



HAL
open science

Le médecin généraliste picard : ressenti et réflexions

Magalie Carle

► **To cite this version:**

Magalie Carle. Le médecin généraliste picard : ressenti et réflexions. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02295986

HAL Id: dumas-02295986

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02295986>

Submitted on 24 Sep 2019

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

Thèse numéro 2019-51

Le médecin généraliste picard

Ressenti et réflexions

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 27/05/2019

Par CARLE Magalie

Président du jury : Monsieur le professeur Frédéric BLOCH

Juges : Monsieur le professeur Loïc GARCON

Monsieur le professeur Alain DERVAUX

Monsieur le professeur Cyril PAGE

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Pierre FORTANE

Remerciements :

A mon président de jury,

Monsieur le professeur Frédéric BLOCH,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Chef de service de médecine gériatrique

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

A monsieur le Professeur Loïc GARCON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Hématologie – Transfusion)

Chef de service hématologie transfusion

Vous avez accepté d'examiner ce travail. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

A monsieur le professeur Alain DERVAUX,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Psychiatrie Adultes)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Recevez toute ma considération.

Monsieur le Professeur Cyril PAGE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(ORL)

Chef du service d'ORL

Vous avez accepté de juger cette thèse. Soyez persuadé de ma reconnaissance.

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Pierre FORTANE

Docteur en médecine - Médecin généraliste

Vous avez accepté d'être mon directeur de thèse et de me guider dans la réalisation de ce travail. Je vous remercie sincèrement et profondément pour votre disponibilité, pour vos nombreuses relectures et pour vos précieux conseils. Soyez assuré de mon respect.

Aux médecins qui ont pris sur leur temps pour répondre à mes questions, je les remercie très sincèrement.

A tous mes maîtres de stage, qui m'ont tous, à leur manière, énormément appris, par leurs savoirs et leurs pratiques, veuillez recevoir ma reconnaissance.

A mes parents, à mes frères qui m'ont appris bien d'autres choses et qui sont toujours là quand il faut,

A Fabien, qui a su me supporter pendant la rédaction de cette thèse, et pendant toutes ses années.

A tous ceux qui ont jalonné mes études, du collège à la fac,

A Anne-So, à Aurore, parce que médecine c'est long et qu'il n'y a pas que ça dans la vie

A Aline, Richard, Thomas et Camille même si je ne vous vois pas autant que j'aimerais,

A ma famille, à ma belle-famille

A tous ceux qui sont là où qui n'ont pas pu venir, vous êtes toujours présents, c'est ça qui compte...

A tous les autres...

SOMMAIRE

Abréviations	9
Introduction	11
Matériel et méthode	
1) Choix du type d'enquête	15
2) Le questionnaire	16
3) Le recrutement de la population	16
4) Déroulement des entretiens	17
5) Analyse des résultats	17
Résultats	19
La vie de famille	19
1) Avant	19
2) L'évolution de la société	20
3) La féminisation de la profession	21
a) Le travail domestique reste important pour les femmes	21
b) Mais le temps de travail est plus important	22
4) Se dégager du temps libre	23
5) Comment occuper le jour de congé ?	25
Le temps de travail	28
1) Le constat	28
a) Un temps de travail important	28
b) Un temps de travail globalement apprécié	28
2) Un temps de travail adapté à chaque médecin	29
3) Quelques médecins aimeraient moins travailler	31
4) Les améliorations	32
a) Diminution des visites	32
b) Diminution du temps de garde	33
c) Le secrétariat	35
d) L'entretien des locaux	37
Le travail en médecine générale	38
1) La relation avec le patient	39
2) Le service rendu	41
3) Le statut de médecin traitant	41
a) Avant	41
b) Un statut professionnel et particulier encore palpables	42
c) L'évolution de la société	42
4) L'évolution de la demande des patients	43
a) Des patients de plus en plus exigeants	43
b) La nécessaire éducation des patients	45

5) La diversité de la pratique médicale	46
a) La diversité des motifs de recours	46
b) Une pratique intellectuellement stimulante	47
c) Le développement personnel continu	47
d) La diversité dans les fonctions exercées	48
Les relations avec les instances décisionnelles	50
1) La place de l'administratif	50
2) L'informatisation	52
3) Un certain décalage avec les partenaires institutionnels	53
a) Le manque de reconnaissance	53
b) La vérification des prescriptions	54
c) Le contrôle induit une certaine pression	55
d) Des décisions en décalage avec la réalité	56
4) Modification du rapport au patient	57
5) Ce qu'il faudrait faire	58
a) Faire venir des agents sur le terrain	58
b) Mettre en avant le rôle du patient	58
La rémunération du travail	60
1) Les médecins gagnent leur vie convenablement	60
2) Malgré une diminution globale des revenus	61
3) Solutions pour garder le même niveau de vie	62
a) Multiplier le nombre d'actes	62
b) Augmenter la valeur de l'acte	62
c) Prendre en compte les compétences des généralistes	63
d) La nouvelle valeur de la rémunération à définir	63
4) Une augmentation des charges qui peut expliquer cette baisse de revenus	64
a) Le secrétariat	64
b) La charge fiscale	64
c) Les coûts de fonctionnement	65
5) La rémunération à l'acte, synonyme de liberté	66
6) La ROSP et les aides de l'Etat	67
a) Le constat	67
b) Ce que pensent les médecins interrogés	68
7) Le salariat	69
8) Néanmoins on assiste au développement du modèle salarié	71
L'installation	72
1) Les médecins travaillent majoritairement en groupe	72
2) Les avantages de l'installation en groupe	73
a) Le travail solitaire est difficile	73
b) L'entraide des praticiens	74
c) La mutualisation des moyens	75
d) Les avantages des MSP	75
3) Les inconvénients du travail en groupe	76
4) Néanmoins les cabinets de groupe restent plébiscités	77
5) Multiplication des aides	79
6) L'installation : pour la liberté, contre la coercition	80
7) Ce que les médecins proposent	80

Les médecins interrogés nous décrivent leurs visions de l'avenir	82
1) Une vision globale de la médecine.....	82
2) Les nouveaux changements.....	82
a) La télémédecine	82
b) S'éloigner de la fonction soignante	84
3) Le manque de médecins	85
4) Le risque juridique	85
5) Médecine à deux vitesses	86
6) Remise en cause de la fonction de médecin généraliste ?.....	87
7) L'organisation des soins.....	88
Propositions pour redynamiser la médecine générale	89
1) L'importance de la place du soin	89
2) La reconnaissance de la médecine générale	90
a) Par les autorités	90
b) Par les médias	91
3) Le travail administratif	92
4) Le salariat et la rémunération au forfait	92
5) La formation	93
a) Avant l'entrée en médecine	93
b) La première année de médecine	94
c) Multiplier les stages.....	95
d) La perte d'étudiants au cours des études	95
6) Réorganisation du système de santé.....	96
a) Entre la ville et l'hôpital	96
b) En ambulatoire.....	96
Discussion	100
1) Critique de la méthode	100
a) Le choix de la méthode	100
b) Biais de sélection	100
c) Biais liés aux interrogés.....	100
d) Biais liés à l'enquêtrice.....	100
2) Le mode de vie du généraliste	101
3) La position libérale du médecin	101
4) Les avantages sociaux	102
5) La place du généraliste dans le système de soins	103
6) Organisation du territoire	104
Conclusion.....	106
Bibliographie	108
Annexes	112

Abbréviations

ALD : Affection Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines

ECN : Epreuves Classantes Nationales

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

RTT : Réduction du Temps de Travail

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociales et d'Allocations Familiales

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and academic associations of general practitioners family)

« Mais vous, vous prenez de nouveaux patients ? Vous êtes installés où habituellement ? » : telles sont les demandes très souvent entendues en remplacement dans une patientèle de médecin âgé en médecine de ville... Le potentiel départ à la retraite de leur médecin met en émoi toute une patientèle et les inquiète fortement.

D'ailleurs la désertification, sur le plan médical, de l'hexagone inquiète aussi les élus, les institutions et les gouvernements successifs puisque le phénomène ne touche pas uniquement les médecins mais tous les professionnels de santé d'autant plus que le phénomène va s'accroître dans quelques années.

Comment en est-on arrivé là et comment peut-on espérer en sortir ?

Les années soixante-dix ont été marquées par une forte densité de la population médicale ce qui a amené les autorités publiques à durcir le *numerus clausus* (instauré en 1971) et à encadrer le nombre d'étudiants admis à étudier dans les années supérieures des études médicales. Depuis 2004, la réforme des ECN permet aux étudiants de passer un examen national. Ainsi n'importe quel étudiant peut aller poursuivre ses études dans n'importe quelle région de France en fonction de son rang de classement.

De plus, depuis 2004, la médecine générale est devenue une spécialité induisant une augmentation de la durée des études de trois ans pour la « spécialité » médecine générale.

Dans le même temps, le mode de vie des Français a évolué et évolue toujours. Ces dernières années, entre crises économiques, vie professionnelle parfois prenante ou chômage de masse, stress, travail des femmes, divorces, on remarque bien que la société change de plus en plus vite ce qui engendre des bouleversements et fait perdre ses repères à l'ensemble de la population.

Depuis vingt ans cette évolution a également été marquée et sanctuarisée par la mise en place des trente-cinq heures, affirmant par là même, la place des loisirs dans nos vies et son importance face au travail.

Ces différentes mutations de notre société transparaissent également dans le rapport que cette dernière établit avec la médecine et ses principaux acteurs que sont les médecins, ainsi que dans l'accès aux soins proprement dit. La multitude des demandes, la médicalisation de la société, le vieillissement et l'accroissement de la population concourent à une explosion des

demandes de santé et confrontent souvent les praticiens à des demandes qui dépassent le champ de compétences médicales acquises au cours de leurs études.

En effet, de plus en plus de consultations concernent les champs sociaux avec, par exemple, la prise en charge de la santé mentale, les certificats d'aptitude ou de contre-indication à une compétence, la prise en charge des addictions chez les jeunes ou encore la nécessité de résoudre les difficultés relationnelles au travail (avec notamment la multiplication des burnout).

Tout cela concourt à modifier le rôle et la place du médecin, créant une inadéquation entre la représentation d'un métier fantasmé, le métier appris, le métier pratiqué et le métier qu'il voudrait vraiment faire et les conditions dans lesquelles il le pratique.

D'autre part l'image même du médecin vue par le patient et plus généralement celle de la médecine est en pleine redéfinition entraînant un mal-être dans la population médicale et, en ce qui nous concerne, pousse le médecin généraliste à une réflexion profonde et globale sur sa profession, sa relation aux patients, sa relation aux autres professionnels.

On constate ainsi, depuis quelques années, que les généralistes ne souhaitent plus être astreints à leur travail quotidiennement ou joignable vingt-quatre heures sur vingt-quatre, loin de la vision paternaliste de la médecine traditionnelle.

Le médecin reste cependant le garant de la santé de la population et, comme le rappelle la WONCA, la prise en charge du patient doit être globale (1). Outre la santé physique du patient, le médecin prend en compte, consultation après consultation, la dimension psychique, biomédicale, médico-sociale, environnementale, professionnelle ou familiale, en étant le témoin de son évolution pendant des années.

Le système de santé français semble suivre la WONCA et est basé sur le recours au médecin généraliste, cheville ouvrière chargée, non seulement d'une fonction soignante, mais aussi d'orientation et de synthèse. Ce mode de fonctionnement a d'ailleurs été rappelé par la mise en place du médecin traitant en 2005 et, renforcé par la création en 2016 du médecin traitant de l'enfant.

On voit bien que la multitude des attentes, tant sociétales que personnelles créent une discordance avec le temps de travail et les aspirations des médecins d'aujourd'hui. L'organisation du travail a donc évolué : moins de visites, consultations sur RDV ou encore regroupements en cabinets voire en maisons de santé avec d'autres professionnels de premier

et de second recours.... En parallèle, le nombre de médecins restant quasi identique, ces bouleversements concourent aux difficultés croissantes que connaît le système de soins. Parmi celles-ci, l'accès aux soins en France est l'exemple le plus frappant.

Plus particulièrement on peut s'intéresser aux Hauts de France et à l'ex Picardie qui se caractérise par sa ruralité et par sa position géographique qui tend à favoriser un certain exode de la proposition de soins vers des pôles plus attractifs comme la région lilloise, la région rouennaise, la région rémoise ou la région parisienne.

Devant ce casse-tête les autorités ont d'abord fortement augmenté le numerus clausus à partir de 2006 (2). Même si les médecins diplômés arrivent au terme de leurs études, force est de constater que les effets en pratique ne se font pas ressentir. La cause première est le papy-boom avec le départ à la retraite de médecins en masse.

Il persiste donc des inégalités territoriales sur le plan de la densité médicale avec notamment un défaut d'installation des jeunes médecins. L'ensemble des aides et solutions envisagées par les autorités publiques (aides financières à l'installation, menace de régulation des installations en zone sous-denses, recours aux médecins étrangers, mise à disposition de locaux, de matériel...) est actuellement sans réelle efficacité.

Désamour de la profession ? Travail jugé trop dur ? Désintérêt du libéralisme ? Difficultés d'installation ? Peur des difficultés administratives ? Intérêt pour le travail à l'hôpital ? Autant de réponses possibles au défaut d'installation.

C'est au moment de la promulgation de la loi santé 2016 que l'ensemble des difficultés a été mis sur le devant de la scène et a été repris par nombre de généralistes. La prise de conscience s'est largement généralisée et accompagne la réflexion déjà engagée par certains médecins, les syndicats et les pouvoirs publics pour que la construction de la médecine de demain soit compatible avec les attentes de chacun. L'exacerbation des tensions s'inscrit dans le contexte très largement médiatisé du manque de médecin et de difficultés d'accès aux soins. Parmi toutes les causes des déserts médicaux l'explication la plus fréquemment avancée est celle du manque d'installation des jeunes médecins.

Pourquoi ces derniers hésitent-ils à s'installer ?

Les internes de médecine générale sont bien sûr les médecins de demain et leurs avis sont à prendre en compte. Néanmoins leurs visions de la médecine et de l'exercice libéral est surtout

une impression. Leur activité, leur formation, pour l'essentiel hospitalières, ne les préparent pas à ce type d'exercice et leur premier contact avec l'exercice libéral se déroule, au mieux, au cours d'un stage en SASPAS. Cette expérience est certes enrichissante mais ne permet pas de réaliser clairement ce que sont la gestion d'un cabinet, les contraintes administratives ou de l'exercice en médecine générale.

Les médecins généralistes installés en Picardie nous sont donc apparus comme étant les plus à même de nous parler du métier qu'ils exercent au quotidien, de nous éclairer sur les difficultés d'installation et de gestion du cabinet, sans oublier les avantages qu'ils tirent de cet exercice.

Ce travail a également été le moment, pour eux, d'évoquer ce que sera, à leur avis, la médecine de demain et les modifications à apporter dès maintenant pour mieux appréhender le futur et en cela transmettre à leurs jeunes confrères en formation une idée plus précise et engageante de leur avenir.

MATERIEL ET METHODE

1) Choix du type d'enquête

L'analyse du ressenti du médecin généraliste sur son travail serait évaluable par une analyse quantitative grâce à un questionnaire de qualité de vie. Ici nous avons plutôt décidé de compléter le travail par une analyse plus ciblée des inconvénients rencontrés comme des satisfactions tirées de ce métier.

De plus nous avons choisi d'interroger les médecins sur leur vision de l'avenir ce qui n'est clairement pas compatible avec une analyse quantitative dans laquelle il faut faire un choix. Dans cette partie ils doivent pouvoir donner librement leur avis sur la question. La pré-sélection de plusieurs hypothèses introduirait alors un biais important. Les médecins ne seraient plus libres de leurs réponses et pourraient même être influencés par les propositions.

Nous avons donc choisi de réaliser cette étude par le modèle qualitatif.

Au sein **des études qualitatives** se distinguent quatre types de technique :

- la recherche documentaire,
- l'observation,
- le questionnaire
- l'entretien (3)

La recherche documentaire n'est pas adaptée pour appréhender le ressenti des généralistes. Les études portent plus souvent sur les attentes des internes de médecine générale, la vision des DCEM concernant le travail en ville ou les difficultés qu'ils rencontrent au début de leur carrière.

Le travail observationnel ne pouvait pas non plus être appliqué ici puisqu'il fallait faire ressortir des sentiments. D'autre part, le travail de cette thèse comporte une partie nécessitant une réflexion sur le futur de leur métier. Il s'agit donc de faire un effort de pensée. Bien sûr l'observation ne peut être faite sur une vision du futur que chacun élabore.

Nous avons donc décidé de réaliser cette étude par des entretiens.

Les différents types d'entretiens sont l'entretien libre, l'entretien semi dirigé ou le focus groupe.

Le focus groupe est utilisé pour faciliter l'échange des idées voire le débat. Chaque médecin a une manière différente de travailler et la première partie sert à décrire le cadre de vie de chaque médecin. Cette méthode n'était donc pas adaptée. De plus chaque médecin peut être influencé par un tiers pendant la réunion, ou limiter le développement de ses réponses par effet de groupe.

L'entretien libre ne nous a pas paru judicieux. Les thèmes abordés étaient trop vastes pour que les médecins puissent répondre de manière précise.

Nous avons donc choisi l'entretien semi directif. Cette méthode permet de répondre plus sûrement à toutes les orientations du travail de thèse dans un temps relativement court. La structure du questionnaire est cependant assez vaste pour que l'interrogé ne soit pas restreint par les questions.

2) Le questionnaire

Voir annexe 1

Le questionnaire a été construit de manière à ce que le médecin puisse d'abord nous présenter sa façon de travailler. Il interroge de manière globale la satisfaction du médecin au niveau professionnel comme au niveau privé.

Les questions suivantes portent plus spécifiquement sur les satisfactions et sur les difficultés rencontrées dans leur métier au quotidien. Ces deux questions étant intriquées, les médecins ont pu répondre dans l'ordre qu'ils souhaitaient.

Pour la dernière partie, le médecin est amené à penser au futur de leur métier. Dans la continuité, nous les avons interrogés sur les différentes stratégies à mettre en place pour redynamiser la médecine générale. Si le médecin avait abordé ce thème plus haut dans l'interview, nous leur demandions des compléments d'informations si nécessaire.

3) Le recrutement de la population

Dans ce type d'étude, l'échantillon ne se doit pas forcément d'être important mais doit surtout être représentatif qualitativement.

Ici les médecins interrogés ont été approchés à travers les stages (stage praticien premier niveau et SASPAS) et les remplacements. Les autres contacts ont été choisis parmi la liste des médecins disponible sur le site de la sécurité sociale (4).

La liste a été réduite en fonction du secteur géographique permettant de trouver des médecins exerçant en zone rurale, semi rurale ou urbaine, dans les trois départements picards. En plus la liste a été créée en fonction du nombre de médecins exerçant en milieu dense ou sous-dense.

L'explication du travail a été faite au téléphone. Après accord du médecin un RDV était fixé selon sa convenance.

Certains médecins ont refusé de répondre. La principale raison mise en avant était le manque de temps.

Les caractéristiques des médecins interrogés ont été rapportées en annexe.

L'ajout de personnes à interroger a été poursuivi jusqu'à saturation des données. La saturation a été obtenue après 12 entretiens.

4) Déroulement des entretiens

Douze entretiens ont été réalisés pour atteindre la saturation des données.

Le lieu des entretiens était laissé à la discrétion de l'interrogé, soit au domicile, soit au cabinet du médecin.

Les enregistrements ont été réalisés sur dictaphone et ont ensuite été intégralement retranscrits.

La durée des entretiens varie de vingt à quatre-vingt-dix-sept minutes.

5) Analyse des résultats

Les données ont d'abord été anonymisées, chaque médecin s'étant vu attribuer un numéro indépendant de l'ordre dans lequel il a été interrogé.

Les informations tirées des interrogatoires sont analysées, non pas en fonction du nombre d'occurrences mais pour elle-même (5).

Elles ont ensuite été triangulées dans le même temps par une autre étudiante en médecine.

L'analyse des résultats a été réalisée grâce au logiciel N'VIVO n°12.

RESULTATS

La vie de famille

L'interaction entre le champ privé et le champ professionnel fait partie de la vie quotidienne. La bonne proportion de chaque partie est primordiale pour une bonne qualité de vie mais elle est surtout personnelle. Il a paru intéressant, dès le début de ce travail, de s'intéresser à la vie de famille pour savoir quelles étaient, globalement, les satisfactions et les attentes des médecins concernant ce domaine particulier.

1) Avant

La vision historique nous invite à imaginer un médecin, homme, installé chez lui, consultant dans une partie dédiée de son domicile mais le plus souvent en visite. Ce médecin avait bien souvent une famille avec une femme qui ne travaillait pas. Celle-ci s'occupait bien sûr de l'éducation des enfants, et pouvait être impliquée dans le travail de son mari en répondant au téléphone ou en assurant l'entretien des locaux.

Ces tâches pouvaient aussi être effectuées par une femme de ménage.

On imagine souvent cet état de fait comme pénible pour le médecin qui profite peu de sa famille, rentrant tard le soir après une journée ayant commencé très tôt.

Les médecins 11 et 5 ont consacré beaucoup de temps à leur travail. La vie de famille a été reléguée au second plan même s'ils ne semblent pas en être affectés. Leurs femmes ont eu des carrières en tant que salariées. Les deux médecins ont plus ou moins participé à l'éducation de leurs enfants.

- ✓ *Le premier (enfant) pas trop et puis les autres, oui ça a été, je pense! Oui! (médecin 11)*
- ✓ *Ben je suis habitué (à la charge de travail) hein, depuis le temps (rires). C'est ma femme qui râle mais moi ça va! (rire). (médecin 11)*
- ✓ *Ben d'abord je ne travaillais pas comme ça au début, au tout début de ma carrière, forcément je travaillais un peu moins, mais j'ai toujours eu des horaires un peu... On travaillait le samedi à l'époque donc voilà! Et euh... Quand je discute du problème avec ma fille, elle me dit que non. (médecin 5)*
- ✓ *Voilà! Je suis mariée depuis 30 ans, ça fonctionne comme ça depuis 30 ans, est-ce que c'est suffisant, pas suffisant? J'en sais rien mais on passe les weekends ensemble. (médecin 5)*

Pour le médecin 8 en revanche, qui a le même profil familial, le ressenti à posteriori n'est pas le même.

- ✓ *J'ai le sentiment d'avoir manqué des choses. Je n'ai pas vu grandir mes enfants, pas vu ma femme vieillir (médecin 8)*

L'image qui persiste est celle de la femme au foyer, qui devait s'occuper des enfants et organiser le quotidien afin de dégager du temps pour que son mari puisse se consacrer à son travail.

- ✓ *Moi j'ai eu la chance d'avoir une épouse qui, quand je me suis installé, a arrêté de travailler! Elle était clerc, elle a arrêté. (médecin 6)*
- ✓ *Il y avait les enfants, les trois enfants, elle pouvait prendre sa retraite au bout de quinze ans à cette époque-là, donc elle a pris sa retraite et puis elle a travaillé à mi-temps! Non, elle a pris le téléphone, et puis, le fait de prendre le téléphone, ben ça ne lui a pas plu, donc elle a retravaillé, elle a retravaillé! D'abord à mi-temps, après elle a refait un 80%. (médecin 11)*

2) L'évolution de la société

Pourtant cette vision a déjà commencé à évoluer il y a environ trente ans, les médecins hommes ont commencé à changer leurs pratiques.

Ainsi le médecin 6 a toujours travaillé seul dans une partie de son domicile. Si sa femme a arrêté de travailler pour élever les enfants, il a pourtant organisé sa vie de famille pour s'en occuper aussi et continue aujourd'hui avec ses petits-enfants.

- ✓ *Parce que j'avais la possibilité de le faire dans la mesure où, si je le voulais je pouvais terminer mon activité professionnelle, en dehors de l'hiver, mais souvent, à dix-sept heures trente, dix-huit heures j'avais fini ma journée, donc après je m'occupais de mes enfants. (médecin 6)*

Le médecin 7, quant à lui, a travaillé d'emblée en association, avec un temps de travail partagé en deux pour privilégier le temps personnel. Le temps professionnel a lui aussi été aménagé pour offrir une qualité de travail.

- ✓ *On a toujours bossé ici avec un agenda qui est toutes les demi-heures. Une consult toutes les demi-heures.*
- ✓ *Ca a toujours été génial, j'ai largement participé à élever mes gamins, très concrètement, depuis les transports pour les activités de loisirs, les passages en*

urgence à l'école quand il y en a qui s'était ouvert la tête et euh... voilà, et j'en suis très heureux!

3) La féminisation de la profession

La féminisation de la profession s'inscrit dans l'élan de féminisme des années 1960 et la transformation profonde de la société qui l'accompagne.

En 1960, les femmes comptaient pour environ 20% du corps médical.

En 2018, la France comptait 43% de femmes médecins. Cette même année la proportion de nouvelle inscription à l'ordre des médecins était de 59% de femmes contre 41% d'hommes (6).

a) Le travail domestique reste important pour les femmes

Ce nouvel ordre pose problème, au moins en apparence. En effet dans la société actuelle le travail des femmes est bien admis, et elles accèdent de plus en plus facilement à des postes de hautes responsabilités. Mais, bien que les femmes se soient émancipées, les tâches ménagères restent préférentiellement leur domaine (7).

Dans les interrogatoires on retrouve chez toutes les femmes une allusion aux tâches ménagères et à l'organisation du quotidien.

- ✓ *C'est pour ça que ce n'est pas facile d'être une femme médecin parce que, il faut quand même gérer le quotidien en plus. C'est pas comme les vieux médecins qui se reposaient sur leurs femmes pour tout gérer, ça c'est pas possible. (médecin 10)*

Pour la médecin 4, il s'agissait de tout gérer en l'absence de son mari. Elle a dû élever ses quatre enfants alors que son mari était souvent absent car lui aussi médecin. Cette femme a su gérer ses horaires de travail, l'éducation des enfants et l'entretien de la maison.

- ✓ *Après avec les enfants, j'ai su m'organiser donc ça allait, j'étais pas débordée!*
- ✓ *C'était plutôt l'absence de leur père qui n'était jamais là, plutôt que la mienne! Et puis si je devais prendre une après-midi pour aller faire une inscription, les emmener dans un truc et tout ça, je la prenais!*

Toutes ces femmes, devant gérer, et leur vie professionnelle et leur vie privée, font appel à des auxiliaires. Qu'il s'agisse d'aide à domicile ou de garde d'enfants ces femmes s'entourent.

