



HAL
open science

Causes d'abandon de l'exercice libéral chez les médecins généralistes : une enquête qualitative auprès de 9 médecins en Normandie

Coralie Clerc

► **To cite this version:**

Coralie Clerc. Causes d'abandon de l'exercice libéral chez les médecins généralistes : une enquête qualitative auprès de 9 médecins en Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02357010

HAL Id: dumas-02357010

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02357010>

Submitted on 9 Nov 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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

CLERC Coralie

Née le 23 mars 1988 à Rouen

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 OCTOBRE 2019

**Causes d'abandon de l'exercice libéral chez les
médecins généralistes : une enquête qualitative
auprès de 9 médecins en Normandie**

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Pierre-Yves LITZLER

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Jean-Paul THUEUX

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD-ZMUDA
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	HCH-CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>urnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>urnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry **WABLE**

UFR Communication

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**

UFR Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1697, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SOMMAIRE :

SOMMAIRE	15
LISTE DES ABREVIATIONS	17
1- INTRODUCTION	18
1. Contexte	18
2. Définition de la médecine générale	18
1) Médecine générale libérale	18
2) Médecine générale salariée	20
3) Médecine générale mixte	21
3. Démographie médicale en France	21
4. Démographie médicale en Normandie	23
2- MATERIEL ET METHODE	25
1. Type d'étude	25
2. Population cible	25
3. Mode de recrutement	25
4. Mode de recueil	26
5. Recueil de données	26
6. Retranscription des données	27
7. Analyse des données	27
3- RESULTATS	28
1. Analyse de l'échantillon :	28
1) Les entretiens	28
2) Caractéristiques des médecins interrogés	29
3) Caractéristiques de l'ancien exercice médical libéral	30
2. Analyse et interprétation des entretiens :	31
1) Parcours professionnels des médecins interrogés :	31
A. Choix de la médecine.....	31
B. Choix de la spécialité médecine générale	31
C. Choix d'installation	32
D. Une cessation inattendue pour la plupart	33
2) Motifs principaux de cessation d'activité libérale :	33
A. Liés à la pratique médicale du médecin traitant	33
B. Liés à l'exercice libéral	36
C. Liés à la gestion du temps de travail	37
D. Liés au fonctionnement du cabinet	39

E. Liés à la relation avec le patient	40
F. Liés à la relation avec les élus et l'administration	41
G. Liés à la santé personnelle	42
H. Liés à une rémunération jugée insuffisante	43
I. Liés à l'impact du travail sur la vie privée	43
J. Liés à une nouvelle opportunité de travail	44
3) Une culpabilité et des regrets ressentis... :	45
4) : ...mais un retour en exercice libéral non envisagé :	45
5) Les points positifs exprimés :	46
A. Concernant l'exercice libéral	46
B. Concernant leur exercice actuel salarié	47
4- DISCUSSION :	49
1. Forces de l'étude	49
2. Limites de l'étude	49
3. Discussion des résultats	50
1) Parcours professionnel.....	50
2) Difficultés rencontrées dans l'exercice médical	51
A. Tâches administratives	51
B. Solitude	52
C. Syndrome d'épuisement professionnel	52
D. Exigence des patients	54
3) Temps de travail excessif	54
4) Impact sur la vie privée	55
5) Rémunération insuffisante	55
6) Charges sociales du libéral élevées	57
7) Conflit avec autorités et politiques	58
A. Assurance maladie	58
B. Politique	58
C. Collectivités	59
4. Propositions d'amélioration des conditions d'exercice du MG libéral	60
1) Concernant la formation médicale initiale	60
2) Concernant leur pratique	64
3) Concernant la rémunération	69
5- CONCLUSION	74
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	75
ANNEXES	81
RESUME	97

LISTE DES ABREVIATIONS :

ALD : affection longue durée

ARS : agence régionale de santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins français

CNGE : collège national des généralistes enseignant.

CCAM : classification commune des actes médicaux

CDOM : conseil départemental de l'ordre des médecins

CESP : contrat d'engagement de service public

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CRDS : contribution pour le remboursement de la dette sociale

CSG : contribution sociale généralisée

DES : diplôme d'étude spécialisée

DMP : dossier médical partagé

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

ECN : épreuves classantes nationales

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

ESP : équipe de soins primaires

FMC : formation médicale continue

GAPP : groupe d'analyse de pratique entre pairs

INSEE : institut national de la Statistique et des études économiques

MG : médecin généraliste

MSP : maisons de santé pluriprofessionnelle

MSU : maître de stage universitaire

MT : médecin traitant

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

NMR : nouveaux modes de rémunérations

ROSP : rémunération sur objectif de santé publique

HAS : haute autorité de santé

FPMT : forfait patientèle médecin traitant

DAM : délégué de l'assurance maladie

OMS : organisme mondial de santé

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée

SASPAS : stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé

SEP : syndrome d'épuisement professionnel

URSSAF : union de recouvrement pour la sécurité sociale et les allocations familiales

URML : union régionale des médecins libéraux

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

1- INTRODUCTION

1-1 Contexte

Durant leur formation, les internes en médecine générale ont la possibilité de découvrir l'exercice libéral pendant des stages extrahospitaliers.

J'ai découvert ce mode d'exercice pendant ma deuxième année d'internat dans plusieurs cabinets médicaux de groupe : l'un d'eux était urbain et l'autre rural. J'ai eu l'opportunité de commencer mon activité libérale de remplaçante dans l'un de ces cabinets. Alors que tout semblait bien fonctionner et que mon expérience dans le libéral s'avérait positive, deux sur quatre des médecins quittaient le cabinet et partaient pour un exercice salarié à l'hôpital.

Interpellée par ces choix de quitter la médecine libérale, j'ai voulu comprendre et ma question de thèse est née de cette situation.

1-2 Définition de la médecine générale

On entend souvent comme synonymes de médecin généraliste « médecin traitant », « médecin de famille », « médecin libéral ». Or il existe différentes formes d'exercice de la médecine générale : libérale, salariée ou mixte (1).

1-2-1 : Médecine générale libérale :

Depuis la réforme du « parcours coordonnés de soins » du 13 août 2004, les patients doivent signer avec un médecin libéral ou salarié un contrat dit « médecin traitant » qui ouvre des droits administratifs. Mais le médecin traitant est aussi dans l'esprit de la population celui qui gère la globalité de leur santé, dont les fonctions sont celles représentées par la marguerite du collège national des généralistes enseignants (CNGE).



Pour l'assurance maladie, sur le plan administratif, ses principales missions sont les suivantes :

- Assurer un 1^{er} niveau de recours aux soins et coordonner le suivi médical
- Orienter dans le parcours de soins coordonnés
- Gérer le dossier médical
- Établir un protocole de soins pour une affection de longue durée
- Assurer une prévention personnalisée

En libéral, le médecin généraliste remplit la fonction de « médecin traitant ». Le médecin est le « pivot » du parcours de soin et dispense les soins de premier recours (2).

Le médecin généraliste libéral travaille seul, en cabinet de groupe, ou encore maisons de santé pluriprofessionnelles. Il pratique ce qu'il est convenu d'appeler la médecine de ville, encore appelée médecine ambulatoire. Il est payé à l'acte, et perçoit des honoraires. Il exerce sous sa propre responsabilité, il décide seul de son lieu et de son mode d'exercice ; 3 secteurs sont possibles :

- Secteur 1 : honoraires fixés et remboursés par la sécurité sociale
- Secteur 2 : honoraires libres, la sécurité sociale ne remboursant qu'une partie de la consultation
- Secteur 3 (ou non conventionné) : honoraires libres, en dehors de la sécurité sociale.

Il gère lui-même le cabinet, son organisation et son financement.

1-2-2 : Médecine générale salariée

La médecine générale salariée s'exerce de diverses façons et dans différents lieux. Les activités possibles sans diplôme supplémentaire pour un médecin généraliste de formation sont (liste non exhaustive) :

Médecin hospitalier salarié

Médecin militaire

Médecin territorial (sur concours de la fonction publique, statut cadre catégorie A)

Médecin scolaire

Médecin de protection maternelle et infantile (PMI)

Médecin dans les centres de prévention et d'éducation sanitaire

Médecin conseil de la sécurité sociale

Médecin humanitaire

Médecin généraliste en centre de santé

Et avec diplôme supplémentaire :

Médecin pompier

Médecin du travail

Urgences, SAMU

Médecin expert

Médecine pénitentiaire

Le médecin salarié reçoit un salaire mensuel (indépendant des actes qu'il va pratiquer) par l'organisme qui l'a employé. Il est soumis à la législation du Droit du travail, son temps de travail de base est de 35 heures hebdomadaire.

Parmi les activités salariées, celle se rapprochant le plus de l'exercice des médecins généralistes libéraux et permettant des soins de premier recours est celle des médecins exerçant en centre de santé.

1-2-3 Médecine générale mixte :

Le médecin choisit d'exercer de façon mixte, c'est-à-dire d'avoir à la fois une activité libérale et salariée : il partage son temps de travail entre le cabinet et une activité annexe parmi celles ci-dessus. Son temps salarié est défini par son contrat de travail avec son employeur et il gère le reste de son activité libérale comme il le souhaite. Les deux activités sont indépendantes l'une de l'autre.

1-3 Démographie médicale en France

Aujourd'hui on compte 87801 médecins généralistes en France. Parmi eux 56% exercent en mode libéral, 37% en mode salarié et 7 % ont une activité mixte.
(4)

Cependant, depuis ces dix dernières années le nombre de médecins généralistes global tend à diminuer (une diminution de 7,3 % depuis 2010), et une étude récente montre que les médecins généralistes ont tendance à délaisser l'exercice libéral (-3,5 points) au profit du salariat (+4 points).

La profession se féminise. Une parité est attendue pour 2020. Cette féminisation a un impact sur l'évolution des pratiques.

Les étudiants admis en faculté après le rehaussement du numerus clausus (à partir de 2005-2006 notamment) commencent seulement à rentrer dans un exercice plein. « L'index de renouvellement générationnel » (rapport des médecins de moins de 40 ans sur les médecins de 60 ans ou plus) se situe ainsi à 0.85 pour

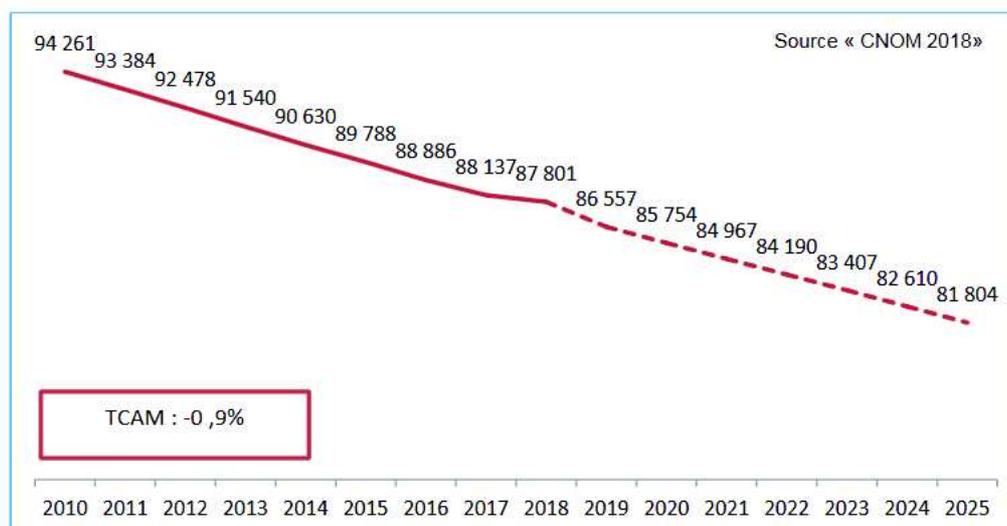
les médecins généralistes et 0.95 pour les spécialistes chirurgicaux. Ce renouvellement est insuffisant. Seules les spécialités médicales, avec un rapport de 1,21, connaissent un renouvellement réel.

Figure 10 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)



Les perspectives dans les années à venir ne prévoient pas d'inversion de la tendance au niveau des effectifs des médecins généralistes, tout type d'activités confondues

Figure 11 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)



1-4 Démographie médicale en Normandie :

En Normandie, on compte dans les départements de l'Eure et Seine maritime 1404 médecins généralistes libéraux recensés, pour 3235 médecins généralistes inscrits, tout mode d'exercice confondu, soit 43% seulement des médecins généralistes exercent en libéral.

Carte 16 : Variation régionale 2017-2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%)

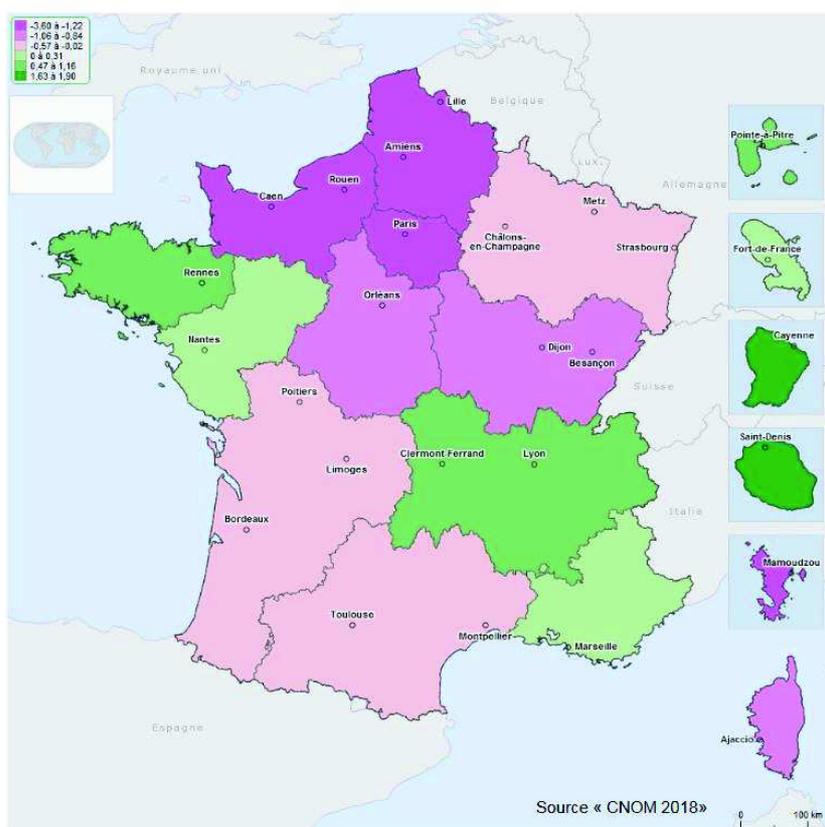


Tableau 11 : Variation 2017-2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%)

Guadeloupe	1,16
Martinique	0,00
Guyane	1,90
La Réunion	1,63
Mayotte	-3,60
Ile-de-France	-1,31
Centre-Val de Loire	-0,84
Bourgogne et Franche-Comté	-1,06
Normandie	-1,78
Nord-Pas-de-Calais et Picardie	-1,22
Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine	-0,57
Pays de la Loire	0,31
Bretagne	0,47
Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes	-0,02
Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées	-0,07
Auvergne et Rhône-Alpes	0,51
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,17
Corse	-0,88

La Normandie fait partie des régions qui a perdu le plus d'effectif en un an, elle a perdu 1.78 % de son contingent de médecin généraliste en activité.

Cette situation démographique préoccupante restreint l'accès aux soins de premiers recours.

Une enquête récente par la commission jeunes médecins du conseil de l'ordre des médecins (CNOM) a été réalisée afin de comprendre ce que souhaitent les jeunes diplômés pour s'installer et montre que 62 % des nouveaux inscrits à l'ordre présentait un mode d'exercice salarié (5). Alors que les jeunes médecins semblent délaisser la médecine libérale, on observe chez certains médecins généralistes déjà installés une fuite du libéral vers un mode d'exercice salarié exclusif.

Certaines études qui se sont intéressées à ce problème ont montré que le choix de cessation d'activité libérale était multifactoriel et complexe. Il est souvent lié aux contraintes de travail, à la difficulté d'épanouissement dans une vie privée ou des problèmes de santé personnel (6-11).

Le but de cette étude est donc de rechercher les causes d'abandons d'exercice libéral chez les médecins généralistes au profit d'une activité salariée en Normandie.

2- MATERIEL ET METHODE :

2-1 Type d'étude

Cette étude est une enquête qualitative réalisée auprès de neuf médecins généralistes.

L'objectif ici n'était pas de quantifier les facteurs déterminants la cessation d'activité libérale, mais d'en analyser les différentes causes et ressentis.

Des entretiens individuels ont été réalisés dans le but de favoriser la libre expression des médecins et permettre un éventail de réponse plus large. Le but était de pouvoir répondre aux questions « pourquoi » et « comment » et non de savoir combien de personnes agissaient de la même manière.

2-2 Population cible

La population étudiée est celle des médecins généralistes anciennement libéraux de Haute Normandie, et actuellement salariés en entreprise privée ou publique.

Seuls les médecins généralistes ayant cessé leur activité libérale au cours des 10 dernières années au profit d'une activité exclusivement salariée ont été retenus.

Etaient exclus les médecins généralistes n'ayant eu une activité libérale que de remplacement, sans avoir été installés.

2-3 Mode de recrutement

La liste de ces médecins a été essentiellement obtenue par contact de bouche à oreille, par démarchage auprès des instances, et en utilisant la technique de proche en proche consistant à demander aux personnes interrogées le nom d'autres personnes dans la même situation qu'elles.

Les personnes étaient d'abord contactées par messagerie électronique (cf. annexe 1) puis par téléphone avec leur accord, afin de convenir d'un rendez – vous.

2-4 Mode de recueil :

Chaque médecin a été interrogé au cours d'un entretien individuel semi dirigé.

