question de recherche nous a orienté vers une méthode qualitative. Cette méthode nous semblait plus adaptée au recueil du ressenti, du vécu et des faits.

Les entretiens personnels ont été favorisés aux focus-group pour permettre le respect de l'anonymat complet. Ils ont permis une expression plus libre ainsi que la narration d'histoires de vies particulières que nous n'aurions probablement pas pu recueillir en focus-group.

Nous avons réalisé 9 entretiens. Ceci peut paraître peu mais la durée moyenne est importante. Pour comparaison, nous avons effectué une revue des thèses qualitatives par entretiens semi dirigés soutenues à Amiens depuis 2015. La durée moyenne des interviews était de 15 minutes 57 secondes. La durée moyenne de nos entretiens a été de 32 minutes et 44 secondes. Ceci renforce notre travail.

La validité de l'étude a été contrôlée par la saturation des données.

Pour faciliter le recueil des données, le choix du lieu et de la date de l'entretien étaient laissés à la discrétion de l'interviewé.

Le codage a été effectué par une seconde enquêtrice formée à la méthode.

## 2.2. Analyse des différents biais de l'étude.

### 2.2.1. *Biais lié à l'intervieweur*

Le fait que l'intervieweur et l'interviewé partageaient le même métier a pu créer un biais. Le dialogue a pu être plus facile, mais aussi parfois créer une réticence à se confier de peur d'être jugé.

Le respect de toutes les opinions sans jugement était annoncé au début de chaque entretien afin de limiter ce biais. Le script d'entretien également tendait à limiter ce biais d'intervention.

Nous tentions de dévier un minimum du script d'entretien. Nous restions le plus neutre possible (intonation, langage corporel), pour ne pas influencer les réponses et limiter les biais d'intervention. Néanmoins ce biais existe, surtout qu'il s'agissait de notre première étude qualitative.

### 2.2.2. *Biais de sélection*

Les médecins interrogés l'ont été sur la base de la liste fournie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il s'est avéré que celle-ci comportait des erreurs (médecins d'autres spécialités par exemple). Nous connaissions également personnellement certains médecins de cette liste et les avons donc écartés afin de rester objectifs. La liste fournie ne possédait pas les dates de soutenance de thèse. Nous devons demander cette précision lors de la prise de contact. Il y avait 302 médecins au total dont 175 femmes.

Nous avons été confrontés à 3 refus. Un pour cause de congé maternité ne permettant pas de fixer un rendez-vous dans les délais. Deux autres refus n'ont pas été expliqués par les

médecins contactés. Les trois refus étaient des femmes. Ceci peut expliquer la non représentativité de notre échantillon sur le critère du sexe.

Pour limiter le biais de sélection, nous choisissons de façon aléatoire les médecins à contacter via le logiciel Excel.

### 2.2.3. *Biais d'interprétation*

L'approche analytique des études qualitatives induit un codage des entretiens parfois déductif. Il existe donc une subjectivité de l'enquêteur. Afin de limiter ce biais, chaque entretien a été relu et codé par une seconde enquêtrice formée à la méthode. L'analyse a donc été réalisée par double codage et triangulation des données.

## 3. **Discussion des résultats**

### 3.1. Privilégier la qualité de vie

#### 3.1.1. *La qualité de vie personnelle et familiale*

Le critère principal qui motivait le choix du salariat était une meilleure qualité de vie. Cette qualité de vie était décrite comme une meilleure organisation familiale associée à une plus grande part de temps libre et une charge de travail jugée adaptée par les médecins interrogés.

Plusieurs travaux estiment la durée de travail d'un médecin généraliste libéral entre 52 heures et 60 heures par semaine avec une moyenne à 57 heures par semaine en 2011(19–21). Notre panel travaillait en moyenne 38 heures par semaine. Cette différence de temps de travail est, selon le sociologue Schweyer, le résultat d'une modification du modèle professionnel chez les jeunes générations. La vision du médecin comme unique source de revenu familial tend à disparaître depuis plusieurs décennies. (22)

De plus, la sociologue Robelet conclut que le choix de carrière peut être directement influencé par cette volonté d'avoir de bonnes conditions de vie. Les jeunes médecins tentent de mettre en adéquation ce que doit être une vie de femme ou d'homme et une vie de famille d'une

part et d'autre part de ce qu'ils estiment être une bonne pratique de la médecine. Ainsi la carrière hospitalo-universitaire, la chirurgie et la médecine générale sont souvent écartées. (23)

Les jeunes médecins généralistes favorisent plus donc leur temps personnel et familial que leurs prédécesseurs. Ce changement de priorité pour la nouvelle génération met donc la famille au centre de leur vie et non le travail. Cette modification est loin d'être en rapport avec la féminisation de la profession mais plutôt avec l'évolution sociétale. (22)

La société tend à la parité Femme-Homme dans tous les domaines, y compris les tâches domestiques. Ceci induit donc inévitablement une baisse du temps de travail, comme le montrait Breuil en 2005(24). Les médecins ne vivant pas en couple, ou dont le conjoint se déclarait aide familiale ou inactif, travaillaient 2 à 3 heures de plus, ceci indépendamment du sexe. Cette dernière catégorie de médecins tend à diminuer. Ainsi en 1990, ils représentaient 38.5% des médecins libéraux contre 24.5% en 2004. Dans notre échantillon, aucun médecin n'est célibataire et tous les conjoints ont une activité professionnelle. Cette évolution qui se poursuit conforte l'idée que les jeunes médecins favorisent leur qualité de vie en réduisant leur temps de travail en faveur d'une plus grande disponibilité pour leur vie personnelle et familiale.

La réduction du temps de travail des médecins libéraux afin de lutter contre les déserts médicaux est sans doute la piste principale. Les dernières propositions du projet de loi santé « ma santé 2022 »(18), prévoit la création de 400 postes salariés. Par conséquent, en rapport avec la législation en vigueur du code du travail, le temps de travail pour ces médecins devrait donc être de 35 heures par semaine. Il est à noter que le cadre légal de ces postes est encore inconnu lors de l'écriture de ce travail. Ceci semble une bonne orientation. Pour rappel notre panel travaillait en moyenne 38 heures hebdomadaires. Pour exemple, en Saône-et-Loire et Loire se sont créés 30 postes de médecins généralistes salariés depuis juin 2017(25). Plus récemment dans les Bouches-du-Rhône, « après plusieurs mois de recherches infructueuses, le maire a opté pour une solution originale : le salariat. Les candidatures ont alors afflué. « On en a reçu 23, dont 4 étaient éligibles » (26)

L'abrogation du numerus clausus peut également avoir un effet sur le temps de travail. En augmentant le nombre de médecins, de facto il y a une réduction de leur activité. Cependant, il est nécessaire de garder une certaine « régulation » du nombre de médecins afin de garantir un emploi dans un cursus universitaire long. Une dérégulation totale n'est pas souhaitable et n'est pas réalisable. Il existe un frein mécanique qui est la formation hospitalière. Les CHU ont une capacité d'accueil et de formation limitée en nombre d'étudiants. Le nombre de maîtres de

stages universitaires limite également l'encadrement des étudiants en médecine en stage ambulatoire. Dans la même logique, les enseignants au Département de Médecine Générale (DMG) ne peuvent former qu'un nombre limité de médecins généralistes en devenir.