- ✓ *J'ai la chance d'avoir quelqu'un à la maison, une nounou à domicile donc c'est quand même très confortable, (médecin 3)*

✓ *Et puis j'avais quand même quelqu'un qui les gardait!* (médecin 4)

L'évolution de la société change aussi la place de l'homme dans la maison et l'organisation du quotidien. Ainsi pour la génération plus jeune, la vie quotidienne ne s'entend plus ainsi. La médecin 10, par exemple, a aussi une femme de ménage mais met en avant le rôle de son mari qui l'aide au domicile.

✓ *Bon après voilà les tâches ménagères j'ai une femme de ménage, euh, c'est mon mari qui fait à manger le soir. C'est aussi parce que mon conjoint participe à la vie de tous les jours.* (médecin 10)

b) Mais le temps de travail est plus important

Cet état de fait pousse l'imaginaire collectif à croire à une diminution du temps de travail des femmes. Si elles s'occupent tant de leurs intérieurs et des enfants elles ne pourraient être aussi disponibles au travail que les hommes. Ainsi, les perspectives de travail liées à la féminisation, partant aussi du principe que les femmes travaillent différemment, pronostiquaient une forte diminution du temps de travail effectivement travaillé (8).

Il est vrai qu'on retrouve cette différence dans cette thèse puisque les femmes travaillent en moyenne 46.10 heures contre 49.28 heures pour les hommes, soit un décalage de trois heures. Cette différence est aussi retrouvée dans les études plus larges (9).

Mais la féminisation n'est pas synonyme de diminution de l'offre de soins. Globalement si les temps de travail des années 1990 avaient été maintenus pour chaque sexe et que la proportion de femmes était celle d'aujourd'hui, il résulterait une forte diminution de l'offre de soins. Or celle-ci s'est organisée différemment et, finalement, le temps de consultation global en médecine générale a augmenté de 12% depuis les années 1990, les femmes n'étant pas aussi peu travailleuses que prévu (8).

✓ *Donc je commence vers neuf heures et je fais pratiquement journée continue jusqu'à huit heures (...) Et que je travaille le samedi matin!* (médecin 4)

✓ *Ben moi je commence les visites à peu près il est neuf heures, neuf heures le matin, donc neuf heures je dois finir à peu près à six, dix-huit heures à peu près en sachant qu'on compte un peu non-stop parce que je garde que... quoi? Un quart d'heure pour le déjeuner.* (médecin 9)

Les différences de temps de travail ne sont donc que des comparaisons à un instant T au sein de la société. Selon les statistiques, les femmes travaillent moins que les hommes mais le niveau global de travail semble évoluer à la hausse.

D'ailleurs la vision des femmes s'occupant seules du foyer est en train de disparaître. La place de la femme dans la société évolue. Le plus jeune des médecins de l'étude en est un exemple. Cet homme n'a pas d'enfant et sa femme, médecin salariée à l'hôpital, travaille plus que lui. Il pense qu'il est normal qu'il réalise les tâches ménagères vu qu'il dispose de plus de temps au domicile.

- ✓ *En fait après c'est un peu moi qui gère la baraque si tu veux. C'est moi qui fais les courses, c'est moi qui fais à manger. Ben vu qu'elle rentre super tard c'est normal quoi!* (médecin 1)

C'est d'ailleurs une réalité dont sont conscients les médecins plus âgés :

- ✓ *Les jeunes de maintenant, homme, doivent aussi assumer des rôles à la maison que moi, je n'ai pas assumé, parce que... Non mais j'en suis conscient!* (médecin 5)

La place de la femme dans la société est donc bien en train d'évoluer et avec elle celle des hommes. Dans ce processus égalitaire qu'en sera-t-il du travail des hommes d'ici quelques années ? Leur présence au domicile sera-t-elle plus importante ou va-t-on assister à une stagnation des temps de travail ?

4) Se dégager du temps libre

Plus que la féminisation de la profession il semble que ce soit l'évolution de la société et l'aspiration à des loisirs qui dictent de plus en plus le temps de travail de chacun.

D'ailleurs la place du jour de repos est très importante dans toutes les interviews. Seuls deux des médecins travaillent six jours sur sept. Ce sont les médecins les plus âgés, dont une est déjà en retraite qui travaillent autant.

- ✓ *Cinq jours et demi par semaine, huit heures - vingt heures environ, ça dépend.* (médecin 11)
- ✓ *Quand je change de rythme, quand je prends une journée de congé, je m'ennuie ou bien...* (médecin 11)

Pour le médecin 4, l'une des journées est plus clairsemée et elle réalise des visites en établissements pour handicapés ou comme médecin agréée pour permis de conduire.

- ✓ *Ben par exemple la gym aquatique j'arrive à le faire le mercredi en fin d'après-midi, parce que le mercredi, normalement, le mercredi après-midi, c'est l'après-midi où je ne travaille pas! Mais il y a les permis de conduire tous les quinze jours, et l'autre quinze jours je vais passer une heure dans une maison d'handicapés et après la fin d'après-midi je suis libre! Donc, Sauf si j'ai des visites en retard! (rires) (médecin 4)*

Pour les onze autres médecins, le temps de travail est au plus de cinq jours par semaine avec des amplitudes horaires différentes selon les aspirations de chacun.

- ✓ *Je pars de chez moi entre 6.30 et 7.00 et je rentre entre 20.30 et 21.30, et je ne fais pas d'arrêt! Je ne fais ça que cinq jours par semaine. (médecin 5)*
- ✓ *Je travaille toute la semaine, du lundi 8h au samedi. Sauf le jeudi. Et un samedi une semaine sur deux. On s'arrange avec mon collègue pour avoir une semaine chacun. (médecin 8)*
- ✓ *Non j'ai un demi... Enfin, j'ai mercredi après-midi et maintenant j'ai le samedi. (médecin 2)*

D'après l'étude de la DREES (9), la majorité des médecins, en 2012 travaillait neuf demi-journées par semaine. On ne peut bien sûr pas généraliser un temps de travail global à partir d'une thèse qualitative, mais lors des interviews on retrouve que le nombre de jours travaillés tend encore à diminuer.

- ✓ *Je me suis aménagé des après-midis de libres, quand c'est pas un après-midi complet j'ai quand même quelques heures pour vaquer à mes occupations, soit m'occuper de la maison ou mes loisirs. (médecin 1)*
- ✓ *Nous les libéraux, on va travailler quatre jours par semaine! Bon! Un cadre dans une entreprise il va travailler cinq jours sur sept et c'est normal, et puis nous, euh, ben non, on a décidé que comme on était ... (...) Donc j'ai bien vu qu'en dix ans ou en quinze ans, déjà, rien que ce qui sort, c'est des années lumières! Mais je pense que le monde... Mon associé actuel, R, il est, actuellement, au goût du jour quoi! Et c'est moi qui ne suis plus du tout au goût du jour! (médecin 5)*

Je n'ai pas interrogé le confrère dont parle le médecin 5, peut-être ses amplitudes horaires sont-elles importantes, augmentant mécaniquement le temps de présence.

Il faudrait aussi que des chiffres plus récents sur le temps de travail et leur répartition dans l'emploi du temps des médecins soient disponibles pour juger de l'évolution actuelle.

5) Comment occuper le jour de congé ?

Neuf médecins de ce panel s'accordent au moins une demi-journée de congé par semaine.

Deux médecins, qui travaillent seuls, continuent d'assurer une permanence téléphonique pendant ce temps.

Ce jour de congé n'est donc pas obligatoirement un temps de relâche pour les médecins.

- ✓ *Alors c'est jamais complètement une journée de repos parce que j'ai tendance soit à avancer dans mon bureau, des papiers à ranger, des demandes de caisse, de l'administration. (médecin 6)*
- ✓ *Ce serait une journée par semaine mon jour de congé mais généralement le mercredi matin je le consacre quand même à recevoir uniquement les urgences. (médecin 9)*
- ✓ *Avant je m'occupais surtout de mes papiers de banque, je fais ma compta et puis régler quelques petites courses. (médecin 2)*

Tous les médecins interrogés ne passent pas leur journée de congé à s'occuper des affaires du cabinet. Pour certains, il s'agit même d'une journée pendant laquelle leur vie privée est privilégiée.

- ✓ *Pour tout faire et puis pour faire un break. (médecin 3)*
- ✓ *En tout cas c'est pas pour mon travail, je ne vais pas revenir ici ou on va pas, si, des fois on m'appelle quand il y a un problème précis. (médecin 3)*
- ✓ *Quand les secrétaires ont besoin d'un truc vraiment où il n'y a que moi qui peut répondre vraiment elles m'appellent et je réponds mais c'est tout; je n'irai pas travailler. (médecin 10)*

La principale occupation du temps libre, qui ressort des interviews, est l'éducation des enfants ou des petits-enfants. L'importance attachée à la présence au domicile, pour l'éducation des enfants, est palpable.

Les femmes sont les plus promptes à parler de cette journée de repos occupée à l'éducation des enfants.

- ✓ *Je me suis installée en fait quand le dernier rentrait en 6ème. Du coup heu voilà! Donc les deux premiers ils en ont profité un peu plus que le dernier mais bon sixième c'était déjà bien quoi en fait. (médecin 12)*
- ✓ *Quand ils sont petits, c'est une demande où il faut être présent parce qu'ils ont besoin de nous pour nous voir, physiquement, pour les câlins, pour le coucher le soir pour voilà, après quand ils grandissent c'est autre chose (médecin 3)*

- ✓ *Donc en gros je ne vois pas beaucoup mes filles du lundi au jeudi et je me rattrape pendant trois jours (médecin 10)*

Certains hommes aussi revendiquent le fait d'avoir pu s'occuper de leurs enfants (médecins 6 et 8) et leurs souhaits de participer à l'éducation des petits-enfants :

- ✓ *C'est moi qui ai donné tous les repas de mes deux petites filles quand on les a eues dix jours. (médecin 6)*
- ✓ *J'essaie de passer du temps avec mes enfants, de partir en vacances avec eux quand c'est possible. Ça me permet aussi de voir grandir mes petits-enfants un peu plus. (médecin 8)*

Comme tout un chacun les médecins, plus particulièrement les femmes, profitent aussi de cette journée pour s'occuper de l'intendance domestique : courses, ménage, bricolage...

- ✓ *Parce que les enfants rentrant à seize heures trente on fait les devoirs, il est aussi pour aller à la banque, il est aussi pour faire les courses, il est aussi pour faire là-haut une ou deux machines. (médecin 3)*
- ✓ *Voilà, ben parce que, forcément, le vendredi tout ce que je n'ai pas fait la semaine, toutes les lessives qui ne sont pas faites (...) gérer les courses à faire, les petits pots pour A. les faire aussi le weekend. (médecin 10)*
- ✓ *Ben le jour de congé c'est le jour où c'est la course en fait, parce que tu fais tout ce que tu n'as pas le temps de faire la semaine. (médecin 12)*

Sur ce panel, quatre médecins ont une activité « fixe » en dehors de la médecine. Il s'agit le plus souvent d'une pratique sportive.

- ✓ *(...) Et après j'ai mes loisirs donc je fais de la muscu, le krav maga (médecin 1)*
- ✓ *Ça me permet d'aller faire un peu de gym le jeudi pour éviter d'être complètement foutu (médecin 7)*

La médecin 9 organise son temps pour les enfants et sa famille autour de son travail. C'est ainsi qu'elle trouve son équilibre.

- ✓ *Je calque ma vie privée à partir de ma vie professionnelle (...). Les priorités c'est ma vie professionnelle, après ben le temps ben en fait voilà, je m'organise en fonction du temps qu'il me reste. (médecin 9)*

Contrairement à elle, la médecin 3 organise son temps pour elle et décide de prendre des jours de congés quand elle le souhaite afin de se prémunir d'une surcharge de travail.

- ✓ *Comme par exemple des trucs tout bêtes mais le jour de mon anniversaire je ne travaille pas. Donc j'ai décidé que..., depuis trois ou quatre ans j'ai décidé que je ne travaillais pas ce jour-là. Et que, ben je prenais un jour ou je me faisais remplacer et que ce jour-là ben j'allais faire des courses ou je me baladais mais que moi. Faut vraiment pas se laisser déborder sinon ça va vite à faire un burnout ou autre chose.*

Comme on peut le voir chaque médecin organise son temps extra professionnel comme il l'entend. Certains restent joignables, au nom de la continuité des soins ou pour eux même. Il est important, à mon sens, de noter que ce sont ces deux médecins qui n'ont pas de secrétariat et qui travaillent seuls.

Les priorités et l'organisation du temps extra-professionnel sont donc personnelles. Chaque médecin trouve son rythme et son moyen de se détendre au cours de son temps de congé hebdomadaire.

Il n'y a pas non plus, selon cette thèse, d'organisation du jour de congé. Il s'agit surtout de se dégager du temps libre, une demi-journée ou une journée par semaine afin d'organiser sa vie personnelle. Le jour choisi est fonction des aspirations des médecins ou, le cas échéant, des possibilités laissées par l'organisation des autres médecins au sein d'un cabinet de groupe.

Le temps de travail

1) Le constat

a) Un temps de travail important

Les dernières décennies ont été marquées, en France comme en Europe, par une diminution globale du temps de travail. Mécanisation, industrialisation, croissance de la population, société de loisirs sont des explications plausibles. Ainsi, petit à petit le temps de travail en France est passé de trente-neuf heures hebdomadaires à trente-cinq heures en 1998. En parallèle, on note aussi une forte augmentation du temps de travail partiel, représentant en 2016, 18,1% des salariés (10).

En 2018, le temps de travail légal est de trente-cinq heures mais l'assouplissement, par la loi de 2003, relative au salaire, au temps de travail et au développement de l'emploi, rend plus facile le recours aux heures supplémentaires (11). Le temps effectif de travail est donc différent de celui indiqué par la loi.

Globalement, la durée habituelle hebdomadaire de travail reste de trente-neuf heures et demie (12). Cette durée correspond au temps travaillé effectivement par un employé dans une semaine type. Cependant cette durée doit être pondérée par le nombre de jours fériés, de congés et de RTT prévue par le contrat.

La semaine de travail est comptabilisée à 35,6 heures en durée collective hebdomadaire. Ce temps de travail reste une moyenne de l'ensemble des salariés en France.

Ces statistiques s'intéressent à l'ensemble de la population. Les catégories socio-professionnelles décrites par l'INSEE placent les médecins au niveau des cadres et professions intellectuelles supérieures (13). Dans cette sous-catégorie la durée hebdomadaire moyenne de travail est de 44,1 heures par semaine soit 8,8 heures de travail quotidien (12).

b) Un temps de travail globalement apprécié

Dans cette thèse, les médecins travaillent, eux, environ quarante-sept heures par semaine. Ils décrivent leur charge de travail comme importante, plus importante en période hivernale, mais globalement satisfaisante.

- ✓ *Ma charge de travail, je la trouve correcte, globalement, à part certaines journées qui seraient peut-être des fois, qui sont peut-être un peu des fois trop chargées et d'autres qui ne le sont pas assez. (médecin 9)*
- ✓ *Ben actuellement c'est bien, en ce moment elle est bien... Euh... Ouais ben pff elle est importante, on va dire (...) Elle est importante, c'est comme d'habitude, elle est importante mais euh... (médecin 5)*

Ces médecins travaillent au minimum quatre jours par semaine et au maximum cinq jours et demi. La durée quotidienne de travail, retrouvée dans cette thèse, est, au minimum, d'une demi-journée et, au maximum, de douze heures.

L'organisation au sein même de la journée n'a pas vraiment été abordée. Par exemple, le temps dédié au trajet ou à la pause repas n'a pas été bien apprécié durant les interviews surtout parce que cette partie est difficile à bien délimiter car terriblement variable au quotidien. On peut juste conclure que les temps sont variables d'un médecin à un autre.

- ✓ *Un quart d'heure pour le déjeuner hein. Souvent d'ailleurs, la plupart du temps je déjeune en voiture donc on va même pas considérer que... voilà! (médecin 9)*
- ✓ *Le midi ça dépend, en général je ne traîne pas. Elle (la pause) varie entre une heure et une heure trente... (médecin 6)*

Le temps de travail moyen évoqué dans cette thèse est peu important par rapport aux données connues. Les statistiques parlent d'un temps moyen de 57 heures, avec des disparités. En effet, si la majorité des médecins (78%) travaillent plus de 50 heures par semaine (14), 10% font plus de 71 heures et 10% 40 heures au maximum. Le temps de travail moyen déclaré est donc plus important sur un échantillon plus vaste.

2) Un temps de travail adapté à chaque médecin

Si huit des douze médecins interrogés considèrent que leur charge de travail est globalement appréciable, on constate qu'en fait chaque médecin a mis en place une organisation qui lui est propre.

- ✓ *Ben au niveau charge de travail, je suis plutôt satisfait de la façon dont j'ai organisé mon planning quoi. On a pas mal de consult mais je ne suis pas non plus un des plus extrêmes au niveau amplitude horaire. (médecin 1)*

Pour les médecins interrogés, le statut libéral de leur fonction est très important. Il permet de planifier le quotidien, de s'organiser en fonction de ses desiderata et de ses besoins du moment. L'absence de hiérarchie accroît cette notion d'indépendance. Chacun étant son propre patron il a la liberté d'instaurer ses propres horaires.

- ✓ *Donc dans les avantages de la profession libérale, médecin généraliste: c'est que déjà en effet t'es quand même plus ou moins aux commandes donc tu fais plus ou moins ce que tu veux! Comme tu organises ton planning comme tu as envie, de moins en moins maintenant mais enfin quand même! On a encore pas mal de libertés pour s'organiser donc ça c'est déjà un bon point. (médecin 1)*
- ✓ *Alors je trouve qu'on travaille beaucoup mais par rapport à quelqu'un qui va être, je ne sais pas ingénieur... Je fais quand même ce que je veux. Si je veux être partie à dix-huit heures trente j'y arrive. (médecin 10)*
- ✓ *(...) d'avoir un métier où tu choisis ton emploi du temps quand même à peu près, pas avoir trop de comptes à rendre à un chef d'entreprise ou à un directeur qui vient te tanner euh... C'est une chance hein! (médecin 12)*

Cette liberté est cependant modérée par le médecin 7 qui rappelle que l'exercice de la médecine n'est pas un travail comme les autres. Cette profession est en effet dépendante des patients, et, finalement, très prenant.

- ✓ *Ça m'a permis d'organiser au fil de ma carrière mon temps en fonction de mes besoins, un peu de mes désirs. L'inconvénient c'est qu'une fois que tu as mis le doigt dans ta journée, là tu ne sais pas quand est-ce que tu en sors. (médecin 7)*

Parmi les interrogés qui travaillent le plus, on retrouve, comme dans les statistiques, une partie de médecins contents de travailler autant et qui expliquent qu'ils ont toujours travaillé « comme ça » et que leur charge de travail ne leur pèse pas, même si celle-ci est importante

- ✓ *Ben je suis tellement habitué, ça fait trente ans que je fais ça, c'est mon rythme (médecin 11)*
- ✓ *La charge de travail pour la semaine, ben c'est bien rempli, bien chargé! J'ai pas tellement de temps de faire autre chose à côté quoi! (médecin 12)*

Puisque la charge de travail peut vite devenir importante, certains, surtout les plus jeunes, tentent de maîtriser leurs emplois du temps pour satisfaire leurs aspirations.

Par exemple certains respectent des horaires réguliers afin de limiter le temps de travail.

- ✓ *Répartie de façon assez harmonieuse, de huit heures du matin jusque dix-neuf heures de façon à ce que je sois rentrée au plus tard à dix-neuf heures trente chez moi.* (médecin 3)

Une autre solution consiste à garder un temps de consultation long afin de limiter les retards ou de prendre le temps sur les dossiers compliqués. Cela contribue aussi au bien-être au travail.

- ✓ *On a toujours bossé ici avec un agenda qui est toutes les demi-heures.* (médecin 7)

L'attachement au libéralisme et donc à l'organisation du temps de travail est l'une des raisons que les internes mettent en avant pour expliquer leur choix de la médecine générale (15).

3) Quelques médecins aimeraient moins travailler

Une autre partie souhaiterait moins travailler. Dans cette thèse cette partie est représentée par deux médecins qui partent bientôt à la retraite et qui voient leur temps de travail s'allonger avec le temps.

- ✓ *Ben avec l'âge je trouve que c'est lourd ! (...) En plus il y a le fait qu'il y ait plus de travail aujourd'hui qu'il y a dix ans; je travaille plus aujourd'hui qu'il y a dix ans en fait c'est sûr!* (médecin 6)
- ✓ *Depuis que je cumule retraite et activité, ben je suis débordée! C'est à dire que je vais moins vite et en plus de ça j'ai de plus en plus de patients.* (médecin 4)

Quoi que les médecins pensent de leur temps de travail actuel, le temps moyen de travail d'un généraliste reste quand même relativement supérieur au temps de travail des catégories socio-professionnelles similaires. D'après les moyennes constatées, le temps de travail quotidien des médecins seraient supérieur de deux heures par jour.

L'envie des médecins de moins travailler rejoint non seulement l'air du temps mais leur permettrait aussi de s'harmoniser sur les autres professions. Contrairement à la crainte latente des pouvoirs publics et de la population il n'est pas question d'établir, en tout cas pour le moment, un temps de travail à trente-cinq heures.

4) Les améliorations

a) Diminution des visites

Durant les dernières décennies, le temps consacré aux consultations libres a diminué pour laisser place aux consultations sur RDV. Suivant la même tendance, le taux de visites a fortement diminué.

- ✓ *A une époque, le reste du temps, c'était occupé par les visites mais depuis qu'il n'y a plus de visite à domicile, ou peu, eh ben ça laisse du temps libre! (médecin 7)*

Tous les médecins du panel pratiquent encore les visites mais la diminution du temps qui leur est consacré est bienvenue dans l'ensemble.

- ✓ *Quand j'ai débuté on faisait vingt-cinq, trente visites par jour. (...) C'était fou, ça prenait un temps fou ! (médecin 2)*
- ✓ *Et puis ça nous casse les pieds de faire des visites! (médecin 11)*

Les visites étaient, depuis toujours, le mode de consultation le plus utilisé. A une époque où les soins médicaux étaient peu nombreux cela pouvait aisément se comprendre. Certains médecins avouent même que la visite à domicile, dans une période de forte démographie médicale, pouvait être une manière de gagner plus d'argent (16).

Aujourd'hui, l'évolution de la démographie médicale et le prochain départ en retraite des généralistes rend les inégalités de densité de plus en plus importantes. Il est difficile, dans ce contexte, de faire de nombreuses visites puisque le temps passé en déplacement n'est pas du temps productif.

Donc la diminution des visites, souvent vues comme une perte de temps par les médecins, leur permet de se dégager du temps pour d'autres malades ou pour du temps personnel.

- ✓ *En fait mon prédécesseur si tu veux, lui il bossait le matin, et l'après-midi il ne faisait que des visites. Moi j'ai vachement restreint au niveau des visites et j'ai rajouté du coup des amplitudes horaires de consultations sur certains après-midis. (médecin 1)*

Pour la médecin 9, les visites à domicile vont même disparaître totalement :

- ✓ *Moi je ne pense pas que les médecins continueront à faire, à réaliser leurs visites eux-mêmes. Vous voyez bien que dans les villes de toute façon, déjà, il y a quasiment, il n'y a plus de visite déjà!*

Pourtant quand les jeunes médecins sont interrogés, il ressort qu'ils pensent qu'elles demeurent indispensables dans une bonne prise en charge du patient (17).

C'est surtout la population âgée qui est privilégiée dans ces visites. Les difficultés qu'elles ont pour se déplacer jusqu'au cabinet sont la principale motivation des généralistes. Ils veulent aussi continuer à suivre leurs patients, qu'ils ont parfois traités depuis le début de leurs carrières. Cet attachement à la continuité de soins est très important, comme l'est la relation médecin-patient. Il s'agit de faire son travail même si les conditions évoluent. Il est impensable pour la plupart des médecins de laisser son patient seul quand la perte d'autonomie s'installe et qu'il se retrouve de plus en plus isolé. En dehors de cette thèse, les médecins mettent souvent en avant que le généraliste est parfois la seule visite de la journée. De même, comment dire à ce patient, qu'on a suivi toute sa vie, qu'il ne pourra plus être soigné par son généraliste?

Les visites seraient aussi conservées pour les personnes en grande précarité ou des personnes isolées, parfois handicapées pour qui la consultation au cabinet est difficile d'accès.

Les médecins reconnaissent pourtant que la visite à domicile n'est pas facile. Là encore le temps dédié au soin n'est pas vraiment remis en question. En revanche les conditions d'examen au domicile sont, le plus souvent, inadéquates. De plus le dossier médical informatisé, si important dans le suivi des patients polypathologiques, n'est pas disponible, nécessitant, au mieux, une organisation du médecin pour pouvoir le consulter chez le patient. Le trajet et les risques pris sur la route, dans un agenda chargé, ne sont pas négligeables selon les médecins interrogés (17).

Dans cette quête du gain de temps les médecins réfléchissent à d'autres organisations. Si les visites sont restreintes et que le rayon de déplacement du généraliste est plus court, il resterait des visites qui ne pourraient être effectuées. Se pose alors la question de l'accès au soin de ces personnes. Les jeunes médecins se posent donc la question du suivi des personnes au domicile. Deux grandes hypothèses s'imposent : celle du transport des patients au cabinet par un service d'ambulance par exemple, ou celle de médecins dédiés au soin ambulatoire qui assurerait uniquement le suivi des patients au domicile.

Les jeunes médecins se posent la question mais n'y répondent pas.

b) Diminution du temps de garde

Il y a quelques années, les médecins se sont battus pour diminuer leur temps de travail et notamment le temps de garde. La réalisation de ces gardes est désormais basée sur le

volontariat et est organisée de manière disparate sur tout le territoire. Certains médecins doivent assurer des gardes en semaine de vingt heures à minuit ou des gardes de nuit profonde (minuit - huit heures), voire aucune garde dans la semaine. Les gardes de week-end s'organisent du samedi midi au lundi huit heures pour certaines ou s'arrêtent à vingt heures ou minuit selon les secteurs. L'organisation a été fixée avec les autorités locales et les médecins concernés.

Parmi les interviewés, seul un des médecins ne pratique plus les gardes. Pour lui ce n'est pas un choix puisqu'elles ont été retirées du secteur dans lequel il travaille.

Les autres praticiens interrogés sont tous inscrits à la permanence des soins.

Quatre d'entre eux ont décidé de donner systématiquement leurs gardes à des remplaçants. Ils n'assurent ni les gardes de weekend ni les gardes de semaine.

- ✓ *J'en fais plus, j'en faisais, mais non, non là j'en fais plus. J'en ai fait jusqu'à ce que je m'installe en fait, tout le temps que j'étais remplaçant, (médecin 1)*

Le médecin 2 a décidé d'assurer uniquement les gardes de semaine.