Il existe trois types d'entretien dans la méthode de recueil d'informations d'une étude qualitative :

L'entretien libre, uniquement guidé par le discours de la personne interrogée

L'entretien dirigé qui s'apparente à un questionnaire standardisé

L'entretien semi dirigé qui se base sur un guide d'entretien flexible avec des questions ouvertes. Il permet une situation d'échange et de rencontre et non simplement un prélèvement d'information.

C'est ce type d'entretien qui a été privilégié dans cette étude.

Un guide d'entretien a été réalisé à partir d'informations retrouvées dans la littérature (cf. annexe 2). Il explorait : le parcours professionnel des médecins interrogés, leur activité libérale, leur vie privée et leur exercice actuel.

Un total de quatre questions ouvertes maximum était proposé, avec possibilité de relance éventuelle selon l'évolution de l'entrevue.

L'entretien individuel plutôt qu'un entretien de groupe dit « focus group » semblait le plus adapté, afin d'éviter l'influence du tiers ou la peur du jugement par un autre confrère, et ainsi permettre une réponse plus libre.

L'anonymat du médecin était garanti.

2-5 Recueil de données :

Les entretiens débutaient par la présentation et l'objectif de l'étude, puis l'obtention du consentement oral pour l'enregistrement et l'utilisation de données anonymisées.

Ils étaient réalisés sur le lieu de travail actuel des participants pour la plupart ou à leur domicile selon leur souhait.

Les conversations ont été enregistrées dans leur intégralité à l'aide d'un dictaphone.

A la fin de l'entretien, les médecins et l'investigatrice remplissaient une fiche de renseignements pour caractériser le médecin et son exercice libéral (cf. annexe 3). Pendant ce temps, l'enregistrement par dictaphone continuait, dans l'éventualité où le médecin aurait souhaité ajouter de nouveaux éléments de réponse à l'entretien.

2-6 Retranscription des données :

Tous les entretiens ont été retranscrits par écrit par l'investigatrice sur ordinateur via le logiciel Microsoft Word.

Ils ont été transcrits in extenso, c'est-à-dire en totalité, mot pour mot. Les sourires et différents tons ont été également notés.

L'anonymat des médecins a été préservé en leur attribuant un numéro selon l'ordre de réalisation des entrevues.

Des éléments géographiques et noms cités dans les entretiens auraient pu permettre d'identifier certains médecins interrogés, c'est pourquoi ils ne figurent pas dans leur intégralité en annexe.

2-7 Analyse des données :

La lecture intégrale de chaque entretien a été réalisée par deux personnes distinctes afin de permettre une 2^{ème} analyse indépendante et confirmer sa validité.

Différents thèmes abordés ont été surlignés ou annotés dans la marge.

Puis chaque entretien a été codé en regroupant les thématiques principales à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'vivo 12® pour permettre l'analyse des données.

3- RESULTATS

3-1 Analyse de l'échantillon :

3-1-1 : les entretiens :

Cette étude a été réalisée à partir d'entretiens avec neuf médecins généralistes.

Ce nombre a suffi pour atteindre la saturation des données, qui a été obtenue au 6^{ème} entretien.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des médecins excepté pour un, où l'entrevue s'est déroulée à son domicile. Les lieux géographiques d'entretien étaient divers.



Figure 1 : lieux des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 38 minutes, 20 minutes au minimum et 1h au maximum.

7 médecins contactés par adresse électronique personnelle n'ont pas donné suite.

3-1-2 : caractéristiques des médecins interrogés :

Les deux tiers des médecins interrogés étaient des hommes.

Le plus jeune avait 35 ans et le plus vieux 72 ans. La moyenne d'âge se situait à 50 ans

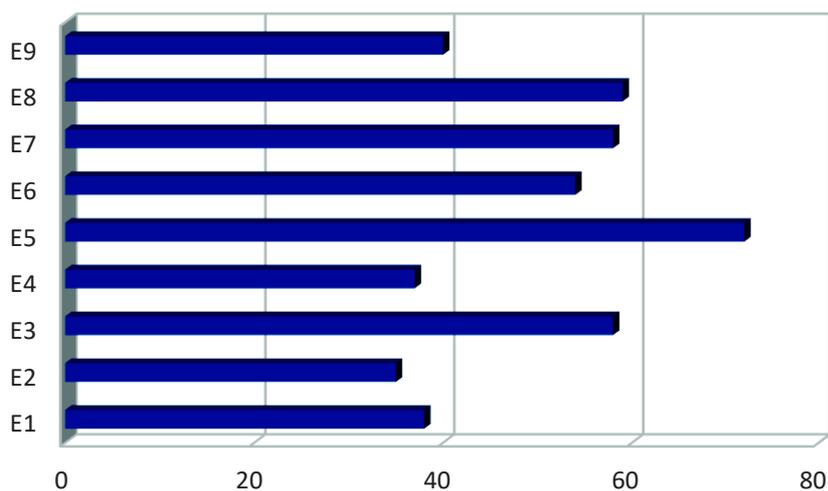


Figure 2 : âge des médecins interrogés

Ils étaient tous mariés et avaient des enfants. Deux d'entre eux avaient vécu un divorce.

Leurs exercices salariés actuels étaient divers :

- Médecin hospitalier
- Médecin pompier
- Médecin du travail
- Médecin à la sécurité sociale
- Médecin en centre de santé
- Médecin PMI

3-1-3 : caractéristiques de l'ancien exercice médical libéral :

Tableau 1 et 2 : caractéristiques de l'exercice libéral :

MEDECIN	AGE	MILIEU EXERCICE	CABINET DE GROUPE	ANNEES TRAVAILLEES AU CABINET	ACTIVITES ANNEXES PENDANT LIBERAL	MAITRE DE STAGE
E1	38	RURAL	OUI	8	NON	NON
E2	35	RURAL	OUI	3	OUI	NON
E3	58	SEMI URBAIN	OUI	21	NON	NON
E4	37	URBAIN	OUI	2	NON	NON
E5	72	SEMI URBAIN	OUI	33	OUI	NON
E6	54	URBAIN	OUI	17	OUI	NON
E7	58	URBAIN	OUI	28	NON	OUI
E8	68	RURAL	NON	29	OUI	OUI
E9	40	SEMI URBAIN	OUI	6	OUI	NON

MEDECIN	HEURES / SEMAINE	NB/SEM DE VACANCES MOYEN	REVENUS MOYEN / MOIS	ACTIVITES ANNEXES PENDANT LIBERAL	MAITRE DE STAGE
E1	50	6	3000	NON	NON
E2	55	7	3800	OUI	NON
E3	55	7	5000	NON	NON
E4	55	5	7500	NON	NON
E5	65	10	6700	OUI	NON
E6	65	3	2500	OUI	NON
E7	55	6	5000	NON	OUI
E8	68	3	6000	OUI	OUI
E9	40	6	2000	OUI	NON

3-2 Analyse et interprétation des entretiens :

3-2-1 Parcours professionnels des médecins interrogés :

A- Choix de la médecine

Les études de médecine sont réputées pour être longues et difficiles. Parmi les médecins interrogés, ils se distinguaient deux catégories : ceux qui avaient choisi cette voie personnellement, et ceux qui avaient été influencés par leur environnement familial.

Pour la majorité, ce choix était personnel :

E1 : « j'ai choisi la médecine pour soigner les gens »

E2 : « c'était une vocation, j'ai toujours rêvé de faire ça [...] je ne me voyais pas faire autre chose »

E7 : « il n'y avait pas de médecin dans ma famille mais ça a toujours été quelque chose en moi »

E8 : « la notion de médecine, c'est surtout la relation humaine qui m'intéressait et puis l'indépendance »

E9 : « j'avais le souhait de travailler avec des gens et la notion de rendre service »

Pour d'autres ce choix avait été influencé :

E3 : « pour une sensibilisation familiale, mon père était médecin et ma mère infirmière donc il y avait une tendance »

E4 : « j'avais un grand père médecin généraliste. [...] j'avais un autre oncle qui était anesthésiste [...] j'ai eu envie de cette reconnaissance-là »

E5 : « j'avais de la famille dans le corps médical »

E6 : « j'avais des parents très ambitieux et pour eux la médecine c'était une branche pour réussir »

B- Choix de la spécialité médecine générale :

Parmi nos médecins, tous avaient réalisé leur externat et internat en Normandie, excepté deux médecins : un qui était revenu en Normandie pendant l'internat, et l'autre qui avait déjà fini ses études et s'était installé dans la région.

Pour la plupart la médecine générale était leur 1^{er} choix :

E1 : « c'était un choix avant même de passer les ECN »

E2 : « médecine générale, ça s'est confirmé assez vite [...] c'était un choix dès l'externat »

E6 : « j'aimais bien l'approche globale, je ne voulais pas m'enfermer dans un appareil »

E8 : « les spécialités ça ne m'a jamais intéressé, ce que je voulais faire c'est de la médecine de campagne et générale »

E9 : « la médecine générale était la réponse évidente à mes envies »

Pour d'autre c'était un 2nd choix par défaut :

E3 : « je n'ai pas été reçu. Sinon j'aurais bien fait ophtalmo »

E4 : « Alors la médecine générale, c'était un choix par défaut [...] je voulais faire de la chirurgie »

E5 : « Je serais bien parti en dermato »

E7 : « en dermato je me suis dit : finalement c'est ça que je veux faire »

C- Choix d'installation :

La liberté d'installation permet aux médecins de s'installer où ils le souhaitent.

Leur installation était désirée

E1 : « je me suis installé dans un cabinet de quatre »

E2 : « où j'ai fait mon stage, un collègue est parti [...] dès que j'ai été thésée j'ai collaboré »

E6 : « j'ai pris la suite d'un médecin qui partait [...] j'avais envie de me poser, donc ça s'est fait naturellement »

E7 : « on était installé en groupe [...]. Pour moi ça a toujours été quelque chose d'important, d'être en groupe »

E8 : « je venais juste de finir et je me suis installé »

E9 : « je commençais à me disperser donc j'ai voulu me recentrer et m'installer »

Et parfois favorisée par un concours de circonstance

E3 : « il m'a demandé si je ne voulais pas le remplacer définitivement, et ça s'est fait comme ça j'ai pris la suite du jour au lendemain »

E4 : « Avec un copain, on s'est dit qu'on allait s'installer tous les deux et y'a un mec qui nous appelle, sorti de nulle part : « j'ai entendu que vous vouliez vous installer [...] vous devriez venir voir, on cherche 2 médecins » »

E5 : « l'installation c'est un concours de circonstance [...] Je me suis associé avec un médecin qui avait 30 ans de plus que moi, qui était aussi le papa d'une de mes amies, donc ça s'est fait comme ça. »

D- Une cessation inattendue pour la plupart :

A part pour deux des médecins interrogés,

E1 : « je me voyais faire ça exclusivement dix ans [...] ce n'est pas quelque chose que je me voyais faire toute ma vie »

E9 : « Je m'étais dit que je ferais ça jusqu'à ce que j'en ai marre »

Aucun des médecins ne pensait arrêter un jour son activité libérale :

E1 : « je pensais faire ça jusqu'à la fin, jusqu'à ma retraite »

E3 : « je ne pensais pas faire spécifiquement autre chose »

E4 : « je pense que si je m'étais installé avec mon pote je serais toujours en exercice libéral »

E5 : « la médecine générale c'est ce qui me plaisait »

E6 : « je ne pensais pas qu'un jour je dévisserais »

E7 : « pour moi il était hors de question de faire autre chose »

E8 : « je pensais y rester jusqu'à mes 65 ans »

3-2-2 Motifs principaux de cessation d'activité libérale :

A - Liés à la pratique médicale de médecin traitant :

Dans leur exercice médical, plusieurs éléments étaient vécus comme négatifs :

⇒ **Poids de l'administratif :**

Le temps passé à gérer des tâches administratives prenait de l'ampleur dans l'exercice du médecin généraliste libéral, ce qui leur semblait pénible.

E1 : « Un temps passé quand même à la gestion relativement importante »

E2 : « il faudrait pour que ça soit attractif que tout ce qui est administratif, soit sous gestion hors de la consult, et soit géré par des assistants »

E7 : « le poids administratif est devenu considérable »

E3 : « Très mal vécu le poids administratif »

E8 : « je n'ai pas été dégoûté de la médecine mais de l'environnement administratif, [...] gérer d'administratif, c'est un vrai frein [...] Le motif premier, c'est ça, l'administratif. »

E9 : « le poids de l'administratif c'est également un vrai problème »

⇒ **Solitude de l'exercice :**

Alors que les médecins interrogés exerçaient tous en cabinet de groupe sauf un, l'exercice leur paraissait solitaire et parfois pesant :

E1 : « ça serait bien de se sentir moins seul en exerçant. »

E2 : « c'était bien, mais un peu tout seul quand même. Ce qui était anxiogène c'était d'être sans filet, tout seul »

E8 : « on était nombreux, mais malgré tout, et ça va commencer à répondre à vos questions, mais on est très seul »

E9 : « un sentiment de solitude. Quand on travaille en libéral on est absolument seul, [...] c'est un exercice assez solitaire. »

⇒ **Poids de la démographie médicale :**

La manque de confrère généraliste se faisait sentir surtout en milieu rural

E1 : « s'il y avait eu un jeune qui serait arrivé et qui aurait un peu relancer la dynamique ou si des jeunes médecins avaient été motivés à s'installer autour »

E3 : « il y en a un qui est parti à la retraite 3 ans avant que j'arrête et on a absorbé sa clientèle, pas de remplaçant »

E8 : « Y'avait beaucoup de patients, c'est un désert médical, ça poussait très très fort, ça commençait à être juste, je commençais à saturer »

Parfois le départ d'un confrère précipitait la cessation :

E6 : « Une des raisons : le départ de mon associée, qui a déménagé, moi je ne me voyais pas réabsorber sa patientèle »

E2 : « Le départ de ce collègue, allait être suivi par le départ d'un autre collègue incessamment sous peu [...] et s'est posé la question de l'avenir »

Le manque de spécialiste poussait certains généralistes à la limite de leurs compétences.

E2 : « c'était un peu limite au niveau des compétences, à devoir gérer tout seul, parce que l'avis cardio, c'était dans 1 an, ou de pas avoir d'ophtalmo avec une suspicion de glaucome le jour même »

E9 : « J'aurais peut-être pu tenter l'expérience d'une maison médicale, très équipée en confrères, en spécialistes aussi [...] pouvoir adresser facilement à un cardiologue »

« Les patients on les suit pour des problèmes qui sont compliqués quoi, aussi bien pour des pathologies qui relèvent du spécialiste »

⇒ **Impact psychologique du travail :**

Le travail de généraliste semblait avoir un impact psychologique important qui se répercutait sur leur vie personnelle et les empêchait de se déconnecter professionnellement :

E1 « aujourd'hui la grosse différence c'est que quand je rentre, quand c'est fini c'est fini, on ne se pose pas la question de savoir quand on va rentrer, ce qu'il s'est passé et ce qu'il y a à gérer »

E2 : « Des situations lourdes aussi sur le plan psychologique, 3 suicidaires dans la même journée c'est dur. »

E3 : « je ne me dis plus : « ah mince, Mme untel ça se passe mal », on n'a pas du tout la même pression. [...] on n'a plus la responsabilité, [...] une fois que c'est fini, c'est fini. »

E6 « on a affaire à de l'humain [...] mais là à 18h30 c'est terminé, vous n'avais pas en conscience le patient qui était limite, que vous avez gardé à domicile parce qu'il ne voulait absolument pas aller à l'hôpital »

⇒ **Evolution de la médecine**

Pour certains, l'évolution de l'exercice en lui-même devenait pénible :

E1 : « consultations encore plus longues et plus complexes. »

E9 : « En plus de ça la complexification de l'exercice est assez présente »

Mais également l'évolution de l'encadrement de l'exercice :

E3 : « finalement c'est complètement contrôlé et codifié de plus en plus, ça l'était beaucoup moins dans le temps. C'est l'évolution. [...] Je n'ai pas appris à travailler comme ça. Non mais la pression était de plus en plus forte. »

E5 : « j'en ai eu marre à un moment parce qu'on me demandait de faire de la médecine que je n'avais pas l'habitude de pratiquer. Je ne faisais plus la médecine qui me convenait »

E6 « on est en train de technocratiser la médecine, ce n'est pas possible quoi. [...] on est en train de déplacer l'acte intellectuel sur l'acte technique »

B - Liés à l'exercice libéral

⇒ **Charges sociales élevées**

Les charges sociales du médecin libéral sont calculées en fonction de leur revenu brut annuel. Les allocations familiales, CSG-CRDS et contribution pour les formations professionnelles sont gérées par l'URSSAF. L'assurance vieillesse, retraite complémentaire invalidité-décès sont gérées par la CARMF.

Tous les médecins interrogés trouvaient ces charges trop élevées.

E4 : « il y avait la douloureuse, une fois par an, rattrapage Urssaf. [...] je voyais encore l'Urssaf, la carmf, et je me disais que c'était aussi une autre raison de ne pas retourner dans le libéral, qu'on nous prélevait trop, qu'on se faisait trop taxer.