### *3.1.2. La vie professionnelle et la qualité des soins*

#### **- Le travail d'équipe**

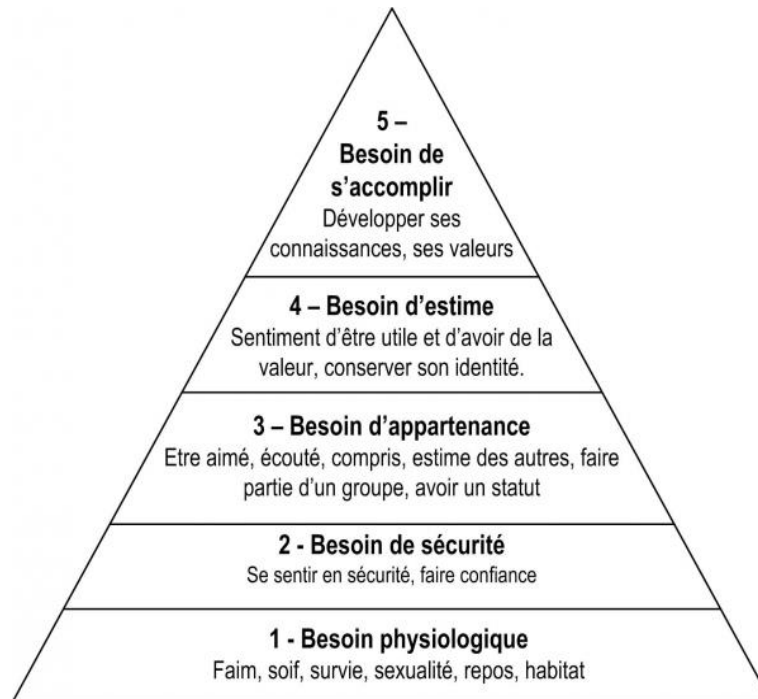
Les jeunes médecins sont très attentifs à leurs conditions de travail et de leur exercice. Même s'ils tendent à diminuer leur temps de travail, ils ne sont pas moins sensibles à la qualité et la permanence des soins. Les médecins interrogés motivaient leur choix par le travail d'équipe pour plusieurs raisons.

La première et la plus mentionnée, était le fait de pouvoir partager et discuter de situations et prendre des décisions collégiales. Dans l'objectif d'une prise en charge globale, il était plus aisé pour les médecins de prendre une décision après consultation de l'ensemble de l'équipe soignante. En effet un patient ne va pas forcément exprimer les mêmes demandes au médecin qu'à l'infirmière par exemple. On peut alors adapter la prise en charge au plus près des demandes et besoins d'un patient.

La seconde, était de pouvoir échanger au sein d'une ambiance de travail agréable, propice à l'épanouissement professionnelle et personnelle.

Cette nécessité d'appartenir à un groupe est une étape dans la pyramide des besoins de Maslow (Figure 1). Cette théorie modélise une hiérarchie des besoins au développement d'un individu. Ainsi pour s'épanouir, une personne doit satisfaire différentes exigences, comme l'indique la figure suivante.





**Figure 1 : La pyramide des besoins de Maslow**

Il n’est pas nécessaire de satisfaire en totalité une étape pour passer à la suivante, mais pour un épanouissement complet, chaque besoin doit être satisfait au moins en partie. Maslow expliquait ainsi sa théorie : « si le besoin primaire A est seulement satisfait à 10 %, alors le besoin B ne sera pas visible du tout. Pourtant, si le besoin A est satisfait à 25 %, le besoin B peut apparaître à 5 %, si le besoin A est satisfait à 75 % le besoin B peut apparaître complètement et ainsi de suite. »

Cette théorie, très utilisée en management et marketing, permet de cibler les besoins d’un individu. Ainsi il est plus aisé d’en apprécier les exigences afin d’obtenir de cet individu une meilleure rentabilité au travail par exemple. Le travail d’équipe permet de satisfaire plusieurs besoins de cette théorie dont le besoin d’appartenance, mais aussi le besoin d’estime. On pourra noter que le besoin de sécurité cité par les médecins de notre panel est hiérarchisé en deuxième position dans cette pyramide.

Le travail d’équipe participe, en plus de la qualité aux soins, au bien être des professionnels de santé. Il est donc un élément central de la modernisation du système de santé et un axe de la politique de Santé Publique (ARS)(27). C’est donc un des points sur lesquels doivent agir les pouvoirs publics afin de redynamiser les installations de médecins généralistes libéraux. La création des Maisons de Santé Pluridisciplinaires est une avancée dans cet objectif. Il est important de noter que ces structures sont conséquentes et qu’elles ne peuvent donc être

créées qu'en milieu semi rural. Le traditionnel cabinet du médecin propre à chaque village ou bourg n'est donc plus envisageable aujourd'hui. Il est également intéressant de relever que ces MSP ont un coût important et que leur stabilité financière n'est possible qu'au prix des aides et subventions obtenues après un travail administratif d'ampleur. Il est peut-être temps de revaloriser la consultation médicale à une somme permettant une juste rémunération. Nous détaillerons ce point plus tard.

#### - **Plus de temps de soin et d'écoute**

Les médecins interrogés rapportaient qu'ils pouvaient accorder plus de temps de soins et d'écoute dans leur activité qu'il n'était possible de le faire en libéral. Ils souhaitent se recentrer sur leur activité de soins et d'écoute, sur le temps médical.

Dans ses travaux, Stephan estime le temps d'écoute lors d'une consultation de médecine générale à 85 secondes (28). La plupart des médecins interrogés estimaient avoir plus de temps à accorder aux patients et à leurs familles. Cette possibilité qu'offre l'exercice salarié participe pleinement à la qualité des soins.

Une grande consultation réalisée en 2016 par le CNOM auprès de 35000 médecins montrait que 97% des praticiens estiment subir trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives (29). Il est donc légitime de vouloir diminuer ces contraintes. Notre panel estimait avoir moins de charges administratives en exerçant en salariat qu'en libéral. Il est intéressant ou curieux de noter qu'aucun médecin interrogé ne s'est plaint du manque de personnel ou de ses conditions de travail. Ceci alors que plusieurs études évoquent une prévalence du syndrome d'épuisement professionnel proche d'1 médecin sur 2 (30,31). Ils étaient d'ailleurs plus enclins à décrire leur situation comme satisfaisante et moins stressante.