- ✓ *Toutes mes gardes je les fais! Enfin pas mes gardes de weekend, mes gardes de semaine je les fais. (médecin 2)*

Les médecins 4, 6, 8, 9 et 11 assurent toutes leurs gardes, qu'elles soient de weekend et de semaine pour les médecins 4 ou uniquement de weekend pour tous les autres.

- ✓ *Oui je participe à la permanence, une fois tous les six mois environ. Ce n'est que le weekend de toute façon ... (médecin 8)*

Tous les médecins s'accordent à dire que les gardes ont été plus nombreuses et astreignantes auparavant.

- ✓ *Avant c'était plus, on le faisait aussi (médecin 8)*
- ✓ *Parce qu'on avait des gardes de weekend qui étaient déjà plus fréquentes, environ une tous les deux mois, deux mois et demi, et on avait aussi les astreintes de semaine en fait. Donc, moi, étant en cabinet toute seule en fait, pendant les quatre, cinq premières années en fait, j'ai été d'astreinte tous les soirs, toutes les nuits en fait! (médecin 9)*
- ✓ *On était déjà de garde un jour sur quatre, un week end sur quatre. Et la nuit, et ce n'était pas régulier, maintenant c'est de la rigolade... n'en déplaie aux jeunes. (médecin 3)*

Tous les médecins interrogés ont participé à la permanence de soins dans leur carrière.

On constate que, dans cette thèse, ceux qui continuent à assurer leurs gardes de weekend sont en moyenne plus âgés que leurs confrères. En semaine seules deux médecins (femmes) assurent leurs gardes, plus qu'un choix cela semble une habitude.

Personne n'a remis en question la nécessité de la permanence de soins, mais son organisation dans certains secteurs est pointée du doigt. Pour ceux qui assurent la permanence de soins, le temps passé en garde est très important par rapport au temps passé en soin. Ce rapport n'est malheureusement pas prévisible et peu modifiable. Un des médecins propose de réduire les horaires par des plages d'accueil des patients comme cela se fait dans d'autres secteurs. Vu l'activité de certains secteurs on peut légitimement se poser la question du découpage, des horaires et de l'activité pendant les gardes. Cette question pourrait faire l'objet d'une remise à plat en fonction de l'activité enregistrée depuis plusieurs années.

Une autre manière de modifier la régulation des gardes seraient de généraliser l'essai mené par Marisol Touraine et de faire réguler les appels d'urgences par les médecins généralistes de garde. Cette façon de faire n'a pas été évoquée dans cette étude. Elle ne semble pas non plus avoir été plébiscitée par les médecins lors de son lancement.

L'autre manière d'accentuer l'activité pendant les gardes serait de mieux informer le patient, de la présence d'une permanence de soin et de les éduquer au réel rôle des urgences (18).

c) Le secrétariat

Les médecins ont aussi tenté de diminuer leur temps de travail en délaissant le secrétariat. Les médecins interrogés trouvent le temps consacré à la prise de rendez-vous long, non gratifiant et chronophage, la plupart du temps. Cependant 44% des médecins assurent encore eux-mêmes leur secrétariat.

Dans cette étude, pour dix médecins le secrétariat est une nécessité. Leur fonctionnement est adapté au médecin et à son mode de travail. Pour trois médecins le secrétariat est choisi à temps partiel. Pour les autres c'est un secrétariat à temps complet.

Les secrétariats participent à l'organisation de la journée, en organisant les RDV mais aussi les visites. Ce service permet aussi au médecin de partir en tournée sans être dérangé sur le trajet.

Quel que soit le modèle choisi, le médecin reste joignable au téléphone après le filtre du secrétariat. Cette organisation permet de garder un lien direct entre le praticien et son patient. Il peut alors gérer rapidement quelques problèmes tels que les INR, les ECBU ou les interrogations précises des patients.

- ✓ *Ca va vite au téléphone, tu ne perds pas ton temps! Il ne faut pas croire! Ça te dérange un peu mais tu règles un problème qui va te prendre beaucoup plus de temps après! (médecin 2)*
- ✓ *Non, il y a un secrétariat téléphonique qu'on utilise dans les moments de pressions, pour soulager la pression. Donc le lundi matin par exemple ou des choses comme ça. (médecin 7)*
- ✓ *Ben non, j'ai pris une secrétaire, à mi-temps. Il n'y a pas de secrétaire dans le cabinet! C'est une petite jeune femme, chez qui je bascule le téléphone, mais qui habite juste à côté du cabinet, qui prend les appels le matin, que le matin. (médecin 4)*

Globalement la qualité de la consultation paraît améliorée puisque le médecin reste concentré sur son travail. Le temps de consultation n'est pas parasité par de multiples coups de téléphone.

Parallèlement les secrétariats présents se voient aussi souvent confier les tâches administratives. Ils peuvent ainsi assurer les demandes de remplacements, la relation avec les services administratifs, les appels aux confrères et aux centres hospitaliers entre autres. Elles assurent aussi la commande du matériel, la gestion des stocks et des consommables.

Dans deux cabinets la secrétaire a aussi en charge la comptabilité journalière.

Là encore cela permet aux médecins de dégager du temps (médical ou personnel).

- ✓ *C'est les secrétaires qui font notre compta aussi ici, notre compta journalière et ça c'est un gain de... c'est du confort. (médecin 10)*

Le secrétariat représente aussi une aide dans la gestion de l'administratif comme la préparation des papiers lors d'examens spéciaux.

- ✓ *Et puis après elle vient me faire la comptabilité, et pour les permis de conduire elle vient faire les dossiers (médecin 4)*

La médecin 9, qui, elle, répond au téléphone même, parfois, en dehors des heures d'ouverture du cabinet pense qu'une secrétaire pourrait la soulager. Elle se consacrerait donc uniquement au soin en consultation.

- ✓ *Vu quand même le nombre d'heures qu'on fait, surtout quand on est installée à la campagne, on aurait besoin quand même un peu aidé, quand même par des secrétariats, des choses comme ça enfin!*

d) L'entretien des locaux

Aucun médecin n'a spontanément évoqué l'entretien des locaux. Pour les plus gros cabinets la présence d'une femme de ménage est systématique, en revanche pour les médecins travaillant seuls, un seul évoque la présence d'une employée qui s'occupe aussi de son domicile.

Pourtant selon les statistiques les médecins seraient encore 14% à s'occuper eux-mêmes de l'entretien du cabinet. Là encore, le temps dédié n'est pas fixé. Logiquement, selon cette étude, plus le cabinet accueille de praticiens ou de patients et plus les tâches annexes sont effectuées par du personnel.

Le travail en médecine générale

Une fois le cadre posé, concernant le temps de travail et la vie de famille, c'est l'intérêt du médecin pour son travail proprement dit qui a été au cœur de la discussion.

De nombreuses thèses sur les médecins généralistes s'intéressent au ressenti des internes concernant ce travail ou leurs aspirations ou encore des souhaits des externes pour leurs futures conditions de travail.

Pourtant ce sont les médecins installés (ou peut-être les remplaçants de longue date) qui peuvent décrire au mieux le travail au jour le jour. Ce sont eux qui vivent quotidiennement les joies de ce métier, le contact et la relation au patient, qui mettent en pratique l'art de la médecine. Ce sont aussi eux, qui par la durée de la relation avec leurs patients, comprennent le mieux le sens de leur travail dans sa globalité. En contrepartie, cette proximité avec le patient et la répétition des tâches, la connaissance du système les rendent plus aptes à apporter une critique constructive.

Dans cette thèse, les généralistes ont donc été amenés à réfléchir sur les aspects intéressants ou difficiles de leur exercice.

La première chose qui frappe lors des interviews est la prévalence des individus qui aiment leur travail. Tous ont, bien sûr, critiqué tel ou tel aspect de leur travail à un moment donné, mais il est intéressant de voir que les inconvénients liés au travail sont relégués au second plan.

C'est avant tout un certain « amour » du métier qui est mis en avant.

Cette notion est assez vague mais elle évoque, selon le contexte, autant l'envie de faire ce métier, une sorte de vocation médicale, que le plaisir de le pratiquer au jour le jour.

- ✓ *Les avantages de la médecine? D'avoir fait médecine? D'avoir fait ce que je souhaitais déjà! Donc déjà avant tout d'avoir réussi en fait à ... à exercer le métier que... dont j'avais toujours rêvé! (médecin 9)*
- ✓ *Bon je ne sais pas moi, c'est le métier que j'ai choisi, au départ et puis c'est un métier que j'aime voilà! (médecin 5)*
- ✓ *On fait un métier qu'on aime. C'est ça... C'est se lever le matin et faire quelque chose qu'on aime faire c'est tout... (médecin 3)*
- ✓ *Franchement j'aime bien mon métier moi hein! Ah oui, oui! Ben oui hein, on se plaint toujours mais euh... (Rires) (médecin 11)*

1) La relation avec le patient

La relation entre le patient et le médecin est au centre de la pratique quotidienne, elle est basée, depuis des siècles, sur l'examen clinique et l'interrogatoire. Cette médecine, qui s'occupe du patient dans sa globalité permet à chaque soignant de construire une histoire et une interaction propre. La somme de ces colloques singuliers conduit à une connaissance approfondie du patient, de son environnement et de son mode de vie. Tout cela concourt à un discours de confiance entre les deux parties.

C'est cet aspect du métier qui est le principal attrait pour huit des douze généralistes.

- ✓ *C'est un métier extraordinaire parce que tu as un rapport humain qui est quand même... Il n'y a pas d'équivalent!* (médecin 2)
- ✓ *En fait, ce que ça m'apporte, je dirai, j'aime bien la relation aux autres, j'aime bien mes patients, j'aime bien euh les voir, les soigner (...).* (médecin 3)
- ✓ *Mais c'est surtout la relation avec les patients qui est très importante.* (médecin 8)
- ✓ *Après... bon un autre avantage, ben, d'être au contact aussi des gens, moi j'aime bien le contact quand même avec les gens.* (médecin 9)
- ✓ *Enfin si c'est le contact social, d'être médecin généraliste surtout, d'être proche des gens... d'être dans le... Je ne sais pas c'est une relation très particulière. C'est un truc qui remplace rien d'autre.* (médecin 10)
- ✓ *C'est la relation avec l'être humain, avec la personne, hein! Ouais c'est surtout ça mmh! Le côté relationnel!* (médecin 12)

C'est le principal attrait de leur métier. Cette relation est créée au fil des années et des rencontres. Elle englobe la relation tant psychique, que physique.

- ✓ *Ben je veux dire ils sont à poils, physiquement et psychologiquement, devant toi. Donc il y a une confiance qui va s'installer. C'est quand même assez extraordinaire cette relation.* (médecin 2)

Les médecins interrogés insistent sur leur fonction de médecin généraliste, fonction reposant sur le suivi des patients au fil des générations.

- ✓ *Des médecins de famille, c'est pas du blabla! Tu connais TOUTE la famille : les oncles, les frères, les sœurs, les petits...* (médecin 2)

Chaque patient créé avec le médecin une rencontre singulière qui enrichit le médecin.

- ✓ *La relation elle est quand même importante, des fois c'est mes patients qui me remontent le moral (rires), ils ne le font pas exprès mais dans leur façon d'être et dans leur façon de... (médecin 10)*
- ✓ *J'aime bien être dans mon bureau, discuter... Y'a vraiment beaucoup de patients que j'aime vraiment bien tu sais?! C'est pas des amis mais j'aime bien cette relation avec les patients. (médecin 6)*

Cette relation permet aussi au patient de trouver une source de satisfaction. Cette réciprocité est importante pour que le patient soit à l'aise et que la relation puisse se développer.

- ✓ *Leur médecin traitant il est forcément bien parce que c'est eux qui l'ont choisi quelque part! (médecin 2)*

L'empathie fait partie de l'interaction entre ces deux protagonistes. Cette intensité dans la relation est d'ailleurs visible lorsque le médecin découvre une maladie grave, incurable ou lors du décès de leur patient. Deux des médecins interrogés parlent de ce moment comme une des principales difficultés dans leur travail, difficulté qu'il faut absolument dépasser. Les deux médecins parlent de ce moment avec peine.

- ✓ *Après y'a des moments difficiles, c'est vrai que quand tu découvres des merdes des fois t'es un peu retourné mais bon... Ça fait partie de ton métier et tu t'endurcis c'est clair, tu t'endurcis! On n'a pas le choix! (médecin 6)*
- ✓ *Et puis quand ils meurent! Ah ben oui! Fait chier! Ouais... La souffrance... Ah oui! La souffrance! Ça, ça me fait chier! Ah oui parce qu'avoir des patients, c'est l'empathie, la souffrance! Ah ouais... J'aime pas quand ils souffrent! Ben bref... (médecin 5)*

La relation médecin-patient est, à elle seule, selon cette thèse, un puissant appel à faire ce métier. Les satisfactions qui se dégagent de la relation à l'autre, de l'amitié ou de la reconnaissance sont très importantes pour les médecins interrogés. Cette facette de leur métier est celle qu'ils préfèrent. C'est aussi ce qu'aiment les médecins généralistes retraités qui continuent à pratiquer (19).

Selon une enquête parue dans l'atlas démographique de 2016 (15), les internes ayant fait un stage en médecine générale plébiscite cette spécialité. Au premier rang de leurs motivations se trouvent la relation au patient, l'inscription dans un modèle de prise en charge globale, en un mot cet attachement au médecin de famille.

2) Le service rendu

L'aura liée à la condition historique du médecin est toujours présente. Au-delà, chaque patient reçoit un soin et une écoute particulière du médecin. C'est cela qui crée, en grande partie, la reconnaissance envers le médecin.

D'après leurs interviews, chaque médecin prend plaisir à son métier en apportant ce soin et en se sentant utile vis-à-vis de son patient.

- ✓ *Quand tu sais que les gens vont mieux après t'avoir vu, que ça soit physiquement ou moralement, tu... Je ne sais pas, tu te sens... ben même si c'est un peu égocentrique de dire ça, ben ton égo il est un peu valorisé, de se dire ben j'ai fait des choses bien pour les gens ou je les ai aidé ou... (médecin 10)*
- ✓ *C'est pas qu'une notion de service hein, c'est une notion d'avoir fait quelque chose pour les gens, sans que ce soit forcément un service et puis aussi, euh, parce que ça doit être gratifiant pour soi-même de faire quelque chose qui valorise. (médecin 3)*
- ✓ *L'utilité que tu as pour ta patientèle. (médecin 6)*
- ✓ *Après t'as l'impression d'être un petit peu utile (sourire), la reconnaissance des gens, quand les gens sont sympas avec toi ou qu'ils te disent merci ou... c'est agréable quoi en fait. (médecin 12)*

Dans ces citations, on retrouve la profondeur de la relation qu'ils développent avec le patient, et, autant que l'importance du médecin pour le patient, celle de l'importance du soin et de la reconnaissance au médecin. Ils en tirent une grande satisfaction personnelle, reconnaissant un peu d'égoïsme. Pourtant cet aspect, découlant d'une bonne relation médecin-malade, semble être la principale récompense du médecin.

3) Le statut de médecin traitant

a) Avant

La relation médecin-patient est historiquement emprunte de respect du patient envers le médecin, tant pour la personne elle-même que pour la fonction de médecin généraliste.

- ✓ *Et puis c'est un métier qui te donne un statut dans la société qui est toujours reconnu et agréable. Quand tu es médecin tu passes partout! Où que tu ailles tu es quand même assez reconnu et... (médecin 2)*

- ✓ *On était un petit peu comme le curé et comme le notaire, nous quand on était jeune médecin. Donc ça avait quand même un côté agréable, cette forme de notoriété (médecin 6)*

b) Un statut professionnel et particulier encore palpables

Globalement les médecins interrogés retrouvent dans leurs interactions avec leurs patients cet état d'esprit:

- ✓ *Ils viennent : "Oh! On m'a dit tellement de bien de vous, y'a que vous qu'il faut voir, il faut absolument me prendre! "Ah là, là, on ne se sent plus (rires). Je rigole mais on se dit "On ne fait pas trop mal son boulot!". (médecin 4)*

Cette place particulière se retrouve aussi encore dans une vision plus globale de la société :

- ✓ *Oui on va dire qu'il y a encore, quand même, cette, cette forme de reconnaissance. ils ont quand même confiance en toi! Et ça c'est quand même gratifiant quoi! (médecin 1)*
- ✓ *C'est le médecin, c'est une place sociale à part. Après c'est pas plus ni moins qu'autre chose, c'est, c'est un peu comme le maire du village, il y a le médecin du village, il y a le maire du village, c'est une place particulière. (médecin 10)*
- ✓ *Il y a encore l'aura du médecin, pour certaines personnes, si tu veux, t'es "médecin" oh là là attention t'es la notable à côtoyer ou à éviter enfin... (médecin 12)*

Ce statut social est aussi bien représenté par le cercle social des médecins et les loisirs pratiqués.

c) L'évolution de la société

Bien sûr l'évolution de la société dans son ensemble et des mentalités en particulier contribuent à changer cet ordre des choses.

D'après les médecins les plus anciens cette relation a beaucoup évolué, passant de la position dominatrice du médecin dans un système paternaliste à une relation contractuelle dans un système informatif.

Cette nouvelle façon de penser et de faire perturbent les plus anciens des médecins.

- ✓ *On a quand même travaillé, nous aussi, à une époque où le médecin était considéré, donc... Maintenant c'est plus tout à fait le cas, les gens étaient... Nous gratifiaient, quand même! (médecin 6)*

- ✓ *Et puis alors aussi le manque, un peu, de fidélité aussi des patients aussi! Hein ça! Mais ça c'est déjà depuis quelques années hein! La mentalité médecin de famille, euh, ça a un peu disparu hein!* (médecin 9)

Le manque de confiance dans le médecin traitant est aussi retrouvé dans les interviews, ce qui existait moins il y a quelques décennies.

- ✓ *Donc ils viennent voir un médecin, pourtant depuis vingt ans, vingt-deux ans, etc, moi en l'occurrence vingt-deux ans et ce n'est pas pour autant qu'ils nous feront plus confiance que ça.* (médecin 9)

4) L'évolution des demandes des patients

a) Des patients de plus en plus exigeants

Tous les médecins en activité ont bien vu que les relations évoluaient depuis plusieurs années. Dans cette thèse, quelques-uns donnent leurs avis sur l'origine de cette transformation.

Les revendications, comme le rapportent trois des médecins interrogés, se retrouvent surtout dans l'organisation des RDV. Cela n'est pas retrouvé dans toutes les interviews, le filtre de la secrétaire étant sûrement la meilleure explication.

- ✓ *Il faut dire aussi que les gens sont moins stables, moins fiables, et... Ils nous cassent les pieds au téléphone, beaucoup plus (...) Aujourd'hui il faut négocier une demi-heure pour avoir un horaire de RDV qui convienne aux gens, il faut...* (médecin 7)
- ✓ *De plus en plus demandeurs et de plus en plus intransigeants! Ils ne supportent pas non plus de devoir attendre... Enfin... Oui intransigent c'est ça! Par rapport aux délais d'attentes et tout ça!* (médecin 1)

Cela est aussi la conséquence du changement dans la relation médecin-patient, passant d'une relation paternaliste à une relation contractuelle dans laquelle le patient semble de moins en moins s'adresser à un médecin traitant reconnu comme tel, mais à un médecin offrant un service à un instant T. Cette modification de la relation s'observe plus spécialement dans les prises en charge non médicales.

- ✓ *L'impression que les patients deviennent de plus en plus demandeurs! Mais pas demandeurs de soins quoi! (...) C'est docteur j'ai besoin de ça, ça, ça, faites le moi!".* (médecin 1)

- ✓ *"Ah oui mais c'était juste un papier" ; "Attendez c'est quoi votre papier? (parce que faire prendre un RDV juste pour un papier c'est un petit peu...) "Ouais c'est un truc de MDPH, non on va reprendre RDV". (médecin 7)*
- ✓ *Y'en a combien qui viennent te voir simplement, simplement pour de l'administratif, simplement parce qu'ils veulent justifier l'absence au boulot, mais y'en a combien? Combien? Qui ne viendraient pas te voir pour leur rhume ou leur petite fièvre s'ils n'avaient pas besoin d'un arrêt de travail? (médecin 6)*

D'autre part la multiplication des demandes au sein d'une seule consultation, est aussi décrite et décriée par les médecins. Cette nouvelle approche, dans laquelle les patients demandent de tout régler en une seule consultation, rapidement, peut être néfaste dans le temps et pour la prise en charge, d'après le praticien. Parfois le patient est peu conscient des multiples motifs qu'il ajoute, en plus des sujets qui doivent être abordés par le médecin, pour suivre le patient selon les besoins du moment.

- ✓ *Enfin t'as trois courriers de spé à faire plus ton renouvellement plus regarder la biologie, vérifier si c'est à faire! (médecin 12)*
- ✓ *Mais non pas trop d'exigeants je pense... Je leur dis aux gens "C'est pas Auchan ici! Eh" (rires). Bon je leur fais quand même! (médecin 11)*
- ✓ *Et en gros ils arrivent avec le diagnostic et le traitement qu'ils ont vu sur dr google quoi! (médecin 1)*
- ✓ *Après t'as l'impression parfois aussi que tes patients ils arrivent, qu'ils sont au supermarché et qu'ils ont décidé de ce qui voulait être noté sur l'ordonnance. Parfois t'as envie de leur passer le stylo! (médecin 12)*

Cet aspect est remarqué par plusieurs des médecins interrogés mais l'explication de ce comportement n'est pas perceptible. Manque de temps ou impatience des patients, peur de ne pas pouvoir revoir, rapidement, son généraliste, aucune justification de ce comportement n'est retrouvée dans cette étude.

Quelle que soit l'explication, cette façon de faire, dans un temps de consultation court, pressurise encore plus les médecins qui doivent déjà gérer la contrainte temps dans un agenda rempli.

Dans le même ordre d'idée, la présence en consultation de plus de personnes que prévues par le créneau dédié est difficile à gérer au quotidien. Au-delà de la contrainte du temps, un des praticiens met en avant un manque de respect ou de savoir-être du patient.

- ✓ *Moi ça ne me serait jamais venu à l'idée d'aller voir mon toubib avec euh... Pierre, Paul, Jacques, parce qu'il faut lui signer son certificat de sport et elle, elle a mal à son orteil quoi!* (médecin 1)

De plus la demande de soins semble sortir du cadre de la consultation au cabinet puisque certains patients, rencontrés en dehors du lieu de travail, n'hésitent pas à aborder leurs problèmes de santé.

- ✓ *Y'en a un, il y a pas longtemps, il commençait à me parler de ses jambes et de son dos en plein monsieur bricolage tu vois...* (médecin 1)
- ✓ *Y'a des patients qui sont peut-être gentils mais qui ont des fois leur biologie dans leur sac à main et qui, quand tu as ton caddie plein, eh bien ils te sortent la prise de sang pour te demander "oh fait, oh ben ça m'évitera d'aller vous voir"* (médecin 12)

Ces pratiques ne sont sans doute pas très récentes. Peut-être existe-t-il une accélération ou une généralisation de ces pratiques, toujours est-il que ces types de comportements participent à détériorer la relation médecin-malade car les praticiens se sentent envahis.

b) La nécessaire éducation des patients

Il s'agit alors pour eux d'éduquer le patient et de leur apprendre, encore et toujours, le cadre de la consultation, de son contenu et des comportements compatibles pour que les patients puissent parler librement de leurs problèmes mais aussi que le médecin puisse les prendre en charge le mieux possible dans une consultation sereine.

- ✓ *Rappeler de temps en temps "Ah non désolé vous en êtes au troisième motif de consultation, je pense qu'on va reprendre un RDV"* (médecin 7)
- ✓ *Après oui je me permets de leur dire "Ben voilà tu viens pour un sujet et pas pour deux, quand ils prennent un RDV et qu'ils se ramènent à trois, je leur dis "Ben c'est bien de prévenir!"* (médecin 1)
- ✓ *Il faut vachement les éduquer et quand tu les éduques à la médecine, au comportement qu'ils doivent avoir avec le médecin, avec le pharmacien, avec la secrétaire et tout ça se passe tellement mieux.* (médecin 2)

Pour quelques médecins la détérioration de cette relation est assez peu explicable, elle s'inscrirait seulement dans l'évolution de la société.

- ✓ *Non ils évoluent les patients, donc on est bon pour s'adapter, c'est évident que c'est plus les mêmes! Ils ont une demande d'information, de compréhension, de participation aux décisions qui les concernent. (médecin 7)*
- ✓ *Et je crois que c'est un problème qu'on rencontre un peu dans tous les domaines en fait! Le manque de confiance! (médecin 9)*

5) La diversité de la pratique médicale

La spécialité de médecine générale a été créée en 2004 comme LA spécialité qui englobe toutes les spécialités ou presque de la médecine.

La diversité des pratiques et des motifs de consultations ainsi que la transversalité qu'apporte la médecine générale, représentent le deuxième grand attrait de la médecine générale. C'est aussi le deuxième avantage retrouvé dans les études.

a) La diversité des motifs de recours

La relation médecin-malade s'inscrit dans la durée de la prise en charge. Les médecins sont donc amenés à soigner leurs patients, qu'ils soient jeunes ou vieux, femmes ou hommes, qu'ils abordent un problème physique ou psychiatrique.

Cette variété de prise en charge est historiquement le travail du médecin. Jusqu'à très récemment le médecin était en effet le garant de la santé de toute la famille, prescrivant les remèdes, pouvant pratiquer quelques actes de chirurgie et réalisant les accouchements difficiles au domicile.

Or les médecins interrogés dans cette étude sont aussi attachés à ce côté d'omnipraticien. Ils revendiquent la spécificité de la médecine générale qui est justement de s'intéresser à un vaste champ, permettant une prise en charge global du patient.

- ✓ *L'immense variété du travail, dans le travail, même dans le travail médical au cabinet, l'immense variété des rencontres, des gens, du type de soins, des prises en charge dans une journée, tu vois quinze choses différentes quoi donc... Des trucs intéressants. (médecin 7)*
- ✓ *C'est la diversité du travail. Parce qu'on voit du zéro à quatre-vingt-dix-neuf ans, cent deux ans même et que donc on fait plein de choses on voit plein de choses. C'est qu'on va de la pédiatrie à la psychiatrie, on voit beaucoup de psychiatrie, surtout en ville, des gens qui vont mal. Donc c'est aussi toute une partie assez intéressante, on fait de la gynéco, on fait... Même au point de vue actes techniques on peut en faire si on veut! (médecin 4)*

Cette globalité de la prise en charge et la multiplicité des champs médicaux abordés est aussi possible parce que le médecin généraliste est d'abord le médecin traitant du patient. Ce qui était sanctuarisé dans la notion de médecin de famille a été officialisé par la loi du 13/08/2004, instaurant le statut de médecin référent. Cette inscription renforce la position de premier recours du médecin généraliste et par conséquent permet de maintenir l'importance du nombre de motifs de premier recours. Leur connaissance du patient dans sa globalité est alors un atout mis en avant pour expliquer une meilleure prise en charge du patient.