E5 : « les charges que vous allez payer pour URSSAF, carmf etc., c'est effrayant. »

E6 : « c'était un gouffre, les charges sociales, j'ai rêvé de l'URSSAF pendant 10 ans »

E7 : « La moitié de la rémunération part dans les charges, ça c'est pour tout le monde »

E8 : « on a aussi des charges énormes en secteur 2. Libéral, tu commences d'abord par payer les charges, le matériel, l'investissement et peut être après tu gagnes ta vie. En libéral 50% de charge et sur le 50% restant t'as 40% d'impôts, du coup peu intéressant. »

⇒ **Couverture sociale insuffisante**

Ils mettaient en avant un manque de couverture sociale dans le cadre de l'exercice libéral

E2 : « il y avait un projet de maternité avec les manques d'encadrement du libéral, [...] s'il y avait eu un vrai congé maternité, je ne perdais pas 15000 euros de chiffre d'affaire parce que j'étais enceinte »

« Pour les médecins généralistes, 90 jours de carence c'est inadmissible. »

E8 : « Compte tenu de la protection sociale qu'on a qui est complètement inexistante puisqu'on a 90 jours de carence, on a des assurances qui commencent à coûter cher »

« Le risque retraite aussi. Parce qu'il va y avoir une confusion des régimes »

« Un truc en libéral aussi, c'est qu'il n'y a pas de chômage hein. Parce que des gens qui font faillite ça se voit »

⇒ **Manque de perspective et d'évolution de carrière**

Certains reprochaient un manque de visibilité sur l'avenir de l'exercice et une impression de stagnation de l'exercice :

E1 : « Donc des perspectives pour l'avenir qui étaient fermées, sans vision d'avenir pour la médecine générale libérale »

E3 : « la médecine est un des seuls métiers, en tout cas la médecine générale libérale, ou pour augmenter son salaire il faut augmenter son travail, et que son expérience n'est strictement pas valorisée. [...] Pour dire en tout cas que y a pas d'évolution de carrière »

E8 : « Ce qui décourage les gens d'entreprendre de façon générale dans ce pays, c'est qu'il n'y a pas de visibilité »

⇒ **Manque de formation initiale sur la gestion libérale**

Un défaut d'information et de formation durant les études médicales était exprimé :

E8 : « le libéral c'est gérer une entreprise quand même. Et on apprend à ses dépens »

E9 : « pendant l'internat on a une bonne vision de ce qui se fait à l'hôpital mais finalement pas en ville. »

C - Liés à la gestion du temps de travail

⇒ **Temps de travail lourd...**

Spontanément et à plusieurs reprises pendant les entretiens, la charge de travail élevée était évoquée

E1 : « des consultations encore plus longues et plus complexes. [...] Une activité avec un temps assez important pour chaque consultation »

E2 : « Après au niveau travail, c'était lourd, y'avait du boulot, on était en zone blanche, désertifiée, donc c'était assez lourd. Je travaillais beaucoup »

E3 : « Une somme de travail qui a augmenté et qui était assez lourde. Le rythme de généraliste est assez soutenu et assez lourd »

E4 : « au bout d'un an j'arrêtais de prendre des nouveaux patients, tellement qu'il y avait de travail. » « Le travail était épuisant c'était extrêmement intense » « c'était trop dur comme rythme »

E6 : « des amplitudes horaires allant de 8h à 21h, donc tard. La charge de travail était énorme, et je ne me voyais pas en rajouter une couche »

E7 : « des gros horaires »

E8 : « une amplitude de travail considérable. »

E9 : « même avoir une pause le midi, même une petite (rires) De toute façon, le libéral c'est ça : journée sans interruption, oui c'était des grosses journées. »

⇒ **...Et sans limite :**

La gestion du temps de travail apparaissait de toute évidence difficile. Les médecins avaient du mal à fixer des limites. Parfois même, ils semblaient dépassés par la situation et la subir.

E2 : « comme je mangeais au cabinet le midi, les patients le savaient, donc s'il y avait une urgence ou une suture le midi, c'était pour bibi » « le 9h11h se transforme vite en 9h16h »

E3 : « Je ne dis pas qu'ici on fout rien, mais on peut prendre notre temps, on n'a pas du tout les mêmes pressions, voilà. »

E4 : une fois que la machine est lancée, qu'on a plein de monde c'est difficile de diminuer

E6 : « Il n'était pas géré le temps (rires) on travaillait à la demande en gros. [...] J'avais peut-être un problème à dire non. »

E7 : « J'étais très occupé, la tête dans le guidon comme on dit » « du 9h-21h, pas le choix »

E8 : « l'impression de pas vivre quoi. C'est la notion de toujours être dedans et ça c'est très chiant. »

E9 : « je me sentais soulagé de ne plus regarder ma montre tous les quarts d'heure, de ne pas me dire que je suis en retard, la gestion du temps c'était dur en libéral »

Cette situation conduisait à un envahissement du temps de travail sur le temps personnel

E1 : « j'ai quand même dû passer du temps sur les weekends à faire de la compta et remplir des déclarations, ce qui était parfois prenant. [...] je passais le dimanche au cabinet quand je reprenais le lundi pour voir ce qu'il y avait »

E2 : « c'est à dire que si j'avais rendez-vous personnel à 18h, il fallait que j'arrête les consult à 14h pour être sûre d'être au rendez-vous à 18h. [...] tous mes jours de congés, les samedis c'était la compta, le secrétariat, et encore j'avais un expert-comptable »

E3 : « du coup on a une dégradation de notre vie sociale »

E5 : « Je partais tôt et rentrais tard »

E6 : « on se dit qu'on n'a pas fait des gosses pour les faire élever par les autres »

E9 : « mais le coté frustrant c'était aussi de ne pas pouvoir être tous ensemble en même temps en famille »

⇒ **Manque de vacances :**

Certains des médecins interrogés souhaitaient avoir plus de vacances

E4 : « Je ne prenais pas non plus beaucoup de vacances »

E8 : « le problème des vacances aussi qui était un peu compliqué, le fait qu'il faut trouver un remplaçant. Donc toujours des vacances fragmentées. [...] Ce qui m'embêtait c'était vraiment les vacances »

D - Liés au fonctionnement du cabinet

⇒ **Charges du cabinet lourdes**

Tous étaient unanimes pour déclarer que les charges de fonctionnement étaient trop élevées

E1 : « des frais de fonctionnement très élevés pour financer notamment le loyer et le personnel. Surtout le fonctionnement la structure était très couteux »

E2 : « la structure tenait parce qu'on était 4, tant sur le fonctionnement logistique que financier »

E4 : « je payais énormément de secrétaire »

E5 : « il y avait pas mal de charge, secrétaire etc.... »

On avait un cabinet lourd en charges, on avait calculé et on s'était dit qu'on commençait à gagner notre vie à partir du 1^{er} septembre. »

E6 : « *frais du cabinet ?* C'était énorme, les 2/3 de l'activité partaient dedans. »

E7 : « La moitié de la rémunération part dans les charges, ça c'est pour tout le monde »

E8 : « y'avait des frais de location, j'avais monté une SCI parce que sinon je me faisais racketter tout ce que je gagnais, mais il y avait des frais, des frais il y en a toujours. »

⇒ **Relation avec collègue**

Malheureusement pour certains médecins, l'expérience en groupe s'avérait négative

E4 : « ça a commencé à clasher [...] il voulait ma peau, ils ne voulaient pas me laisser partir »

E5 : « On voyait un tas de confrères qui ne s'entendaient pas. »

E6 : « c'était quelqu'un avec qui c'était sûr, je n'allais pas pouvoir m'entendre »

E9 : « il y a eu une dégradation effectivement des relations avec les collègues, donc ça devenait un peu désagréable de travailler avec eux »

Pour un, cette association mal vécue était le principal motif de la cessation d'activité libérale

E4 : « Il a considéré que c'était du vol de clientèle, donc il a commencé à me dire qu'on était des salauds [...] je n'avais pas envie de les voir, parce que en fait on se hait, et en plus ils voulaient ma peau »

⇒ **Organisation du cabinet**

La plupart exerçaient en cabinet de groupe.

Ils mettaient en avant l'importance de travailler dans des conditions matérielles de qualité

E2 : « Donc des qualités de travail hors du commun »

E4 : « le cadre était top, c'était confortable. »

E7 : « la situation était confortable. »

Mais des dysfonctionnements dans l'organisation pouvaient exister

E4 : « y avait pas de réunion possible, on ne se voyait pas [...], et sur comment on organise le cabinet et tout ça, ça me frustrait beaucoup »

E6 : « les consultations libres l'après-midi, et ça, ça me stressait beaucoup. [...] Les contraintes, elles ne sont pas liées au cœur de métier mais à des problèmes organisationnels »

E9 : « j'aurais bien aimé avoir quel qu'un qui gère cette partie-là, et moi pouvoir me consacrer entièrement à la médecine »

E - Liés à la relation avec le patient

⇒ **Distance relationnelle avec le patient**

Une proximité excessive dans la relation avec le patient pouvait devenir problématique et l'un des premiers motifs de cessation d'activité libérale pour ce médecin

E7 : « le papa pleure et vous pleurez aussi autant que les parents. Il y avait eu 3 morts, je pleurais, je n'étais pas bien. Mais c'est de ma faute, je n'ai plus su mettre de distance. Si j'avais travaillé dans une autre ville peut être que ça n'aurait pas été la même chose. »

⇒ **Exigence et pression des patients**

Des comportements de certains patients devenaient agaçants et faisait ressentir aux médecins une pression négative

E2 : « les patients le savaient, donc s'il y avait une urgence ou une suture le midi, c'était pour bibi. »

E7 : si je refusais des choses on me disait : « tu prends la grosse tête », ça devenait compliqué. [...] La pression humaine est monstrueuse. »

E3 : « ça s'est dégradé progressivement je trouve en termes de relation médecin patient, c'est loin de s'être arrangé, enfin ça c'est mon sentiment »

E4 : « qu'ils me traitent de con, et puis je ne les revois plus, donc le tri était vite fait. »

E5 : « Les patients devenaient de plus en plus exigeants et de plus en plus agressifs »

E6 : « je ne supportais plus les remarques des patients. [...] Les patients deviennent exigeants, et arrivent déjà en pensant avoir leur diagnostic avec internet, et exigent leurs examens complémentaires. »

E8 : « le temps perdu quand des gens ne viennent pas, ça c'est un vrai fléau »

F - Liés à la relation avec les élus et l'administration

⇒ **Conflit avec l'administration et manque de reconnaissance :**

Pour la plupart les relations avec l'administration et les élus n'étaient pas bonnes. Ils ressentaient de leur part de l'incompréhension voire du mépris

E3 : « Une pression de plus en plus prégnante de la sécurité sociale qui nous prenait pour des cons, et qui nous prend toujours pour des cons d'ailleurs. Il est évident qu'à un moment on peut pas faire peser nos problèmes, et ça c'est la grande force de la SECU »

E5 : « c'était la façon de nous imposer des choses, le conseil de l'ordre aussi. [...] Je me suis un peu accroché avec le conseil de l'ordre, qui ne m'a pas incité à rester » « je trouvais ça particulièrement scandaleux qu'il vienne emmerder les plus de 60 ans. »

E6 : « les espèces de pignoufs de la SECU qui viennent tous les mois ou tous les 3 mois, ça ne se passait pas très bien. » « Ce sentiment de donneur de leçon sur de la pratique médicale, alors qu'ils ne savent pas ce que l'on vit au quotidien »

E8 : « J'ai eu un contrôle Urssaf, et un contrôle fiscal avec ces connards hein, parce qu'entre nous, il faut bien les appeler comme ça, les mecs qu'on paie pour nous emmerder à longueur d'année »

E1 : « l'impression du manque de reconnaissance de la part des autorités [...] J'ai reçu des courriers de la SECU, me menaçant. [...] Même au niveau de la municipalité, malgré nos demandes, nous n'avons pas eu d'aide pour le financement »

E2 : « Il faudrait une reconnaissance des autorités »

⇒ **Désaccord avec les politiques de santé**

La gestion politique du domaine de la santé ne semblait pas leur convenir

E3 : « Une dégradation à mon avis de la manière de gérer la médecine en France [...] on avait fait grève dans les années 2000, c'est-à-dire qu'on était déconventionné à 100%, tous intégralement pendant 2 ou 3 mois. Le bras de fer n'a pas été assez loin. »

E6 : « Ils suppriment une taxe professionnelle, ; pour remplacer par 2 autres taxes donc bon...ça revient au même, à un moment il faut arrêter de prendre les gens pour des cons »

E8 : « les perspectives étaient vachement inquiétantes. Cette histoire de tiers payant obligatoire aussi, ça m'a beaucoup inquiété, [...] Le problème de ce pays c'est l'inconstance, la sensation de ne pas avoir de perspective. Tous les 5 ans on a un nouveau guignol qui arrive et il rechange tout.

E2 : « Et le tiers payant généralisé ça aurait été le pompon »

G - Liés à la santé personnelle :

⇒ **Crainte pour la santé personnelle**

Beaucoup exprimaient leur peur quant à leur propre santé

E3 : « Y'a un élément que j'ai oublié aussi, c'est le vieillissement. Y'a un moment où vous vous dites : « s'il m'arrive quoique ça soit...il se passe quoi ? »

E5 : je n'allais pas me tuer et me foutre en l'air la santé et me stresser »

E8 : « je commençais à atteindre un âge critique, j'arrivais sur 55 ans. Je ne voulais pas mourir tout de suite. [...] Mais on a un risque en vieillissant, médicalement parlant. »

⇒ **Épuisement professionnel**

Certains ressentait un épuisement professionnel

E4 : « à la fin je n'en pouvais plus même sur mon activité professionnelle, je me disais : « vite, le dernier patient »

E5 : « je pense que j'avais fait mon temps »

E6 : « je n'étais pas loin du burnout professionnel. [...] je ne me reconnaissais pas, je gueulais tout le temps sur mes enfants parce que j'étais fatiguée. »

E8 : « je n'étais pas loin du burnout je pense. »

⇒ **Maladies dans l'entourage**

La maladie ou décès de proches semblaient avoir eu un impact sur leur exercice

E5 : « plusieurs copains qui sont décédés, vraiment très bons copains, on avait le même âge, ça m'a incité aussi à ralentir, y'a eu une mauvaise passe.

E9 : « IL y a eu dans ma vie personnelle mes deux parents qui sont devenus gravement malades et qu'il a fallu que je soigne, donc j'ai été confronté à pas mal de problématique médical dans ma famille »

E8 : « dans mon environnement j'ai eu 5 copains qui sont morts sur 5 ans, infarctus, avc, accident, un autre on ne sait pas pourquoi, donc ça en 5 ans ça fait beaucoup »

H - Liés à une rémunération jugée insuffisante

Tous jugeaient leur rémunération insuffisante par rapport au temps de travail passé

E1 : « je considérais aussi que mon revenu par rapport au temps passé, à l'investissement était insuffisant »

E3 : « Mais c'est vrai que je vivais mieux en tant qu'interne, que pendant mes dernières années de médecine libérale. Il faut se saigner pour gagner plus »

E4 : « je travaillais comme un fou et au final, je ne gagnais pas si bien ma vie »

E7 : « La rémunération par rapport au travail fourni est pour moi inadéquate et ça c'est un problème majeur, il y a une inéquation entre les deux »

E8 : « on travaille comme des bourrins, pour pas grand-chose. »

Certains critiquaient la rémunération à l'acte :

E2 : « Il faudrait que les gens pour gagner leur vie dignement ne soit pas obligé de faire des actes, si on ne fait pas d'acte, on n'a pas de salaire »

E6 : « Il aurait fallu revaloriser l'acte médical »

E7 : « le problème c'est qu'on est passé d'une quarantaine d'acte à 20 25, pour les mêmes horaires » « Quand on est libéral, c'est le nombre de consultations qui fait votre salaire. »

I - Liés à l'impact du travail sur la vie privée

Pour certains médecins il n'était pas aisé de concilier vie professionnelle et vie privée

E2 : « C'était assez compliqué à gérer dans la vie privée parce que forcément ça a un impact pour la personne avec qui on vit »

E5 : « C'était un peu compliqué. On avait 3 enfants que je n'ai pas trop vu grandir. »

La place du travail avait mené jusqu'à la séparation du conjoint

E4 : « au bout de 8 mois d'installation, on s'est séparé »

E6 : « problèmes familiaux qui ont fait qu'il fallait que je sois plus disponible pour mes enfants. Suite à un divorce hein »

E7 : « Ex épouse ça veut tout dire, il y a eu un divorce. Il y a eu deux enfants, un est devenu médecin, l'autre a été dégoûté par la médecine et ne veut surtout pas en entendre parler. »

Et pouvait rendre le vécu d'une grossesse moins plaisant

E9 : « j'ai été arrêté avant le congé mater puisque j'avais une menace d'accouchement prématuré [...] La grossesse était quand même très fatigante et c'est vrai que le travail prenait le pas sur le plaisir du moment »

J - Liés à une nouvelle opportunité de travail

Certains avaient déjà pris la décision de quitter de libéral

E1 : « Non, c'est moi qui ai regardé »

E6 : « C'est moi qui ai regardé »

E7 : « j'avais regardé par moi-même, je voulais changer de vie »

Mais pour d'autres, une nouvelle opportunité professionnelle se présentait et les incitait à sauter le pas

E2 : « En parallèle à l'hôpital ils cherchaient des praticiens dans un centre de prévention et une ouverture pour créer des postes »

E3 : « A l'époque on m'a proposé de rentrer, j'ai hésité, mais je trouvais que je n'avais pas encore fait le tour, ça faisait 8 ans après mon installation, je n'ai pas sauté le pas. Mais c'est quelque chose qui m'a trotté dans la tête a un moment »

E4 : « un mec de ma promo et qui en avait marre, il se cassait et la place se libérait. »

E5 : « j'avais une proposition agréable à l'hôpital »

E8 : « ça me rapprochait de ma maison, je suis venu et j'ai été accueilli comme le messie ici, donc voilà ça s'est fait comme ça »

E9 : « j'ai eu une opportunité de travailler dans une autre activité »

3-2-3 Une culpabilité et des regrets ressentis... :

Une certaine culpabilité et des regrets se faisaient ressentir pendant les entretiens liés à leur départ de leur exercice libéral

E2 : « C'est tellement difficile de partir et de laisser ses patients » « *Avez-vous des regrets ?* Mes patients. Beaucoup plus douloureux que je ne le pensais, c'est quelque chose que j'avais sous-estimé. Mais heureusement que je l'avais sous-estimé car sinon je ne serais pas partie je pense. »

E3 : Je croise encore des patients qui me disent : « on vous regrette docteur », c'est plutôt sympathique, ça a été assez mal vécu mon départ.