Sur ce sujet, le plan « ma santé 2022 » annonce le « développement des assistants médicaux auprès des médecins [...] dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins. » (18) A ce jour, il n'y a toujours pas de précision quant aux rôles de ce nouveau statut ou même de sa rémunération (quel salaire ? Qui va le payer ? Médecin ? CPAM ?)

En médecine de ville, il n'existe pas beaucoup de moyen de consacrer plus de temps aux patients, si ce n'est d'en voir moins. Il faut donc se pencher sur les possibilités de réduire le

nombre de consultations sur une journée. L'éducation des patients est un enjeu majeur de ce point de vue. Que ce soit d'honorer son rendez-vous ou de l'annuler, mais aussi de consulter pour un motif justifié. Nous n'avons trouvé aucune étude à ce sujet. Toutefois, une enquête de la Fédération Hospitalière de France relevait qu'environ 30% des actes médicaux étaient injustifiés (32). Si on applique ce chiffre à la médecine générale, on peut donc espérer réduire, par l'éducation des patients, le nombre de consultations par jour d'un tiers. D'une autre façon, pourrait-on envisager d'appliquer le même procédé à une consultation « non médicalement justifiée » qu'à un « déplacement non médicalement justifié » et donc ne pas rembourser ces consultations ? Il s'agit là d'un sujet sensible mais qui pourrait être avancé dans la réduction des déficits. Serait-il plus légitime de dérembourser des médicaments que des consultations ? Selon nous, toute consultation étant une demande du patient est médicalement justifiée. Le motif n'étant pas la seule justification médicale. En effet, un motif peut être bénin médicalement, mais anxiogène pour le patient. La médecine générale ne peut être résumée à une prescription en fin de consultation. Ainsi une consultation non ponctuée par une ordonnance pourrait paraître injustifiée par la CPAM et ne pas être remboursée.

Par contre, la diminution du nombre de consultations compensée par le rallongement du temps de consultation appelle nécessairement une revalorisation de l'acte. Ici pourrait être créé un nouvel acte dit de « consultation longue » sur le même modèle que la « visite longue ».

Une étude parue en 2013 montre ainsi que « La prescription médicamenteuse n'est pas une attente prioritaire des patients. La consultation sans prescription est rendue possible par l'écoute attentive du médecin généraliste et par des explications personnalisées ». Ce travail précise également qu'en France 90% des consultations se concluent par une prescription médicamenteuse contre 43.2% au Pays Bas par exemple (33). Les médicaments représentaient un coût de 37.8 milliards d'euros en 2017 (34). En extrapolant la diminution des prescriptions de 90% des consultations à 45% à ce coût, ferions-nous donc 19 milliards d'économies ? Il est important de noter que le système de santé Hollandais est totalement différent du nôtre. Le médecin généraliste est rémunéré « au forfait » selon le nombre de patients qu'il soigne. Les patients sont tenus de « s'inscrire » auprès d'un médecin parmi les praticiens exerçant dans leur secteur de domiciliation.

Une des conclusions de ce travail porte sur la réflexion à aborder sur le système de paiement à l'acte.

Nous voyons donc qu'il existe plusieurs axes de recherche sur les moyens d'augmenter le temps médical des médecins généralistes. La première piste est la diminution du nombre de consultations. Mais cela passe nécessairement par une revalorisation de l'acte. La deuxième est une refonte complète du système actuel de paiement à l'acte. Ne nous rapprocherions donc nous pas d'une profession salariée ?

#### - **La présence d'un plateau technique**

Les médecins interrogés exerçant en structure hospitalière, motivaient leur choix par la présence d'un plateau technique. Ils pouvaient également demander des avis spécialisés sur place. Ce choix est dans la continuité de la volonté d'une meilleure qualité de soins. La qualité de soin est définie par l'OMS comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».(35)

Plusieurs études montrent que la présence d'un plateau technique est un élément motivant l'installation des médecins généralistes (36–39). A contrario, l'éloignement est un frein. Les examens complémentaires ont pris une place très importante dans la médecine moderne. Ils sont devenus indispensables à l'exercice d'une médecine de qualité. Ainsi, il est logique de vouloir exercer à proximité de centres d'examens, et cela que ce soit en exercice libéral ou salarié.

Les sociologues s'accordent à dire que nous sommes dans une société de consommation et d'immédiateté (40,41). La médecine ne fait pas exception. Chaque année, la DREES établit un rapport sur « La consommation de soins et biens médicaux » (42). Consommation en perpétuelle augmentation depuis la création de cette synthèse des dépenses de santé. Les jeunes médecins généralistes font partie de cette société de consommation et leurs patients également. C'est donc aussi pour répondre à cette demande, qu'ils font donc le choix d'être à proximité d'un plateau technique. Ceci est valable non seulement pour l'exercice en salariat mais aussi en libéral.

Pour orienter l'installation en zone sous-dotée, il serait donc intéressant « d'équiper » ces territoires. Pourrait-on envisager des spécialités « mobiles » comme par exemple le «

rétinogramme itinérant » présent dans l'Aisne (43) ou bien comme les camions de radiographie pour les radiographies pulmonaires pour la médecine du travail ? Les politiques et l'opinion publique en général, se focalisent sur les médecins généralistes. La désertification d'une zone géographique concerne toutes les spécialités médicales et paramédicales. Comment exercer la médecine sans infirmier ou masso-kinésithérapeute ? La médecine actuelle s'inscrit dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Les MSP, réunissant, médecins spécialistes en médecine générale, médecins d'autres spécialités médicales ou chirurgicales, IDE, MKDE, maïeuticiens, sont donc une excellente chose. Cependant, il ne faut pas négliger les spécialités d'imagerie médicale.

Un médecin s'installera là où il jugera qu'il peut effectuer une médecine de qualité.

Plusieurs médecins interrogés motivaient leur choix du salariat par la certitude d'avoir un confrère pouvant pallier à leur absence. Dans ce domaine, les médecins interrogés sont ambivalents. Ils sont favorables à la continuité des soins tout en reprochant la pénibilité des gardes dans les structures où ils exercent. La pénibilité des gardes et astreintes a été d'ailleurs reconnue dans un rapport remis au Sénat. (44)

Il faut faire un distinguo entre permanence des soins et « relai » en cas d'absence imprévue. Ce que rapportent les médecins interrogés est le fait de pouvoir être facilement « remplacés » en exerçant une activité salariée. En mettant de côté l'aspect financier et de la couverture sociale, c'est le fait de pouvoir s'absenter sans conséquence pour les patients. La continuité des soins est alors assurée par un confrère. La permanence des soins, elle, est certes reconnue comme pénible par les praticiens mais est largement acceptée. (45)

Pour favoriser l'installation libérale, on pourrait imaginer un système de « pool » de médecins remplaçants « d'urgence » calqué sur celui des enseignants de l'Éducation Nationale. On pourrait envisager des médecins salariés par l'ARS, et non par des agences d'intérimaire, auxquels les médecins libéraux feraient appel. Cette solution pourrait être étendue aux médecins urgentistes.