Le généraliste est l'une des rares spécialités à devoir connaître tous les champs médicaux et à appliquer, longtemps après la fin des études, les connaissances qu'il a acquises au cours du socle commun de six années d'études. Les trois années de spécialisation rentrent plutôt dans le développement de la pratique de la médecine générale qui est très spécifique comme le rappelle la WONCA (1).

b) Une pratique intellectuellement stimulante

L'ensemble des cas rencontrés offre un panel intellectuellement stimulant pour le généraliste :

- ✓ *Ah ça apprend tout le temps! On apprend tout le temps! On a toujours des choses à apprendre, donc c'est stimulant pour la cervelle.* (médecin 4)
- ✓ *Après c'est intéressant quand même! Intellectuellement intéressant souvent!* (médecin 5)

Par contre chaque consultation apporte son lot d'incertitude et de réflexion que le médecin doit prendre en compte pour prendre la meilleure décision possible dans un temps donné assez court.

- ✓ *Mais en médecine c'est important, je pense que c'est important ça aussi! De se dire, quand tu prends une décision, à un moment T, si tu reviens une semaine après c'est évident que tu aurais peut-être pas pris la même décision avec des nouveaux éléments!* (médecin 5)

c) Le développement personnel continu

En même temps, la diversité de la pratique implique d'être au plus près de l'évolution de la médecine pour permettre de mieux soigner les patients. Or force est de constater que la médecine fait de nombreux progrès, dans tous les domaines et qu'ils sont de plus en plus rapides. Les connaissances acquises à la fin des études sont donc obsolètes en peu de temps.

Cet état de fait rend quasiment obligatoire la formation continue et l'acquisition de nouvelles connaissances. Pourtant un seul des médecins interrogés évoque sa participation aux formations.

✓ *Formation; ben je les fais les formations, ça va...* (médecin 11)

Une autre médecin évoque sa participation à des formations, non pas pour les mettre en avant, mais pour faire remarquer l'importance de rencontrer d'autres professionnels de santé, parfois des amies, pour discuter des soucis liés au travail ou au quotidien.

✓ *Ou alors peut-être discuter avec d'autres médecins mais qui sont pas dans notre groupe. Comme par exemple quand on va en formation ensemble, et tout ça.* (médecin 3)

Un autre médecin a évoqué aussi le manque de formation, plutôt par manque de motivation:

✓ *Des fois je me dis : "Merde, je ne suis pas un bon médecin, niveau connaissance je suis fichu quoi!". Et c'est vrai que derrière j'ai du mal à me remettre à jour, me poser un après-midi, ouvrir une revue médicale.* (médecin 1)

Dans cette thèse, la question de la formation n'a pas été abordée à part entière. La conclusion, quant au suivi ou non d'une formation médicale, sous quelque forme qu'elle soit ne peut être tirée.

Dans les faits, selon l'agence du DPC, il y a eu 324 712 comptes personnels créés sur www.mondpc.fr et 185 702 inscriptions à une action de DPC en 2018 (24). Concernant plus spécifiquement les médecins, on compte 46 399 praticiens, dont presque 30 000 généralistes, ayant souscrit à au moins une action de formation professionnelle. D'ailleurs, comme pour rejoindre cette thèse, il est intéressant de constater que les généralistes sont les plus demandeurs de formations interprofessionnelles.

d) La diversité dans les fonctions exercées

La diversité des modes de travail ajoute aussi de l'intérêt au travail de généralistes. Dans cette thèse quatre des médecins ont une activité médicale en dehors de leur cabinet et/ou de leur fonction de généraliste. Ainsi :

Le médecin 7 s'occupe d'une association de soins gratuits et expertise des séminaires de formation.

La médecin 4 dispense aussi des soins pour les populations d'immigrants (sans qu'elle ait précisé s'il s'agit d'une activité salariée ou associative), elle est le médecin référent dans deux MAS et est médecin expert pour les permis de conduire.

Le médecin 6 lui aussi est médecin expert mais pour l'aptitude aux postes de fonctionnaire.

Le médecin 8 est médecin coordinateur dans deux maisons de retraite.

D'un autre côté le médecin 11 a, lui, été contraint d'abandonner son salariat à l'hôpital il y a plus de vingt ans, parce qu'il ne trouvait plus le temps d'allier ses deux activités.

L'activité en dehors de celle du cabinet est donc, pour les médecins interrogés de cette thèse, un choix et une possibilité que les médecins apprécient.

- ✓ *Y'a des gens ils ont besoin de se perfectionner dans un truc, moi j'ai besoin de variété. Donc c'est le bonheur ce boulot là pour ça!* (médecin 7)
- ✓ *Mi-temps ouais... Après le libéral a pris le dessus et je n'ai pas pu assurer l'hôpital donc j'ai arrêté!* (médecin 11)

Pour les médecins 3 et 12, cette possibilité de changer de rythme et de développer d'autres points d'intérêts sont des pistes de réflexion à prendre en compte pour leur futur.

- ✓ *Peut être en vieillissant. Je pense qu'il y a un truc que j'aimerais bien faire c'est plus de prévention.* (médecin 3)
- ✓ *Des fois je me dis « est ce que je ne finirai pas ma carrière comme salariée à mi-temps ? », Tu vois en fait? Ça c'est un truc ouais...* (médecin 12)

La modification de la relation médecin-patient et l'évolution de la société concourent au changement de statut du médecin. Globalement les évolutions se retrouvent au sein de la consultation médicale.

Le contenu est bien sûr toujours basé sur une demande médicale mais la formulation de cette demande change. Dans le même temps la pratique quotidienne est marquée par une augmentation des demandes non médicales (comme les visites d'agrément) ou les motifs psychologiques (burnout, dépression...).

Les relations avec les instances décisionnelles

La place du médecin généraliste dans la société et dans le parcours médical est sensée être centrale. La WONCA caractérise le médecin généraliste comme le médecin du premier recours mais aussi celui qui s'occupe de tous les patients, centre de toutes les spécialités.

Pas spécialiste, facilement accessible mais technicien responsable d'organiser les soins complémentaires et les demandes administratives, c'est le médecin vers qui tous se tournent.

1) La place de l'administratif

La part du travail administratif est régulièrement critiquée par les syndicats et, dans cette thèse, c'est d'ailleurs le principal inconvénient mis en avant par les médecins interrogés. Cette partie de leur travail, loin du soin, n'est pas appréciée.

Si dix des médecins sont informatisés, la charge administrative reste, pour eux, trop importante. Ces médecins mettent même en avant que l'informatisation, voulue par les autorités, n'offre pas le gain de temps espéré.

Le remplissage des formulaires (feuille de soins, arrêt ou accidents de travail...), qu'ils soient informatiques ou manuels, est jugé comme étant une perte de temps, comme les rappels de la CPAM pour des erreurs de datation ou des retours de documents « mal remplis ».

- ✓ *Les gens ils reviennent, ils reçoivent leurs trucs, il faut recorriger... des conneries... Ils voient bien qu'on n'a pas fait exprès... Pas de rature, pas de... Ça c'est du fonctionnaire (médecin 4)*
- ✓ *Donc t'as quand même beaucoup de travail administratif. Avant je faisais beaucoup plus de médecine et beaucoup moins de papelards! (médecin 6)*
- ✓ *Ça m'agace, des papiers comme ça, il faut répondre. Des papiers comme ça de la caisse, qu'il faut répondre... Je les mets dans un coin et après je les oublie! (médecin 11)*
- ✓ *Moi j'ai pas hurlé, comme mes collègues, pendant très longtemps, que l'administratif était très lourd, je ne le trouvais pas. Aujourd'hui, avec l'informatique connectée, il devient très lourd! (médecin 7)*
- ✓ *On nous met de plus en plus d'administratif. On nous en met de plus en plus !! Il faut toujours faire de la paperasse, remplir des feuilles et des feuilles, changer les procédures. (médecin 8)*

L'autre partie administrative est le remplissage des dossiers type MDPH et ALD qui doivent être refaits tous les cinq ans. Ces dossiers sont encore considérés comme une perte de temps puisque les maladies donnant accès à ces droits sont par nature longues et irréversibles.

- ✓ *Les dossiers MDPH... Ils nous disent tous les cinq ans mais en fait non! Les nouveaux ils ont mal au dos et tout ça, il ne veut pas travailler et tout ça, que les gens se refilent et tout ça... encore! Mais les handicapés qui sont en fauteuil roulant depuis des années, qui sont neuneu et tout ça, qu'on nous demande de refaire, pour la énième fois, le truc! En plus de ça ils changent les formulaires! Et ils nous en mettent trois fois plus des fois que la science infuse revienne ! (médecin 4)*
- ✓ *Après le travail il va bien falloir qu'il y ait une interrogation auprès de nos dirigeants parce qu'il faut vraiment qu'on nous décharge de tous ces travaux administratifs, de toute cette paperasserie. Par exemple, moi j'estime qu'aujourd'hui, on doit arrêter d'envoyer les patients chez les médecins généralistes pour remplir tous ces dossiers de MDPH. (médecin 6)*

Force est de constater que les autorités ont un peu changé les choses puisque, dorénavant, certaines ALD seront renouvelées systématiquement.

Le travail administratif est ce qui cristallise le plus les tensions entre les médecins et les dirigeants. Sa place est jugée trop importante au sein de la consultation. Le patient devient un consommateur de temps sans soin à apporter. Cette modification du champ de compétence du généraliste, occupé à faire de l'administratif, pour lequel il n'a d'ailleurs pas été formé, au lieu d'utiliser ses compétences médicales, l'éloigne du travail qu'il a choisi.

L'idée de transférer le remplissage des formulaires à d'autres personnes fait écho chez plusieurs médecins, en revanche le statut de cette personne reste à fixer puisque les médecins interrogés ne semblent pas tous d'accord sur ce qui doit rester leur fonction première.

Ainsi, quatre médecins proposent que l'administratif puisse être géré par une tierce personne et que les arrêts de travail soient transférés à un autre professionnel, soit par la création d'un poste de médecin spécialisé, soit par un relai direct du médecin conseil. Cette proposition prendrait encore plus de sens en cas d'arrêt long, parfois jugé inadapté par le médecin traitant, mais pour lequel la relation médecin-patient rend difficile son arrêt.

- ✓ *On devrait créer un genre de filière pour faire ce genre de travail administratif et puis c'est tout. C'est possible! Tu fais des salariés! (médecin 6)*

- ✓ *On créé un nouveau boulot pour des nénettes qui ne vont faire que des paperasses de renouvellements, trucs d'aide-ménagère ou des conneries comme ça! (médecin 1)*
- ✓ *C'est les arrêts de travail! Mais c'est les déléguer aux médecins conseils (rires) mais ça bon... Dire aux gens: "si vous voulez un arrêt de travail, allez voir le médecin conseil". (médecin 5)*
- ✓ *Moi mon idéal ce serait que je doive décider si oui ou non il y a besoin d'un arrêt de travail; mais ça c'est impossible... Dans un second temps, tac, je renvoie le mec vers un médecin de la SECU et que ce soit le médecin de la SECU qui fasse l'arrêt de travail! Que je n'aie pas à faire l'arrêt de travail! (médecin 1)*

2) L'informatisation

Au début de sa mise en place, l'informatique permettait au médecin d'enregistrer les paiements et les éléments du dossier médical. L'adaptation à une « troisième personne » dans la consultation a parfois été difficile.

Puis la généralisation de l'informatisation était sensée pallier une partie de cette augmentation de tâches par des processus standardisés. Seuls deux médecins n'ont pas d'ordinateur dans leur cabinet, les autres ont adoptés le dossier médical informatisé.

- ✓ *Bon je trouve qu'avec la caisse, ça va tellement vite avec internet, c'est pas les plus chiants! Je ne dois pas être normal moi! (médecin 5)*
- ✓ *Oui si un peu ça va plus vite que de l'écrire... Non si les arrêts de travail je les fais en ligne, les protocoles de soins aussi c'est quand même mieux... (médecin 10)*

Les nombreux « plantages informatiques » (bugs informatiques, redémarrages intempestifs, dossiers volumineux) leur font perdre du temps et dérangent aussi la consultation.

- ✓ *Bon les 100% ça va un peu mieux! Parce que moi ça y est, je vais sur l'ordinateur pour faire les 100%, alors quand ça marche, ça va! (rires) (médecin 4)*
- ✓ *Combien de fois ça plante? Plus les gens qui te rappellent en disant "la SECU n'a jamais reçu le papier que vous avez fait par l'ordinateur, docteur! " Voilà! et là t'as même plus une trace! (rires) (médecin 7)*

Si l'informatisation ne peut pas être remise en question elle a entraîné une grogne chez les généralistes qui pensent, parfois, faire le travail de la caisse de sécurité sociale.

- ✓ *C'est à dire que la SECU a trouvé le moyen de faire des économies, c'est nous qui saisissons les arrêts de travail et les feuilles de maladie. Ça va dans l'air du temps. Mais ça c'est un temps de boulot en plus!* (médecin 7)

Aucun des médecins n'a parlé du dossier médical partagé (DMP) qui doit se généraliser dans les années à venir et qui reste soumis à l'apport d'éléments par les généralistes.

3) Un certain décalage avec les partenaires institutionnels

La difficulté à communiquer entre les médecins et la caisse semble parfois insurmontable. La multiplication des tâches administratives et cette informatisation croissante, prenant du temps sur la consultation et sur le temps médical participent aux mauvaises relations entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens.

Les médecins, libéraux, habitués à être leur propre patron ont peut-être du mal à s'adapter à une certaine hiérarchie non médicale.

a) Le manque de reconnaissance

Dénoncé par cinq des médecins interrogés, le manque de reconnaissance est un des désagréments les plus dénoncés.

Dans la pratique quotidienne les médecins ne pensent pas être traités par les autorités comme leur place « officielle », pivot du système de santé, le laisserait supposer. En effet la place centrale du généraliste, voulue par les pouvoirs publics pour limiter les dépenses de santé ne semble pas se répercuter sur la fonction de généraliste, à qui on demande toujours plus.

Pour eux la médecine générale a été mise à mal, ce qui a été orchestré par les instances publiques depuis plusieurs décennies.

- ✓ *La politique de santé qui a cru qu'il fallait enlever les médecins généralistes pour que la SECU coûte moins cher. En fait vous êtes les enfants de ça* (médecin 7)
- ✓ *Toute façon quand on en parle entre vieux médecins, je pense à C, je pense à F, on a tous la sensation qu'ils ne cherchent pas du tout à pérenniser le métier de médecin généraliste. On a franchement la sensation qu'ils font tout pour le faire disparaître.* (médecin 6)

Le manque d'implication des autorités à soutenir la médecine générale est aussi visible, toujours selon les médecins interrogés, par exemple, lors des campagnes de prévention, qui délaisseraient le généraliste.

- ✓ *La caisse de maladie de la Somme communique en envoyant une lettre à toutes les patientes en leur disant "c'est le moment de faire votre frottis, pensez-y, voici le numéro de téléphone où vous pourrez savoir quelle sage-femme pourra le faire" et où il n'est pas question du généraliste, euh bon... merci... (médecin 2)*

Les autorités apparaissent dans ce contexte comme des donneuses d'ordres qui n'ont pas de considération pour les médecins. Ceux-ci sont liés à une pseudo-hiérarchie qui les contrôle plutôt qu'elle ne les accompagne dans leurs problèmes quotidiens.

- ✓ *Mais n'importe comment tu ne peux plus lutter, il ne faut surtout pas lutter comme l'ont fait certains et puis il y en a qui font encore, lutter contre la SECU. La SECU c'est ton agent payeur, c'est ton patron. (médecin 2)*
- ✓ *C'est normal qu'ils nous fliquent hein! C'est... (rires). C'est tout à fait logique hein! (médecin 11)*

La multiplicité des tâches demandées avec cette notion de contrôle, fait que le médecin se sent utilisé, d'autant plus que la partie non médicale est imposée, que le médecin est peu formé et qu'il n'en ressort aucun sentiment d'utilité. Pourtant malgré cela les demandes sont de plus en plus variées et obligatoires

- ✓ *En gros c'est toujours le même discours c'est "Voyez votre médecin traitant!". Le nombre de fois où on te sort ça! "Vous avez besoin de ça? Voyez votre médecin traitant!". (...) Le médecin traitant c'est Castorama! (médecin 1)*

b) La vérification des prescriptions

La vérification des prescriptions est de plus en plus facile par la CPAM, liée surtout à l'informatisation des cabinets. D'autre part le nécessaire contrôle des dépenses publiques rend les contrôles justifiables pour certains.

- ✓ *Maintenant avec le code-barres, on le sait. Ah ben ils savent tout! Mmmh C'est vrai! Ah si, si, la caisse elle sait tout, tout ça qu'on fait, tout ce qu'on prescrit! (médecin 11)*
- ✓ *On peut coûter très cher! Mais tu vois la SECU ils savent bien à qui ils ont affaire après! Comme ils ont un relevé individuel depuis que je suis installé; ils savent exactement. (médecin 2)*

c) Le contrôle induit une certaine pression

Malgré cela les médecins interrogés se plaignent d'être contrôlés et contrôlables dans l'ensemble de leur travail. La prescription des arrêts de travail et des bons de transport, par exemple, sont facilement identifiables.

D'ailleurs ce contrôle défraie régulièrement la chronique par les conséquences judiciaires qu'ils peuvent avoir.

La pression induite par cette médiatisation gêne le travail au quotidien des médecins.

- ✓ *Les arrêts de travail: ben moi il y en a quelques-uns que j'ai « arrêté » y'a pas...de patients. Bon j'ai trouvé qu'ils exagéraient un peu mais euh je veux dire, je... J'avais quand même le poids de... quand même les tensions quand même de la SECU. Donc peut-être que je les aurai conservés si il n'y avait pas eu toutes ces tensions. (médecin 9)*
- ✓ *Là ils sont venus me voir pour les arrêts de travail et euh... Enfin c'est une pression c'est vraiment (...) J'étais pas bien une semaine avant alors que c'est débile parce que c'est purement administratif et que finalement quand ils sont venus, elle a regardé, ils avaient regardé quels patients étaient en arrêt de travail et c'est 80% de néo donc euh... Je ne vais pas les inventer quoi. (médecin 10)*

Dans ces exemples les médecins expriment leurs malaises face aux autorités. Une certaine pression se dégage des contrôles qui peuvent intervenir chez n'importe quel médecin et à n'importe quel moment.

- ✓ *T'as l'impression que ton activité libérale n'en est pas vraiment une parce que tu es un peu prise au piège! Je vais te dégoûter là (sourires). (médecin 12)*

Plus généralement, toutes les prescriptions peuvent être examinées. Les médecins peuvent ainsi recevoir des courriers, comme le médecin 11 :

- ✓ *Les papiers de la caisse là... J'ai mis du VERSATIS pour un monsieur qui a une douleur neuropathique au niveau du mollet, c'était pas un zona bien sûr mais enfin; voilà: "pourquoi vous avez prescrit ça???"... Voilà...*

Cela permet aussi de mieux remplir les objectifs de la ROSP. Le contrôle étant aussi étendu aux génériques et aux systèmes informatiques.

d) Des décisions en décalage avec la réalité

Les contrôles de la sécurité sociale sont donc difficiles à supporter par les médecins interrogés.

Ils reprochent aux autorités d'être peu ancrées dans la réalité quotidienne, adoptant une position dogmatique, là où le médecin se perçoit comme étant pragmatique. Cette pensée est sous-tendue par le fait que les praticiens sont face aux patients alors que les « donneurs d'ordres » sont, par définition, hors du cabinet.

- ✓ *Des gens de la caisse, là qui embêtent mes confrères, (qui ne m'ont pas embêté jusqu'alors) parce que, pour une question de, apparemment, d'augmentation, enfin, de nombre trop important d'arrêts de travail mais bon ces gens-là ne voient pas la réalité des choses! (médecin 9)*
- ✓ *Et puis sur les bons de transport. Enfin c'est un exemple mais là ils refusent quand on envoie quelqu'un aux urgences il faut qu'on l'envoie en allongé pour que ce soit pris en charge ; si c'est en VSL c'est pas pris en charge... (médecin 10)*

Ces décisions contestables pour les médecins se retrouvent aussi dans le choix des autorités de remettre les prescriptions de certains médicaments aux spécialistes. Les cas de primo prescriptions uniquement par les spécialistes ne sont pas mis en avant par les médecins interrogés qui semblent comprendre cette démarche. En revanche la remise en question de leur droit à prescrire un médicament, qui jusque-là leur était possible est beaucoup plus mal vécue, notamment par le médecin 6.

- ✓ *Maintenant tu vas prescrire le RIVOTRIL, il va falloir que tu envoies systématiquement ton patient chez le neurologue... (médecin 6)*

Une autre décision mal supportée par le généraliste interrogé est la surveillance des prises en charge pour les ALD et pour les dépistages.

- ✓ *Et je me disais c'est pas parce que tu le prescris que le patient va le faire. (...) Et si le patient il ne le fait pas et que tu as donné la feuille ben t'es quand même un mauvais médecin. (médecin 12)*

D'autant plus que, comme le rappelle la médecin 12, la prescription de tel ou tel examen n'est pas forcément suivi de sa réalisation. Il faut savoir expliquer au patient et le convaincre que cette prise en charge est nécessaire à sa bonne santé.

Dans les faits cela semble contraire aux idées revendicatrices que développeraient les patients, d'après les médecins interrogés. Pourtant cette vision binaire n'est pas inimaginable dans la pratique quotidienne.

4) Modification du rapport au patient

L'ingérence de la sécurité sociale dans les prescriptions des généralistes entraîne un ressentiment contre la caisse. Elle est différemment vécue par les médecins interrogés mais certains mettent en avant que la relation qui les unissait à leurs patients, emprunte de secret médical et de liberté de prescriptions, disparaît petit à petit à cause de cette pression.

- ✓ *C'est pas évident parce que de toute façon si on suit vraiment ce que nous dit la SECU, ben en fait on peut perdre déjà certains patients! C'est clair! Parce qu'il y a des patients, notamment qui ne veulent pas de génériques, d'accord? Donc voilà... Les bons de transport aussi... (médecin 9)*
- ✓ *Hier, j'ai eu une patiente qui me dit "Ah ben j'ai eu un coup de fil de SOPHIA; ah ben ça va, SOPHIA ils m'ont dit que j'étais bien suivi, que vous me suiviez bien! " Tu crois que c'est normal, qu'une secrétaire, qui n'est pas médecin, au téléphone, elle aille juger le travail d'un médecin?! (médecin 12)*

Avec la multiplication des contrôles les médecins pensent que leur champ de prescription se rétrécit ou, qu'au moins, la liberté de prescription est atteinte. Cela se retrouve dans la consultation avec l'idée que parfois ce qui serait demandé par les autorités ne serait pas ce qui serait le plus adapté au patient.

- ✓ *Moi je trouve que c'est pour nous fliquer encore plus aussi. (médecin 12)*
- ✓ *On est fliqué en fait... Ils peuvent pas se dire qu'on fait notre boulot en conscience (médecin 10)*
- ✓ *On était libre avant! Il n'y a plus de liberté! Je trouve que, de toute manière, avec les recommandations, avec les tac... Les libertés elles se perdent... La liberté de prescription, ou euh... (...) Mais il n'y a plus le ... feeling... Je ne sais pas le petit truc qui fait que de temps en temps on faisait ça, parce que c'était tel patient. On ne traite plus l'être humain, on traite juste une pathologie c'est tout! (médecin 11)*

5) Ce qu'il faudrait faire

Les médecins interrogés, c'est clair, voient d'un mauvais œil la multiplication des contrôles et la diminution de leurs libertés. Chacun met en avant ce qu'il pense être plus adapté à leur situation.

a) **Faire venir des agents sur le terrain**

Pour les médecins le manque de discernement concernant les reproches qui leurs sont faits, le « mauvais » choix des critères, la multiplication des contrôles et des sujets de discordes entre médecins et autorités relève d'un manque de connaissance du métier de généraliste.

Cette façon de faire, loin des cabinets et sans concertation déplaît aux médecins, d'autant plus que les visites des agents de la CPAM sont liées au rappel des critères à respecter ou à l'analyse des prescriptions du médecin.

- ✓ *Et ils sont là souvent quoi, on les voit au moins je ne sais pas... Au moins dix fois par an quand même! Un jour c'est les antibiotiques, un jour c'est les transports, un jour c'est l'arrêt de travail euh... un autre jour c'est la ROSP, après c'est autre chose et puis voilà... (médecin 12)*

Ainsi la médecin 9 propose que des agents, missionnés par les caisses d'assurance maladie puissent suivre les consultations avec les médecins. Ils espèrent ainsi que la caisse appréhenderait au mieux les tenants et les aboutissants de la consultation, comprenant mieux les difficultés rencontrées par les généralistes.

- ✓ *Il faudrait qu'il y ait des gens qui interviennent sur le terrain! Qui accompagnent, qui accompagnent les généralistes, qui voient la vie de tous les jours, les consultations, le contact et les relations avec le patient, les difficultés qu'on rencontre... C'est ça qu'il faudrait faire mais bon... C'est irréaliste! (médecin 9)*

b) **Mettre en avant le rôle du patient**

L'entretien particulier et le contrat qui est passé lors de la consultation est basé sur ce que le médecin pense être le mieux pour son patient. Pourtant alors que les directives sont données, on peut bien souvent constater que les patients ne sont pas toujours aussi disciplinés qu'on le voudrait.

- ✓ *Le côté négatif c'est qu'on se rend compte aussi, de plus en plus, que les patients, enfin que les gens sont difficiles hein! Que la gent humaine est très difficile à régir en fait! Parce qu'on se rend compte que les gens sont très compliqués en fait et ça on s'en rend compte de plus en plus en fait! (médecin 9)*

- ✓ *Après, les gens qui mettent un an, ou qui le garde et qui le mettent à la poubelle, ben t'es pas responsable, c'est pas pour autant que tu n'as pas fait ton travail. Tu ne peux pas aller faire le prélèvement à la place des gens! Il faut que les gens se prennent en charge aussi. (médecin 12)*

L'éducation des patients est très importante dans la relation médecin-malade. Elle doit être basée sur la confiance mais certains praticiens mettent en avant l'ascendant, réfléchi, qu'ils doivent avoir sur leurs patients afin de leurs faire faire ce qui est le mieux pour eux.