E4 : « c'est ma psychothérapie. J'en ai parlé pendant très longtemps, c'est mon échec, c'est l'échec de ma vie. »

E5 : « ce n'est pas facile quand vous partez, de laisser vos patients. »

E6 : « C'est vrai à un moment je me suis dit : j'y retourne, je n'y retourne pas...parce qu'il faut faire le deuil du soin, faut faire le deuil de la relation privilégiée avec le patient »

E8 : « quand on connaît les gens depuis longtemps on sait ce qu'ils ont etc., des pathologies etc. on ne va pas les laisser. »

3-2-4 ...mais un retour en exercice libéral non envisagé :

Excepté pour un des médecins interrogés, E4 : « le libéral en ce moment j'y repense », aucun des médecins n'envisageait de retourner en exercice libéral

E1 : À mon avis, l'exercice libéral tel qu'il est actuellement, je ne suis pas sûr que ça soit l'avenir

E2 : « d'une autre manière. Voilà, si un jour ils font une vraie structure, où le médecin est salarié, ou tu viens juste faire ton job de médecin généraliste, tu travailles et tu as ton salaire, pourquoi pas. »

E3 : « Si demain il fallait que je reprenne, je n'aurais pas de mal à faire de la médecine générale, par contre toute la pression par les instances sociales, HAS. Toute cette pression-là, je pense que ça a été délétère. Ça ne m'a pas retenu, ça m'a poussé dehors »

E5 : « non, je pense que j'avais fait le tour. »

E6 : me disant : « non non non, n'y retourne pas, l'URSSAF va te tomber dessus »

E7 : « peut-être que je changerais de travail, mais non, je ne pense pas dans le libéral

E8 : « *Qu'est ce qui aurait pu vous faire rester dans l'exercice libéral ?* Rien »

E9 : « Non franchement je suis très contente aujourd'hui, actuellement il n'y a pas grand-chose qui me ferait retourner dans le libéral »

3-2-5 : Les points positifs exprimés :

A- Concernant l'exercice libéral :

⇒ **Entente au cabinet**

L'entente avec les confrères apparaissait comme un des points positifs principaux pour exercer. Dans la plupart des groupes l'ambiance était confraternelle,

E1 : « on s'est toujours très bien entendu avec les associés »

E2 : « je peux dire ça comme ça, une très bonne entente, un profil générationnel différent, c'était hyper enrichissant »

E5 : « on a tout de suite sympathisé. Et on s'est toujours très bien entendu toute ses années-là. On est toujours très copains d'ailleurs et ça c'est vachement important. »

E7 : « Avec les collègues ça se passait bien »

⇒ **Relation privilégiée avec le patient**

Cette relation médecin-patient était bien vécue par la plupart des médecins interrogés

E2 : « on a quand même un lien particulier avec sa patientèle. On donne beaucoup, mais ils nous donnent beaucoup aussi. »

E3 : « une vie de généraliste, sa patientèle, on la porte, c'est plus du tout pareil »

E4 : « les gens étaient globalement bienveillants envers moi »

E8 : « Avec les patients ça s'est toujours bien passé »

E9 : « La patientèle était très sympa. Le relationnel était vraiment sympa »

Certains avaient réussi à garder une juste distance

E5 : « Je pouvais également m'installer là-bas, remplacer mon médecin quoi, mais je connaissais trop de monde »

E9 : « j'en recroise des patients, c'est sympa, [...] mais je n'avais pas non plus l'impression d'être leur mère quoi »

⇒ **Conciliation vie privée et vie professionnelle**

Pour certains, le travail n'avait pas d'impact sur leur vie privée

E1 : « ça ne m'a empêché d'avoir une vie familiale et privée satisfaisante »

E3 : Je prenais assez régulièrement des moments d'arrêt, de petites pauses, petites, très rarement au-delà d'une semaine, j'ai essayé de garder du temps personnel quoi

E8 : « ce que je ne voulais pas c'était que mon travail interfère trop dans ma vie. J'ai toujours été partisan d'avoir 2 vies : une vie personnelle et une vie professionnelle »

⇒ **Exercice de maitre de stage**

Être maitre de stage se révélait être une expérience positive :

E7 : « à ce moment-là il y a quelque chose qui m'a aidé à rester dedans, c'était [...] le fait d'être devenu maitre de stage. Ça m'a beaucoup aidé et j'ai vu beaucoup de jeunes c'était très intéressant, ça m'a boosté sur le plan professionnel, c'était une vraie plus-value. »

B- Concernant leur exercice actuel salarié :

⇒ **Diversité d'exercice**

La diversité des activités dans leur travail actuel était vécue comme plaisante :

E1 : « je fais des choses assez diversifiées, ça reste pour moi très plaisant »

E3 : « C'est très multiscarte et on fait plein de choses différentes »

E5 : « je me suis toujours diversifiée, »

E7 : « je vois beaucoup plus de choses, de pathologie, c'est beaucoup plus varié »

E9 : « on a quand même un métier où on peut exercer de 100 façons différentes, donc je suis allé piocher un peu partout. »

E2 : « j'ai des vacances, plus que dans le libéral. Je ne suis pas fatiguée, »

⇒ **Evolution de carrière**

Leur exercice actuel leur apportait un sentiment de progression

E1 : « Avec des perspectives aussi d'évolution »

E9 : « j'ai l'impression de progresser et d'apprendre des choses nouvelles, d'approfondir certaines compétences que je n'aurais jamais approfondi si j'étais restée en libéral, d'avoir du temps pour lire »

E2 : « je peux exploiter ma capacité douleur donc je fais de la méso, de l'hypnose, c'est assez polyvalent, que de la consultation, Et on crée des projets en parallèle de prévention. »

⇒ **Meilleure séparation temps de travail/ vie privée**

Le travail ne semblait plus peser dans leur vie privée

E1 : « je 'ai plus du tout de travail à la maison et le week-end »

E2 : « Par contre je me sens plus libre quand je suis chez moi et plus détaché de mon activité professionnelle »

E3 : « Je suis plus présent, quand on rentre chez soi, je tourne la page sans aucun problème. Quand je suis rentré, je suis rentré. »

E5 : « on a le temps, c'est plus cool. J'avais la chance de pouvoir gérer moi-même mes journées »

E6 : « Le mieux, les horaires de travail. »

E8 : « c'est mieux (rires)C'est-à-dire que je travaille 4 jours, du lundi au jeudi. On travaille 35h, j'ai 6 semaines de congé et on gagne la même chose »

E9 : « Je peux ne pas être présente tous les jours je peux poser mes vacances sans dépendre des autres, je n'ai plus de contrainte horaire. »

⇒ **Meilleure rémunération taux horaire**

E2 : « Je gagnais bien ma vie mais je travaillais beaucoup, au taux horaire, ici, c'est mieux payé »

E8 : « Je gagne autant aujourd'hui en 35h qu'avant en 70h »

4- DISCUSSION :

4-1 Forces de l'étude :

La diversité de l'échantillon des médecins interrogés a été recherchée, sur le plan de caractéristiques individuelles, du cabinet, et géographiques pour faire émerger le maximum d'opinions possibles. Cela est préconisé dans une étude qualitative.

Les entretiens semi dirigés sont la méthode appropriée pour instaurer une relation de confiance et un échange plus libre. Une convivialité et une grande liberté d'expression semblait s'en dégager. Le discours des médecins était parfois même sans retenue. L'envie de parler se faisait sentir en général. Les entretiens étaient riches.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail actuel des médecins participants sauf pour un. Le créneau horaire réservé à l'entretien était suffisant et n'a jamais été une limite. Aucun des médecins ne semblait pressé de terminer l'entretien.

Les entretiens ont été codés séparément par deux personnes distinctes afin de majorer la validité de l'étude.

La saturation des données est arrivée à partir du 6^{ème} entretien, c'est-à-dire qu'il n'apparaissait plus alors de nouvel élément de réponse à la question principale, et que les thèmes abordés étaient récurrents.

4-2 Limites de l'études :

4-2-1 : Biais liés à l'investigatrice :

J'ai mené des entretiens semi-dirigés pour la première fois lors de cette étude. Je ne connaissais pas cet exercice auparavant. Peut-être qu'avec plus d'expérience, certaines questions auraient pu être davantage ouvertes ou que de nouvelles relances auraient pu être réalisées. Certains médecins dans leur libre expression pouvaient s'égarer et devenir hors sujet, le recadrage n'était pas toujours simple.

L'utilisation du magnétophone m'a semblé faire changer de ton un médecin lors du 1^{er} entretien. J'ai donc rectifié son déclenchement aux entretiens suivant, en

l'activant dès mon arrivée avec l'accord du médecin afin de leur faire oublier l'enregistrement et de se retrouver dans un climat plus confidentiel.

4-2-2 Biais liés à l'échantillon :

7 médecins contactés n'ont pas répondu. Leurs motifs ne sont pas connus. Était-ce par manque de temps, manque d'intérêt pour le sujet ou le manque d'envie ou la crainte de parler ? Les médecins qui avaient envie de s'exprimer sur le sujet ont donc été sélectionnés. Cela a pu créer un biais de sélection. Il pourrait être intéressant de connaître les raisons de ces autres médecins.

Un plus grand nombre de participants aurait pu diversifier davantage l'échantillon et apporter des éléments nouveaux

Certains médecins ont été exclus, car ils avaient expérimenté l'exercice libéral, mais en tant que remplaçant seulement, ils n'avaient pas été installés.

Un des médecins avait 72 ans et partait à la retraite dans l'année, son choix de continuer son exercice avait été personnel. Il avait quitté l'exercice libéral à l'âge de 62 ans, il a donc été décidé de l'inclure dans l'étude.

4-2-3 : Biais d'informations

Certains entretiens ont été interrompus par des collègues de travail ou appels téléphoniques, cela a pu occasionner un biais du contenu de l'entretien.

Par ailleurs, certains médecins m'ont confié des informations qu'ils ne souhaitaient pas que je divulgue.

4-3 Discussion des résultats :

4-3-1 : parcours professionnel :

Quatre sur neuf médecins avaient choisi la voie médicale sous influence du modèle familial.

Il en va de même pour le choix de la médecine générale : pour quatre d'entre eux cette spécialité était un choix secondaire ou par défaut. La question se pose de savoir si un manque d'intérêt pour la discipline existait avant même de débiter leur exercice. Cependant, leurs installations à tous étaient désirées. Même si elles

pouvaient être parfois favorisées par un concours de circonstance, rien ne les obligeait à s'installer. Des études récentes montrent que pour des internes de médecine générale, l'installation est globalement vécue comme une contrainte (11) et qu'elle doit être bien réfléchie afin de favoriser le maintien dans la profession de médecine générale libérale (12).

Après leur installation, ils pensaient initialement continuer leur activité libérale jusqu'à leur retraite. Ce qui laisse supposer que le début de leur exercice se passait bien. Des facteurs extérieurs à la pratique médicale apparaissaient et créaient des difficultés dans l'exercice, dès lors, pourquoi n'ont-ils pas réussi à anticiper et gérer ces facteurs extérieurs, et en quoi quitter l'activité libérale semblait moins compliqué que de tenter de résoudre les problèmes ?

4-3-2 : Difficultés rencontrées dans l'exercice médical

A- Tâches administratives

L'augmentation des tâches administratives était pénible pour eux. Ils regrettaient que ce temps de gestion empiète sur leur temps médical. « Les médecins généralistes ont fait part des difficultés pratiques concernant la qualité de vie professionnelle. Pour les libéraux, il s'agissait principalement des charges administratives jugées trop lourdes » (13).

La médecine générale libérale implique plusieurs tâches de gestion : comptabilité, secrétariat, gestion des dossiers médicaux, mais aussi entretien des locaux. La plupart de ces tâches sont déléguables mais le coût que cette délégation engendre est non négligeable, ce qui va amputer sur des charges considérées déjà comme trop élevées. Exercer en cabinet de groupe permet de financer plus facilement ces services « La majorité des généralistes (56 %) dispose d'un secrétariat médical, les autres assurant eux-mêmes les tâches d'accueil et de prise de rendez-vous. La présence d'un secrétariat est plus fréquente parmi les médecins exerçant en groupe » (14)

D'autres tâches administratives ne peuvent être déléguées à une secrétaire, un comptable ou agent d'entretien et sont chronophages : une feuille de soins papier ou électronique est réalisée ainsi qu'un encaissement sur le temps de consultation. De nombreux certificats et formulaires médicaux sont demandés. En dehors des consultations, le médecin doit gérer les tiers payants et impayés, ainsi que la tenue

des dossiers médicaux. « Ces tâches ont un effet délétère pour la qualité de travail et sont souvent vécues comme une dévalorisation du métier et une perte de sens par rapport au rôle premier du généraliste ». (15)

B- Solitude

Bien qu'ils exerçaient pour la majorité en cabinet de groupe, ils se sentaient seuls dans leur exercice. Aujourd'hui, les internes de médecine générale souhaitent travailler en équipe, « notamment pluridisciplinaire, au-delà de l'exercice de groupe traditionnel » (11). Exercer dans un groupe ne signifie pas forcément travailler en équipe. D'après une étude de la DRESS (6), la solitude professionnelle est un motif de cessation d'activité libéral. « Même au sein des associations ou des groupements médicaux, en secteur libéral, les échanges, soutiens et solidarités restent limités ». L'exercice solitaire peut engendrer des incertitudes chez le médecin « Le contexte français de pratique de la médecine générale (une discipline peu reconnue, en cours de formalisation, une identité collective balbutiante, un exercice libéral solitaire dans une forte dépendance au patient-client...) façonne incontestablement l'expérience de l'incertitude des généralistes. » (16)

Le poids de la démographie médicale semblait lourd. En plus d'un exercice vécu comme solitaire, les médecins interrogés regrettaient le manque de confrères généralistes et spécialistes aux alentours.

C- Syndrome d'épuisement professionnel

Plusieurs d'entre eux ont évoqué un « burnout », syndrome d'épuisement professionnel (SEP). Une enquête auprès des internes en médecine générale montre que des symptômes précurseurs d'un syndrome d'épuisement professionnel sont présents dès l'internat. Le burnout « résulterait d'une confrontation entre les exigences du travail et les ressources individuelles et collectives qui aboutissait à une perte de sens et des valeurs, réelle ou ressentie ». (17) La souffrance est banalisée : « ce déni du mal être est très largement partagé par les internes qui expriment des difficultés à parler de leur mal être sur le lieu du travail, par honte, peur ou orgueil »

Une revue de la littérature récente a mis en évidence que les facteurs associés à ce burnout étaient multifactoriels, à la fois organisationnels et

personnels, mais également lié à un surinvestissement dans le travail (18). Une étude s'intéressant spécifiquement au syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux franciliens révélait que « 53% des médecins répondants à notre enquête se sentent menacés par le burnout. Surtout les généralistes (60,8%), les médecins exerçant en secteur 1 (62,3%), les moins de 65 ans et les célibataires. » (19)

« D'après la CARFM, en 2017, plus de 3000 médecins sont en état d'invalidité pour cause de dépressions et alcoolisme essentiellement attribuées au burnout. » (20)

Il a été mis en évidence un sur risque de suicide chez les médecins actifs de 2.3 par rapport à la population équivalente. (21)

Le métier de généraliste est un travail qui nécessite de faire preuve d'empathie et parfois masquer ses émotions. Il est basé sur de nombreux contacts interpersonnels au quotidien, ce qui peut exposer davantage le médecin généraliste au risque d'épuisement professionnel.

Les facteurs de risques psycho sociaux ont été défini à travers 6 grands axes par le rapport Gollac en 2011 (22) :

- **Exigence du travail** : Intensité et temps de travail
- **Exigences émotionnelles** : devoir façonner ses propres émotions pour répondre aux exigences du travail.
- **Autonomie** : manque d'autonomie et marges de manœuvres
- **Relations au travail** : relations avec les collègues, la hiérarchie, reconnaissance au travail
- **Conflits de valeurs** : conflits intrapsychiques consécutifs à la distorsion entre ce qui est exigé au travail et les valeurs professionnelles, sociales ou personnelles du travailleur.
- **Insécurité de l'emploi et du travail**

Une étude récente en 2016 du groupe Stethos s'est intéressée à la vulnérabilité des professionnels de santé. Certains en souffrance ne souhaitent pas se faire aider pour trois raisons principales : ils considèrent qu'ils ne peuvent pas s'offrir le « luxe » de s'arrêter, ils ne veulent pas que cette situation soit connue, et ils ressentent de la culpabilité. (23)

“En France 80% des médecins n'ont pas de médecin traitant personnel. Ils privilégient l'automédication ou recherchent un conseil rapide auprès d'un confrère”
(Newsletter du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 03 mai 2017).

D- Exigence des patients

Beaucoup évoquaient une exigence grandissante des patients. La relation médecin-malade a évolué au cours des décennies sous l'influence des changements socio-économique et du cadre législatif. Elle est devenue complexe du fait de l'ambiguïté du statut des deux acteurs (24) : le médecin est considéré à la fois comme médecin de famille ou prestataire de service, et le patient autonome ou dépendant du médecin. Une étude sur l'insatisfaction des patients montrait que leurs exigences portaient sur des « exigences du soin dans sa dimension technique, relationnelle et psychosociale ainsi que sur le savoir-être du médecin ». Le statut de « spécialité » de la médecine générale n'a pas fait évoluer la relation. « Pour les patients, la consultation est accessible et répond leurs attentes : suivi, écoute, relation médecin-patient, informations et soins. Le médecin généraliste est perçu comme vecteur de soins mais pas forcément vecteur de santé » (25)

4-3-3 : Temps de travail excessif

Le temps de travail apparaissait comme le plus gros poids de l'exercice libéral. Il empiétait sur le temps personnel et empêchait une séparation entre vie professionnelle et vie privée. Ce qui dans leur exercice actuel salarié ne semble plus être un problème.