### *3.1.3. Une rémunération en baisse : cause ou conséquence ?*

Les médecins de notre panel relèguent assez volontiers l'aspect financier au second plan. En 2014 déjà, le Docteur Perrotin montrait dans son étude que les futurs médecins désiraient une

rémunération inférieure au revenu moyen des médecins généralistes en activité (46). Ceci peut s'expliquer, d'une part par le fait que le conjoint travaille désormais, et d'autre part par la diminution du temps de travail. Le conjoint travaillant, le revenu du médecin peut être moindre. Le revenu nécessaire étant moindre, le temps de travail peut l'être également. Ces résultats sont donc étroitement liés et sont une conséquence certaine de l'évolution sociétale. La recherche d'une meilleure qualité de vie et épanouissement professionnel semble reléguer au troisième plan l'aspect financier.

L'argent n'est donc pas le facteur principal d'orientation de carrière. Cela explique en partie le succès mitigé des aides financières à l'installation en zone déficitaire. Il ne nous paraît donc pas essentiel de majorer les incitations pécuniaires. D'ailleurs, un seul médecin interrogé avançait l'idée pour envisager un retour à la médecine de ville.

Il faut donc se focaliser sur la qualité de vie et les conditions de travail comme évoquées précédemment.

### 3.2. Les motifs du refus de l'exercice libéral

#### 3.2.1. *L'explosion de « l'extra médical »*

Le refus d'une activité libérale était un élément récurrent dans les entretiens. Les médecins interrogés reprochaient tous une charge de travail trop importante et une activité extra médicale trop chronophage. Le Fur notait en 2009 qu'un médecin généraliste libéral travaillait de 52 à 60 heures par semaine (19). Nous ne reviendrons pas sur les raisons pour lesquelles les jeunes médecins souhaitent diminuer leur temps de travail. L'activité hebdomadaire de l'exercice libéral est donc un élément majeur orientant les jeunes médecins vers l'exercice salarié.

Cependant, Le Fur montre un autre facteur déterminant : l'activité autre que celle de diagnostic et de soins. Cette activité représentait jusque 20% du temps de travail, soit 11 heures par semaine (19). Le temps consacré à cette activité non rémunérée apparaît, pour nos médecins interrogés, comme rebutant. Cette activité non médicale regroupe essentiellement la somme du travail administratif, du temps de gestion du cabinet, et de la comptabilité. Le temps de travail ne semble pas être la cause profonde du désintérêt des jeunes médecins pour l'activité libérale. Les médecins interrogés confirment que la diminution progressive depuis des années du temps

médical au profit du domaine extra médical les détourne du libéral pour le salariat. La lourdeur administrative paraît donc un des éléments majeurs ayant orienté vers le salariat, ou du moins détourné du libéral. (47)

On peut se poser la question de la rémunération de cette activité extra médicale. Permettrait-elle de la rendre plus acceptable ? Notre panel n'a pas évoqué l'idée, préférant une diminution de cette charge administrative et de secrétariat. La question aurait pu être posée en cours des entretiens en rapport avec notre objectif secondaire. Il est à noter qu'il existe le Forfait Patientèle Médecin Traitant (FPMT) depuis le 1er janvier 2018 destiné à compenser ce temps administratif (48). Peut-être que la charge de ce travail non médical pourrait revenir aux assistants médicaux nouvellement créés ?

Toujours dans l'idée que l'aspect financier est au second plan, il est préférable de recentrer la profession sur le soin. Les pistes sur la délégation de tâches sont à poursuivre comme par exemple la vaccination par les infirmiers et les pharmaciens qui pourrait être étendue à tous les vaccins.

### *3.2.2. La peur de l'isolement et du burn-out*

Une autre cause de refus de l'activité libérale, est l'isolement qu'elle représente. L'idée du médecin seul dans son cabinet est encore tenace. Cependant, notre panel évoquait plutôt un isolement social et intellectuel les exposant plus au burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel. Il se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (49). Encore une fois, si on veut attirer les jeunes médecins vers la médecine de ville, il faut rendre l'exercice plus confortable. La création des MSP est une initiative intéressante et qui semble attrayante pour les médecins. Chaissac montre dans son étude que tous les médecins interrogés exerçant en MSP étaient « heureux » de leur situation (50). L'exercice en MSP valorisait leur travail. Les MSP permettent d'avoir une meilleure qualité de vie ainsi qu'une meilleure qualité des soins, éléments essentiels dans le choix de carrière.

Onfroy, dans ses travaux, s'est intéressé aux éléments motivant les médecins à s'orienter vers les MSP (51). Il retrouve les mêmes indicateurs que notre travail. Les médecins recherchaient « une sérénité professionnelle, un cadre de travail propice à leur épanouissement,

un exercice non isolé étaient souhaités. Ils voulaient également gérer plus facilement leur temps et améliorer leur qualité de travail. »

Dans une approche différente ont été créées les Communautés de Professionnels Territoriales de Santé (CPTS) (52,53) . Le but est d'organiser un réseau de professionnels désireux de travailler en commun avec une mission de prévention et de santé publique bien identifiée.

Pour lutter contre les déserts médicaux, certains préconisent l'annulation de la liberté d'installation. Cela revient à imposer un isolement professionnel et donc une surexposition au burn-out. Cette remise en cause ne fera qu'augmenter la fuite des médecins vers le salariat et ce d'autant plus qu'il existe de nombreux postes à pourvoir. L'opportunité et la grande diversité de choix étaient aussi des éléments orientant vers une activité salariée. Peut-être faut-il s'interroger sur la création de postes salariés en zones déficitaires ?

### *3.2.3. La déconsidération de la médecine générale*

La valorisation est un facteur important ayant motivé notre panel. La médecine hospitalière leur semblait plus attrayante d'un point de vue intellectuelle et leur permettait d'effectuer des gestes techniques. La Médecine Générale semble peiner de sa réputation et de sa représentation dans notre société. Le docteur Boukhezra note d'ailleurs que la médecine générale est souvent traitée de façon superficielle et négative dans la presse écrite quotidienne (54). Ces journaux ont plus souvent tendance à traiter de l'insatisfaction des médecins généralistes et de leurs conditions difficiles d'exercice. Il serait souhaitable pour la profession que la Médecine Générale ne soit pas reléguée dans la presse qu'à des sujets négatifs ou des faits divers. La reconnaissance de la profession en tant que spécialité complexe passe sans doute par la promotion auprès de la population générale, mais aussi auprès des étudiants en médecine et de l'ensemble de la communauté médicale.