- ✓ *C'est franchement pour garder ce statut pour pouvoir imposer des choses des fois délicates et difficiles. Y'a des décisions compliquées. Donc c'est vachement important de garder une hiérarchie un petit peu mais une hiérarchie intelligente évidemment! En respectant les gens évidemment. (médecin 2)*

En plus de cette éducation, pas toujours facile à mettre en œuvre il faut le reconnaître, la médecin 12 propose que la sécurité sociale communique plus sur le rôle du médecin et de ses capacités.

- ✓ *Ça tu vois, la SECU elle pourrait dire "votre médecin vous a remis votre test, faites-le" quoi! Ils pourraient communiquer de temps en temps comme ça! (médecin 12)*

Pour elle la responsabilité du patient est aussi à prendre en compte dans les suites d'une consultation, d'autant plus que les patients sont de plus en plus exigeants et participent de plus en plus aux décisions concernant leur santé.

La rémunération du travail

Le libéralisme est une doctrine économique basée sur l'initiative personnelle et la libre concurrence ou une philosophie politique qui vise à garantir la liberté de chacun (21).

Elles ont été transposées à des métiers comme avocat, architecte ou médecins et se caractérisent comme « une profession qui a pour objet un travail intellectuel effectué sans lien de subordination entre celui qui l'effectue et celui pour le compte de qui il est effectué, dans le respect de règles déontologiques et dont la rémunération ne revêt aucun caractère commercial ou spéculatif » (22).

Historiquement le médecin a été rémunéré selon un modèle libéral. Le médecin travaillait, sauf exception au sein d'un hôpital, seul, encaissant ses honoraires en fonction de son travail et, il faut bien le rappeler, bien souvent en fonction des revenus des personnes soignées.

Cet état de fait s'est modifié avec la création en 1945 de la sécurité sociale. Le remboursement des actes médicaux s'est développé à sa suite entraînant un meilleur niveau de vie pour le praticien qui pouvait enfin être rémunéré à chaque consultation et par l'ensemble de la population.

Selon l'imaginaire collectif, le médecin fait partie des notables de la société et, par conséquent, gagne correctement, voire même très bien, sa vie.

Selon les statistiques de la DREES de 2016 (23), le revenu d'activité moyen des omnipraticiens s'élève à 106000 euros par an. Pour comparaison le revenu moyen des médecins les mieux rémunérés est d'environ 190.000 euros pour les radiologues et les anesthésistes.

Cet écart s'explique en partie par l'activité de secteur 2, bien plus présent dans les spécialités d'organes (41% voire même 79% pour les chirurgiens) que pour les omnipraticiens (seulement 10%).

1) Les médecins gagnent leur vie convenablement

Dans cette thèse, certains des médecins adhèrent à l'idée qu'ils gagnent bien leur vie.

- ✓ *Au niveau pécuniaire, c'est clair que c'est quand même un... On n'est pas à plaindre je trouve! On gagne bien notre vie. (médecin 1)*

- ✓ *Et puis après on gagne quand même correctement notre vie. Euh voilà, il y a quand même cet aspect un petit peu financier qui fait qu'on n'est pas malheureux. (médecin 3)*
- ✓ *Je gagne moins que certains collègues, OK, mais j'ai une moyenne de revenus de quatre mille euros par mois net, avant impôt, c'est... c'est pas dramatique hein! Je ne suis pas un pauvre! (médecin 7)*
- ✓ *On est bien payé, on gagne bien notre vie hein! C'est pas... C'est vrai hein! (médecin 11)*

Dans les faits le revenu mensuel déclaré des médecins généralistes est de 5700 euros par mois. Toujours par comparaison avec les catégories socio-professionnelles supérieures, le médecin généraliste est rémunéré à la même hauteur que les 10% des cadres les mieux payés (23).

Toutefois ce salaire est bien moins élevé que celui des spécialistes qui culmine, en moyenne, à 7200 euros par mois.

Le médecin 5 est le seul à parler de cet écart entre les spécialistes et les généralistes. D'après lui, il gagne correctement sa vie mais, en contrepartie, il est conscient que son train de vie est fonction de ses amplitudes horaires.

- ✓ *L'idéal ce serait des horaires et des horaires où on gagne bien sa vie! Voilà... Comme les autres spécialités. Ou alors les autres spécialités qui gagnent moins bien leur vie pour que ce soit tous pareils quoi! Il n'y a pas de raison qu'il y ait une différence, entre les spécialités!*

2) Malgré une diminution globale des revenus

La plupart des médecins interrogés ne sont cependant pas d'accord avec ce constat. S'ils admettent que leur situation financière peut être enviable, et que les rémunérations par consultation ont été augmentées, les plus anciens mettent surtout en avant que le niveau de vie a diminué depuis quelques décennies. Cette perte de revenus est compensée par la multiplication des actes effectués par les praticiens.

- ✓ *Non! Globalement on ne gagne plus bien notre vie! (médecin 9)*
- ✓ *Quand j'ai commencé médecine le métier de médecin permettait de bien gagner sa vie! Tu travaillais, t'avais beaucoup de responsabilités mais tu gagnais bien ta vie. (médecin 6)*

- ✓ *Bien sûr qu'on gagne bien notre vie. Le danger c'est que tu peux... plus tu travailles plus tu gagnes ta vie. (médecin 2)*
- ✓ *Moi là j'ai un désavantage (temps de travail long); mais je gagne bien ma vie! Je ne suis pas malheureux; je gagne bien ma vie! (médecin 5)*

3) **Solutions pour garder le même niveau de vie**

a) **Multiplier le nombre d'actes**

Pour permettre d'enrayer le déclin des revenus la première idée est d'augmenter le nombre d'actes. Cette solution n'est pas du tout appréciée par les généralistes. Elle semble, pour les médecins, synonyme de travail répétitif, parfois hâtif et d'une perte de la qualité de la relation médecin-patient qui leur est si chère. Or la dégradation de cette relation n'est pas acceptable pour les médecins interrogés.

- ✓ *Aujourd'hui pour bien gagner ta vie il faut multiplier les actes, et ça c'est pas bien. (médecin 6)*

b) **Augmenter la valeur de l'acte**

Afin de ne pas avoir une activité trop forte, tout en gardant un bon niveau de vie et surtout de bonnes conditions de travail, le moyen le plus cité est une augmentation de la valeur de l'acte. L'acte est entendu comme la mise en exécution de savoirs appris et de compétences particulières, développées au cours de la carrière. C'est le déroulement de la consultation, qui met en jeu toutes ces facultés dans un acte intellectuel et la prise de responsabilités qui permettent aux médecins de revendiquer une augmentation du revenu.

- ✓ *L'argent c'est pas vraiment mon truc mais sincèrement, sincèrement je trouve que pour le niveau d'études qu'on a, vingt-cinq euros, même si c'est un prix hein, faut pas dire le contraire, pour les gens vingt-cinq euros c'est... surtout la population que j'ai! (...) vu le temps qu'on passe, vu l'attention qu'on prend, les responsabilités qu'on prend, tout ce qu'il faut assurer par derrière, même si c'est peut-être par ordinateur et tout ça! Ca se paie! (médecin 4)*
- ✓ *Donc je trouve quand même que, l'acte n'est pas bien rémunéré, c'est un acte intellectuel qui n'est pas bien rémunéré. (médecin 6)*
- ✓ *On nous demande beaucoup pour une consultation qui est valorisée, qui est payée vingt-cinq euros quoi en fait! (médecin 12)*

- ✓ *Je crois qu'une revalorisation de l'activité elle serait quand même le bienvenu. C'est clair que, c'est pas bien cher payé pour faire le boulot que je décris... (médecin 7)*

Pour la médecin 4, la création de cotations d'actes utilisables en médecine générale (si elles ne sont pas trop compliquées à utiliser) seraient plus utiles.

- ✓ *Après ce qui est difficile pour moi, pour nous, ils nous ont mis des cotations, vous savez des trucs pour les enfants, pour les grands, pour les petits, consultations après hospitalisations ou je ne sais pas, il y a deux ou trois trucs comme ça. Les rares fois où j'ai essayé de les mettre parce que c'était ça, ils m'ont renvoyé que ça ne rentrait pas dans le cadre (rires) (médecin 4)*

c) Prendre en compte les compétences des généralistes

Cette demande d'augmentation des revenus, par le paiement à l'acte est aussi sous-tendue par le fait que le salaire moyen des généralistes est moins important que celui des spécialistes. Les médecins se comparent aussi aux autres professions libérales, trouvant qu'ils gagnent mieux leurs vies ou à d'autres professions, tels que les employés sortant de grandes écoles qui, eux, outre leurs salaires importants, bénéficient d'avantages sociaux.

- ✓ *J'ai beaucoup de neveux et nièces qui ont fait des grandes écoles de commerce, il faut voir ce qu'ils gagnent comme fric! En ayant des horaires, c'est du neuf heures-midi, deux heures-cinq heures et puis après la journée elle est finie. Le vendredi soir on a fini, on a des RTT sans arrêt, ... (médecin 6)*
- ✓ *Aujourd'hui le déplacement du plombier est mieux rémunéré que le déplacement du médecin, faut pas déconner, c'est pas normal! (médecin 6)*
- ✓ *Ben oui déjà réévaluer la consult parce que quand t'as fait bac +huit, bac +neuf, bac +dix euh, je pense que tu peux avoir des exigences au niveau professionnel par rapport à un type qui a fait une école de commerce en cinq ans et qui va déjà gagner sa vie bien mieux que toi quoi en fait! (médecin 12)*

Dans les faits le salaire médian des pharmaciens, par exemple, sont de 7700 euros ou de 10600 pour les biologistes dirigeant un laboratoire.

d) La nouvelle valeur de la rémunération à définir

L'augmentation de deux euros de la consultation depuis 2018, n'est visiblement, pas assez importante pour certains.

- ✓ *Le prix des consultations a été augmenté de deux euros, deux euros c'est nul, je pense que c'est se moquer de notre tête! Complètement!* (médecin 9)

Pour eux, la rémunération correcte d'un acte ou d'une visite devrait être plus importante que la rémunération actuelle:

- ✓ *La consultation de médecin généraliste ça devrait être cinquante euros!* (médecin 4)
- ✓ *Moi je pense qu'une consultation devrait, au minimum, être aux quarante euros! On va dire quarante euros, et puis la visite elle devrait être payée nettement plus chère. Moi je trouve qu'une visite de médecin ne devrait pas être au-dessous de cinquante euros! Plus les déplacements.* (médecin 6)
- ✓ *Une consultation d'avocat, une consultation! C'est cent cinquante euros! il passe une heure peut-être!* (médecin 4)

4) Une augmentation des charges qui peut expliquer cette baisse de revenus

D'après les médecins interrogés l'augmentation des charges est aussi une explication à la diminution des revenus.

a) Le secrétariat

Par ailleurs jugé quasiment indispensable, le secrétariat est le premier poste de dépenses.

- ✓ *Donc ça me coûte mille deux cents euros par mois, ce qui n'est pas rien, parce qu'avec les charges...* (médecin 4)
- ✓ *Des secrétaires... Même si ça nous coûte cher c'est quand même un confort de vie* (médecin 10)
- ✓ *C'est cher! Les charges sociales c'est énorme! Nous ce qu'on paie en charges sociales pff... c'est énorme!* (médecin 2)

Le coût du secrétariat est d'ailleurs considéré comme un frein à son utilisation pour les médecins exerçant seuls.

b) La charge fiscale

C'est le deuxième poste de dépenses. Son importance est dénoncée par six des médecins interrogés.

- ✓ *On gagne bien notre vie hein! C'est pas... C'est vrai hein! Bon après c'est pour donner aux impôts!* (médecin 12)

- ✓ *Ils m'ont dit, à la CARMF, qu'ils recevaient mais toutes les semaines, toutes les semaines, ils reçoivent des jeunes médecins, toutes les semaines, qui n'arrivent pas à payer leurs cotisations et à qui ils disent qu'il faut qu'ils quittent la médecine générale, que de toute façon ce sera toute leur vie comme ça!* (médecin 6)
- ✓ *Et la charge fiscale est vraiment...Enfin les charges sociales et fiscales sont vraiment... Ça devient prohibitif quand même!* (médecin 6)
- ✓ *Entre les... Enfin, entre la CARMF, l'URSSAF et les impôts on arrive maintenant entre le tiers ou plus le tiers que la moitié de ce qu'on récupère au niveau des consultations et des visites! Donc non on a trop de charges! On a trop de charges!* (médecin 9)
- ✓ *Non tu gagnes mais il faut payer derrière! Il faut bien penser qu'il y a des URSSAF, il y a des cotisations, il y a de la CARMF, il y a des loyers, il y a de l'investissement, il y a...* (médecin 2)

Au-delà de la pression fiscale s'ajoute un manque de flexibilité des prélèvements. Le calcul des cotisations étant fixé par rapport à l'année antérieure, tout manque à gagner au cours de l'année peut être pénalisant.

La médecin 10 parle ainsi de ses difficultés financières au cours de son congé maternité.

- ✓ *Ah si aussi pour mon congé maternité! J'ai été payé en février, j'étais en congé depuis le mois d'octobre. (...) C'est pas suffisant du tout, ben pour gérer les charges, les impôts avec les charges du cabinet... Ben là j'ai mis un an à m'en remettre de mon congé maternité et de revivre normalement.* (médecin 10)

La médecin 12, elle, parle du délai de carence de la CARMF en cas d'arrêt maladie.

- ✓ *Quand t'es malade la CARMF tu as quatre-vingt-dix jours de carence! Pour commencer à être rémunéré! Donc ça veut dire que quatre-vingt-dix jours... Faut que tu sois quand même... que tu aies un truc grave quand même! Donc quatre-vingt-dix jours de carence, ils ne t'oublient pas quand il faut payer quoi en fait!* (médecin 12)

c) Les coûts de fonctionnement

Les coûts de fonctionnement, en dehors du secrétariat n'ont pas vraiment été cités. Pour les médecins travaillant seuls cette charge est assez peu importante. En revanche, pour les médecins travaillant en association, ces dépenses sont beaucoup plus élevées. Les médecins supportent le loyer ou les frais de fonctionnement comme le coût des salariés ou l'informatisation nécessaire des cabinets.

- ✓ *Les exigences sont de plus en plus fortes, ont des coûts de plus en plus importants, donc les coûts de fonctionnement, même quand on bosse dans du "chip" comme chez nous, ils augmentent. Voilà, aujourd'hui c'est difficile de bosser sans un secrétariat, on passe de plus en plus de temps avec ce machin-là (ordinateur), et tout ça il n'y a pas de retour sur rémunération. (médecin 7)*

Concrètement, cette augmentation ressentie des charges a été objectivée par la DREES (24) qui indique une augmentation de 0,5% des charges pour les généralistes (contre 1,6% pour les chirurgiens) en 2012/2013. Ce chiffre augmente même à 1,5% entre 2011 et 2013.

Le taux de charges en 2013 culmine donc à 44,7% des revenus des généralistes. Elles comprennent l'ensemble des dépenses professionnelles (loyers, location de matériel, dépenses personnelles), les impôts et les taxes professionnelles ainsi que les cotisations sociales et les contributions amorties dans la fiscalité.

Seuls les impôts sur le revenu ne sont pas comptabilisés dans cette analyse.

5) La rémunération à l'acte, synonyme de liberté

Le pendant au paiement à l'acte est que l'absence d'activité entraîne une absence de rémunération. Malgré cela, nombre de médecins, nous l'avons vu, privilégie la diminution du temps de travail pour pouvoir s'occuper d'affaires privées, de leurs enfants ou simplement pour prendre du temps pour eux.

La recherche d'un fort niveau de vie n'est plus aussi vraie qu'avant si on en croit les anciens médecins.

- ✓ *Ils ne font pas beaucoup d'actes! Ils préfèrent vivre comme ça euh... Ça aussi je ne comprends pas très bien! Vivre avec deux mille euros par mois (...) Leur faire comprendre que si ils arrivent à s'organiser correctement, on peut gagner sa vie correctement! (médecin 4)*
- ✓ *Il y a vingt ans (...) la vie de couple était un autre mode de fonctionnement, la réussite socio-économique, à mon avis était plus importante...euh... Je suis parti de rien quoi! (médecin 5)*

Cette nouvelle vision des choses est, sinon partagée, au moins comprise par le médecin 6, qui, malgré son proche départ à la retraite, pense que la diminution du temps de travail est inévitable. La première raison serait le besoin d'organisation pour s'occuper de sa famille

(comme lui-même a réussi à faire), la seconde serait plus motivée par le taux de prélèvement fiscal.

- ✓ *Quand j'ai entendu ce qu'on réclamait, l'an dernier, en plus, d'impôts à mon fils, au dernier tiers et ce qu'on lui réclame en plus au dernier tiers d'URSSAF cette année je dis, je comprends qu'il dise « ça sert à rien de travailler au-delà de dix-neuf heures, j'arrête et c'est tout". Je comprends maintenant alors qu'avant j'avais un œil critique sur ce genre de comportement. (médecin 6)*

Enfin le modèle libéral permet tout de même de donner à chacun le niveau de vie auquel il aspire. Selon le médecin 2, il s'agit de savoir ce qui est important pour chacun.

- ✓ *Et après ton niveau de vie derrière que tu dois régler en fonction de ça. Il faut savoir d'où tu viens, où tu vas, ce que tu veux dans la vie quoi! Après c'est vite tentant et quand tu es médecin tu as vite accès à des loisirs, à des choses intéressantes mais plus chères, payantes. Après c'est une question de bon sens où il faut... Ben c'est à toi de te régler! (médecin 2)*

6) La ROSP et les aides de l'Etat

a) Le constat

Pourtant le modèle du paiement à l'acte, qui a toujours été le modèle de base, est de plus en plus mis à mal ces dernières années. L'instauration du médecin traitant en 2005 (25), par exemple, a permis de mettre en place une rémunération forfaitaire, versée par la CPAM, garantissant un complément de revenus.

La principale aide, mais souvent décriée, à laquelle les médecins peuvent avoir accès est la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Celle-ci est calculée de manière individuelle, en fonction des prescriptions de chacun et selon un barème préétabli par la CPAM.

Pour la ROSP du médecin traitant de l'enfant les principaux axes de contrôles sont l'asthme, la prévention, la prescription des antibiotiques ou les dépistages (26).

Pour la ROSP de l'adulte, l'accent est mis sur la prise en charge des maladies cardiovasculaires, le diabète ou l'HTA. La prévention par la vaccination ou les interventions brèves et le dépistage des cancers font aussi partie des critères de rémunération (27). Le contrôle des

prescriptions (part des génériques ou de certaines spécialités), est, quant à lui, bien moins accepté par les généralistes, nous l'avons déjà évoqué.

Ces éléments sont soit déclaratifs, soit, dans la plupart des cas et de plus en plus souvent, basés sur les prescriptions et les résultats biologiques, contrôlables par la sécurité sociale.

Le calcul des compensations se base aussi sur le nombre de patients inscrits dans la patientèle du généraliste.

Cette rémunération est encore pensée par la majorité des médecins comme un forfait, établi sur des modèles déclaratifs, peu en lien avec les objectifs de santé publique.

Il existe une certaine labilité dans les éléments pris en compte et la rémunération qui est perçue est donc elle aussi changeante. La plainte est donc, un peu aussi, dans le manque de transparence (au moins ressenti) des paiements pouvant être obtenus.

Tout cela cristallise les tensions entre les médecins et les caisses de sécurité sociale.

On notera aussi que, depuis 2005, une rémunération forfaitaire de quarante euros par an et par patient inscrit en ALD.

Une autre rémunération s'élève à cinq euros par patient inscrit dans la patientèle, par an.

b) Ce que pensent les médecins interrogés

Même si cela change quelque peu, les médecins qui évoquent la ROSP, et plus globalement la rémunération par forfait, dans leurs interviews, pensent qu'une revalorisation de l'acte serait plus profitable.

L'attachement au profit dégagé de son seul travail est encore tenace dans l'esprit des médecins installés.

Dans ce contexte, le versement de rémunération par la sécurité sociale est vu comme un moyen de diminuer la liberté des médecins, dans leurs prescriptions mais aussi dans leurs choix au quotidien.

La rémunération se faisant sur des critères établis par la CPAM et en fonction de prescriptions vérifiables par les logiciels, le contrôle est nécessaire pour délivrer une rémunération. C'est ce contrôle qui est difficile à admettre pour les médecins, d'autant plus que la participation active du médecin est demandée (même si elle ne l'est pas tant que ça dans les faits).

- ✓ *Maintenant tu as des objectifs financiers pour toi, pour la SECU, pour tout, et c'est vachement... Ça c'est un peu fatigant quoi parce qu'on nous demande de plus en plus de paperasses en plus!* (médecin 2)

- ✓ *J'ai cliqué sur la ROSP c'est d'un complexe! C'est impossible d'avoir les objectifs quoi (médecin 12)*

D'autre part les items mesurables et mis en exergue par la ROSP sont assez critiqués. La façon de mesurer ou la pertinence des critères est mise en question.

- ✓ *Le fait d'avoir un logiciel qui surveille nos prescriptions quand ça fait trente ans qu'on a passé progressivement aux génériques toute notre, tout notre logiciel de prescription; qui est libre, qui nous est adapté, qui est pleinement adapté bon... Ça gagne pas de temps et ça coûte des sous voilà... C'est comme ça qu'on peut toucher une rémunération de la ROSP, par exemple. (médecin 7)*
- ✓ *La ROSP actuelle c'est un truc qui a pressurisé les médecins, en leur demandant toujours plus sur des trucs qui n'ont aucun intérêt. Ça peut pas évaluer réellement l'investissement qu'on met dans un boulot de qualité. (médecin 7)*
- ✓ *Et puis après ils font des compensations en fait, en fonction de nos étoiles (...) Leur fameuse rétrocession, là, qu'on touche de temps en temps mais qui sont très, très variables! Je trouve que, personnellement, il aurait été préférable d'augmenter le prix de la consultation! (médecin 9)*

Dans tous les cas cette façon de calculer permet, selon la médecin 9, de garder le médecin sous la coupe de la sécurité sociale, en les incitant par le côté financier.

- ✓ *« Si ils obéissent, SI ILS OBEISSENT, à nos objectifs ils auront plus d'argent! » Donc pourquoi à ce moment-là augmenter le prix de la consultation? (médecin 9)*

7) Le salariat

Autre exemple évoqué quand les médecins pensent perdre leur autonomie est l'introduction, voire l'imposition, du tiers payant généralisé.

En étant directement payés par les différentes caisses les médecins pensent perdre leur caractère libéral à terme. Ils se sentent soumis aux exigences des autorités.

Puisque les revenus des médecins sont conditionnés par le nombre d'actes mais aussi au respect de la ROSP ou encore aux aides liées au travail en zone déficitaire, le salariat est aussi une piste envisagée. Pourtant c'est une crainte qui est très présente dans les esprits des médecins interrogés. Le tiers payant généralisé est une des décisions qui pourrait engager le processus d'après l'opinion générale.

- ✓ *On pourrait craindre ce genre de choses, de devenir salarié parce qu'il y a quand même des petites choses, comme ça, qui empiète sur notre travail libéral quand même.* (médecin 9)

Une seule médecin envisage de continuer, à un moment en salariat. C'est aussi le cas du fils du médecin 6.

- ✓ *Moi j'arrêterai peut-être le libéral et je serai à mi-temps salariée et puis euh... Bon voilà c'est des choses, des idées qui arrivent de temps en temps comme ça.* (médecin 12)

Les autres médecins interrogés préfèrent garder le modèle libéral et la rémunération à l'acte. Elle leur garantit, comme vu précédemment, la liberté des actes et de l'emploi du temps. Aucun des médecins interrogés ici ne s'imagine devenir salarié de la sécurité sociale.

- ✓ *Tu vas devenir salarié! Et il faudra en voir tant par heure et puis c'est pas possible non plus!* (médecin 2)
- ✓ *Ce qu'on pourrait craindre après c'est d'avoir des maisons médicales où on est salarié évidemment!* (médecin 9)
- ✓ *Moi je pense que politiquement c'est une volonté; ils veulent salarier les médecins. (...) Moi je pense que c'est pas bien, je pense que c'est pas bien, je ne suis pas pour. Mais quand je vous entends parler je me dis que vous irez...* (médecin 6)

Si les médecins mettent en avant que le salariat paraît attrayant, ils gardent une certaine réserve sur l'application dans le contexte actuelle.

- ✓ *Oui j'ai rêvé très longtemps... Sur le principe c'est bien le salariat, il ne faut pas que les employeurs ils exigent encore plus que ce qui se fait déjà! Parce que ça n'ira pas! Mais sur le principe c'est vachement bien!* (médecin 7)
- ✓ *Ben je pense qu'on s'oriente doucement vers un salariat... Ce qui pourrait être bien si on finit à dix-huit heures (rires) et que ça nous assurait des revenus fixes... Mais oui je pense que la SECU aura de plus en plus la main sur nos faits et gestes ce qui n'est pas forcément un bien mais bon je ne vois pas ce qu'on peut faire pour lutter ...* (médecin 10)

8) Néanmoins on assiste au développement du modèle salarié

L'attachement au paiement à l'acte et à la liberté offerts par le statut de médecine libérale est cependant en perte de vitesse.

Exigence des patients, coûts annexes et charges salariales, multiplication des connaissances à acquérir, risques juridiques, diminution du niveau de vie, prises en charge plus difficiles et intensification du travail en équipe sont des éléments pouvant expliquer que l'exercice libéral tel qu'il était pratiqué il y a encore quelques décennies soit de moins en moins adapté à la pratique actuelle.

D'autre part de plus en plus de postes sont créés et offerts à des médecins généralistes en salariat, que ce soit pour un temps plein ou dans le cadre d'un temps partagé.

Ainsi en 2011, 27% des généralistes et 44% des spécialistes ont une activité salariée en plus de l'activité libérale (23).

Une partie de ce développement s'explique par les difficultés financières que peuvent rencontrer les médecins. Le salariat apporte une régularité de revenus qui ne peut être assurée par le libéralisme. En effet le seul moyen d'être sûr d'avoir un bon revenu en libérale est de multiplier les actes.