La moyenne d'heure travaillée par semaine chez les médecins interrogés dans cette étude était de 56 heures. La moyenne nationale d'après une enquête de la DRESS (26) est de 57 heures hebdomadaire. « Elle est en revanche moins élevée pour les médecins femmes (53 contre 59 heures pour les hommes) et les praticiens de 45 ans ou moins (55 contre 58 pour les 45 ans ou plus) »

Une autre étude de la DRESS (14) montre que les journées de travail des médecins sont longues et beaucoup exercent le samedi. Comparé à une activité standard de cadre, le temps travaillé chez les médecins apparaît supérieur : « on estime que le nombre d'heure travaillées est compris entre 1100 et 3500 par an. Pour un cadre dit « Etat major d'entreprise » l'INSEE fait une estimation de 2130 heures travaillées par an (et de 1870 en moyenne pour les cadres). On voit ici que les médecins rencontrés sont assez souvent au-dessus, voire très au-dessus de ce standard. »

4-3-4 : impact sur la vie privée :

Pour trois des médecins interrogés, leur travail avait conduit à une séparation conjugale. Leur exercice salarié actuel semblait permettre une meilleure limitation du temps de travail que dans l'exercice libéral.

Une étude récente comparant la qualité de vie dans l'exercice salarié versus exercice libéral (27) montre effectivement un temps de travail plus important chez les libéraux. Dans les deux types d'exercices, les médecins étaient globalement satisfaits sur leur qualité de vie, cependant « les médecins généralistes salariés [...] déclaraient une meilleure satisfaction de vie privée que les libéraux, mais il n'existait pas de différence significative sur le plan professionnel. »

Le cadre de vie privée chez les jeunes médecins est devenu un des critères principaux pour le choix de leur activité : « A travers cette enquête, le cadre de vie est nettement apparu comme le principal déterminant à l'installation. La majorité des jeunes médecins considère que la qualité des services publics est primordiale. [...] L'installation en libéral ne dépend donc pas uniquement de facteurs professionnels. Elle s'inscrit dans un projet de vie qui peut engager un conjoint, voire une cellule familiale et demande une réflexion approfondie. » (5)

4-3-5 : rémunération insuffisante

La rémunération par rapport au temps travaillé semblait insuffisante. Beaucoup d'inégalités apparaissent lorsque l'on compare les revenus moyens par mois déclarés pour un même taux horaire et un nombre d'actes journaliers voisin dans notre échantillon : ils oscillent de 2500 euros à 6700 euros, soit une différence de plus de 4000 euros. Les charges financières de fonctionnement de cabinet étaient différentes. A noter que celui qui gagnait le plus au niveau taux horaire était le plus vieux médecin, on peut supposer que l'augmentation du coût de la vie marque des différences entre anciennes et nouvelles générations de médecins généralistes libéraux. Il a également été montré également que les nouvelles générations ne cherchent pas à rentabiliser leur exercice, qui se ferait au détriment de leur temps libre et de la qualité du travail (11).

Il existe différents modes de rémunération des MG en France (28) :

Le paiement à l'acte qui est la rémunération majoritaire. Depuis 2011 la consultation de médecine générale était cotée à 23 euros. Suite à la convention 2016, l'acte médical a été revalorisé à 25 euros en mai 2017 avec des particularités selon le type de patient ou type de consultation (cf. annexe 4). Les médecins interrogés dans cette étude n'ont pas connu ce changement, mais il a été évoqué dans certains entretiens : ils considéraient que ce n'était pas encore suffisant. Ce type de rémunération est corrélé à une productivité accrue et une demande de soins plus importante de la part des patients. Il induit des revenus des MG inférieurs à ceux de leurs confrères spécialistes.

Il existe également des paiements forfaitaires, mis à jour lors de la nouvelle convention 2016. Il s'agit de mesures financières incitatives à respecter les recommandations. On trouve :

- ROSP : rémunération objectif santé publique, une rémunération à la performance : elle attribue un nombre de points permettant d'évaluer la pratique de chaque MG. Elle comporte 29 indicateurs de pratiques cliniques et est basé sur 940 points. La valeur d'un point est fixée à 7 euros. Certains médecins refusent d'y adhérer, y voyant une atteinte des libertés et une ingérence grandissante de l'assurance maladie (29). D'après une étude de 2016 s'intéressant à la perception qu'ont les médecins de la ROSP, ils craignent « un impact éthique et déontologique sur la pratique avec un risque de de sélection de patients « rentables » » Pour ceux qui y adhèrent, c'est plus l'aspect financier qui prime que l'évolution des pratiques.

- Forfait structure. Il comporte 10 indicateurs, s'intéressant à la qualité du cabinet médical : utilisation d'un logiciel compatible DMP et certifié HAS, utiliser une messagerie sécurisée de santé, taux de télétransmission, affichages horaires dans annuaire de santé, encadrement d'étudiant au cabinet, et autres. 660 points y sont attribués. Comme pour la ROSP un point équivaut à 7 euros.

- FPMT forfait patientèle médecin traitant. Ce forfait tient compte des différentes catégories de patients qui ont déclarés le MG en tant que médecin traitant : 0- 6ans, 7-79ans hors ALD (affection longue durée), > 80 ans sans ALD, < 80 ans avec ALD, > 80 ans avec ALD.

4-3-6 : charges sociales du libéral élevées

Il existe des différences au niveau des cotisations sociales entre le régime des indépendants, des professions libérales et celui des salariés. Le revenu de base servant au calcul n'est pas le même : le revenu professionnel net pour les indépendants et libéraux et le revenu brut pour les salariés.

Si on compare les tableaux regroupant les taux de cotisations sociales pour les différents régimes (cf. annexe 5) on s'aperçoit que son pourcentage est supérieur chez les travailleurs indépendant et libéraux. Chez le salarié, les cotisations patronales (c'est-à-dire dues et versée par l'employeurs) sont majoritaires.

La somme des charges sociales était critiquée par les médecins interrogés. Elle apparaissait comme une difficulté financière rencontrée lors de l'exercice libéral. Interroger des médecins de différents âge a permis de se rendre compte que cette charge a augmentée au cours des générations.

Cependant lorsque l'on compare les cotisations des professions libérales et celles des travailleurs indépendant, le taux « retraite de base » est moitié moins élevé chez les libéraux. De plus, pour les cotisations assurance maladie-maternité qui s'élèvent à 6.5% chez les non-salariés, 6.4 % est pris en charge par la CNAM pour les médecins en secteur 1, qui cotisent donc à la hauteur de 0.1 % seulement.

La population française de manière générale a perçu longtemps la protection sociale comme un poids financier excessif. Cependant une étude récente de la DRESS par le biais d'un baromètre d'opinion a sondé la population et montre que cette tendance évolue : « La part des personnes qui estiment que le poids financier représenté par la protection sociale ou que le degré d'intervention de l'État est excessif recule progressivement depuis plusieurs années, tandis que se renforce l'aspiration au maintien du niveau des prestations sociales. La population est très majoritairement opposée à une hausse des cotisations sociales, même si le consentement à payer augmente avec le niveau de revenu. » (30)

4-3-7 : conflit avec administration et politique

La thématique de conflit avec l'administration, les élus, et des désaccords avec la politique concernant le système de santé était récurrente. Les critiques étaient parfois même sans retenues et plutôt virulentes.

A- Assurance maladie :

La visite de délégués de l'assurance maladie (DAM) n'était pas toujours bien vécue : un ressentiment de « donneurs de leçon » était souvent exprimé. Son rôle d'après le site internet de l'assurance maladie est d'organiser les visites auprès des professionnels de santé conformément au plan de campagne national, régional et/ou local. « Le délégué de l'Assurance Maladie (DAM), par son rôle d'accompagnement des professionnels de santé, contribue à la mise en œuvre des programmes de maîtrise médicalisée construits dans le but de limiter l'évolution des dépenses de santé. » « Le poste de Délégué de l'Assurance Maladie est accessible à partir du niveau Bac + 2 dans le domaine du commerce, sciences humaines » Tous comme les visiteurs médicaux des laboratoires, le médecin n'a pas d'obligation à recevoir les DAM. Certains trouvent leur visite utile pour les aider à mieux répondre aux critères de la ROSP, pour obtenir plus de points, (et donc plus d'argent) alors que d'autres, comme cité plus haut, ressentent une ingérence grandissante de l'assurance maladie et une sensation de « prescription imposée ». Actuellement, il n'est pas montré que les DAM influent d'une manière positive sur les comportements des médecins (31).

B- Politique

Le projet de loi du tiers payant généralisé obligatoire est ressorti également plusieurs fois lors des entretiens. Fin 2014, la Ministre de la Santé de l'époque, Madame Marisol Touraine, annonce une loi santé avec la mise en place du tiers payant généralisé pour les consultations de médecine libérale. Des mouvements de grèves ont été lancés à plusieurs reprises. Les médecins craignaient une majoration du temps administratif pour contrôler les remboursements, un risque de privatisation du système de santé, « une explosion des dépenses de santé, l'apparente gratuité créant un effet d'aubaine » et une perte de la valeur au travail du médecin aux yeux du patient (32). Ce projet de loi a été abandonné pour le moment.

C- Collectivités

Des médecins se plaignaient du manque d'aide financière des municipalités. La situation de la médecine libérale peut paraître ambiguë :

Sur le plan national de nombreuses aides financières existent, et sont définies par la convention (cf. annexe 6). Elles sont parfois complexes à mettre en place et des conditions strictes doivent être respectées (33). Le zonage est déterminé par l'ARS.

Par contre sur le plan local, les règles ne sont pas toujours bien établies. Certains médecins autofinancent leur projet alors que d'autres touchent des subventions des collectivités, d'où une insatisfaction de certains. La loi précise :

« Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, définies par l'Agence Régionale de Santé (ARS), les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé. Les centres de santé visés à l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique peuvent également être attributaires de ces aides dans les mêmes conditions.

Les aides prévues peuvent consister dans :

- 1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins ;
- 2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité ;
- 3° La mise à disposition d'un logement ;
- 4° Le versement d'une prime d'installation ;
- 5° Le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.

Le projet de convention est soumis à l'ARS pour avis. »

Les collectivités territoriales peuvent donc attribuer des aides, mais n'en ont aucune obligation.

4-4 Propositions pour améliorer les conditions de travail des MG libéraux

4-4-1 : concernant la formation médicale initiale

⇒ **Stages extra hospitaliers obligatoires**

L'externat de médecine s'étend de la 4^{ème} à la 6^{ème} année des études médicales. L'emploi du temps de l'étudiant se partage entre cours théoriques et stages pratiques. Depuis 2006, et appliqué depuis 2009, un stage d'initiation à la MG pendant cette période a été rendu obligatoire. Les externes découvrent un monde inconnu et très différent des stages hospitaliers. Une étude montre qu'ils sont plutôt satisfaits de ce stage : ils peuvent avoir un enseignant attiré pour eux seuls, mettre en pratique leurs connaissances. Ils découvrent la qualité des relations au long cours entre le patient et le médecin généraliste mais également la variété des situations rencontrées et des responsabilités que confère cet exercice. (34) Cette découverte permet de choisir positivement la médecine générale lors des ECN et d'avoir une meilleure visibilité sur l'exercice.

La médecine générale est devenue une spécialité médicale à part entière depuis 2004. Elle est choisie dans les suites des épreuves classantes nationales (ECN, qui succèdent à la fin du concours de l'internat depuis 2004). Celles-ci ont lieu à la fin de l'externat, c'est-à-dire à la fin de la 6^{ème} année d'étude de médecine. Elles permettent à chaque étudiant selon son classement de choisir sa spécialité chirurgicale ou médicale et son lieu d'internat.

Une étude de la DREES en 2016 concernant le choix des spécialités par les étudiants a permis de distinguer celles qui semblaient les plus (ou les moins) attractives (35). La médecine générale figure parmi celles les moins attractives mais recrute à tous les niveaux du classement.

Cette année, pour la première fois, 100 % des postes de médecine générale ont été pourvus à l'internat (soit 3213 postes) et 68 des 1000 premiers étudiants classés ont choisi cette spécialité : son attractivité s'améliore (36).

L'internat de médecine générale se déroule sur 3 ans, soit 6 semestres, qui correspondent à 6 terrains de stages différents.

Le stage ambulatoire de niveau 1 est obligatoire : c'est un stage d'acquisition progressive de l'autonomie en consultation. L'interne accompagne un médecin généraliste exerçant.

Depuis une quinzaine d'année, un autre stage appelé SASPAS (stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé), stage ambulatoire de niveau 2, s'inscrit également dans la formation. Il est apprécié par les internes. Des études ont montré qu'à l'issue de ce stage, ils ressentent moins de stress et se sentent plus compétent pour leur future profession. (37) Ce stage est devenu obligatoire depuis la rentrée 2017, mais ne peut être complètement appliqué dans certaines régions, par manque de terrain de stage et de MSU (maitre de stage universitaire). La Commission Mixte Paritaire a statué le 20 juin 2019 dernier sur le projet de loi santé concernant les stages de l'internat et donne : « obligation pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale et d'autres spécialités de premier recours d'effectuer un stage d'au moins six mois en médecine ambulatoire, en priorité dans les zones sous-denses, sous le régime de l'autonomie supervisée ».

Le terme « zones sous-denses » est à définir car il existe des zones sous-dense en milieu urbain. Du point de vue des internes, le milieu rural est associé à des conditions de vie et de travail difficiles, alors que le milieu semi rural semble plutôt attractif. (17) Lorsque ce stage n'était pas obligatoire, sa localisation géographique apparaissait comme un des freins au choix du SASPAS (38). Le problème d'éloignement de certaines zones rurales nécessite l'implication des élus pour proposer des financements et des possibilités d'hébergements sur ces zones.

⇒ **Formations à la gestion d'entreprise et au cadre juridique de l'exercice libéral = gestion de l'outil professionnel.**

La profession libérale est un exercice particulier. Elle permet une activité en toute indépendance mais est réglementée et soumise à des règles déontologiques rigoureuses. Certains médecins interrogés dans cette étude soulignaient le manque d'informations sur ce type d'exercice et sa gestion avant d'y être confronté. Les étudiants le découvrent durant leurs stages obligatoires en ambulatoire mais

regrettent un manque de formation sur la gestion fiscale et matérielle du cabinet (37).

Le cadre réglementaire impose deux grands axes d'enseignement pour le DES de médecine générale : des enseignements généraux et des enseignements spécifiques, répartis sur 200 heures de cours, avec certaines thématiques à respecter. Chaque université est autonome et choisit la méthode ou les éléments pédagogiques à utiliser.

Durant le cursus universitaire, des sessions d'informations sont organisées conjointement par la faculté de médecine et l'Assurance Maladie au cours du 3^e cycle des études, mais la formation à l'activité libérale semble insuffisante. Elles informent surtout sur les démarches d'inscriptions obligatoires auprès des instances (URSSAF, CARMF, ordres des médecins, etc.) mais ne forment pas sur la gestion d'entreprise ni sur la comptabilité.

Pourtant « l'outil professionnel » est défini en 2009 sous l'égide du CNGE (collège national des généralistes enseignants), et sa gestion fait partie des compétences du MG. Il est défini par 3 capacités :

- « Être capable d'organiser le temps de travail de façon à préserver sa capacité de travail et d'investissement »
- « Être capable d'adapter le lieu et les conditions d'exercice à ses besoins, désirs et capacités et aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance »
- « Être capable de gérer l'outil de travail et les ressources humaines selon les modalités de l'exercice »

Ces définitions semblent floues mais en résumé, il ne s'agit ni plus ni moins d'une gestion de « l'entreprise » qu'est le cabinet libéral sur trois plans d'organisation : temporel, matériel et administratif, au sens large.

Les enseignements concernant cette gestion de l'outil professionnel semblent insuffisants voire absents selon les universités. Des modules d'enseignement même optionnel devrait être davantage développés et proposés aux étudiants (39).

⇒ **Cours de communication plus approfondis**

La relation médecin-patient tient une place essentielle en médecine générale. Elle fait partie du référentiel métier et compétences des médecins généralistes définis par le CNGE. Elle se base sur une confiance réciproque et permet une alliance thérapeutique. Maîtriser cette relation est primordial. La communication verbale et non verbale sont importantes.

Des cours optionnels de communication sont proposés durant le cursus universitaire mais la formation initiale semble insuffisamment adaptée (40). Beaucoup de médecins considèrent que cette formation se fait « in vivo » auprès du patient.

La notion de flexibilité en médecine générale est apparue en 2014 au congrès de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) et est devenue une des compétences recommandées pour le MG. La flexibilité est la capacité que possèdent les praticiens de médecine générale pour faire face aux situations cliniques complexes dans un monde biomédical et sociétal changeants. Elle permet de mieux appréhender la complexité et l'incertitude en médecine générale et prévenir le syndrome d'épuisement professionnel. Pour des internes en médecine générale et MG, participer à des groupes ou des cours de communication permettrait de développer davantage la flexibilité. (41) « Enseigner plus que les maladies et leur traitement, mettre l'accent sur la communication et la relation médecin-patient met valeur l'attention dédiée au patient augmente la compréhension relationnelle et peut réduire le mécontentement du médecin »

Certains départements de MG proposent des groupes Balint au cours de l'internat.