La valorisation de la médecine générale doit commencer à la faculté de médecine. Cela commence par ne plus faire de différence dans les intitulés de thèse de médecine. En effet une thèse de médecine interne par exemple aura l'intitulé de « thèse de spécialité ». A l'inverse une thèse de médecine générale aura l'intitulé « thèse de médecine générale », pourtant une spécialité depuis 2004. Une autre différenciation est faite par le CNOM dans les atlas de



démographie médicale. En effet il existe 3 catégories : les « spécialités chirurgicales », les « spécialités médicales (hors médecine générale) », et la « spécialité médecine générale ». (4)

La formation initiale était également avancée par les médecins interrogés. Les premier et deuxième cycle (DFGSM et DFASM) , comportent 6 années d'études. Sur ces 6 années, les étudiants ne réalisent qu'un stage de 7 semaines en médecine de ville. (55)

Nous ne nous attarderons pas plus sur les motifs du refus du libéral. Ce n'est pas l'objet de notre thèse. Plusieurs travaux ont déjà traité la question.

#### *3.2.4. La sécurité et la protection sociale*

##### **- Le besoin de sécurité**

La sécurité et la stabilité de leur situation étaient des idées largement partagées par notre échantillon.

Les médecins interrogés étaient quelque peu paradoxaux. Ils étaient pour la plupart en Contrat à Durée Déterminée (CDD) et pourtant déclaraient avoir une sécurité d'emploi. Ils énonçaient même que peu importe le domaine de la médecine choisi, il n'y avait pas de chômage. Pour eux, la médecine est dans une conjoncture favorable où l'offre est plus importante que la demande. Il y a donc une sécurité de l'emploi dans le sens où il y a du travail certain.

Pour ce qui est de l'emploi fixe, les propos étaient plus nuancés. Certains médecins interrogés ont émis l'idée qu'ils ne cherchaient justement pas un métier « figé », mais plutôt une certaine flexibilité. Ils souhaitaient pouvoir changer plus simplement de lieu d'exercice si les conditions de travail étaient mauvaises. A contrario cette mobilité est impossible pour eux en médecine libérale. Il est à noter que des contrats ont justement été créés pour favoriser cette flexibilité recherchée. Les contrats de collaboration (56) ou d'assistantat (57) permettent de limiter l'engagement du jeune médecin généraliste et donc de changer plus aisément de choix de carrière ou de lieu d'exercice.

Si on se réfère à la pyramide de Maslow, on peut noter que le besoin de sécurité et le besoin de confiance font partie des bases. Cette notion de sécurité ne se retrouve pas seulement dans la certitude du salaire. Ceci n'étant pas, selon nous, la justification première. La sécurité

se retrouve également dans le fait d'exercer dans un milieu que l'on connaît et qui rassure. La grande majorité des médecins estimait être rassurée par ce qu'ils connaissaient. Le philosophe Kurt Riezler estime que la peur est en relation étroite avec notre ignorance. Ainsi il est dans la nature humaine de se diriger préférentiellement vers quelque chose que l'on connaît. (58)

Pour favoriser la médecine de ville, il faut donc nécessairement faire connaître la profession aux futurs médecins. Mais ceci, nous l'avons déjà dit précédemment. L'autre versant de ce besoin de sécurité lié à la rémunération pourrait encore être pallié par une médecine de ville salariée. Cependant, la raison de la sécurité salariale n'est pas justifiée selon nous. D'ailleurs certains médecins interviewés avançaient « qu'il n'existait pas de médecins au chômage ». Selon nous, la « sécurité du salariat » est en rapport avec la protection sociale.

#### - **Une meilleure protection sociale (59–61)**

La plupart des médecins interrogés motivaient leur choix du salariat par une meilleure protection sociale. Ils la décrivaient comme plus efficace, moins coûteuse et non contraignante. Pour comprendre ce choix, il faut d'abord s'intéresser au système de protection du médecin libéral. Nous n'aborderons que les dispositifs applicables aux médecins libéraux en secteur 1, le secteur 2 étant fermé aux médecins généralistes depuis 1990, à l'exception des installations après réalisation d'un clinicat.

Le médecin libéral, se doit de s'inscrire en début d'activité à l'URSSAF. C'est cet organisme qui est chargé de recouvrir les cotisations obligatoires (allocations familiales, contributions sociales et professionnelles). Pour la couverture maladie, le médecin doit s'affilier au régime des PAMC en signant la convention médicale de la CPAM. Le professionnel dépend alors de la CPAM pour les risques maladie et maternité. Le régime des PAMC couvre uniquement les soins. En cas d'arrêt de travail, le versement d'indemnités journalières est faite par la CARMF au bout de 90 jours d'arrêt. Pour compenser ces 90 jours de carence, le médecin peut souscrire à un contrat privé de prévoyance. Cette disposition bien que facultative est indispensable.

Pour le risque invalidité et décès, le médecin libéral dépend également de la CARMF. « L'affiliation est obligatoire pour les médecins titulaires du diplôme de docteur en médecine, inscrits au conseil de l'Ordre et exerçant une activité libérale (installation, remplacements, expertises pour les compagnies d'assurance ou les laboratoires privés, secteur privé à l'hôpital,



		<p>de cotisations.</p> <p>De 14959€ à 24931.20€</p> <p>+ 35 % si marié depuis au moins deux ans avec plafond de ressources.</p> <p>+ 10 % au moins 3 enfants.</p> <p>+ 35 % obligation d'avoir recours à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.</p>	<p>Ne pas avoir atteint l'âge de 62 ans.</p> <p>Être à jour de vos cotisations obligatoires.</p> <p>Être reconnu absolument incapable d'exercer votre profession (autres professions possibles sauf les professions de santé).</p>
Décès	CARMF CPAM	<p>Capital de 60000€</p> <p>Rente annuelle versée au conjoint survivant si âgé de moins de 60 ans.</p> <p>Rente majorée de 10% si au moins 3 enfants sont issus de l'union.</p> <p>Rente versée aux enfants à charge jusque 21 ans.</p> <p>Pension de réversion du régime de base dès 55 ans.</p>	<p><b>Décès d'un médecin cotisant âgé de moins de 75 ans</b>, affilié à la Caisse et à jour de ses cotisations ou bénéficiaire la pension d'invalidité.</p> <p>Une indemnité décès est versée au conjoint justifiant de deux années minimum de mariage à la date du décès (sauf dérogation statutaire).</p>
Maternité	CPAM	<p>Activité libérale d'au moins 8 demi-journées par semaine : 3100 € bruts par mois.</p> <p>Activité libérale supérieure ou égale à 4 demi-journées et inférieure à 6 demi-journées : 1 550 € bruts par mois.</p> <p>Activité libérale supérieure ou égale à 6 demi-journées et inférieure à 8 demi-journées : 2 325 € bruts par mois.</p>	<p>En cas d'interruption de son activité médicale libérale pour cause de <b>maternité ou d'adoption</b></p>