- ✓ *L'autre truc c'est que tu n'es jamais sûr de ton revenu donc c'est angoissant. Un certain nombre de collègues, de jeunes collègues, qui, quand ils s'installent, dans les années qui suivent, ils montent, ils montent, ils montent leur activité, ils ont tellement peur qu'à un moment ça redescende! Et puis finalement ils décrochent leur plaque en disant "Je ne peux plus !". (médecin 7)*
- ✓ *Là il y a une paie qui tombe, Moi je ne sais même pas combien ils sont payés, mais, probablement de façon assez satisfaisante, et ils n'ont plus rien à payer, ils n'ont plus rien à penser! Donc c'est un peu ça! Donc ça veut dire que, quelque part, on arrive à la situation, où on glisse, petit à petit, que les médecins généralistes voudraient être salariés de la SECU. (médecin 4)*

De plus la féminisation de la profession et la disponibilité nécessaire à l'éducation des enfants peut rendre nécessaire, pour certains, un statut salarié, facilement négociable dans le contexte actuel, qui présente des avantages sociaux plus importants (congs payés, journées enfants malade, horaires fixes...).

L'installation

L'installation se fait historiquement seul, en cabinet de ville ou à la campagne. Cette vision paraît aujourd'hui complètement dépassée. Les maisons médicales d'abord et maintenant les maisons, voire les pôles de santé pluri-professionnels, ont tendance à devenir la norme dans les nouvelles installations. D'ailleurs les médecins interrogés considèrent que l'installation en exercice seul ne se fera plus dans les années à venir.

- ✓ *Rester tout seul dans son coin? Non c'est fini!* (médecin5)
- ✓ *L'isolement c'est ... en médecine vous ne voulez plus ça... Moi je vais le voir de toute façon, je vais y aller* (cabinet de groupe) (médecin 6)

En France, en 2018, on compte 910 maisons de santé et 538 maisons de santé pluri-professionnelles (28).

1) Les médecins travaillant majoritairement en groupe

Dans cette thèse, comme dans la vie, la majorité des médecins est installée en groupe.

Huit des médecins travaillent depuis longtemps en collaboration dont six depuis leur installation.

Parmi eux, un des médecins a toujours été installé avec un seul autre médecin. Les autres font partie de cabinets qui accueillent des spécialistes cardiologue, angiologue, rhumatologue... et des paramédicaux : ostéopathe, psychologue, diététicienne...

Deux médecins ont formé, plus tard dans leur carrière, un cabinet avec un confrère.

L'une a déménagé très récemment pour des raisons d'accessibilité. Les locaux ont d'ailleurs été mis à disposition par le pharmacien du village afin de maintenir une présence médicale dans son village, là où la démographie médicale est en baisse.

L'autre a créé son propre cabinet et a invité un autre praticien il y a une dizaine d'années pour préparer la cession du cabinet et le départ à la retraite.

- ✓ *Au début j'ai fait venir un médecin d'E. ... On a construit ici pour attirer ! On se disait que ce serait mieux pour après...* (médecin 8)

Le médecin 5 a un parcours plus particulier. Il a été associé deux autres fois avant de finalement créer sa propre MSP. Il travaille maintenant en collaboration avec deux autres médecins, plus jeunes et une IDE.

- ✓ *Donc voilà, je me suis associé plusieurs fois, j'ai créé, enfin, j'ai fait pour que la maison médicale se fasse. On va dire que je suis quand même un peu ça à l'origine de ça!*

A cause de leur prochain départ à la retraite les médecins 6 et 11 ont décidé de rentrer en association dans des MSP. Ces médecins espèrent ainsi que leur succession se fera plus facilement.

- ✓ *Ben pour l'avenir, parce qu'on est beaucoup de médecins mais il y a en a beaucoup qui vont partir à la retraite là! (...) Et puis pour l'avenir, pour la population d'ici, quoi! Parce que bientôt ils n'auront plus de médecins, ça va être galère pour eux!*
(médecin 11)

La médecin 9 est la seule qui exerce isolément en tant que médecin ; les locaux qui lui appartiennent sont partagés avec une kiné qui exerce tous les jours.

Comme le médecin 6, elle a choisi ce mode d'exercice.

2) Les avantages de l'installation en groupe

a) Le travail solitaire est difficile

Cette installation en commun permet d'abord de limiter les effets de la solitude de l'exercice. Seul, face à son patient, le médecin doit prendre des décisions, souvent banales, parfois plus compliquées.

Les responsabilités qui sont engagées lors de chaque rencontre sont différentes. Le doute ou le besoin de conseils concernant une prise en charge sont moins bien vécus par le généraliste. La prise en charge pluridisciplinaire apprise à l'hôpital, les spécialisations ou encore la multitude de connaissances à acquérir dans un contexte de découvertes médicales croissantes pourraient en être des explications.

La consultation est aussi compliquée car emprunte d'une charge émotionnelle très variable et qui ne peut être quantifiée. Cette partie rend les décisions des médecins parfois moins faciles. L'empathie qui est l'un des aspects les plus importants de la relation médecin-malade peut ainsi devenir un poids

L'évolution du métier et des patients, de leurs exigences est aussi une difficulté que les médecins prennent au sérieux.

Tous ces faits, annexes de la prise en charge purement médicale sont difficiles à intégrer à la charge de travail quotidienne. Elle est même parfois difficile à assumer pour certains médecins. La proximité d'autres médecins ou de professionnels de santé, partageant les mêmes difficultés est donc un moyen de mieux supporter les difficultés.

- ✓ *Nous ici c'est quand même beaucoup plus facile, quand tu as un problème, tu ne sais pas, ben tu demandes, tu peux demander à un collègue. Communiquer! (médecin 2)*
- ✓ *Pour celui qui est vraiment tout seul, c'est peut-être un peu difficile, surtout euh, à un certain moment, quand on est fatigué, quand on a des problèmes familiaux, quand on a des... qui viennent se greffer là-dessus! Pfff... (médecin 4)*

Un autre avantage de cette organisation est de resserrer les liens entre les médecins et de créer un lien extra professionnel.

- ✓ *Après le fait ici d'être en groupe avec des intervenants extérieurs, des diet, la psychologue tout ça ! Je pense que ça fait aussi beaucoup parce que mine de de rien, quand on voit la psy cinq minutes on peut aussi parler d'autre chose et pas forcément que de ses patients. (médecin 3)*
- ✓ *Donc on prend tous les jours un café ensemble! Tous les jours, systématiquement! On passe au moins un quart d'heure, vingt minutes, à discuter du bout de gras ou des patients ou de ce qui nous pose soucis et ça c'est important! (médecin 5)*

Pour les professionnels interrogés, travaillant en groupe, les rencontres entre professionnels participent à une meilleure prise en charge des patients. L'apport d'éléments provenant de sources différentes ne peut qu'améliorer la prise en charge des patients.

b) L'entraide des praticiens

Plus que la création de liens entre les praticiens et plus que la prise en charge des patients, le travail en commun permet une certaine continuité de soin tout en dégageant du temps pour chacun. L'absence du médecin est alors palliée par le secrétariat mais aussi par la présence des autres médecins qui permettent de prendre en charge les patients.

- ✓ *Donc c'est pour ça quand mardi après-midi (...) si il y a une urgence ou quelque chose sur place, ben je sais que j'ai un collègue qui pourra gérer l'urgence. (médecin1)*
- ✓ *On est à cinq et souvent, en plus maintenant on a un assistant en plus donc quand y'a des gens qu'on ne peut pas voir ils sont vus quand même. (médecin 10)*

Cette possibilité offre une véritable soupape au médecin installé. Il se sent moins astreint par le travail au cabinet. Les moments de liberté ainsi dégagés permettent de contribuer au bien-être du praticien au travail.

c) La mutualisation des moyens

Pour certains praticiens le travail en groupe permet une mutualisation des moyens.

Si l'unité de lieu et les frais liés au cabinet ne sont pas mis en avant, le partage de la charge du secrétariat, très gros poste de dépenses est apprécié par les médecins interrogés.

✓ *Ça permet de mutualiser des frais quand même hein!* (médecin 6)

d) Les avantages des MSP

Le mode d'installation le plus récent et celui qui semble le plus plébiscité, choisi d'ailleurs par les médecins 6 et 11 est l'installation en MSP.

Dans ces lieux de soins, le travail en équipe est encouragé et même rendu obligatoire puisqu'il existe une rémunération forfaitaire, servant à financer ce mode d'installation. En effet un cahier des charges doit être respecté pour être qualifié en MSP et celui-ci inclut des réunions de professionnels de santé, impliqués dans les prises en charge de patients. Le respect de ces conditions est nécessaire pour obtenir le forfait. En 2017, la convention confirmant la rémunération forfaitaire des maisons de santé pluridisciplinaires est signée. Celle-ci est garantie au minimum à vingt mille euros par an.

Dans les faits le montant moyen des subventions perçues par les MSP est de 66.000 euros par MSP, par an (29).

Cette façon de travailler en commun pour soigner les patients est plébiscitée par les autorités qui voient dans leur développement une meilleure façon de prendre en charge les malades. En effet, les pathologies à traiter, de plus en plus longues, complexes, chroniques, semblent difficiles à prendre en charge, seul, dans un cabinet de ville, au vu du temps nécessaire et de la rémunération impartie. . Le travail d'équipe, proche d'ailleurs de celui de l'hôpital, semble plus adéquat à cette prise en charge.

✓ *C'est à dire que quand un patient vient me voir avec un dossier complexe, prise en charge complexe, si j'y passe plus d'une demi-heure, même si j'y passe plus de vingt minutes je dirai, ça commence à être lourd dans la journée.* (médecin 7)

3) Les inconvénients du travail en groupe

Les médecins 6, 9 et 11, qui ont toujours travaillé seuls, imaginent difficilement les avantages de la collaboration. Ils émettent parfois des réserves face à la nécessité de faire des concessions qu'ils n'ont pas eu à faire.

- ✓ *Moi je trouve que l'association c'est presque comme un mariage finalement! Il faut bien s'entendre, il faut avoir les mêmes visions des choses, même... (médecin 6)*

Les caractères de chacun doivent en effet s'accorder dans les décisions qui sont à prendre pour le cabinet. L'entente entre les praticiens est primordiale pour une bonne association, ce qui est parfois difficile.

- ✓ *Ca dépend de la personnalité de chacun. Y'a des médecins qui travaillent vraiment en groupe, donc qui peuvent se parler entre eux si ils ont un problème! Mais d'autres cabinets ou chacun c'est pour soi... (médecin 4)*

Même pour les médecins installés en groupe les inconvénients du travail en commun paraissent parfois compliqués à gérer, en premier lieu parce que le généraliste n'est pas formé pour gérer du personnel.

- ✓ *Non mais travailler en couple, ou travailler en équipe c'est pas simple non plus! je gère une équipe, c'était pas mon métier d'origine. (médecin 5)*

D'autre part sept des médecins interrogés parlent plutôt des problèmes qu'ils rencontrent au quotidien comme le partage des horaires et des jours travaillés.

- ✓ *C'est le mardi parce que j'ai pas eu le choix parce que les autres avaient déjà choisi leurs jours quand je me suis installée. (médecin 3)*
- ✓ *Finalement ce n'est pas une succession certaine du tout. C'est moi qui à presque soixante balais risque de devoir changer de projet médical si je veux encore travailler avec d'autres... (médecin 4)*
- ✓ *Et un samedi une semaine sur deux. On s'arrange avec mon collègue pour avoir une semaine chacun. (médecin 8)*

Pour la médecin 4, qui s'est installée tardivement en groupe, le mauvais exemple d'une amie, pour laquelle l'association s'est mal passée, semble avoir été déterminant. Elle devait prendre en charge les patients et assurer les horaires que son confrère ne souhaitait pas assurer.

- ✓ *Moi j'ai une copine comme ça, qui a voulu un truc... euuuh... Le médecin il était vraiment très désagréable hein! Donc elle le remplaçait, il lui filait tous les horaires*

qu'il ne voulait pas faire! Enfin elle s'est retrouvée, vraiment, dans une situation très délicate! (médecin 4).

4) Néanmoins les cabinets de groupe restent plébiscités

Malgré les désavantages et les réticences de certains, tous les médecins interrogés prônent une installation en groupe, parfois en milieu pluri-professionnel. D'ailleurs les deux médecins qui doivent déménager prochainement le feront vers une MSP. Cette dernière façon d'exercer est aussi plébiscitée par les subventions et les rémunérations forfaitaires qui peuvent découler de ce choix.

Au-delà de l'aspect financier, le travail en groupe permet une liberté à laquelle aspirent de plus en plus les médecins.

Les autorités ont décidé de multiplier les MSP depuis 2010, voulant en réaliser 350 entre 2010 et 2013.

La MSP est basée sur une définition bien précise. Le cahier des charges précise qu'elle doit se faire autour d'un projet commun, de santé, réunissant les différents professionnels présents sur le site.

La maison de santé pluri-professionnelle est un mode d'exercice libéral basé sur une équipe de professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens...), qui font le choix d'exercer ensemble et de façon coordonnée, au sein d'une même structure ou en multi-sites, sur la base d'une organisation pensée en pluri-professionnalité, traduite au sein d'un projet de santé (30). Des professionnels de second recours peuvent aussi être présents, à temps complet ou non.

Des protocoles de prise en charge, qui décrivent et formalisent les étapes de prise en charge des patients concernés par un parcours complexe, permettent aux professionnels de connaître le rôle et les missions de chacun et travailler en situation encadrée et sécurisée.

De fait les nouveaux médecins s'installent majoritairement en groupe et les médecins interrogés considèrent que l'installation en groupe est un des points forts à poursuivre afin de favoriser les installations.

Pour le médecin 7 ce regroupement est une bonne chose mais il faudrait faire attention, selon lui, à la taille des structures développées.

✓ *Je pense que le regroupement, les maisons de soins c'est intéressant mais qu'en même temps les petites unités de deux ou trois médecins ça reste des unités qui sont à taille*

humaine, qui permettent, quand même... Beaucoup de médecins généralistes sont pas obligatoirement des gens qui ont envie de bosser dans des grosses boîtes quoi!

Ainsi dans les zones médicalement sous-denses les autorités locales rivalisent d'imagination pour que l'installation dans leurs communes soit attractive.

- ✓ *Il y a pas mal de maisons médicales qui se sont montées sur les deniers de la région ou du conseil régional etc... (médecin1)*
- ✓ *Je vois bien, moi je regarde les annonces et tous ceux qui font "au bord de la mer", "machin, truc", ici dans l'Aisne?! (médecin 4)*

Les médecins interrogés, comme les médecins s'installant, partagent l'idée que les cabinets de groupe, les pôles de santé ou les MSP sont une bonne réponse au manque d'installation.

Plus généralement ce sont les conditions d'exercice qui sont à prendre en compte d'après les praticiens interrogés. Ils mettent en avant que les conditions de travail sont importantes dans l'installation. Je rappelle que leur principale aide au quotidien est un secrétariat, ce qui est plus accessible dans un cabinet de groupe.

- ✓ *Les vieux en partant, n'ont pas fait des conditions agréables pour que les jeunes s'installent. ici, moi je suis parti tout seul et maintenant on est trois. J'ai seulement offert une qualité de travail pour qu'ils viennent! C'est tout! Alors après ils sont venus! Je suis en zone désertique, il y a trois médecins, c'est pas normal! (médecin 5)*
- ✓ *Ils ont la maison, ils ont, limite, le loyer offert pendant cinq ans et... Enfin j'en connais un là, il est exonéré d'impôts pendant 5 ans, il a le loyer offert pendant cinq ans je crois et puis la secrétaire pendant deux ans! Ca va! Ca va! Par contre il bosse tout seul! (médecin 1)*
- ✓ *(...) Et puis d'être nombreux comme ça, d'avoir cinq spécialistes autour de soi, d'avoir la radio à côté, le labo là-bas ben moi c'est sécurisant quand même quand tu travailles comme médecin généraliste. (médecin 2)*

Pour les jeunes internes interrogés par l'ISNAR dans une grande enquête nationale, l'environnement du cabinet est important mais c'est surtout la structure qui importe. Pour les internes interrogés par l'étude, c'est le secrétariat qui est le plus important dans le critère d'installation.

Le deuxième critère est la présence d'une salle de pause dans le cabinet, devant le troisième critère qui est la possibilité de faire de la petite chirurgie (31).

5) Multiplication des aides

Toujours pour favoriser les installations, l'Etat a, depuis quelques années mis en place des aides diverses, financières notamment. Ces aides sont distribuées selon plusieurs critères.

La première forme d'engagement est le CESP (contrat engagement de service public), il rémunère les étudiants durant leurs études avec, en contrepartie, l'obligation pour les futurs praticiens de s'installer dans une zone médicalement sous-dense.

- ✓ *Quand j'étais externe, interne, j'ai touché une prime, parce que je m'étais engagé à m'installer dans une zone sous-dense et d'y rester au moins le nombre d'année que j'avais touché la prime. (médecin 1)*

Dans cette thèse, une autre médecin a pu toucher une rémunération variable visant à garantir un revenu minimum en s'installant dans leur cabinet.

- ✓ *Moi c'était si je m'installais en milieu déficitaire, ce qui était le cas ici, j'avais euh, j'avais un complément. (médecin 10)*

Une aide financière est maintenue après l'installation afin de maintenir les médecins dans la zone où ils travaillent.

- ✓ *Tu sais que nous on bénéficie d'une option démographique? Puisqu'on est en zone sous médicalisée! Ben l'option démographique tu peux toucher jusqu'à 10% de notre activité annuelle en prime! Plafonnée à vingt mille euros. (médecin 2)*
- ✓ *On a également des primes pour rester en zone sous-dense! Alors par contre elles ont bien baissé les primes, par rapport à avant. (médecin 1)*

Quelles que soient les aides proposées les médecins considèrent qu'elles sont efficaces, prônant leur pérennisation, en termes de temps et de budget, et même leur augmentation.

- ✓ *En tant que jeune médecin il doit y avoir des aides pour avoir donné envie de s'installer à la campagne etc (...) Alors peut-être qu'il pourrait y en avoir un peu plus. (médecin 9)*

Seule une des médecins considère qu'il faut contrôler ces aides, limitant leur distribution, indiquant que les primes ou les conditions de travail offertes sont parfois rejetées trop facilement.

- ✓ *"Ben si tu t'installes là tu vas avoir une prime mais après tu peux garder la prime". Il y a des jeunes qui gardent la prime pendant deux ans et puis qui s'en vont après.*
(médecin 3)

6) L'installation : pour la liberté, contre la coercition

Si les aides de l'Etat ou les conditions locales avantageuses sont les bonnes solutions d'après les médecins interrogés, la coercition est, elle, complètement désapprouvée.

- ✓ *Non! La coercition c'est pas la bonne, c'est clairement pas la bonne méthode.*
(médecin 1)
- ✓ *Non, non, tu ne peux pas revenir sur ça! non! non! On ne peut pas avoir fait dix ans d'études et obliger quelqu'un à s'installer où il ne veut pas! On ne peut pas avoir fait dix ans d'études et... On ne peut pas avoir fait ce sacrifice d'études et t'obliger à faire quelque chose que tu ne veux pas! Ça s'est dégueulasse, on ne peut pas faire ça!*
(médecin 5)
- ✓ *En tout cas la liberté d'installation c'est quelque chose d'indispensable. Ça serait une honte! Obliger les médecins à aller s'installer... Non mais attends...* (médecin 6)
- ✓ ***Forcer les gens à s'installer?***
Ben je le dirai pas! Parce que pour moi ça ne me paraît pas être une bonne solution, ça me paraît être un pis-aller mais pas une solution quoi... (médecin 7)
- ✓ *Inciter à s'installer à la campagne plus qu'en ville : je ne sais pas trop comment on peut faire à moins d'être vraiment coercitif et puis donc là les obliger à le faire et pas aller ailleurs, donc ça, ça peut.. Mais bon c'est pas forcément l'idéal.* (médecin 9)

7) Ce que les médecins proposent

L'installation des jeunes médecins est conditionnée par le cabinet et les facilités qui sont apportées par ce cabinet mais il faut aussi que le cabinet ne soit pas trop éloigné de structures territoriales.

Toujours dans l'étude de l'ISNAR-IMG (31) les secteurs d'installation ont en effet une importance propre. Ainsi les trois critères les plus cités pour que le lieu d'installation soit prisé sont la proximité d'une école, d'une épicerie et d'une poste, que le médecin soit un homme ou une femme.

Dans cette thèse, les médecins interrogés parlent aussi de l'environnement comme un élément important dans le choix du lieu d'exercice. La présence d'une école a aussi été évoquée dans

les interviews comme un facteur déterminant. Si ce sont les femmes (médecin 3, 4, 9 et 12) qui ont le plus abordé ce thème, le médecin 11 a aussi vu la nécessité d'avoir un bon développement du territoire afin de maintenir les médecins dans une région donnée.

Cette situation est exacerbée par la féminisation du métier de généraliste. Si, avant, les hommes s'installaient comme ils l'entendaient, le travail de la femme ne comptant que secondairement, aujourd'hui les femmes ne sont pas toutes en couple avec d'autres médecins. Le temps de travail des hommes restant stable, le lieu d'installation devient sensiblement important.

La présence d'une infrastructure, de transports adéquats ou d'un travail pour le conjoint sont très importants pour fixer un médecin dans une zone.

- ✓ *Ca me semble complètement illusoire de faire un cabinet médical ou un groupe médical dans un truc où il n'y a pas d'école, ou il n'y a pas de train, où il n'y a pas de boulot pour le conjoint. (médecin 3)*
- ✓ *Créer des pôles d'attractivités! Ici, ici, on n'aura pas de médecins qui viendront parce que si c'est des femmes il faut que leurs maris soient agriculteurs! Non mais c'est vrai! C'est la population! Les médecins c'est les femmes qui ne veulent pas venir s'installer dans le coin, si elles ne sont pas toubibs! (médecin 11)*
- ✓ *Et puis la profession elle s'est féminisée énormément! Donc ça aussi c'est un frein à l'installation! Les jeunes femmes, elles veulent pas forcément s'installer ou elles veulent pouvoir concilier une vie familiale et professionnelle, donc elles sont moins disponibles pour leur installation aussi! (médecin 12)*

Suivant aussi les aspirations de la société, la présence de loisirs autour des zones d'installation peut aussi être déterminante dans l'installation

- ✓ *Les gens ils sont envie d'avoir une vie attrayante avec des structures adaptées pour accueillir leurs enfants, des bons lycées, des bonnes activités, un cinéma, une autoroute, une gare, donc euh, bon déjà voilà... (médecin 12)*

En dernier lieu on remarquera que les internes interrogés (31) souhaitent travailler entre quinze et trente minutes de leur lieu d'habitation.

En complément des aides à l'installation les médecins interrogés ici pensent donc que l'aménagement global du territoire est nécessaire pour que la répartition se fasse au mieux dans les régions.

Les médecins interrogés nous décrivent leurs visions de l'avenir

Dans cette partie les médecins ont pu développer, à partir de leurs expériences et de leurs ressentis de la médecine, leurs visions de l'avenir.

C'est parce qu'ils ont vécu de multiples changements, une évolution globale de la profession et de leur spécialité en particulier, une modification des rapports aux patients et aux autorités ces dernières années, que les médecins interrogés possèdent un certain potentiel pour imaginer le métier tel qu'il sera dans l'avenir.

1) Une vision globale de la médecine

Le cadre de travail des généralistes est déjà en train de se modifier. Certains changements, s'instaurant depuis quelques années semblent désormais faire partie de l'avenir.

En premier lieu on retrouve l'installation de groupe. Nous l'avons vu très peu d'installation se font seules en cabinet. Les cabinets de groupe, quelle qu'en soit la forme juridique, sont le mode d'installation privilégié par les futurs praticiens. Elle séduit aussi les anciens médecins désireux de transmettre plus facilement leur patientèle, même si l'installation en solitaire leur a apporté ce qu'ils désiraient.

C'est cette mutualisation des lieux, des moyens et la multiplicité des rencontres interprofessionnelles qui est l'une des caractéristiques de l'avenir selon les médecins interrogés.

En second lieu, c'est une évidence, la féminisation, déjà bien amorcée pourrait encore s'accélérer. L'évolution de la société et du rapport au travail permet aux femmes de mieux s'adapter à ce métier.

2) Les nouveaux changements

a) La télémédecine

Sept des praticiens ont parlé spontanément de la télémédecine.

Très médiatisée, cette pratique n'est que très peu connue. Les médecins s'interrogent donc sur le développement de cette nouvelle technologie. Elle est présentée par certains comme

l'évolution de leur métier. En effet, pour eux, le manque de praticiens dans les années à venir justifie le développement de cette technique.

- ✓ *La télé-médecine ! Il n'y a que ça ! Mais ça existe déjà ! Je l'ai fait encore ce matin, l'infirmière m'a appelé et je lui ai dit « je pense à ça, il faut faire ça et ça ». C'est pas compliqué. Mais ça c'est parce qu'on manque de médecins, ce n'est pas une solution correcte à long terme. (médecin 8)*

En revanche, pour d'autres, il existe une certaine réticence. Cette pratique de la médecine, à distance et par écrans interposés, est difficile à imaginer. Ils mettent en avant la nécessité de palper et de toucher le patient.

- ✓ *Je ne suis pas sûre que ce soit vraiment l'avenir quoi. Peut-être dans certains secteurs mais je pense qu'il faut aussi du contact. il faut qu'on voit les gens, qu'on touche ce qu'ils ont, qu'on... Parce qu'on pourra pas tout faire comme... (médecin 3)*

Les médecins interrogés craignent aussi une altération de la relation médecin-malade. On l'a vu les médecins mettent en avant cette particularité de la spécialité et insistent sur le suivi de leurs patients. La connaissance de la psychologie et des habitudes des patients, de leurs environnements et de leurs cadres de vie permet au médecin de mieux appréhender la pathologie de chacun.

- ✓ *Tu trouves pas que tu fais beaucoup de psy toi quand même? (médecin 12)*
- ✓ *Ou en tout cas il y a toujours une part psy dans la pathologie. Et cette part psy là, avec l'ordinateur, à mon avis, on ne va pas y arriver... (médecin 5)*

Bien sûr, cette nouvelle façon de consulter est, au moins pour le moment, assez adaptée à des pathologies bien particulières et permet de répondre rapidement aux demandes des patients. L'évolution des pratiques est difficile à pronostiquer, cependant les premiers chiffres du remboursement des actes de téléconsultation ont été publiés. On dénombre déjà, en six mois d'exercice en 2018, huit mille actes remboursés dont 40% effectués par les généralistes. Ce chiffre atteint maintenant sept cent actes par semaine, et les projections pour l'année 2019, s'élèvent à cinq cent mille actes de téléconsultation (32).

L'un des médecins, se projetant plus loin dans l'évolution, évoque même une amplification de la technicité, l'implication des robots et de l'intelligence artificielle. Le diagnostic et l'attitude thérapeutique seraient alors dictés par des algorithmes.