Un groupe Balint est un groupe de médecins se réunissant régulièrement pour examiner la relation médecin-malade à travers l'exposé d'un cas. Il se compose de 8 à 12 médecins, ou soignants, encadrés par un ou deux leaders psychanalystes formés à cette méthode. Le plus souvent il s'agit d'un groupe homogène de médecins généralistes, mais ils sont également ouverts à d'autres professionnels du soin, tels que les kinésithérapeutes, les psychologues, les infirmiers... Les échanges sont doublement confidentiels : les patients sont anonymisés et ce qui est dit dans le groupe ne peut pas être divulgué à l'extérieur.

Le groupe cherche à mettre en évidence les dimensions inconscientes présentes dans la demande du patient, dans les réactions du médecin et dans leur relation (projections, identifications, transferts et contre-transferts...). Le but des groupes Balint est d'apprendre aux médecins généralistes à gérer et comprendre les interactions avec leurs malades.

Une étude récente montrait une amélioration du savoir-être des étudiants en SASPAS qui avait expérimenté les groupes Balint (42).

4-4-2 : concernant leur pratique :

Les MG interrogés n'ont pas exprimé de problème concernant leurs connaissances médicales pour leur pratique. Par contre certains regrettaient un manque de formation aux tâches et difficultés extra biomédicales (comme apprendre à organiser le travail, gérer le planning, gérer le relationnel et savoir dire non).

⇒ **limiter et organiser le temps de travail**

Comme vu précédemment, le temps de travail des médecins généralistes est un des points noirs de leur exercice.

Une étude en 2016 concernant l'organisation du temps de travail des MG, rassemblait plusieurs éléments importants pour mieux gérer son emploi du temps (43) : s'installer en groupe, ce qui permettait de prendre des demi-journées de repos (le nombre de 2 demi-journées de repos au minimum par semaine semblait utile), travailler sur rendez-vous plutôt que sur un mode de consultations libres, limiter le nombre de consultations quotidiennes ainsi que le nombre de motifs par consultation, connaître au préalable le motif de consultation, garder des plages horaires libres sur l'agenda (afin de résorber du retard, ou faire face à une urgence) Le recours à un secrétariat semble également indispensable.

La moyenne du temps de travail hebdomadaire du médecin généraliste libéral est de 57 heures. Il est difficile de définir un temps idéal. Dans une étude en 2010, L'observatoire régional de la santé des pays de la Loire déclarait : « les médecins qui travaillent plus de 65 heures par semaine déclarent beaucoup plus fréquemment un état de santé altéré (27 % vs 19 % chez ceux qui travaillent 46 à 64 heures et 16 % chez ceux déclarant travailler moins de 45 heures) et sont plus nombreux à exprimer une situation de détresse psychologique (respectivement 21

% vs 9 % et 7 %) » (44) Limiter le temps de travail à 45 heures hebdomadaire pourrait prévenir un épuisement professionnel.

⇒ **Faciliter l'installation, son financement et la gestion du cabinet**

Sur le plan financier :

Il existe de nombreuses aides financières définies par l'ARS pour inciter l'installation en zone sous dense, sous forme de contrats d'aide à l'installation ou aides fiscales (cf. annexe 6). Le CESP (contrat d'engagement de Service Public) a également été créé en 2011, destiné aux étudiants de médecine à partir de la 2^{ème} année qui s'engagent à s'installer en zone sous dotée définie par L'ARS. Un accompagnement individualisé par aider la concrétisation de leur projet professionnel leur est proposé.

Les collectivités territoriales peuvent également apporter leurs aides, pour favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé, mais rien n'est bien défini. Elles peuvent mettre à disposition des locaux ou logements, prendre en charge des frais d'investissement, de fonctionnement ou encore verser des primes d'installation ou d'exercice forfaitaire. Ces aides ne peuvent être apportées que sous l'accord de l'ARS.

Sur le plan de la gestion :

Les connaissances à avoir en vue d'une installation en cabinet libéral sont vastes : Il faut créer et gérer à la fois une structure de soins et une entreprise (45)

Un référent à l'installation au sein de chaque ARS existe. Etudiants, internes ou médecins déjà installés peuvent prendre contact avec lui. Son rôle est de conseiller et orienter l'acteur de soins lors de son installation et l'accompagner dans le montage de projet par un appui technique et juridique. Une fois la structure créée, c'est au médecin libéral de gérer le fonctionnement du cabinet.

Des postes de coordinateurs administratifs ont été créés dans les maisons de santé pluriprofessionnel (MSP) pour déléguer la gestion de la structure : leur rôle est de gérer l'administratif (comptable, personnel, espace, stocks), animer la coordination (réunion entre professionnels, pilotage groupe de travail) et entretenir les relations avec les partenaires extérieurs. L'exercice en MSP se développe,

cependant il nécessite initialement un coût non négligeable. Le financement du coordinateur n'est pas encore bien défini.

Une thèse s'intéressant aux motifs de non-installation de médecins généralistes remplaçants (46) propose un exercice en médecine libérale comparable au système mis en place dans certaines cliniques privées : des locaux et services (ménage, secrétariat...) d'une autre institution (telle que clinique, hôpital, collectivités territoriales) seraient mis à disposition des médecins, en échange d'une redevance. De ce fait, les charges, coût et gestion administratifs seraient réduits.

⇒ **Travailler en équipe, lutter contre la solitude, enseigner.**

Au-delà d'exercer en groupe, le souhait des jeunes médecins est de travailler en groupe. Les MSP se développent depuis plusieurs années, elles sont définies depuis 2007 comme un exercice coordonné entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux autour d'un projet de santé. Des études montrent qu'exercer en MSP peut plaire aux médecins et apporter une dynamique de groupe, à conditions que la construction du projet soit bien réfléchi collectivement. La diversité des contacts professionnels médicaux et paramédicaux permet d'enrichir ses compétences et son relationnel. Le développement de cet exercice pour l'instant reste controversé, du fait de l'ingérence de l'ARS, et du questionnement du financement (47-49).

La participation à des groupes de pairs et à la Formation Médicale Continue (FMC) est appréciée et permet de lutter contre le sentiment de solitude. Ces groupes aujourd'hui appelés groupes d'analyse de pratique entre pairs (GAPP) sont une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). 6 à 10 médecins d'une même spécialité dans une même zone géographique se groupe 6 à 10 fois par an pour des séances de travail régulières et présentations de dossiers de patients. Ces réunions conviviales sont appréciées, elles permettent de partager expériences et difficultés et renforcer les liens entre médecins. Leurs pratiques en sont améliorées. Par rapport à d'autres pays européens, la France apparaît en retard concernant ce type d'activité (50).

Devenir maître de stage universitaire (MSU) apparaît comme une aide contre l'épuisement professionnel pour les médecins qui le sont déjà (51). Cela leur permet

d'échanger, de se remettre en question et d'actualiser leurs connaissances. Les MSU ont l'impression d'améliorer leurs compétences professionnelles et relationnelles. Malheureusement certains médecins généralistes libéraux ne passent pas le cap de devenir MSU par peur de surcharge de travail et manque de temps (52).

⇒ **Alléger les tâches administratives, déléguer des missions**

Afin de déléguer des tâches administratives, avoir un secrétariat semble indispensable. Avoir un secrétariat sur place plutôt que téléphonique permet de déléguer plus de tâches : gestion des dossiers, gestion du cabinet, des plannings et gestion du cabinet et des stocks. C'est souvent l'aspect financier qui influence le choix du type de secrétariat (53).

Certains certificats médicaux sont obligatoires mais beaucoup de demandes ne le sont pas. Certaines écoles ou crèches exigent des certificats pour des absences scolaires alors que cela n'a plus lieu d'être « L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009 sauf en cas de maladie contagieuse. » (Cf. annexe 7). Des rappels semblent nécessaires. L'affichage des certificats obligatoires et non obligatoires en salle d'attente peut être également un outil de travail à l'éducation des patients.

Le projet « ma santé 2022 » a permis de créer une nouvelle fonction d'assistant médical afin d'aider le médecin concernant les tâches administratives, la prise de constantes, des missions d'organisation et de coordination, et libérer ainsi du temps médical pour le médecin. (Cf. annexe 8) L'avenant 7 à la convention médicale a été signé le 20 juin 2019.

Il existe cependant un nombre de conditions d'éligibilité :

« L'aide financière concerne les médecins sur tout le territoire, et pour certaines spécialités sur les 30 % du territoire dont l'offre de soins est insuffisante.

Le médecin doit également :

- Exercer en secteur 1 ou en secteur 2 et être adhérent à l'Optam ou à l'Optam-CO ;
- Exercer en mode regroupé (au moins 2 médecins dans un même cabinet), avec une dérogation pour les médecins en zone sous-dense ;
- S'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, quelle que soit sa forme (maison de santé pluriprofessionnelle, équipe de soins primaire ou spécialisée, communauté professionnelle territoriale de santé...) ou s'engager à le faire dans les 2 ans.

Les médecins généralistes doivent avoir un nombre de patients dont ils sont le médecin traitant suffisant – plus de 640 patients – et, pour les autres spécialistes, avoir vu un certain nombre de patients différents dans l'année (ce que l'on appelle la file active).

L'appui d'un assistant médical se justifie pleinement à partir d'un certain niveau d'activité, c'est pourquoi les 30 % de médecins ayant les plus faibles patientèles ne sont pas concernés. Pour savoir s'il peut bénéficier d'une dérogation, le médecin est invité à contacter la caisse primaire dont il dépend.

Le contrat a une durée de 5 ans et peut être renouvelé : le médecin est aidé sur toute la durée du contrat.

En contrepartie de l'aide conventionnelle, le médecin s'engage :

- S'il est généraliste ou spécialiste en médecine générale, à augmenter sa patientèle adulte médecin traitant et sa file active ;
- S'il est d'une autre spécialité, à augmenter sa file active. » source : assurance maladie

La progression attendue dépend de la taille de la patientèle adulte médecin traitant (MT) » Source : assurance maladie (cf. annexe 8).

⇒ **Gérer la relation avec le patient**

Construire une relation médecin-patient sur des bases solides est essentielle en médecine générale à des fins à la fois thérapeutiques et personnelles.

La recherche d'une juste distance est importante. Une étude qualitative s'intéressant aux affects des MG (40) montrait que des problèmes relationnels pouvaient se créer, du fait de divergences d'opinions, de personnalités incompatibles, de demandes excessives, ou encore d'usure professionnelle.

Des affects contre-transférentiels négatifs peuvent naître et amener jusqu'à la rupture de la relation médecin-malade. Certains médecins pour y remédier développent une mise à distance du patient, par un cadre relationnel strict plus technique, avec contrôle du temps de parole du patient, ou encore une distanciation des affects via humour, verbalisation ou encore approche analytique.

A l'inverse, une intimité trop proche n'est pas non plus souhaitable car elle risque de mener à une perte d'objectivité et de maîtrise sentimentale. Une approche empathique ne doit pas devenir une approche sympathique, au risque de se perdre sur le plan émotionnel.

Se former à la relation médecin-malade semble importante. Des groupes Balint existent. Ils sont ouverts à tous médecins généralistes. Ils permettent de

partager ses expériences et prendre du recul sur des situations complexes. Des études sur les apports des groupes Balint montre une amélioration de leur savoir-faire et leur savoir-être (42)

⇒ **Ne pas laisser s'installer un syndrome d'épuisement professionnel**

Plusieurs des mesures citées précédemment participent à la prévention d'un syndrome d'épuisement professionnel, mais un des problèmes majeurs rencontrés par les médecins est la banalisation de leur souffrance : ils n'osent pas demander d'aide. (18)

Avoir un médecin traitant autre que soi-même paraît essentiel, pour un regard extérieur et plus d'objectivité.

Des associations d'écoute existent, et doivent être connus par tous les praticiens : Association d'Aide aux Praticiens Médicaux Libéraux (AAPML) : plateforme d'écoute H24 (depuis 2005), écoute anonyme par des psychologues et psychiatres.

« Antenne normande d'aide au médecin » : « En septembre 2017, sous l'impulsion des 5 Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la région et de l'URML Normandie s'ouvrait une Antenne Normande dédiée avant tout à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel des médecins Normands. Le 0608 282 589 vous permet 24h24, 7j7, l'accès direct à une prise en charge. » source URML-normandie.org

4-4-3 : concernant la rémunération

Le rapport Aubert (directeur de la DREES) a été publié récemment et explique les stratégies de transformation du système de santé sur les modes de financement et de régulation : il vise à renforcer la médecine de premier recours, les modifications des modes de financement concernent essentiellement les soins hospitaliers mais certaines concernent également les MG. (54) Les paiements combinés sont appelés à se développer.

Il existe différents modes de rémunération des MG en France (28) : paiement à l'acte et paiement forfaitaire.

Le paiement à l'acte qui est le mode quasi exclusif en médecine générale (83% des revenus). D'après le rapport Aubert, cette proportion atteint au maximum 50 % dans les autres grands pays.

La nomenclature des actes est validée par la CCAM (classification commune des actes médicaux) (cf. annexe 4) et la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) Une « démarche de révision puis de maintenance active des nomenclatures » est proposé par le rapport Aubert.

Cependant les actes ne sont pas toujours bien cotés : certains médecins se sentent gênés d'augmenter le tarif de la consultation, ils trouvent le codage trop complexe, et regrettent un manque de connaissance, formation et d'optimisation des logiciels médicaux (55). Jeunes médecins et maitres de stage semblent avoir une meilleure utilisation de la cotation des actes.

Pour effacer cette gêne et la dimension pécuniaire de la consultation ressenties par certains médecins, une tierce personne pourrait intervenir pour s'occuper de la facturation (par exemplaire secrétaire ou assistant médical). Cela aiderait les médecins à mieux coter les actes, et leur libérerait du temps médical.

La durée de l'acte n'est pas majorée en France. En suisse, un tarif nommé Tarmed existe depuis 2004 : « le MG est payé pour le temps qu'il consacre à son patient en sa présence ou en son absence, ce qui signifie que le temps administratif nécessaire à la coordination des soins est rétribué. » (56) En contrepartie, les médecins ne doivent pas dépasser la moyenne de leur spécialité de plus de 130%, au risque de rétrocessions financière.

Il existe en France également des paiements forfaitaires : (détaillés plus haut)

- ROSP : rémunération objectif santé publique, paiement à la performance. Elle est remise à jour tous les 5 ans et validée au sein des accords conventionnels avec l'Assurance maladie.

- le FPMT : forfait patientèle médecin traitant.

- Forfaits structures :

Le rapport Aubert propose de développer les financements pour soutenir des organisations coordonnées tels que les MSP (maison de santé pluriprofessionnelle) ESP (équipe de soins primaires) CPTS (communauté professionnelle territoriale de

santé) afin de rémunérer le travail fourni en l'absence du patient, pour gérer le temps de coordination. (57) Un 3e volet ajouté a été ajouté au forfait structure depuis la signature de l'avenant 7 à la convention médicale le 20 juin 2019 :

« Le forfait structure évolue [...]. Il intègre désormais un 3e volet, qui formalise l'aide forfaitaire au recrutement d'un assistant médical. Pour en bénéficier, le médecin doit avoir validé les indicateurs prérequis (volet 1).

En parallèle, l'indicateur « participation à une équipe de soins primaires (ESP), une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières (...) » est revalorisé et passe de 60 à 120 points, soit de 420 à 840 €. À compter de 2022, il devient un prérequis (volet 1).

En outre, un nouvel indicateur optionnel (volet 2) valorise la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale. Ce nouvel indicateur est valorisé à hauteur de 150 points, soit 1 050 €.

Ce nouveau forfait structure sera applicable dès 2020 pour un paiement en 2021 »

Source : assurance maladie

Définition ESP, MSP, CPTS :

ESP :

Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours (...) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les ESP peuvent prendre plusieurs formes : Maisons de santé pluriprofessionnelles et MSP éclatées (sans regroupement immobilier), centres de santé, autres formes de coopération, plus légères.

Le projet d'une ESP doit préciser, a minima : ses objectifs, ses membres les modalités de travail pluriprofessionnel (réunions, protocoles, système d'information partagé, messagerie sécurisée...) et les modalités d'évaluation. Le projet d'une ESP peut couvrir des thématiques variées : prise en charge des personnes vulnérables, soins palliatifs à domicile, etc... Ce projet est transmis à l'ARS et sera à l'origine d'une contractualisation entre l'ARS et l'ESP.

MSP :

Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est une forme d'ESP. Elle regroupe des professionnels de santé de premier recours, d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné libéral. Tout professionnel de santé peut y prendre part : les professionnels médicaux, les professionnels de la pharmacie et les auxiliaires médicaux. La maison de santé peut être mono-site ou multisites : les professionnels de santé peuvent exercer dans des lieux différents. Ils se regroupent pour travailler autour d'un projet de santé commun.

Chaque ARS a établi son propre cahier des charges, même s'il varie peu d'une région à l'autre. La maison de santé est donc un regroupement de professionnels de santé qui travaillent ensemble autour d'un projet de santé commun.

Article L6323-3 du Code de la Santé Publique

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

CPTS :

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) est à une échelle plus territoriale. Elle peut se constituer entre des équipes de soins primaires et/ou des maisons de santé, et/ou des établissements de santé, et/ou des établissements médico-sociaux, et/ou des réseaux, etc.

Article L1434-2 du Code de la Santé Publique

Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé (...) et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (...), des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé (...).

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

Le projet d'une CPTS répond aux besoins identifiés sur un territoire et organise au mieux les parcours de santé. Il est transmis à l'ARS.

Des nouveaux modes de rémunérations (NMR) existent depuis 2015 pour valoriser l'exercice coordonné pluriprofessionnel des structures précédemment citées. La rémunération est calculée selon un système de points, selon le fonctionnement de la maison de santé : travail en équipe, l'accès aux soins, le système d'informations, le type de patientèle.