Paternité	CPAM	<p>Activité libérale d'au moins 8 demi-journées : 1 116 € bruts</p> <p>Activité libérale supérieure ou égale à 4 demi-journées et inférieure à 6 demi-journées : 558 € bruts.</p> <p>Activité libérale supérieure ou égale à 6 demi-journées et inférieure à 8 demi-journées : 837 € bruts.</p>	<p>Interruption de son activité médicale libérale pour cause de <b>paternité uniquement.</b></p>
-----------	------	---	--

En plus de ce système obligatoire, et devant la mauvaise qualité de couverture, il existe des prévoyances privées facultatives (62). Ces prévoyances ont pour but de venir compléter le système obligatoire, surtout dans le versement d'indemnités journalières avant le 91ème jour d'arrêt. Elles peuvent venir compléter également les conditions de l'invalidité et des retraites. Schématiquement, pour avoir une protection sociale similaire à un médecin salarié, le médecin libéral doit recourir à une assurance privée à ses frais. Ce coût varie selon les conditions de couvertures souhaitées, l'âge du médecin, de son état de santé, et de multiples autres facteurs dépendants de chaque assureur et d'un questionnaire de santé rempli par le demandeur. Ces assureurs privés peuvent ainsi procéder à des « exclusions » de prise en charge. Ainsi en déclarant être par exemple suivi pour un asthme, tout événement en rapport avec cette pathologie ne sera pas couvert et pris en charge.

On peut constater la complexité du système de protection sociale du médecin libéral. Il existe une multitude d'organismes et donc d'interlocuteurs différents. Organismes dont le nom peut parfois porter à confusion, comme par exemple la CARMF. De plus l'affiliation n'est pas automatique bien qu'obligatoire. Il n'existe pas de coordination entre les différents organismes, si bien que les démarches à entreprendre sont multiples et pas forcément connues des jeunes médecins généralistes en début de carrière.

On pourrait imaginer une communication entre URSSAF, CARMF et CNOM, afin de rendre systématiques les inscriptions au système de protection sociale obligatoire. Dans l'absolu, on pourrait envisager une communication entre URSSAF et Trésor Public afin de ne pas à avoir à réaliser 2 déclarations de revenus.

La protection sociale du médecin libéral est donc plus complexe, moins efficace et plus coûteuse. Elle le devient encore plus si le professionnel souhaite obtenir les mêmes garanties que pour un médecin salarié. Il est donc indispensable de repenser le système actuel afin de le rapprocher de la protection sociale du régime général salarié, ou alors avoir un exercice salarié.

## CONCLUSION

Il n'y a jamais eu autant de médecins généralistes formés alors que leur nombre en activité libérale ne cesse de diminuer. Il semblait donc intéressant de comprendre le choix d'exercice des jeunes médecins, et en particulier leur attrait pour l'activité salariée exclusive.

Notre étude a donné la parole à ces jeunes médecins ayant fait le choix du salariat dans la Somme afin de recueillir leurs motivations.

Les médecins interrogés motivaient leur choix pour une activité salariée par la priorité donnée à la qualité de vie personnelle et professionnelle. Ce mode d'exercice leur permettait d'avoir une meilleure adéquation entre vie privée et vie professionnelle. Ils avançaient aussi que le salariat leur offrait une meilleure qualité d'exercice en recentrant leur quotidien sur le soin et l'écoute. Le travail d'équipe participait aussi à ces conditions de travail jugées plus favorables qu'en exercice libéral.

Le refus de l'exercice libéral en lien avec de trop grandes contraintes poussait également les médecins interrogés vers le salariat. Ils jugeaient la Médecine Générale libérale comme étant peu valorisée avec un envahissement toujours plus important des domaines extra médicaux au détriment du temps de soin et d'écoute. Ils estimaient aussi qu'il existait une exposition plus importante au burn-out en raison de l'isolement du praticien.

Enfin, les médecins interviewés asseyaient leur choix par une meilleure protection sociale apportée par le salariat. Ils l'estimaient plus efficace, plus simple et moins coûteuse.

Notre étude révèle également qu'en dehors d'une dégradation de leurs conditions de travail, ou un changement de vie familial, peu de choses pouvaient les motiver à exercer une activité libérale. La diminution des tâches administratives et des charges financières a été avancée. Cependant, ils n'étaient pas fermés à l'exercice de la Médecine Générale.

Pour orienter les jeunes médecins généralistes vers la médecine de ville, il faut donc se concentrer sur ce qui les pousse actuellement vers le salariat. Ainsi tout ce qui peut contribuer à une meilleure qualité de vie personnelle est envisageable, avec une priorité donnée à la réduction du temps de travail, ou du moins recentrer le métier de médecin généraliste sur le soin et l'écoute. Il faut rendre l'exercice de la médecine générale plus confortable et attrayant. Il est donc souhaitable de valoriser cette spécialité au cours du cursus universitaire.

Afin de diminuer l'extra médical, on peut envisager d'augmenter la délégation d'actes comme initiée avec la vaccination anti grippale. Pour accorder plus de temps au patient, il faut en voir moins. Il est donc nécessaire d'éduquer les patients sur les motifs les devant faire consulter. Il est aussi possible de créer un nouvel acte dit de « consultation longue » permettant plus facilement au médecin généraliste d'accorder plus de temps aux patients de façon ponctuelle.

Il faut aussi permettre aux médecins généralistes d'exercer une médecine de qualité. Ainsi la lutte contre les déserts médicaux ne passe pas exclusivement par cette spécialité. Un généraliste a besoin des autres spécialités et de moyens d'imagerie et de biologie. Il serait possible d'organiser un système de spécialistes « mobiles » comme il existe pour les radiographies pulmonaires.

La protection sociale est aussi un élément important orientant le choix des jeunes médecins généralistes. L'écart entre le système de couverture sociale du libéral et du salariat est jugé trop important. Il faut donc s'atteler à les rapprocher. Pour permettre le remplacement d'un médecin libéral simplement, il est envisageable de créer un système de « pool » salarié des ARS calqué sur le modèle de l'Éducation Nationale.

Nous avons constaté au cours de cette étude que la Médecine Générale était peu valorisée. On peut s'interroger sur la responsabilité du système universitaire hospitalo-centré. Une enquête sur la vision de la Médecine Générale par les autres spécialités hospitalières serait peut-être à envisager.