- ✓ *Tout ce qui est le côté technique, tout ça, ça va nous échapper parce qu'une machine elle saura très bien... (...) le mec il vient, il tousse, il a mal à la tête, température, il tousse heu... tu peux imaginer une machine, tu lui rentres les symptômes comme ça, et après elle, tu te colles au truc, elle, elle arrive à écouter ou détecter si tu as des crépitants ou quoi! Boum elle te pose le diagnostic (...) elle te sort l'ordonnance clac! Je pense que c'est faisable! Maintenant on a les technologies qui nous le permettraient! Tu m'as dit la médecine de demain! Donc moi je me projette, je me projette! (médecin 1)*

b) S'éloigner de la fonction soignante

Partant du constat que le travail administratif prend beaucoup de temps au quotidien et prenant en compte le développement probable de la télémédecine, les médecins interrogés pensent passer de plus en plus de temps à effectuer des tâches administratives ou des consultations peu techniques. La fonction soignante et l'examen clinique ne seraient plus aussi importants dans le travail du généraliste.

- ✓ *J'ai un peu peur justement de la médecine de demain euh... On part de plus en plus vers le social et de moins en moins dans le médical, (...) et que du coup on aura de moins en moins ce côté médical et que par contre on sera vraiment reclus au côté social du truc, parce que le social, il faut parler, il faut jauger, il faut euh, être dans l'intimité des patients, pour pouvoir évaluer le truc quoi! (médecin 1)*

D'autres se montrent plus réservés et ont notamment peur que leur métier devienne moins technique.

- ✓ *C'est à dire qu'aujourd'hui plus ça va plus le champ de boulot se, se rétrécit (médecin 7)*

Pour le médecin 6, la médecine générale telle qu'il l'a connue et la pratique, se perd. Je lui propose, pour finir son interview, une vision du médecin orienteur de patient, qui ne pratique presque plus et, autre sujet, qui serait salarié.

- ✓ *Et la médecine de demain ? (plus de médecin généraliste, un orienteur de patients vers les spécialistes et salariés)
Avoue que c'est un peu vrai?! C'est pas le ressenti des autres médecins?*

3) Le manque de médecins

Depuis 2010 et malgré l'ouverture du numerus clausus en 2004, le nombre de médecins ne cesse de diminuer. Selon l'atlas de démographie médicale de 2018 (6), le nombre de généralistes en France est passé de 94261 à 87801 entre 2010 et 2018. Dans la région picarde, les effectifs ont diminué de 5.56% dans l'Aisne, de 3.08% dans l'Oise et de 0.82% dans la Somme. Si on prend en compte le nouveau découpage régional avec le Nord et le Pas-de-Calais, la diminution du nombre de médecins installés est confirmée avec des chiffres de -0.44% et -0.96%, respectivement pour le Nord et le Pas-de-Calais.

Les médecins interrogés sont très conscients de la pénurie de médecins qui va augmenter dans les prochaines années. Cette perspective les inquiète énormément, d'autant plus que cette phase s'accompagne du papy-boom. En effet en 2030, alors que la projection du nombre de médecins (33) indique une stagnation par rapport aux chiffres de 2009, la projection de population indique, elle, une augmentation de la population âgée, conduisant le nombre de personnes de plus de 65 ans à environ 30% de la population totale. En 2050 cette proportion dépassera les 33% (34).

Bien sûr cette conjoncture induirait une surcharge de travail très marquée pour les généralistes installés. Pour le moment cette tendance est amortie par le cumul emploi-retraite de certains.

- ✓ *Pour le moment ça va hein, y'en a ... ML il a soixante-dix-huit ans il travaille encore et puis il a une bonne clientèle, MB, qui a soixante-huit ans, il travaille encore! Euh... Après il y a MC et S, eux... lui il a soixante-cinq ans, oui c'est la retraite dans deux - trois ans donc euh... Tout ça, ça va partir quoi, un de ces jours! Il faut penser à ça quoi!*

4) Le risque juridique

L'évolution des mœurs et l'américanisation de la société transparaît dans l'augmentation du nombre de plaintes portées contre le corps médical.

Le médecin 2 évoque clairement ce risque :

- ✓ *Quand on s'est installé nous on nous disait, la MASCF, l'assurance des médecins, « oh, vous, vous risquez peut-être même un demi procès dans votre carrière », maintenant les jeunes qui s'installent on leur dit « oh vous vous aurez peut-être trois – quatre procès dans votre carrière ».*

Le médecin 6, en fin de carrière, est d'autant plus marqué par cette évolution, que cette façon de faire lui impose de changer sa façon de prendre en charge le patient.

- ✓ *Tu fais aussi beaucoup plus d'examens paracliniques. Inconsciemment pour te couvrir vis-à-vis des risques de, de faire un diagnostic un peu plus tardif en fait.*

Chaque médecin qui évoque ces procédures est mal à l'aise. Les études de médecine ne nous préparent pas à cette éventualité et, surtout, la relation médecin-malade se trouve perturbée par cette éventualité.

- ✓ *Et ça un procès ça me déstabiliserai beaucoup! J'ai peur hein! (médecin 2)*

5) Médecine à deux vitesses

La médecin 4 est la seule à avoir abordé ce thème. Elle s'interroge sur l'accès aux soins des populations précaires.

Dans son interview, elle parle des réfugiés qu'elle soigne dans un dispensaire et aussi des populations issues de l'immigration qu'elle a côtoyées durant toute sa carrière. Pour elle la disponibilité physique du médecin est un gage de qualité de soin. Les gens peuvent s'expliquer et développer leurs inquiétudes. Elle oppose à ce type de prise en charge la télémédecine, qui pour elle, ne convient pas à certains types de patients. Elle craint que les populations les plus précaires n'aient pas accès à la technologie nécessaire. En filigrane elle relate aussi ses difficultés à se servir de l'informatique et pense aux populations, qui, comme elle, ne la maîtrisent pas.

- ✓ *S'ils ont mal à la gorge, qu'il n'y a pas d'ordinateur, qu'ils ne peuvent pas passer par la télémédecine, comment est-ce qu'ils font?*

C'est aussi la seule qui parle d'une médecine à deux vitesses. L'une pour les patients ayant accès à la technologie, à un médecin physique ou capable de trouver un soignant, une autre pour les patients défavorisés sur le plan social ou sur le plan de la démographie médicale

- ✓ *Et puis il y a des médecins qui ne veulent pas prendre les CMU par exemple.*
- ✓ *Et donc du coup, on va arriver, quoi qu'on veuille, si on veut vraiment être humain à avoir une médecine à deux vitesses! Celle pour ceux que ça ne pose pas de problème, ils vont aller sur internet, faire de la télémédecine et tout ça! Et puis tous les autres qui rament, qu'il va bien falloir soigner et puis prendre en charge et.... et ça, ça va être de l'humanitaire...*

Alors que les gouvernements successifs tendent à organiser les soins sur le territoire et au sein des professionnels de santé pour que chacun ait un accès facilité à un médecin, cette

particularité des populations les plus pauvres, à la marge de la société n'est que peu abordée dans le débat public.

6) Remise en cause de la fonction de médecin généraliste ?

Globalement il ressort des interviews que la place de la médecine générale n'est pas bien définie. Les plus anciens envisagent même une disparition de leur métier tel qu'ils l'ont connu.

Dans les faits, depuis quelques années, des soins habituellement dispensés par les généralistes sont maintenant transférés à d'autres professionnels. L'ascension des sages-femmes et leur installation en ville n'en est qu'un exemple. La diminution des champs de compétence des généralistes, attrait marqué de la profession, est un des symptômes de ce changement remarqué par les généralistes interrogés.

- ✓ *Il y a des choses qui sont en train de changer, moi, pour moi, très douloureusement, sur la fonction d'omnipraticien. (...) C'est à dire que notre champ de compétence il est de fait grignoté. Je ne sais pas quel est l'objectif concernant les médecins... Voilà... (médecin 7)*

Les médecins s'interrogent donc sur leur place dans la hiérarchie médicale. D'autre part l'apparition des nouvelles professions comme les IDE cliniciennes ou les assistants médicaux vient encore perturber les équilibres qui se créent au gré des changements. L'organisation des soins est bien sûr une des principales préoccupations des autorités comme des médecins. Formés uniquement aux soins ces derniers définissent difficilement quel pourrait être leur rôle dans le futur.

Le médecin 6 formalise plus explicitement la question de la place du médecin au sein du système de soins.

- ✓ *Toute façon quand on en parle entre vieux médecins, je pense à C, je pense à F, on a tous la sensation qu'ils ne cherchent pas du tout à pérenniser le métier de médecin généraliste. On a franchement la sensation qu'ils font tout pour le faire disparaître.*

7) L'organisation des soins

Devant la pénurie de médecins et la création de nouvelles professions, l'organisation des soins sur le territoire devrait aussi être remise en cause. L'articulation avec l'accueil aux urgences pourrait ainsi être une nouvelle étape dans l'organisation des soins.

La médecin 4, particulièrement, parle de la coordination nécessaire entre l'hôpital et la médecine de ville. Elle lui paraît aujourd'hui insuffisante pour une meilleure prise en charge des patients.

Cette nouvelle organisation serait en effet indispensable vue la proportion grandissante de personnes âgées dans la population globale.

- ✓ ... *Et les gens qui arrivent là, c'est des gens qui ont un problème, si ce n'est pas de l'urgence, eh bien créez un service à côté, avec une consultation, pas d'urgence, avec des lits, pas urgents mais au moins pour nous dépatouiller* (médecin 4)

L'interaction entre la ville et l'hôpital devrait être renforcée et travaillée afin que la prise en charge des patients se fasse au mieux.

PROPOSITIONS POUR REDYNAMISER LA MEDECINE GENERALE

Dans cette thèse les médecins ont pu donner leur point de vue sur les solutions à apporter pour améliorer le système de santé français et la place de la médecine générale au sein de ce dernier.

Au cours du développement de cette thèse, certaines améliorations citées par les médecins généralistes ont déjà été rapportées et commentées comme :

- La mise en avant des aides à l'installation et le développement des structures de soins.
- La valorisation des consultations
- Le plébiscite du salariat par quelques médecins
- Le développement du travail en groupe
- Le scepticisme face à la télémédecine

Certes, cette liste n'est pas exhaustive et les généralistes installés ont apporté d'autres idées sur lesquelles il nous paraît intéressant de revenir au regard des réponses qu'ont souhaitées apporter les autorités sanitaires dans la loi santé 2022. Elles semblent en effet conscientes des contraintes et des difficultés qui pèsent sur les médecins généralistes, et plus globalement sur la médecine générale, ainsi que de la peur des patients de ne pas pouvoir bénéficier de soins rapidement.

Nous nous proposons, dans cette dernière partie, de revenir sur quelques-unes de ces notions.

1) L'importance de la place du soin

Pour les médecins interrogés dans cette thèse c'est principalement la relation médecin-patient qui est importante et au-delà, le travail de médecin en tant que soignant est jugé primordial pour le bien-être des professionnels. C'est en effet pour le soin que les médecins interrogés (et la plupart des médecins en poste) ont choisi cette voie.

Cette place du soin devrait être centrale selon les médecins interrogés.

- ✓ *Rendre le métier de médecin généraliste médical! Vraiment, voilà, réorienter le truc sur le versant médical et arrêter avec toutes ces conneries de paperasses, d'aides sociales et de machins... (médecin 1)*

Cette demande semble avoir été entendue par les autorités qui tentent de mettre en place des acteurs supplémentaires afin de dégager du temps médical. La création de quatre mille postes

d'assistants médicaux, la réorganisation des cabinets et la coopération avec des professionnels de santé permettraient de dégager du temps de soin.

Dans le même temps, la vaccination et la prescription de certains médicaments directement par le pharmacien font aussi largement débat dans le monde du soin.

En plus de ces changements à venir, les médecins généralistes composent déjà avec le développement des consultations de sages-femmes en ville, prenant une partie des soins de gynécologie ou avec les infirmières de pratique avancée (35) qui peuvent déjà, avec l'accord du médecin traitant, suivre les patients présentant des pathologies définies (maladies chroniques stables, rôles de prévention ou oncologie).

Au final, les généralistes se sentent dépossédés d'une partie de leur travail, peut-être plus facile mais surtout utile pour créer un lien concret avec le patient.

Ils semblent craindre que seules les consultations les plus complexes leurs resteront.

- ✓ *Tu dis ça, la consultation elle va se passer calmement, ça va aller, j'ai pas besoin de m'énerver, enfin, ça permet d'avoir une consultation plus douce avant une autre qui va être, qui va prendre plus d'énergie!* (médecin 5)
- ✓ *J'ai vu, là, tu sais les vaccins vont pouvoir être faits par les pharmaciens. Bon c'est bien, mais n'empêche que c'étaient les petites consultations, sympas, que tu avais, pas très lourdes qui pouvaient, des fois, te dire "ah ben ça va, j'ai une consultation simple". Donc du coup ces consultations-là elles vont partir.* (médecin 12)

Dans les faits la loi santé 2022 paraît vouloir dégager du temps médical en transmettant les consultations les plus courantes à d'autres professionnels, pour que les médecins puissent se concentrer sur les patients polypathologiques.

Les médecins traitants, en coordination avec un ou plusieurs professionnels de second recours, resteraient aussi responsables des cas les plus lourds. On peut se demander quelle sera, dans les années à venir, la place du soin telle que nous la connaissons aujourd'hui dans la réorganisation globale des soins.

2) La reconnaissance de la médecine générale

a) Par les autorités

La non-reconnaissance de leur rôle est aussi pointée du doigt par les médecins interrogés. Le dénigrement de la médecine générale n'est pas le fait, selon les réponses obtenues, des autres spécialités ni des autres professionnels de santé.

C'est le rapport entretenu avec les autorités qui caractérise le mieux, selon les médecins interrogés, ce malaise. C'est une relation conflictuelle basée le plus souvent sur le coût de la santé. La multitude des contrôles imposés par la sécurité sociale notamment, rend la pratique quotidienne plus difficile. La contrepartie la plus fréquemment reçue est une rémunération, forfaitaire. Au-delà de l'argent les médecins interrogés souhaiteraient une approbation de leur travail, qu'ils jugent faire le mieux possible, face à leur patient.

b) Par les médias

Le manque de reconnaissance est aussi retrouvé dans la population. Malgré le lien qui lie chaque patient à son médecin traitant, il existe une perte de confiance envers la médecine générale, comme envers la médecine en générale.

L'image de la médecine semble s'être écornée au fil des années sans qu'une seule raison soit particulièrement mise en avant.

- ✓ *Peut-être que la médiatisation, des maladies, l'information par internet et tout fait que les gens trouvent que le médecin généraliste a une efficacité moindre par rapport au spécialiste, c'est possible. (médecin 6)*

Pour les praticiens interrogés, il faudrait que l'image de la médecine et du médecin généraliste reprenne une place d'importance et de compétence dans l'imaginaire collectif.

- ✓ *Il faut essayer d'améliorer l'image du médecin généraliste pour qu'il y ait une perception du public qui soit différente, pour que les gens ne viennent plus nous voir, en étant, suspicieux, douteux de ce qu'on va faire... (médecin 6)*
- ✓ *Moi j'ai vu un engouement de la médecine quand il y a eu les émissions TV Urgences et tout ça. Les gamins voulaient faire urgences, c'est vrai hein. (...) Encore les médias: et là ce qui fait peur c'est que la médecine générale tout le monde dit "ben attends c'est vachement difficile, t'es tout seul, t'as plein de travail". On leur fait peur aussi. (médecin 2)*
- ✓ *C'est vrai que tous les trucs que tu vois à la télé, enfin vis ma vie et toutes ces conneries-là, il faut que ce soit du spectacle, donc on va te montrer la vie d'un médecin urgentiste, qui court dans tous les sens, euh, et puis tu auras le gros plan sur lui quand il est à quatre pattes dans le couloir parce qu'il n'en peut plus et qu'il est en train de pleurer "ah c'est dur la médecine!". (médecin 1)*

Malheureusement il est bien difficile de trouver par quel moyen faire changer l'opinion publique dans sa globalité ou de trouver le moyen de redorer, en peu de temps, l'image de la médecine, d'autant plus que les médecins eux-mêmes changent.

3) Le travail administratif

La bête noire des généralistes, nous l'avons vu, est en premier lieu le travail administratif.

Une aide pour cette tâche serait bienvenue selon plusieurs médecins. Si les praticiens ont un secrétariat, une partie du travail est déjà transférée dans la plupart des cas. D'ailleurs la médecin 9 souhaite qu'une aide puisse être mise en place, pour développer les secrétariats en campagne par exemple.

Pourtant certaines tâches ne peuvent pas encore être déléguées. C'est le cas notamment des arrêts de travail, des dossiers MDPH et des renouvellements d'ALD, pourtant très chronophage.

- ✓ *Ben, concrètement les papiers qu'on doit remplir par rapport aux demandes d'aide ménagères, auxiliaires de vie et tout ça, t'as pas besoin d'être médecin pour les remplir quoi!* (médecin 1)

La place d'une aide humaine pour assister les médecins dans les années à venir est une des solutions proposées aux médecins sous forme d'assistants médicaux pour lesquels 4000 postes vont être créés.

Quelle sera l'impact de cette mesure puisque celle-ci est soumise à des conditions strictes, à savoir exercer en cabinet de groupe, être inscrit dans un exercice coordonné, apporter un bénéfice en termes d'accès aux soins. L'augmentation du nombre de patients à traiter par heure ou l'obligation de prendre en charge tout nouveau patient sont déjà des contreparties qui soulèvent une vague d'indignation.

4) Le salariat et la rémunération au forfait

Les médecins qui ont été interrogés dans cette thèse mettent en avant les avantages qu'ils tirent du modèle libéral et notamment leur attachement à la rémunération à l'acte (nécessitant pour certain une revalorisation).

Les médecins 4 et 7 mettent aussi en exergue le manque de lisibilité des actes et de leur rémunération.

- ✓ *Après ce qui est difficile pour moi, pour nous, ils nous ont mis des cotations, vous savez des trucs pour les enfants, pour les grands, pour les petits, consultations après hospitalisations ou je ne sais pas, il y a 2 ou 3 trucs comme ça. (médecin 4)*
- ✓ *Est-ce que faire un tarif progressif ne serait pas mieux? Avec une cotation des actes qui serait un peu au temps passé. Ca moi j'en ai toujours rêvé. En pratique je pense que c'est compliqué parce que qu'est-ce que chacun met derrière le temps en plus? (médecin 7)*

Pourtant quelques généralistes semblent attirés par le salariat.

La proposition de loi apporte donc, pour le moment, quatre cent postes de praticiens partagés entre la médecine de ville et l'hôpital. Les autorités mettent en avant que cette façon de rémunérer les médecins serait plus adaptée à la demande actuelle puisque, selon eux, les jeunes médecins surtout plébiscitent une rémunération partagée.

La rémunération qui semble se profiler derrière la nouvelle loi profiterait au modèle par rémunération forfaitaire en fonction des pathologies rencontrées dans la patientèle. Augmentant mécaniquement la rémunération des médecins, cette manière de faire n'est cependant pas plébiscitée par les médecins.

5) La formation

Un des principaux leviers pour dynamiser la médecine générale serait d'agir sur la formation et les études médicales.

a) Avant l'entrée en médecine

Les médecins 1 et 3 proposent que les élèves de lycée ou même de collège soient mis en relation avec des médecins pour mieux présenter le métier en lui-même.

- ✓ *Un peu comme aux forums des métiers, des trucs comme ça tu sais?! Avant la terminale, je crois c'est même au collège! (...) Tu vois un peu ce que tu peux faire! J'ai pas le souvenir d'avoir vu des médecins dans ce genre de truc! (médecin 1)*
- ✓ *Et puis ben, par exemple, au collège ou au lycée ben venir passer une journée avec nous pour savoir comment ça se passe. (médecin 3)*

D'ailleurs les médecins 9 et 11 rapportent la création d'options accessibles au lycée, dans certaines zones et qui « préparent » à la filière médecine, en présentant les métiers de la filière PACES. Cette option est encore expérimentale et cantonnée à quelques lycées.

- ✓ *On va voir les terminales pour essayer.... (...) Pour leur montrer ce que c'est le métier de médecin. (médecin 11)*
- ✓ *J'ai un confrère de C. qui intervient et qui s'adresse en fait, en association avec les professeurs de biologie. Il leurs donne, il donne quelques cours d'anatomie en fait aux jeunes et leur parle, et leur parle du métier de médecin! (médecin 9)*

Cours d'anatomie, bases de physiologie permettent à ces élèves d'acquérir des connaissances spécifiques dès le lycée. La filière excellence a été créée pour favoriser la réussite des étudiants ayant choisi médecine très tôt.

b) La première année de médecine

L'entrée en médecine générale se fait par une première année difficile, sanctionnée par le concours de fin de première année. Celui-ci a été remis en question par les médecins interrogés qui remarquent, dans ce système, une sélection mettant en avant les connaissances acquises et non pas la motivation à pratiquer la médecine.

- ✓ *Enfin en Belgique par exemple, y'a un examen d'entrée pour rentrer de la première année à la deuxième, rentrer en première année et ensuite pour rentrer en deuxième année, t'as encore une sélection mais le nombre de gens qui rentre en 2ème année il est quasi le même que celui qui est en première année; ils font une sélection à l'entrée en fait. Déjà ça évite à des étudiants de perdre leur temps sur les bancs de la fac mais bon, ça c'est pas politiquement correct! (médecin 12)*
- ✓ *Donc on ferait une sélection, les gens seraient peut-être plus motivés, on canaliserait mieux les études (médecin 12)*
- ✓ *Non c'est une motivation, les gens ils doivent être motivés pour faire médecine! (médecin 11)*

La motivation devrait être le mode de sélection. L'entretien paraît être la solution la plus adaptée mais dans la pratique son instauration semble compliquée.

Quoi qu'il en soit la réussite de la première année par des étudiants motivés paraît une bonne idée.

c) Multiplier les stages

Quel que soit le mode d'entrée en médecine, l'accompagnement vers la médecine générale, doit se faire, selon plusieurs médecins interrogés, via la multiplication des stages en médecine générale.

- ✓ *Peut-être dès la première ou deuxième année dire "allez hop, il y a quinze jours de stage obligatoire par an, pour tous les étudiants" quels qu'ils soient en fait! Peut-être! Parce que quand tu fais des stages en fin, en bout de carrière, en bout d'études, t'as déjà un peu tes choix en tête quoi!* (médecin 12)
- ✓ *Ben déjà qu'il y ait des stages pendant l'externat et l'internat. Moi ce n'était pas le cas. enfin j'avais fait quinze jours en tant externe et six mois en tant qu'interne mais quand on va faire médecin généraliste je pense que c'est là où on apprend notre travail.* (médecin 10)
- ✓ *Enfin pour montrer, alors si il faut rentrer dans la coercition, il faudrait peut-être rendre obligatoire, un stage, chez le médecin généraliste, à TOUS les étudiants en médecine, pas la deuxième année ou quoi! Enfin peut-être tu vois en troisième ou en quatrième année quand ils commencent à apprendre un peu la médecine.* (médecin 1)

Certains médecins, quatre, interrogés dans cette thèse sont maîtres de stage. Ils ne mettent pas en avant leur rôle dans la formation des futurs généralistes. En revanche deux médecins envisagent de prendre des étudiants, mettant en avant que le contact avec la réalité du terrain est nécessaire pour faire un choix en connaissance de cause.

- ✓ *Voilà prendre des étudiants aussi pour leur faire voir ce que c'est avant qu'ils choisissent une spé ou... et donc ça c'est bien mais avec la réforme ou ça réduit un petit peu les stages et tout ça, ça va être un petit peu compliqué...* (médecin 3)
- ✓ *J'aimerais bien accueillir, tu vois, un étudiant ou quoi! Maître de stage mais euh... Il faudrait que tous les médecins puissent euh...* (médecin 1)

Ils espèrent que la pratique de la médecine générale par des stages pourrait intéresser les étudiants et les amener à choisir une spécialité que tous ont côtoyée, au moins comme patient, mais qui reste finalement peu connue.

d) La perte d'étudiants au cours des études

Un autre problème pointé du doigt par les médecins 7 et 11 est la perte des étudiants au cours des études.

- ✓ *Il y a beaucoup de médecins qui arrêtent c'est ça qui m'étonne! Hein ! C'est pas... ou ils ne sont pas faits au départ pour ça ou... (médecin 11)*
- ✓ *50% des étudiants comme, toi qu'on accompagne en troisième cycle de médecine générale et qui disparaissent en route, qui ne seront pas généralistes installés. Donc, ceux-là, ce serait intéressant de savoir pourquoi ils n'y vont pas. Moi j'ai du mal à le savoir et à le comprendre... (médecin 7)*

6) Réorganisation du système de santé

a) Entre la ville et l'hôpital

Les médecins ont peu parlé de leur rapport avec les hôpitaux. La médecin 10 a évoqué ses relations, parfois conflictuelles, avec les urgences. La médecin 4 aussi a évoqué les rapports avec l'hôpital et surtout le problème des personnes âgées, de plus en plus dépendantes dont le maintien à domicile peut parfois être difficile.

- ✓ *Et les gens qui arrivent là, c'est des gens qui ont un problème, si ce n'est pas de l'urgence, eh bien créez un service à côté, avec une consultation, pas d'urgence, avec des lits, pas urgents mais au moins pour nous dépatouiller. (médecin 4)*
- ✓ *Les urgences quand on voit ce qu'ils font de nos patients, qu'on envoie je pense qu'ils nous prennent vraiment pour des idiots parce qu'ils ne prennent pas du tout compte de pourquoi on les a envoyé. (médecin 10)*

La loi santé 2022 met en place, pour une bonne partie, une réorganisation des soins entre la ville et l'hôpital. Ayant pour but de renforcer l'interaction entre les cabinets médicaux et les hôpitaux de proximité, cette réforme pourrait, peut-être, favoriser les liens et donc la prise en charge des patients, surtout des plus précaires.

b) En ambulatoire

La pénurie de médecins et la multiplication des soins ambulatoires conduisent à une augmentation du temps de travail des praticiens installés.

Les médecins se sont déjà organisés pour que le temps médical soit le plus important possible. Malgré la charge croissante de travail les médecins voient difficilement comment développer plus de temps de travail. Seule la délégation des tâches administratives à d'autres professions paraît être une bonne solution.

L'Etat a ainsi décidé de promouvoir, depuis quelques années, différentes professions pour soulager les médecins. C'est le cas des infirmières de pratique avancée qui peuvent suivre les patients chroniques, conjointement avec le médecin.

En 2016, la profession d'IDE clinicienne a aussi été créée pour libérer du temps médical. Il s'agit d'une infirmière libérale dont la formation est complétée par deux ans supplémentaires. Leur rôle n'est pas très bien déterminé, et la profession n'est pas connue des médecins interrogés.