Des nouveaux forfaits pour le suivi de maladies chroniques vont être développés comme le forfait diabète ou encore un autre sur l'insuffisance rénale. Ils vont concerner en premier lieu les établissements de santé mais s'étendront par la suite aux médecins généralistes.

Autre mode de rémunération existant : la capitation. Elle n'est pas utilisée en France. C'est le mode de paiement majoritaire au Royaume Uni, et est également appliquée aux pays bas, Espagne ou Belgique. Il s'agit d'une somme forfaitaire par patient, versée mensuellement. Par exemple en Belgique (5 % des médecins y travaillent par capitation, le reste à l'acte), le médecin touche environ 16 euros mensuel par patient. Sa rémunération ne dépend pas du nombre de consultation ni du volume de soins. La capitation semblerait développer la prévention et l'éducation thérapeutique. Elle peut néanmoins inciter les médecins à augmenter la taille de leur patientèle (56).

5- CONCLUSION

Les résultats de cette étude concordent avec ceux retrouvés dans la littérature : les motifs principaux d'abandon de l'activité libérale chez les médecins généralistes sont majoritairement liés à un temps de travail excessif qui génère un manque de temps pour la vie familiale et personnelle et leur rémunération par rapport au travail rendu leur semble insuffisante. Le poids de la gestion des tâches administratives et la solitude de leur exercice représentent des difficultés supplémentaires. Un des autres motifs se rattache au sentiment de manque de reconnaissance de la part des élus et de l'administration : les perspectives politiques ne leur inspirent pas confiance et l'évolution de la médecine libérale leur apporte craintes et doutes.

Quel que soit son mode d'exercice, le métier de médecin généraliste est un métier complexe et difficile mais toujours passionnant et enrichissant. Il appartient à chacun de savoir comment travailler pour répondre au mieux à ses désirs et concilier vie professionnelle et privée.

La qualité de vie est devenue l'un des premiers critères pour le choix de carrière professionnelle et il semble que les MG quittant le libéral n'ont pas réussi à atteindre pleinement celle définie par l'OMS : « la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état total de bien-être physique, mental et social » « Une bonne qualité de vie se caractérise donc par un sentiment de bien-être, une intégration sociale satisfaisante et un bon état physique et psychologique » (21).

Exercer la médecine de premier recours plait. Force est de constater que la fuite de l'exercice libéral n'est pas liée au cœur du métier, mais à des problèmes organisationnels. A l'heure actuelle où la politique souhaite recentrer le système de santé français sur les soins de santé primaires, il est important de trouver des solutions pour améliorer les conditions d'exercice libéral et le rendre plus attractif aux yeux des nouvelles générations de médecins généralistes. Les internes en médecine générale devraient être mieux former aux difficultés rencontrées dans ce type d'activité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1) Menguy-Fleuriot A. Quelle profession peut-on exercer avec un diplôme de médecine générale ? Thèse pour le doctorat en médecine. Université Paris Val-de-Marne, 2006. 56p.
- 2) Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Le Rapport annuel de l'ONPST 2006-2007, tome 1 : la médecine générale. 2008. 179p.
- 3) Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. 2009. 45p.
- 4) Bouet P, Mourgues JM. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018. Paris Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2018. 165p.
- 5) Gauvin J-B, Berrier S. Installation en libéral. Cadre de vie, conditions d'exercice et travail en équipe...des facteurs déterminants. Bulletin de l'Ordre national des médecins, mai-juin 2019;61:4-5.
- 6) Vega A. Les comportements de cessations d'activité des médecins généralistes libéraux. DREES, Document de travail, série Etudes et recherche, n°73. 2007.
- 7) Blanchard T. Facteurs influençant les cessations précoces d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans. Enquête qualitative auprès de 8 médecins généralistes. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Poitiers, 2012. 156p.
- 8) Ramos Da Cruz M. Déterminants à la cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes. Une analyse quantitative du phénomène. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Joseph Fournier de Grenoble, 2014. 102p.
- 9) Delansorne F, Buis H, Robino S *et Al.* Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux dans les trois départements de l'ouest de la France. Quelle réalité ? Santé Publique, 2009;21(4):375-382.
- 10) Boukhors G. Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Étude qualitative auprès des jeunes médecins de

- Gironde. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Bordeaux, 2014. 185p.
- 11) Andre R, Angoulvant C, Huez J-F *et Al.* Les souhaits d'exercice des internes de médecine générale sont-ils compatibles avec un exercice en milieu rural ? *Exercer* 2017;138:450-456.
 - 12) Bismuth M, Birebent J, Driot D *et Al.* Les facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français. *Médecine* 2019;15(3):138-143.
 - 13) Siblini M, Trombert Paviot B, Laval B. L'exercice salarié apporte-t-il une meilleure qualité de vie, privée et professionnelle ? *Médecine* 2019;15(2):91-96.
 - 14) Jakoubovitch S, Bournot Mc, Cercier E *et Al.* Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES, Etudes et résultats, n°797, 2012.
 - 15) Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral ; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Nice, 2015. 90p.
 - 16) Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles ». *Sciences sociales et santé* 2008;26:67-91.
 - 17) Cordonnier D, Bouteiller M, Chatelard S *et Al.* Contraintes et souffrances des internes en médecine générale : une étude qualitative. *Exercer* 2019;150:74-79.
 - 18) Casin G. Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français : revue de la littérature. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Toulouse, 2016. 70p.
 - 19) Mouries R, Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. URML/Commission prévention et santé publique; 2007.
 - 20) Dumoulin M, Le Noc Y, Bergua G *et Al.* Burnout des soignants : comment éteindre l'incendie. *Médecine* 2017;13(9):396-401.
 - 21) Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2009.
 - 22) Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques

- psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé; 2011
- 23) Farina H, Le Roy R. Vulnérabilité des professionnels de santé. Rapport Stethos international ;2016.
 - 24) Daussy D. L'insatisfaction dans la relation médecin-malade : le point de vue du patient. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Montpellier, 2018. 188p.
 - 25) Virame-Latchoumy L, Chevillot D, Rousselot N *et Al.* Impact de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité sur la perception du système de santé français. *Médecine* 2019;15(2):85-90.
 - 26) Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux Diversité objective et écarts de perception des temps de travail ». DREES, Dossiers solidarité et santé, N°15; 2010.
 - 27) Lemaignan E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ? Thèse pour le doctorat en médecine. Université Claude Bernard de Lyon, 2017. 99p.
 - 28) Dobigny A. Comment est structurée la rémunération des médecins généralistes en France ? Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Tours, 2018. 85p.
 - 29) Coissac L, Merviel N, Picard A. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : Quelle perception en ont les médecins généralistes ? Thèse pour le doctorat en médecine. Université d'Angers, 2016. 109p.
 - 30) Gonzales L, Roussel R, Heam Jc *et Al.* La protection sociale en France et en Europe en 2016. Résultats des comptes de la protection sociale. Panoramas de la DREES. 2018. 192p.
 - 31) Mahyaoui Y. Portage des réformes par les Délégués de l'Assurance Maladie : mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral. Annuaire sécu. 2010. Disponible sur <http://www.annuaire-secu.com/pdf/DAM-y-mahyaoui.pdf>.
 - 32) Liquiere A. Pratique du tiers-payant par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées : une enquête auprès de 181 médecins. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Toulouse III, 2016. 66p.

- 33) ISNAR-IMG. Aides à l'installation : Guide pratique à l'usage des administrateurs de l'ISNAR-IMG. Avril 2013, Mis à jour Janvier 2017. Disponible sur <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/aides-installation.pdf>
- 34) Pigache C, Lamort-Bouche M, Chaneliere M. *et Al.* Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité. *Pédagogie Médicale* 2015;16(2):119-132.
- 35) Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé. Collection panoramas de la DREES.2016.160p.
- 36) Bulant J. La médecine générale attire (de nouveau) les futurs internes [en ligne] 2019, BFMTV 25/09/2019 [consulté le 26/09/2019] Disponible sur <https://www.bfmtv.com/sante/la-medecine-generale-attire-de-nouveau-les-futurs-internes-1774165.html>
- 37) Hurtaud A, Rouillon F, Loriol M *et Al.* Interne en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. *Exercer* 2015;26(120):182-189.
- 38) Gregoire C. Freins à la réalisation du stage ambulatoire en soins primaires autonomie supervisée : Etude qualitative par focus groups auprès d'internes en médecine générale bourguignons. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Dijon, 2016. 68p.
- 39) Vincent Y-M. Présentation d'un projet d'enseignement de la gestion de l'outil professionnel au cours du D.E.S. de médecine générale à Bordeaux. Mémoire de médecine générale. Université de Bordeaux, 2017. 28p.
- 40) Vodounnou M-S, Petregne F, Sangaré H *et Al.* Affects des médecins généralistes : approches et solutions pour une juste distance relationnelle. *Exercer* 2018;145:299-305.
- 41) Aubert M, Di Patrizio P, Aubrege A *et Al.* La flexibilité en médecine générale est-elle utile dans la prévention et la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel ? *Exercer* 2016;27(128):283-285.
- 42) Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de médecine générale. Etude qualitative par entretien semi-directif. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Bordeaux, 2014. 185p.
- 43) Hu FM. Organisation du temps de travail en médecine générale : étude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixte en Ile

- et Vilaine. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Rennes 1, 2016. 98p.
- 44) Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Vie professionnelle, vécu au travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Vague d'enquête 4. 2010. 92p.
- 45) Boukantar M. Les savoirs sur la gestion du cabinet médical à acquérir en vue d'une installation libérale en médecine générale. Étude qualitative auprès de jeunes généralistes d'Île-de-France. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Paris Diderot- Paris 7, 2015.
- 46) Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute Garonne. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Toulouse III, 2014. 78p.
- 47) Nguyen A, Joachim F, Lancrerot S-L *et Al.* L'exercice regroupé coordonné en maison de santé pluriprofessionnelle est-il protecteur de l'épuisement professionnel ? Remise en question d'un paradigme. *Médecine* 2019;15(1):38-45.
- 48) Leger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Paris Descartes, 2016. 99p.
- 49) Zalmai D. Maisons de santé pluri professionnelle : attentes, réalités et perspectives. Etude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Bordeaux, 2016. 169p.
- 50) Philibert A-C. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de Développement Professionnel Continu en médecine générale. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Joseph Fournier de Grenoble, 2012. 45p.
- 51) Buffala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Nice- Sophia Antipolis, 2014. 57p.
- 52) Lefevre S. Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine non maîtres de stage universitaires pour le Troisième

- Cycle des Études Médicales en 2014. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Nancy, 2015. 111p.
- 53) Gravier M. Choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Claude Bernard - Lyon 1, 2018. 93p.
- 54) Aubert J-M. Rapport final : Modes de financement et de régulation. Consultation Stratégie de transformation du système de santé. Janvier 2019.
- 55) Poissonnet C. Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des pays de la Loire. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Nantes, 2017. 67p.
- 56) Saint Lary O, Franc C, Raginel T *et Al.* Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? *Exercer* 2015;26(119):52-61.
- 57) Chabas S. Rémunération des médecins : que dit le rapport Aubert. *La revue du praticien* 2019;33(1024):495.

ANNEXES :

ANNEXE 1 :

Courriel adressé aux médecins généralistes pour le recrutement :

« Bonjour,

Je suis actuellement médecin généraliste remplaçante, en cours de recueil de données pour réaliser ma thèse.

Elle vise à déterminer les facteurs déterminants une cessation précoce d'activité libérale chez les médecins généralistes, au profit d'une activité salariée (reconvertie ou non).

Aussi, je cherche à recruter pour des entretiens des médecins ayant quitté le libéral afin d'en comprendre les motivations.

Si c'est votre cas, j'aimerais venir vous rencontrer pour un entretien de 30 min-1h si vous êtes d'accord ou si jamais vous connaissez des collègues qui ont dévissé leur plaque, et seraient d'accord pour me rencontrer afin de me faire part de leurs motivations, n'hésitez pas à leur transférer mon mail.

Merci,

Bien cordialement. »

ANNEXE 2 :

Trame d'entretien :

-Pourquoi avoir choisi la médecine ?

Idée du médecin

UFR d'origine + parcours universitaire

- Et plus particulièrement, pourquoi la médecine générale ?

Choix délibéré ou par défaut ?

- Parlez moi de votre activité professionnelle au cabinet avant de cesser le libéral

temps de travail/ qui gérait l'agenda ?

Collègue/implications syndicales ?

relation patients : difficiles ? exigeant ?

relation autres professionnels ? FMC ? groupes de pairs ? lectures prof ?

- Comment était organisé le cabinet ? choix personnel ou imposé par d'autres ?

- Jusqu'à quel âge envisagez-vous a priori cette activité ?

- Comment décrieriez-vous votre vie privée pendant cette période ?

- Avez-vous eu besoin d'aide médicamenteuse ? Qu'est ce qui était anxiogène ?

-Pourquoi avoir quitté le libéral ? Motivations ?

Problème de santé ? Épuisement professionnel ?

Insatisfaction au travail ? Charge de travail ? Détérioration vie personnelle ?

Autres raisons

Relations confraternelles/patients ?

Non reconnaissance par les autorités ?

Nouvelle opportunité professionnelle ?

Frais ?

Rémunération adéquate au travail fourni ?

Avez-vous trouvé un successeur ?

- Décrivez-moi votre vie actuelle, professionnelle et privée

- Avez-vous des regrets ? est-ce que ça a été douloureux de laisser votre patientèle ?

-Ce qui aurait pu vous faire rester dans l'exercice libéral ?

-D'autres choses à aborder qui n'ont pas été traitées ?

ANNEXE 3 :

Fiche de renseignements

Informations personnelles :

Age

Sexe

Mode de vie : statut marital

Enfant(s), âge

Nombre d'années vécues en Haute Normandie

Nombre de km séparant le domicile du cabinet

Informations professionnelles :

Lieu d'exercice libéral :

Urbaine ?

Semi urbain ?

Rural ?

Année d'installation en libéral et âge au moment de l'installation :

Année de désinstallation :

Mode d'exercice : groupe/isolé/nombre d'associés

Secrétariat téléphonique ? sur place

Agenda électronique ?

Informatique ? logiciel ?

Horaires :

Nombre de consultation par jour en moyenne :

Visite à domicile ?

Type de clientèle ?

Vacances /an en semaine en moyenne :

Etudiants au cabinet ?

DU DESC, activité annexe ?

Niveau de revenu moyen :

Exercice actuel :