## BIBLIOGRAPHIE :

1. WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Professions libérales [Internet]. Direction Générale des Entreprises (DGE). [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.entreprises.gouv.fr/secteurs-professionnels/professions-liberales>
3. Définition - Emploi salarié / Emploi non salarié / Emploi non salarié | Insee [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1965>
4. cnom\_atlas\_2018\_0.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf)
5. atlas\_2007.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2007.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2007.pdf)
6. atlas\_de\_la\_demographie\_medicale\_2017.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf)
7. atlas\_de\_la\_demographie\_medicale\_2016.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
8. Etat\_des\_lieux\_de\_la\_demographie\_des\_chirurgiens\_dentistes\_decembre\_2013.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat\\_des\\_lieux\\_de\\_la\\_demographie\\_des\\_chirurgiens\\_dentistes\\_decembre\\_2013.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf)
9. rapport\_demographie\_2017.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: [http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport\\_demographie\\_2017.pdf](http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf)
10. 2017\_27\_deserts\_medicaux.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017\\_27\\_deserts\\_medicaux.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_27_deserts_medicaux.pdf)
11. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales. 2010-735 juin 29, 2010.
12. Décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale. 2013-736 août 14, 2013.
13. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Praticien territorial de médecine générale - PTMG [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-ptmg/ptmg>
14. La réforme Debré : un tiers de siècle après. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/154799/>

15. Rapport\_Lancry\_definitif.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: [http://www.apima.org/img\\_bronner/Rapport\\_Lancry\\_definitif.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf)
16. Hurier H (1983-), Boulfroy G, Verne U de PJ. Déclin de l'exercice libéral de la médecine générale(Texte imprimé):enquête auprès des médecins généralistes salariés picards /Hélène Hurier;[sous la direction du] Docteur Gérard Boulfroy. [s.n.]; 2014.
17. LES ÉTUDES QUALITATIVES - Théorie, applications, méthodologie, pratique, Christian Miquel, Claire Couratier - livre, ebook, epub [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=23507&razSqlClone=1>
18. ma\_sante\_2022\_pages\_vdef\_.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
19. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8.
20. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Desprès P, Aubry C, Colin C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. Rev Fr Aff Soc. 16 déc 2011;(2):29-47.
21. L'emploi du temps des médecins libéraux. N L. 2010;15.
22. Bloy G, Schweyer F-X, éditeurs. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2010. 423 p. (Métiers santé social).
23. ROBELET M, LAPEYRE N, ZOLELIO E, Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux : Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Paris: CNOM; 2006 janv p. 18p.
24. Breuil-Genier S. La situation professionnelle des conjoints de médecins. 2005;12.
25. 30 généralistes salariés, 4 pôles : le centre de santé de Saône-et-Loire lancé à plein régime [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/09/07/30-generalistes-salaries-4-poles-le-centre-de-sante-de-saone-et-loire-lance-plein-regime\\_860588](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/09/07/30-generalistes-salaries-4-poles-le-centre-de-sante-de-saone-et-loire-lance-plein-regime_860588)
26. Embauché par la mairie, un généraliste en solo explique son choix pour le salariat [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: [https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/02/09/embauche-par-la-mairie-un-generaliste-en-solo-explique-son-choix-pour-le-salariat\\_865763](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/02/09/embauche-par-la-mairie-un-generaliste-en-solo-explique-son-choix-pour-le-salariat_865763)
27. Haute Autorité de Santé - Travailler en équipe pour des soins plus sûrs [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1731831/fr/travailler-en-equipe-pour-des-soins-plus-surs](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1731831/fr/travailler-en-equipe-pour-des-soins-plus-surs)
28. Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale: à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes [Thèse

- d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
29. cnom\_lb\_grande\_consultation.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_lb\\_grande\\_consultation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_lb_grande_consultation.pdf)
  30. Leturque A, Sârzea VG. Le burn-out des médecins généralistes picards: prévalence et facteurs associés. Amiens, France: Université de Picardie; 2016.
  31. Leman G. Prévalence du burnout des médecins généralistes libéraux en activité dans le Nord et le Pas-de-Calais: étude quantitative descriptive et recherche des facteurs favorisants [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
  32. Odoxa\_pour\_la\_FHF-La\_pertinence\_des\_actes\_médicaux-26112017.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: [http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/192189/2819/Odoxa\\_pour\\_la\\_FHF-La\\_pertinence\\_des\\_actes\\_me%CC%81dicaux-26112017.pdf?1511779936](http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/192189/2819/Odoxa_pour_la_FHF-La_pertinence_des_actes_me%CC%81dicaux-26112017.pdf?1511779936)
  33. Fiquet L. La consultation sans prescription médicamenteuse. *Exercer*. 2013;24(110):82.
  34. Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). Les dépenses de santé en 2017 > édition 2018 > DREES. :2.
  35. Qualité des soins : définition | Santé Publique [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
  36. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale, Factors associated with investment in an office medicine project by general practice residents. *Santé Publique*. 24 mars 2015;27(1):49-58.
  37. Dupont C, Zborowska Y. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale: Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans. France; 2018.
  38. Guais-Lerat F. Etude des facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes libéraux en Bourgogne. :71.
  39. rapport-etude-freins-et-leviers-a-l-installation-2011.pdf [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/11/rapport-etude-freins-et-leviers-a-l-installation-2011.pdf>
  40. Boenisch G. Pascal Josephe, La société immédiate. Paris, Calmann-Lévy, 2008, 247 p. *Quest Commun*. 1 déc 2008;(14):415-6.
  41. Bénévent R. L'idéologie de l'immédiateté. *Lett Enfance Adolesc*. 2003;no 53(3):9-22.
  42. Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de->

la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018

43. Présentation du Rétinographe [Internet]. [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.resoladi.fr/presentation-r28?PHPSESSID=csa951aodmbf90o9qo0bhvg7q0>
44. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 5 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685\\_mono.html#toc263](http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc263)
45. Louvel K, Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin xixe siècle-2001). *Ann Bretagne Pays L'Ouest Anjou Maine Poitou-Charente Touraine*. 30 juin 2009;(116-2):217-29.
46. Perrotin S, Lamort-Bouché M. Modes et niveaux de rémunération souhaités par les internes de médecine générale Rhône-Alpins: enquête auprès de 428 étudiants. Lyon, France; 2014.
47. Savary C. Facteurs de cessation de l'exercice libéral en faveur d'un exercice salarié exclusif: étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes Bas-normands. [France]: Université de Caen Normandie; 2014.
48. Forfait patientèle médecin traitant [Internet]. [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>
49. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health*. sept 2001;16(5):501-10.
50. Chaissac C. Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
51. Onfroy M, Sa C de. Attente des professionnels de soins primaires participant à un projet de maison de santé pluriprofessionnelle [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
52. Code de la santé publique - Article L1434-12. Code de la santé publique.
53. [guide-ffmps-construire-une-cpts-1.pdf](https://www.ffmps.fr/wp-content/uploads/2018/11/guide-ffmps-construire-une-cpts-1.pdf) [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ffmps.fr/wp-content/uploads/2018/11/guide-ffmps-construire-une-cpts-1.pdf>
54. Boukhezra N, Hedelius M. La médecine générale vue par la presse écrite grand public: la crise, rien que la crise ! [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
55. Boutet F, Gicquel R, Khennouf M. L'organisation des stages des étudiants de deuxième cycle de médecine dans les établissements de santé. :75.
56. Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises. - Article 18.

57. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
58. Riezler K. The Social Psychology of Fear. *Am J Sociol.* 1944;49(6):489-98.
59. [guide-du-cotisant.pdf](http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-du-cotisant.pdf) [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-du-cotisant.pdf>
60. [guide\\_assurance\\_maladie\\_maternite\\_pl.pdf](https://www.secu-independants.fr/fileadmin/mediatheque/Espace_telechargement/Protection_sociale/guide_assurance_maladie_maternite_pl.pdf) [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.secu-independants.fr/fileadmin/mediatheque/Espace\\_telechargement/Protection\\_sociale/guide\\_assurance\\_maladie\\_maternite\\_pl.pdf](https://www.secu-independants.fr/fileadmin/mediatheque/Espace_telechargement/Protection_sociale/guide_assurance_maladie_maternite_pl.pdf)
61. Médecin et Parent [Internet]. ReAGJIR. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/jexerce/guide-medecin-parent/>
62. Rabot N. La prévoyance du médecin généraliste libéral: une étude descriptive en région Rhône Alpes: avec le soutien de l'URPS Rhône-Alpes. :114.

## ANNEXE

### Annexe 1 : Script d'entretien

#### **Caractérisation de l'échantillon/Identité**

Sexe : H/F

Age :

Situation familiale : enfants/ combien ? âge ?

Situation/emploi du conjoint :

Date de soutenance de thèse :

Où avez-vous réalisé votre externat ? Internat ?

Exercice actuel : date de prise de poste ?

Type de contrat : CDI/CDD/Statut (PH, Attaché, Assistant)

Pouvez-vous m'indiquer une fourchette concernant votre rémunération ?

Exercice antérieur : installé ? remplacement en libéral ?

#### **Entretien**

1- Afin de mieux vous connaître, pouvez-vous me décrire votre journée type ?

Relance : qu'est-ce qui vous plaît/déplaît ? poste actuel ?

2- Qu'est-ce qui vous a attiré vers ce poste d'un point de vue purement professionnel ? Comment saviez-vous qu'il était à pourvoir ?

Décrivez-moi votre journée/semaine type.

Qu'est-ce qui vous plaît dans ce poste ?

Que pensez-vous de vos responsabilités dans votre activité ? vos relations avec vos confrères ?

Comment qualifieriez-vous la relation médecin-malade dans votre activité professionnelle ?

3- Pourquoi avoir opté pour le salariat comme mode d'exercice ?

Relance :

Que pensez-vous de la charge de travail en salariat par rapport au libéral ?

En ce qui concerne le domaine administratif, comment cela a-t-il influencé votre choix ?

Quelle est la différence, selon vous, de sécurité d'emploi entre le salariat et le libéral ? Que pensez-vous de votre statut ?

En quoi la différence de protection sociale à influencer sur votre orientation professionnelle ? ( maladie et retraite)

Dans quelle mesure la différence de revenu entre salariat et libéral a-t-elle pesé dans votre choix de carrière ?

En quoi votre poste salarié pourrait avoir des répercussions sur votre état de santé ? qualité de vie ?

Selon vous, quelle est la différence du niveau de conciliation entre activité professionnelle avec la vie familiale entre le salariat et le libéral ?

4- Quelles étaient vos motivations à faire des études de médecine ? Quel était votre projet durant le deuxième cycle des études médicales ? Votre projet a-t-il évolué au cours de votre internat ?

5- Qu'est ce qui pourrait pousser/inciter/favoriser un retour à l'activité libérale ?

**POURQUOI LES JEUNES GENERALISTES DE LA SOMME CHOISISSENT-ILS L'EXERCICE SALARIE EXCLUSIF ?** : Enquête qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme salariés exclusifs thésés depuis 2012.

**Introduction** : Il n'y a jamais eu autant de médecins généralistes formés alors que leur nombre en activité libérale ne cesse de diminuer. L'objectif principal de notre étude était de connaître les facteurs de choix de l'exercice salarié. L'objectif secondaire était d'identifier les éléments pouvant réorienter les généralistes vers la médecine libérale. **Matériel et méthodes** : Nous avons mené une enquête qualitative en procédant à des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes (MG) thésés depuis 2012 exerçant une activité salariée exclusive dans la Somme. **Résultats** : Neuf entretiens ont été réalisés. Le principal facteur motivant le choix du salariat était que les jeunes MG l'associaient à une meilleure qualité de vie personnelle et professionnelle. Ils estimaient pouvoir recentrer leur activité sur le soin et l'écoute des patients. Le refus du libéral était également avancé en particulier en raison d'une trop grande charge de travail et d'un envahissement de l'extra médical. La meilleure couverture sociale supposée participait au choix de carrière des jeunes MG. **Discussion** : Les jeunes praticiens ne sont pas fermés à exercer la médecine de ville, mais pas de manière libérale. Ainsi le plan « ma santé 2022 » annonçant la création de postes salariés peut être une solution. De façon générale, il faut permettre une bonne adéquation entre vie privée et vie professionnelle et recentrer la médecine générale sur le soin en diminuant l'extra médical. Il est aussi nécessaire de valoriser cette spécialité médicale. **Conclusion** : Le projet de santé annoncé semble aller dans le bon sens. Sera-t-il suffisant pour faire revenir les jeunes praticiens vers la médecine de ville ?

Mots clés : Jeunes médecins généralistes - activité salariée - facteurs motivants

**WHY DO THE YOUNG GENERALISTS OF THE SOMME CHOOSE THE EXCLUSIVE SALARIED MEDICINE ?** : Qualitative survey of general practitioners of Somme exclusively salaried who have completed their thesis since 2012.

**Introduction** : There have never been so many trained general practitioners while their number in private practice is constantly decreasing. The main objective was to know the factors that determine the choice of the salaried activity. The secondary objective was to identify the elements that could redirect generalists towards liberal medicine. **Methods** : We conducted a qualitative survey by conducting semi-directed interviews with general practitioners (GPs) who have completed their thesis since 2012 exercising an exclusive salaried activity in Somme. **Results** : Nine interviews were conducted. The main factor motivating the choice of employment was that young GPs associated it with a better quality of personal and professional life. They felt they could refocus their activity on caring and listening to patients. Refusing to work as a liberal was announced. The best social security coverage was involved in the career choice of young GPs. **Discussion** : Young practitioners are not closed to city medicine, but not in private practice. Thus, the "my health 2022" plan announcing the creation of salaried positions may be a solution. In general, it is necessary to allow a good balance between private and professional life and to refocus general medicine on care by reducing the extra medical. It is also necessary to promote this medical specialty. **Conclusion** : The announced health project seems to be moving in the right direction. Will it be enough to get young practitioners back into urban medicine ?

Keyword : Young General Practitioners – Salaried activity - Motivating factors