Ces IDE auraient pour rôle le suivi des patients chroniques et le renouvellement des traitements pour les pathologies stables, pouvant faire une consultation complète en lieu et place du médecin traitant. Si la pathologie se dégrade l'IDE doit renvoyer le patient vers le médecin traitant. Les patients qui peuvent entrer dans une telle prise en charge seraient choisis par le médecin référent.

Par la loi de santé 2022, l'Etat veut mettre en place un métier d'assistant médical pour lequel il a déjà prévu quatre mille postes. Cette nouvelle profession n'est pas non plus très bien décrite dans les textes. Pour le moment on sait que cette profession sera subventionnée par l'Etat (sans garantie de durée), mais à priori salariée par le médecin, dans une maison ou un pôle de santé pluri-professionnel. Le but de cette organisation est de dégager du temps médical, en avançant le travail du médecin (prise des constantes, contrôle des vaccinations et des dépistages, travail administratif, accueil des patients...).

Toutes ces nouvelles pratiques sont, dans les faits, très mal connues des généralistes installés et leurs promulgations sont assez peu médiatisées.

Ainsi les médecins ne parlent pas spontanément de ces professions. Quand on les évoque les médecins pensent globalement que c'est une bonne idée. Certains s'accommodent d'ailleurs déjà d'un partenariat

✓ *Travailler avec les infirmières si, si quand même! Sans donner d'ordre! Parce qu'elles sont plus qualifiées que nous pour les pansements j'estime, maintenant... (médecin 11)*

Le médecin 1 pense que c'est une bonne idée. C'est d'ailleurs le seul qui évoque spontanément la possibilité d'avoir une aide avec lui.

✓ *On aimerait bien (...) Ils (en Angleterre) ont une infirmière qui va prendre la tension artérielle, les paramètres et après toi tu ne t'attaques vraiment qu'à la médecine quoi!*

Les autres tâches qui pourraient être transférées ne sont que peu développées.

- ✓ *Avoir une infirmière qui fait les vaccins, ça nous prendra moins de temps que les faire. Pourquoi pas faire des dépistages d'acuité visuelle, pourquoi pas faire des dépistages auditifs?? Pourquoi pas? (médecin 3)*

En fait les médecins interrogés se posent de nombreuses questions sur la formation, le champ de compétences et les interactions qu'ils auront avec ces nouvelles professions.

- ✓ *Mais faudra bien les former, faudra bien s'entendre sur ce qu'on doit faire et qu'on ne doit pas faire mais pourquoi pas ? (médecin 3)*
- ✓ *Mais après, encore faut-il que l'infirmière elle soit capable parce que ... enfin... Les dernières infirmières que j'ai vu sortir de l'école, c'est chaud quoi!! (médecin 1)*
- ✓ *Si on était à deux? Oh! Ce serait moins dur si tu as quelqu'un avec qui tu as confiance et ... et que si jamais tu travailles avec quelqu'un avec qui... voilà, ça n'irait pas! (médecin 5)*

Partant des pistes évoquées, les IDE cliniciennes pourraient faire les renouvellements simples, faire des suivis tensionnels, des vaccinations, les assistants pourraient prendre les constantes avant la consultation, vérifier les vaccinations et évoquer la prévention. Les médecins s'interrogent donc sur le contenu du travail qui leur resterait. En effet dans cette thèse les médecins se sont montrés particulièrement rétifs face à la multiplication des tâches annexes et administratives qui est de plus en plus mal vécue.

C'est le médecin 1 qui exprime clairement l'idée que la multiplication des aides ne devrait pas se faire en enlevant la prise en charge médicale en ne leur laissant que le côté administratif.

- ✓ *Faut pas qu'on nous emmerde avec euh "par contre docteur faudra passer parce que y'a son feuillet de 100% qui se termine faudrait le refaire et puis il n'est plus capable de marcher, il faut mettre les aides ménagères en place!". Parce que s'ils sont capables de faire venir des infirmières pour les renouvellements, il faut aussi qu'ils trouvent quelqu'un pour toutes ces conneries-là! (médecin 1)*
- ✓ *Et puis les médecins risquent de faire la gueule un peu quand même hein! Parce qu'encore une fois on nous dessaisit du côté médical... (médecin 1)*

Le médecin 11 aussi se plaindrait de la délégation des tâches médicales :

- ✓ *Les prescriptions? Ben elles ont le droit de prescrire pour les pansements après plus euh... Non, là je ne suis pas d'accord, non, non, il faut limiter! Sinon ça va être l'anarchie, ça va être...*

Les médecins s'interrogent donc sur ce qui va leur être réservé dans le futur. Ils ne veulent pas se voir dessaisir du côté médical et en même temps ne veulent pas trop travailler pour pouvoir conserver une vie sociale appréciable.

✓ *Ah ben voilà, c'est ça le problème, c'est que les médecins, ils sont ambivalents! C'est à dire qu'ils veulent bien refiler du boulot mais ils ne veulent pas qu'on leur fasse leur boulot parce qu'après ils en n'auront plus!* (médecin 5)

Pour le moment cette crainte n'est pas justifiée. La pénurie dans certains secteurs est très difficile à enrayer et les médecins se retrouvent seuls, face à une population de plus en plus âgée pour laquelle les visites sont nécessaires. De plus la polypathologie implique un travail plus long pour chaque dossier.

Pourtant cette crainte pourrait apparaître légitime dans quelques années, si la multiplication de mesures pour remplacer les médecins n'est pas contrôlée et produit un effet inverse.

DISCUSSION

1) Critique de la méthode

a) **Le choix de la méthode**

La méthode utilisée est celle de l'analyse qualitative. Cette méthode est utilisée quand les données à recueillir ne peuvent être connues avant l'enquête.

Le principal biais de cette méthode est de ne pouvoir étudier qu'un faible échantillon, l'analyse des données n'étant pas soumise au traitement statistique.

b) **Biais de sélection**

Le recrutement de la population s'est fait en première partie par des contacts connus, démarchés directement. Dans un second temps il a été affiné par des contacts téléphoniques.

La représentativité de l'échantillon a été travaillée afin d'interroger des hommes et des femmes des trois départements picards.

Le choix a aussi été motivé par l'appartenance à une zone de pénurie médicale ou non afin d'essayer de mettre en évidence des différences de réponses dans les résultats.

c) **Biais liés aux interrogés**

Il existe aussi un biais lié aux médecins qui ont répondu. Les médecins qui ont accepté l'interview étaient sans doute intéressés par le sujet. En augmentant le nombre de médecins interrogés le nombre de réponses apportées aurait pu être plus important. La saturation des données a été atteinte afin de pallier à ce biais.

d) **Biais liés à l'enquêtrice**

L'absence de formation en matière d'interrogatoire apporte un biais.

Le questionnaire ouvert a permis aux médecins interrogés de parler librement. Ils ont pu dérouler l'ensemble des réponses qui leur semblaient intéressantes. Les relances ont été apportées, le plus souvent, pour faire préciser une réponse.

Les médecins interrogés peuvent aussi avoir mal compris certaines questions provoquant un biais de compréhension. Ce biais a été limité par la reformulation des questions.

Un biais peut aussi apparaître dans l'interprétation des réponses. Ce biais a été en partie neutralisé par la triangulation des données. L'analyse des réponses par une tierce personne permet de limiter les erreurs.

2) Le mode de vie du généraliste

Au cours des interviews les médecins ont largement pu développer leur ressenti sur leurs conditions de travail et sur leur vie de famille

Globalement en suivant leurs récits il apparaît que chacun trouve bien sûr des désagréments dans sa pratique quotidienne mais que la vie de famille a été vécue aussi bien que possible. Seul un des généralistes met en avant que son temps passé au travail était trop important ce qui a été préjudiciable à sa qualité de vie.

Pour les autres le ressenti n'est pas aussi regrettable. La plupart des médecins ayant organisé leur vie pour qu'elle réponde à leurs attentes. Le travail, dans l'esprit actuel de la société, reste une manière de bien gagner sa vie et donc de pouvoir participer à des activités en rapport avec ses revenus. Ainsi, pour le médecin 2, il suffit de définir quels sont nos besoins afin de fournir l'effort au travail qui permet d'aboutir à ce confort de vie.

Dans cette thèse, on remarque en effet que certains ont défini un temps de travail important parce qu'il était possible de maintenir un équilibre familial alors que d'autres préfèrent limiter leur activité professionnelle pour gagner en qualité de vie. Chaque médecin définit ses propres limites.

C'est peut-être pour cela que le sentiment qui se dégage de ce travail est celui d'une vive satisfaction à continuer ce métier malgré les difficultés quotidiennes. En parallèle on peut penser que les médecins qui n'ont pas la chance d'organiser aussi bien leur quotidien n'ont pas voulu ou pu répondre à ce questionnaire.

3) La position libérale du médecin

Nous l'avons vu les médecins aiment le statut libéral de leur profession. Ils mettent en avant les attraits de la rémunération à l'acte, le fait d'être les décideurs de leurs prescriptions (qu'ils font en leur âme et conscience) et la liberté dans leur emploi du temps.

Pourtant aujourd'hui la rémunération se fait de plus en plus par forfait et les aides pour favoriser le travail en zone sous-dense se développent. De plus, depuis 2016 et la promulgation du tiers payant généralisé les médecins peinent à retrouver dans leurs revenus la part du travail effectif et celle des aides.

En contrepartie la sécurité sociale demande aux praticiens de respecter le plus possible certaines règles de prescription et exercent un contrôle sur celles-ci. Elle peut aussi examiner d'autres types de prescriptions qui ne sont pas liés à un accord. Les médecins se sentent alors

critiqués sur leur manière de travailler d'autant plus qu'ils ne sont contactés qu'en cas de problèmes.

Le pacte instaurant la rémunération n'existe pas et les médecins comprennent difficilement pourquoi les autorités s'immiscent dans leur travail. Le prétexte d'une meilleure prise en charge du patient est difficilement acceptable par certains médecins, qui ont derrière eux des années d'études difficiles, une carrière plus ou moins longue, des formations régulières (basées sur le volontariat), une expérience propre qui les préparent au mieux à traiter leurs patients.

L'autre argument mis en avant pour examiner les prescriptions est économique. Le coût de la médecine est important et représente aujourd'hui 8.9% du PIB français (36). Dans le contexte économique actuel il est difficile de ne pas compter avec le coût de la santé. Les médecins pourtant acceptent mal cette raison.

D'autant plus qu'avec le développement des techniques et des traitements, le coût de la santé devient de toute façon de plus en plus important.

De plus, peu répandu mais prenant une place de plus en plus importante, l'aspect juridique entre dans le milieu de la santé. Les médecins peuvent être amenés à prescrire plus d'exams complémentaires, par exemple, pour pallier à ce risque puisque le médecin a une obligation, certes pas de résultat mais de moyens.

On peut se demander comment évoluera cette surveillance dans les années à venir. Les médecins, d'abord peu enclins à suivre des règles dictées par le coût de la santé semblent s'habituer à suivre ces directives (peut-être aussi parce qu'elles ont évoluées). Vont-ils suivre les demandes des autorités même si elles s'avèrent de plus en plus sévères ? Vont-ils pouvoir ou vouloir affronter les autorités ?

Face au coût de la santé les médecins et les patients pourraient invoquer le prix de la vie.

4) Les avantages sociaux

Le statut libéral implique que le médecin est rémunéré par son travail, la protection sociale est particulière pour les médecins mais il n'existe pas d'avantages sociaux comparables au traitement réservé aux salariés.

Or les médecins, touchant de plus en plus de rémunération par l'Etat, sous réserve de « bien faire leur travail », pensent qu'ils pourraient être considérés comme des salariés... Certains en ont peur, d'autres, par contre, semblent plutôt partagés. Si les médecins deviennent des

salariés de l'Etat (et fonctionnaire par extension), ils peuvent alors prétendre à des avantages sociaux comme des arrêts maladies, des horaires stables et des locaux à la charge de l'Etat. Pourtant dans cette vision les médecins ne semblent pas envisager qu'ils ne pourraient plus prendre de vacances comme ils le voudraient, que le salaire serait stable et que le nombre de consultations pourrait être imposé. Les patients sans médecin pourraient, par extension, être pris en charge par un médecin désigné, puisque l'Etat deviendrait l'organisateur de la santé. A terme on pourrait même craindre une perte du droit du médecin à choisir son patient (et aussi sûrement du patient à choisir son médecin).

5) La place du généraliste dans le système de soins

Le rôle du généraliste dans le système de soin est donc au cœur de la réflexion.

La dernière décennie a vu la diversification des champs de compétences de plusieurs professions qui ont empiété sur le champ d'action du généraliste. C'est le cas notamment des sages-femmes qui suivent désormais des grossesses en ville ou des IDE en pratique avancée qui peuvent suivre les patients avec des pathologies chroniques. Par la loi santé 2022 ce sera l'apparition des assistants médicaux et la délégation de prescriptions de premier recours au pharmacien.

Le médecin se sent donc dépossédé de son travail de premier recours et de sa fonction de soin de suivi, qui constituent le cœur de son travail.

Pourtant le vieillissement de la population, la multiplication des pathologies chroniques (diabète, insuffisance rénale...), l'augmentation de la consommation de soins et le départ à la retraite du papy-boom sont bien responsables des tensions dans le milieu soignant, rendant l'accès au praticien difficile, entraînant un surmenage des médecins déjà en place.

Dans les prochaines années les médecins devraient donc fournir un surcroît de travail s'ils devaient continuer à prendre en charge l'ensemble de la pathologie déjà traitée.

Les médecins ne semblent pas, sauf exception, fondamentalement contre le développement de professions complémentaires de la médecine libérale. Les médecins se posent plutôt la question du rôle exact qui sera défini pour chacun, les médecins souhaitant finalement garder beaucoup de leurs prérogatives.

D'autre part il n'est pas défini quelles devront être les relations à mettre en place avec le médecin traitant mais il s'agit aussi de savoir comment ces professionnels seront formés à leurs nouvelles fonctions.

La réticence affichée par les généralistes semble être plutôt liée au manque de concertation qui a eu lieu avant l'instauration de ses réformes qu'aux réformes elles-mêmes.

Aucun des médecins interrogés n'a fait d'allusion à la place des médecins étrangers dans les installations actuelles ou de l'emploi des intérimaires dans le milieu de la santé.

6) Organisation du territoire

Le manque d'installation et la baisse de la démographie médicale ont influencé ce travail.

La réponse à cette diminution des vocations passerait par une meilleure sélection des étudiants à la fin de la première année de médecine, basée sur la motivation plus que sur les résultats scolaires. D'autre part l'influence de la société par les médias, les séries, les films est aussi importante et la multiplication des exemples « heureux » pourraient influencer durablement les futurs praticiens.

Mais la formation ne fait pas tout et les médecins plébiscitent les aides à l'installation pour favoriser l'implantation des futurs généralistes. Bien sûr les futurs praticiens aspirent aussi à une vie extra-professionnelle riche, or les loisirs sont peu accessibles à distance de grandes villes. Pour beaucoup la réorganisation du territoire, avec la présence d'écoles, de commerces de proximité et du travail pour les conjoints seraient une bonne réponse à la désertification. Pour appuyer les observations des médecins, on peut ajouter que selon le dernier bilan de la démographie médicale les zones médicalement sous-denses se superposent aux zones désertifiées par d'autres professions, surtout dans les zones rurales.

En banlieues et dans certaines grandes villes la désertification est aussi un problème et l'organisation du territoire peut difficilement être mis en cause. D'autres ressorts pourraient être actionnés. Dans cette thèse cette partie n'a pas été abordée soit parce que cette situation n'est pas courante en Picardie, soit par défaut de réponses de médecins intéressés.

L'installation pourrait aussi être motivée, pour certains médecins, par la présence d'un plateau technique à proximité, laissant la possibilité d'avoir rapidement disponibles des examens complémentaires.

Cela pourrait être encouragé par la loi santé 2022 qui voudrait créer une relation entre la ville et l'hôpital afin de pallier les défauts de prise en charge. Si cette proposition n'est que peu reprise elle pourrait être un soutien pour certains futurs médecins qui se sentiraient moins démunis face au patient.

CONCLUSION

Depuis 2016 et la grève des généralistes face à la loi santé instaurant le tiers payant généralisé, le malaise des médecins est plus que jamais au premier plan. Cette grève a mis en avant une inadéquation entre les aspirations des médecins et les attentes qu'ont les autorités vis-à-vis de cette spécialité.

C'est aussi le moment où les généralistes ont pu réfléchir à ce qu'ils désiraient et comment allait évoluer la médecine générale.

C'est pour faire le point sur ce qui a déjà changé, sur les attentes et sur l'avenir des médecins généralistes que cette thèse a été entreprise.

De toutes les interviews, l'amour du métier de généraliste est le principal attrait qui a été cité. Si les médecins décrivent des conditions de travail parfois difficiles, le plaisir de faire leur travail au quotidien est ce qui se dégage le plus de ce travail.

L'importance de la relation médecin-patient, qui fonde la base de la médecine générale, est le principal intérêt du métier. Les praticiens trouvent aussi un équilibre et une satisfaction dans la diversité du travail. Soins de premier recours, diversité des motifs de consultation et des patients, multitude des spécialités abordées dans la pathologie journalière, vieillissement de la population ou prise en charge des nourrissons, travail en ville, à l'hôpital, dans des structures médicalisées sont autant de satisfactions que les généralistes tirent de leur pratique.

Les médecins interrogés déplorent cependant des désagréments, au premier rang desquels la charge administrative, jugée trop importante.

Les tensions apparues ces dernières années, avec notamment une implication du médecin dans le coût de la santé sont cependant mises en avant par les généralistes installés. L'évolution de la relation médecin – patient, concourt aussi à augmenter la pression subie au quotidien.

Cette thèse a aussi permis de mettre en avant l'importance de la vie de famille et des conditions de travail. En fait il ressort surtout que chaque médecin a mis en place une organisation au travail qui lui est propre pour répondre à ses aspirations, favorisant ainsi un certain bien-être.

Pour favoriser le temps libre et de bonnes conditions de travail, la grande tendance est à l'installation en cabinet de groupes, avec si possible d'autres spécialistes et quasi

Bibliographie

- 1) Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, WONCA Europe. [en ligne]. Evans P, 2002 [consulté le 28/04/2019]. Disponible sur <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- 2) DREES. Portrait des professionnels de santé. 2016. Fiche 11 Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé.
- 3) Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Edition Armand Collin
- 4) AMELI Annuaire santé. Disponible sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/> [consulté le 28/04/2019]
- 5) Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative, analyser sans compter ni classer. Edition De Boeck. 2014
- 6) CNOM, Atlas démographique 2018, [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
- 7) IPSOS, Les Français et le partage des tâches: à quand la révolution ménagère ? Paru le 04/05/2018. [en ligne] [consulté le 28/04/2019] Disponible sur <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-le-partage-des-taches-quand-la-revolution-menagere>
- 8) Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales. 2005
- 9) DREES. Etudes et résultats. 797 Les emplois du temps des médecins généralistes. 2012
- 10) Ressources en sciences économiques et sociales. L'évolution de la durée du travail en France depuis 1950. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <http://ses.ens-lyon.fr/ressources/stats-a-la-une/levolution-de-la-duree-du-travail-en-france-depuis-1950>
- 11) Loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000594652>
- 12) DARES analyses. N° 47 La durée du travail des salariés à temps complet. Juillet 2013 [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-047.pdf>
- 13) INSEE. Professions et catégories socioprofessionnelles. 01/01/2003 [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/3?champRecherche=true>

- 14) DREES. Portrait des professionnels de santé. 2016. Fiche 18 Les conditions de travail des médecins généralistes. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62022/1/panoramasante_prof_2016.pdf
- 15) CNOM, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016. page 204. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
- 16) Vialtel, SE. La visite à domicile : perception des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. 2012. Thèse médecine générale.
- 17) Kham, AM. Les visites à domicile : quelle place dans l'organisation des soins de demain ? Perception des internes en médecine générale et des patients picards. 2017. Thèse médecine générale
- 18) Cohen L, Génisson C, Savary RP. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Rapport d'information 685. 2016-2017 [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
- 19) Duguet B, Médecins généralistes libéraux exerçant au-delà de l'âge de la retraite : étude qualitative des déterminants à la poursuite de l'activité. (thèse médecine générale) 2017
- 20) Agence nationale du DPC. Chiffres-clés. 30/09/2018. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://www.agencedpc.fr/chiffres-cles>
- 21) Universalis définition « libéralisme ». [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://www.universalis.fr/encyclopedie/liberalisme/>
- 22) Larousse. Définition « libéral ». [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/lib%C3%A9ral_lib%C3%A9rale_lib%C3%A9raux/46970
- 23) DREES. Portrait des professionnels de santé 2016. Fiche 7 Les revenus des médecins libéraux. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche7-3.pdf>
- 24) DREES. Etudes et Résultats n° 1080. Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014. Septembre 2018. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/2018-09-28_DREES_rev-med-libx.pdf
- 25) Présentation de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>
- 26) CPAM. La ROSP du médecin traitant de l'enfant. Mis à jour le 13/02/2019. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://www.ameli.fr/somme/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>

- 27) CPAM. La ROSP du médecin traitant de l'adulte. Mis à jour le 13/02/2019. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://www.ameli.fr/somme/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
- 28) DGOS. Les chiffres clés de l'offre de soins. 2018. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
- 29) Communiqué de presse de l'assurance maladie. 04/06/2018. Développement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) : un soutien financier renforcé. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Communique_de_presse_-_Remuneration_des_MSP_-_4_juin.pdf
- 30) DGOS. Cahier des charges Maisons de santé pluri-professionnelles. ARS Hauts-de-France. Mars 2018. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PAPS_V2_NPDCP/MH/Cahier_des_charges_MSP_290518.pdf
- 31) ISNAR IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2010-2011. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
- 32) Communiqué de presse, assurance maladie. Bilan à 6 mois de la télémédecine, une montée en charge progressive. 26/03/2019. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_a_6_mois_de_la_Telemedecine.pdf
- 33) Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. DREES. Dossiers solidarité et santé. Décembre 2019.
- 34) Robert-Bobée I, Enquêtes et études démographiques. INSEE. Paru le 07/07/2006. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
- 35) L'infirmière en pratique avancée : Améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants. Mise à jour le 30/10/2018 [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
- 36) Soual H, DREES 2017. Les dépenses de santé depuis 1950. Etudes et résultats. n°1017. DREES. [en ligne], [consulté le 28/04/2019] disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-depenses-de-sante-depuis-1950>

Annexes

1. Script d'interrogatoire

Qu 1 : Que pensez-vous de votre charge de travail ?

- Comment est-elle répartie au cours de la semaine ?
- Que faites-vous de vos jours de congé ?
- Participez-vous à la permanence de soin ? pourquoi ?

Qu 2 : Comment organisez-vous votre vie privée ?

- Globalement quel sentiment avez-vous concernant le temps consacré à votre famille, vos enfants et de façon plus générale à vous-même ?
- Comment conjuguez-vous votre vie professionnelle et celle de votre conjoint ?

Qu 3 : Pour vous, quels sont les avantages de la médecine tant sur le plan professionnel, social, que privé ?

Qu 4 : De la même manière, quelles sont les difficultés que vous ressentez plus particulièrement ?

Qu 5 : Selon vous, quels sont les moyens à mettre en place pour lutter contre ces désavantages ?

- Dans l'exercice au quotidien (personnellement ou conventionnellement)
- Et de façon plus générale, dans ce qui tient à la fonction du médecin généraliste / médecin traitant...

Qu 6 : Quelle(s) est (sont) la (les) priorité (s) pour redynamiser la filière « médecine générale » que ce soit dans le domaine de l'information, de la formation, de l'installation ou de l'accompagnement ?

Qu 7 : La médecine générale et sa pratique sont en perpétuelle évolution. Comment, d'après votre expérience passée, pensez-vous que la médecine de demain va s'organiser et comment s'y préparer ?

2. Description des médecins interrogés

Médecin 1 :

Somme, zone urbaine

Homme, 36 ans, marié, sans enfant

Installé en cabinet de groupe, consultations de spécialistes au sein du cabinet

Secrétariat présentiel à plein temps

Médecin 2 :

Somme, zone urbaine

Homme, 64 ans, marié, 2 enfants

Partant en retraite en fin d'année,

Installés en cabinet de groupe avec 8 autres médecins, consultations de spécialistes au cabinet, psychologue

Secrétariat présentiel

Médecin 3 :

Somme, zone semi-urbaine

Femme de 48 ans, mariée, 3 enfants

Installée en cabinet de groupe, consultations de spécialistes, de diététicienne, de psychologue

Secrétariat présentiel

Médecin 4 :

Aisne, zone urbaine

Femme, cumul emploi-retraite, 4 enfants

Installée seule pendant toute sa carrière, a rejoint un autre généraliste il y a deux ans car son cabinet ne répondait pas aux normes d'accessibilité

Médecin agréée pour les permis de conduire, médecin dans deux MAS

Secrétariat non présentiel à mi-temps,

Médecin 5 :

Oise, zone rurale

Homme, marié, 1 enfant

Installé en groupe à deux reprises, a finalement créé une MSP

Secrétariat à distance, contact par SKYPE®

Médecin 6 :

Oise, zone urbaine

Homme, 63 ans, marié, 3 enfants

Installé seul, chez lui

Partira en MSP l'année de sa retraite pour laisser son remplaçant

Médecin agréé pour les agents administratifs

Pas de secrétariat

Médecin 7 :

Somme, zone urbaine

Homme, 50 ans, marié, 2 enfants

Installé en cabinet de groupe avec un autre médecin, expertise des réunions de formation, coordonne un centre de soins gratuits en ville

Secrétariat à distance

Médecin 8 :

Aisne, zone péri urbaine

Homme, 60 ans, marié, 2 enfants

Installé seul puis a monté un cabinet de groupe, exerce actuellement avec un autre généraliste, travaille comme médecin coordinateur dans 2 maisons de retraite

Secrétariat à distance à mi-temps

Médecin 9 :

Oise, zone rural

Femme, 46 ans, mariée, 4 enfants

Installée dans un local qu'elle partage avec une kiné sans lien pour le suivi des patients

Pas de secrétariat

Médecin 10 :

Somme, zone semi rurale

Femme, 38 ans, mariée, 2 enfants

Travaille en cabinet de groupe

Secrétariat présentiel

Médecin 11 :

Aisne, zone rurale

Homme 60 ans, marié, 2 enfants

Travaille seul, travaille à l'élaboration une MSP en partenariat avec d'autres généralistes installés

Secrétariat téléphonique le matin

Médecin 12

Somme, zone urbaine

Travaille en cabinet de groupe avec consultations d'autres spécialistes

Secrétariat présentiel