ANNEXE 4 : codage des actes médicaux

 		CONVENTION 2016		Mise à jour 10 février 2019
Glossaire: ROUGE=nouveau; MT=Méd Traitant; Forfaits=payé caisse (ne pas facturer); pec=prise en charge; TO tarif opposable				
Code	Explicatif NGAP	Tarif S1		Tarif S2
G ou GS	Consultation ou consultation spécialisée G=C+MMG. Reste C pour les S2	25,00 €	Les secteur 2 peuvent appliquer CG, VG MMG, MCG, MRT, MTU et TCG si TO	23 €
VG ou VGS	Visite ou Visite Spécialisée VG=V+MMG. Reste V pour les S2	25,00 €		23 €
COE	Consultation Obligatoire Enfant (8e jour, 9e et 24e mois)	46,00 €		46,00 €
APC (ex C2)	Consultation de 2 nd recours pour spécialistes (délai 4 mois, courrier au MT)	50,00 €		50,00 €
VL	Visite Longue, neuro-dégénératif, palliatif, ALD N°1, réservée MT 3 fois/an (+MD=70€)	60,00 €		60,00 €
CCP	1ère Consultation Contraception et Prévention (filles 15-18 ans)	46,00 €		46,00 €
CCX (CSO)	Consultation Suivi Obésité Enfant (3 à 12 ans) 2 fois/an par MT	46,00 €		46,00 €
CCX (CSE)	Consultation Suivi Enfant. Suivi autiste. 1 fois/an par généraliste, pédiatre, psychiatre.	46,00 €		46,00 €
MEG	Majo. Enfant Généraliste (0 à 6 ans), annoter carnet santé (G+MEG=30; VG+MEG+MD=35)	5,00 €		5,00 €
MCG	Majoration Coordination Généraliste, informer le MT	5,00 €		Non
MD	Majoration Déplacement médicalement ou socialement justifié (VG+MD=35)	10,00 €	10,00 €	
MU	Majoration Urgence (visite, quitter sa consultation immédiatement)	22,60 €	22,60 €	
IK plaine	Kilomètre plaine (abattement 4 km sur aller-retour)	0,61 €	0,61 €	
IK montagne	Kilomètre montagne (abattement 2 km sur aller-retour)	0,91 €	0,91 €	
IFD	Indemnité Forfaitaire Déplacement autre que visite (notamment CCAM)	3,50 €	3,50 €	
K	Lettre K pour quelques actes résiduels (brûlures et suppléments certificats AT)	1,92 €	1,92 €	
MSH // MIC	Majoration Sortie d'Hôpital, par MT dans le mois, poly-pathologies. MIC = Ins. Card. (2 mois)	23,00 €	Non	
MTX (MIS)	Majoration C très complexe notée MIS = C d'annonce et pec cancer G+MTX=55€	30,00 €	30,00 €	
MTX (PIV)	Majoration C très complexe notée PIV = C d'annonce et pec VIH G+MTX=55€	30,00 €	30,00 €	
CCE (CTE)	Consultation très complexe repérage Troubles de l'Enfant = dépistage autisme. 1 fois	60,00 €	60,00 €	
TCG	Acte G en téléconsultation	25,00 €	25,00 €	
TC	Acte de téléconsultation en C	23,00 €	23,00 €	
TE1	Acte de téléexpertise de niveau 1 pour le téléexpert	12,00 €	12,00 €	
TE2	Acte de téléexpertise de niveau 2 pour le téléexpert	20,00 €	20,00 €	
MRT	Majoration médecin traitant régulation (patient envoyé par le régulateur)	15,00 €	15,00 €	
MUT	Majoration traitant urgence si spécialiste accepte patient sous 48h (et cote MCU +15€)	5,00 €	5,00 €	
Majorations Garde				
F	Majoration dimanche / férié	19,06 €	19,06 €	
MDD	Majoration de déplacement dimanche / férié	22,60 €	22,60 €	
MN // MM	MN : Majoration de nuit de 20h à 0h et de 6h à 8h // MM : de 0h à 6h	35 // 40 €	35 // 40 €	
MDN // MDI	MDN : Majoration Visite de nuit de 20h à 0h et de 6h à 8h // MDI : de 0h à 6h	38,5//43,5 €	38,5//43,5 €	
CRD	Majoration Consultation Dimanche / Férié Régulée	26,50 €	26,50 €	
VRD	Majoration Visite Dimanche / Férié Régulée	30,00 €	30,00 €	
CRN // CRM	CRN : Majoration Consultation de Nuit Régulée 20h-0h et 6h-8h// CRM : de 0h à 6h	42,5//51,5 €	42,5//51,5 €	
VRN // VRM	VRN : Majoration Visite de Nuit / Férié Régulée 20h-0h et 6h-8h// VRM : de 0h à 6h	46//59,5 €	46,5//59,5 €	
Forfaits				
MPA	Rémunération forfaitaire par acte si patient >80 ans pour non MT	5,00 €	Non	
MTF	Forfaits MT HORS ALD : 0-6 ans= 6€; 7-79 ans = 5€; 80 ans et + = 42€	Voir détails	Non	
MTF	Forfaits MT EN ALD : 0-79 ans= 42€; 80 ans et + = 70€	Voir détails	Non	
STH	Forfait de surveillance Médecine Thermale	80,00 €	80,00 €	
Code	CCAM Modificateurs utiles	Tarifs S1		Tarifs S2
P // S	P = Urgences pédiatres et généralistes 20h - 0h // S =.0h - 8h	35 // 40 €		35 // 40 €
F	Acte réalisé en urgence dimanche ou férié	19,06 €		19,06 €
M	Majoration Urgence pédiatre et généraliste au cabinet.	26,88 €		26,88 €
Code	CCAM :description simplifiée	Tarifs S1		Tarifs S2
Cardiologie - Gynécologie				
DEQP003	ECG Cumul avec G= 39,26 €	14,26 €		13,52 €
YYYY490	Supplément ECG en visite Cumul avec VG+MD+DEQP003 = 58,86 €	9,60 €		9,60 €
JKHD001	Frottis cervico-vaginal JKHD001 + G = 37,46 €	12,46 €		9,64 €
QZGA002	Ablation ou changement d'implant contraceptif (pose = G ou GS)	41,80 €		41,80 €
JKLD001	Pose d'un Dispositif Intra-Utérin (DIU) Changement d'un DIU = JKKD001	38,40 €		38,40 €
ORL - OPH - dépistages enfant				
GABD002	Tamponnement nasal antérieur d'un épistaxis	27,72 €	S1avecM 54,60 €	avec M 51,02 €
CDRP002	Dépistage clinique ou audiométrique des surdités de l'enfant	48,51 €		40,23 €
BLQP010	Examen de la vision binoculaire	25,32 €		25,32 €
	Surdité + vision binoculaire CDRP002 + ½ BLQP010	61,17 €		52,89 €

Ne pas oublier le Modificateur M = Majoration Urgence.

Ne s'ajoute qu'aux actes dont les tarifs sont précisés ci-dessous en bleu.

Code	CCAM: description simplifiée	Tarifs S1	S1avecM	Tarifs S2
Dermatologie : abcès - sutures - corps étrangers				
				avec M
QZJA009	Evacuation d'une collection superficielle de la peau, par abord direct	38,29 €		26,60 €
QZJA011	Evacuation d'une collection profonde de la peau et des tissus mous	47,50 €		45,11 €
JHJA001	Evacuation ou mise à plat d'un abcès du scrotum, par abord direct	45,11 €		45,11 €
QZJA002	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm, hors face	25,52 €	52,40 €	50,47 €
QAJA013	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm	31,35 €	58,23 €	58,23 €
QZJA016	Parage / Suture plaie profonde de la peau de moins de 3 cm, hors face et main	48,92 €	75,80 €	72,81 €
QAJA004	Parage / Suture plaie profonde de la peau de la face de moins de 3 cm	62,70 €	89,58 €	89,58 €
QZJA017	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm, hors face	51,76 €	78,64 €	65,67 €
QAJA005	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10 cm	74,45 €	101,33 €	83,22 €
QZJA012	Parage / Suture plaie profonde de la peau de 3 cm à 10 cm, hors face et main	61,68 €	88,56 €	80,21 €
QAJA006	Parage / Suture plaie profonde de la peau de la face de 3 cm à 10 cm	95,01 €	121,89 €	108,32 €
QZJA015	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm, hors face	61,68 €	88,56 €	71,44 €
QAJA002	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de la face de plus de 10 cm	82,95 €	109,83 €	88,16 €
QZJA001	Parage / Suture plaie profonde de la peau de plus de 10 cm, hors face et main	85,08 €	111,96 €	93,78 €
QAJA012	Parage / Suture plaie profonde de la peau de la face de plus de 10 cm	120,53 €	147,41 €	123,12 €
QCJA001	Parage / Suture plaie profonde de la peau de la main	62,70 €	89,58 €	89,58 €
HJA003	Suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre	34,03 €	60,91 €	53,20 €
HJA006	Suture de plaie cutanée transfixiante de lèvre	55,30 €	82,18 €	65,54 €
BACA008	Suture de plaie du sourcil	29,07 €	55,95 €	52,52 €
BACA002	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre	29,07 €	55,95 €	52,52 €
BACA007	Suture plaies multiples des paupières, sans atteinte du bord libre	104,90 €	131,78 €	114,06 €
BACA005	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, avec atteinte du bord libre	62,70 €	89,58 €	89,58 €
GAJA002	Suture de plaie du nez	53,88 €	80,76 €	64,71 €
CAJA002	Suture de plaie de l'auricule	46,79 €	73,67 €	60,60 €
QZGA004	Corps étranger superficiel, hors visage et main	38,29 €		30,99 €
QZGA006	Corps étrangers (plusieurs) profonds, hors visage et main	84,37 €		75,27 €
QAGA003	Corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	47,50 €		40,72 €
QZGA007	Corps étrangers (plusieurs) superficiels, hors visage et mains	67,36 €		52,23 €
QAGA002	Corps étrangers (plusieurs) superficiels visage et / ou mains	75,86 €		63,75 €
QAGA001	Corps étrangers (plusieurs) profonds visage et / ou mains	107,06 €		88,43 €
QZGA003	Corps étranger profond, hors visage et main	60,27 €		52,51 €
QAGA004	Corps étranger profond des tissus mous du visage ou des mains	80,83 €		64,44 €
MJPA010	Incision ou excision d'un panaris superficiel	38,29 €		30,99 €
QZNP025	Electro-coagulation de 6 lésions cutanées superficielles ou plus	32,75 €		27,06 €
QZNP004	Chimie ou cryothérapie des lésions cutanées superficielles (1 à 10) hors face, chimie ou cryothérapie	22,78 €		21,28 €
QANP007	Destruction lésions cutanées superficielles (1 à 10) visage, agent chimique ou cryoth.	28,80 €		28,80 €
Brûlures				
K16	Nettoyage ou pansement, <10% du corps (>10cm2), hors face et mains	30,72 €		30,72 €
K16+K16/2	Nettoyage ou pansement, <10% du corps (>10cm2) de la face ou des mains	46,08 €		46,08 €
K9	Nettoyage ou pansement d'une plaie de 10cm2, hors face et mains	17,28 €		17,28 €
K9+K9/2	Nettoyage ou pansement d'une plaie de 10cm2, de la face ou des mains	25,92 €		25,92 €
Orthopédie				
MZJB001	Evacuation de collection articulaire du membre supérieur, voie transcutanée	83,60 €		83,60 €
NZJB001	Evacuation de collection articulaire du membre inférieur, voie transcutanée	60,30 €		47,08 €
NZHB002	Ponction ou cyto-ponction d'une articulation du membre inférieur	28,81 €		22,76 €
MHMP007	Confection orthèse d'immobilisation d'un doigt (même tarif si plusieurs doigts)	38,40 €		38,40 €
NGMP001	Confection d'une contention souple du pied et /ou de la cheville	20,90 €	47,78 €	47,78 €
NGMP002	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de la cheville	40,87 €		32,48 €
NZMP003	Confection attelle rigide immobilisation jambe + cheville et /ou pied (botte plâtrée)	27,57 €	54,45 €	54,45 €
MZMP006	Confection attelle rigide immobilisation avant-bras, poignet, main (manchette plâtrée)	42,54 €	69,42 €	69,11 €
NFMP001	Confection d'une contention souple du genou	41,80 €	68,68 €	68,68 €
YYYY011	Prise en charge d'une lésion os, muscle, tendon d'origine traumatique	20,16 €	47,04 €	47,04 €
MZMP001	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur	31,35 €		31,35 €
MGMP001	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et / ou main	44,89 €		34,82 €
MZLB001	Infiltration articulation ou bourse séreuse du membre supérieur	26,13 €		26,13 €
NZLB001	Infiltration articulation ou bourse séreuse du membre inférieur	30,82 €		30,82 €
YYYY008	Supplément radio lésion traumatique médecin de montagne	11,52 €		11,52 €
LHRP001	Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale	33,50 €		25,08 €
Urgence et Neuro-psychiatrie - Divers				
YYYY010	Urgence avec geste technique ou placement psychiatrique	48,00 €	74,88 €	74,88 €
ALQP003	Test d'évaluation d'une dépression, 1 fois/an (Hamilton)	69,12 €		69,12 €
EGJA001	Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe (EGJA007 = excision)	62,70 €		62,70 €
GLQP012	Spirométrie standard	40,28 €		37,88 €
QZRB001	Séance d'acupuncture	18,00 €		18,00 €
ZZQM004	Echographie en visite (Echographie transcutanée au lit du malade)	37,80 €		37,80 €

ANNEXE 5 : taux de cotisations des différents régimes :

Les taux de cotisations de droit commun

Montants au 1^{er} janvier 2019

Risques	Sur la totalité de la rémunération		Dans la limite du plafond	
	Employeur	Salarié	Employeur	Salarié
Assurance maladie, maternité, invalidité, décès * et contribution solidarité autonomie (CSA)	7,30 %			
Cotisation salariale maladie supplémentaire dans les départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle		1,50 %		
Assurance vieillesse	1,90 %	0,40 %	8,55 %	6,90 %
Allocations familiales **	3,45 %			
Contribution au dialogue social	0,016 %			
Accidents du travail	Le taux accident du travail vous est notifié par la Carsat			
CSG imposable		2,40 %	Sur 98,25 % du salaire brut ⁽⁴⁾	
CSG non imposable		6,80 %		
Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)		0,50 %		
Fnal (20 salariés et +)	0,50 %			
Fnal (moins de 20 salariés)			0,10 %	
Versement transport	Taux VT			
Contribution assurance chômage	4,05 %		Dans la limite de 4 plafonds	
Cotisations AGS ***	0,15 %			
Forfait social ****	20 %			

Cotisations	Base de calcul	Taux
Cotisations communes à toutes les professions		
Pour vos cotisations		
ALLOCATIONS FAMILIALES	Totalité du revenu professionnel	0 % à 3,10 %
CSG-CRDS	Totalité du revenu professionnel + cotisations sociales obligatoires (CSG - CRDS exclues)	9,7 %
FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)	Sur la base de 39 732 € ⁽¹⁾	0,25 % ⁽²⁾
Cotisations spécifiques aux travailleurs indépendants		
MALADIE-MATERNITÉ 1	Totalité du revenu professionnel	0 % à 6,50 %
MALADIE 2 (indemnités journalières maladie)	Dans la limite de 198 660 €	0,85 %
INVALIDITÉ-DÉCÈS	Dans la limite de 39 732 €	1,30 %
RETRAITE DE BASE	Dans la limite de 39 732 € Pour les revenus supérieurs à 39 732 €	17,75 % 0,60 %
RETRAITE COMPLÉMENTAIRE	Dans la limite de 37 846 € ⁽³⁾	7 %
	Pour les revenus entre 37 846 € ⁽³⁾ et 158 928 €	8 %
Cotisations spécifiques aux professions libérales⁽⁴⁾		
MALADIE-MATERNITÉ	Totalité du revenu professionnel	1,50 % à 6,50 %
RETRAITE DE BASE CNAVPL	Dans la limite de 39 732 € Dans la limite de 198 660 €	8,23 % 1,87 %
RETRAITE COMPLÉMENTAIRE CIPAV ⁽⁵⁾	Cotisation par tranche de revenus: 8 classes de 1 315 € à 17 095 €	
INVALIDITÉ-DÉCÈS CIPAV ⁽⁵⁾	3 classes de cotisations: 76 €, 228 € et 380 €	

(1) 39 732 €: plafond annuel de la Sécurité sociale (Pass) 2018.

(2) 0,29 % pour les artisans, 0,34 % pour les commerçants et professions libérales avec un conjoint collaborateur.

(3) Plafond spécifique pour le régime complémentaire des indépendants.

(4) Pour les cotisations vieillesse invalidité-décès des avocats, consultez le site cnbf.fr.

(5) Pour les cotisations des autres sections professionnelles de la CNAVPL, consultez le site cnavpl.fr.

Source : URSSAF

ANNEXE 6 :

AIDES A L'INSTALLATION ET AU MAINTIEN DES MEDECINS EN ZONE DEFICITAIRE

	Qui peut souscrire ?	Sous quelles conditions ?	Quels avantages ?
<p>CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION DES MEDECINS DANS LES ZONES SOUS DOTEES (CAIM)</p> <p>Convention 2016</p>	<p>Médecin exerçant une activité libérale conventionnée en secteur 1 ou OPTAM</p>	<p>Exercer en groupe, au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou d'une équipe de soins primaires (ESP) avec signature d'un projet de santé avec l'ARS. S'engager à exercer une activité libérale partielle ou à temps plein (min 2,5 j/sem) et participer à la PDSA.</p> <p>Contrat de 5 ans (non renouvelable) entre médecin, caisse et ARS.</p>	<p>Aide financière dès l'installation en zone fragile destinée à faire face aux frais d'investissements liés en début d'activité.</p> <p>50.000€ en 2 fois : 50% signature et 50% au 1^{er} anniversaire si 4j/sem (proratisé si durée inférieure avec minimum de 2,5 jours).</p> <p>Bonus ARS optionnel : réalisation d'une partie de l'activité au sein d'un hôpital de proximité. Majoration du forfait de 2500€.</p>
<p>CONTRAT DE TRANSITION POUR LES MEDECINS (COTRAM)</p> <p>Convention 2016</p>	<p>Médecin installé dans une zone sous dotée, âgé de 60 ans et plus.</p>	<p>Accueillir un médecin qui s'installe ou nouvellement installé depuis moins d'un an, lui-même âgé de moins de 50 ans (associé, collaborateur...) dans la zone.</p> <p>Contrat de 3 ans (renouvelable une fois) entre médecin, caisse et ARS.</p>	<p>Majoration de 10% des honoraires conventionnés (hors dépassements) plafonnée à 20.000€/an.</p> <p>Si secteur à honoraires différents : proratisation sur activité au tarif opposable.</p> <p>Bonus ARS pour 20% des médecins éligibles de la région : valorisation de +20% des honoraires conventionnés (hors dépassements) plafonnée à 24.000€/an.</p>
<p>CONTRAT DE STABILISATION ET DE COORDINATION POUR LES MEDECINS (COSCOM)</p> <p>Convention 2016</p>	<p>Médecin quel que soit la spécialité ou le secteur d'activité, exerçant déjà une activité libérale coordonnée dans les zones sous dotées (CPTS, ESP)</p>	<p>Exercer en groupe ou en association ou appartenir à une CPTS ou à une ESP.</p> <p>Contrat de 3 ans renouvelable par tacite reconduction entre médecin, caisse et ARS</p>	<p>Aide de 5000€/an.</p> <p>Optionnel : accueil de stagiaires temps plein 300€/mois (proratisé en fonction du temps) + 1250€ si activité au sein d'un hôpital de proximité.</p> <p>Bonus ARS pour 20% des médecins éligibles de la région : majoration des aides de 20% max / an (6000€, 360€ et 1500€)</p>

<p>CONTRAT DE SOLIDARITE TERRITORIALE MEDECIN (CSTM)</p> <p>Convention 2016</p>	<p>Médecin quel que soit la spécialité ou le secteur d'activité, n'exerçant pas dans une zone sous dotée et qui apporte son aide aux confrères exerçant dans les zones sous dotées</p>	<p>Exercer 10 jours par an en zones fragiles et facturer l'activité réalisée au sein de ces zones, sous le numéro de facturant attribué spécifiquement pour cette activité.</p> <p>Contrat de 3 ans renouvelables.</p>	<p>Aide de 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée (hors dépassements), plafonnée à 20.000€ / an.</p> <p>Bonus ARS pour 20% des médecins éligibles de la région : +20% des honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone, plafonnée à 24.000€/an.</p>
<p>PRATICIEN TERRITORIAL DE MEDECINE GENERALE</p> <p>L1435-4-2 CSP Décret 2013-736 du 14 août 2013</p>	<p>Médecins qui souhaitent s'installer ou sont installés (depuis moins d'un an) en cabinet libéral ou en tant que collaborateur, dans un territoire prioritaire.</p>	<p>- s'installer ou exercer depuis moins d'un an dans un territoire prioritaire ; - assurer au moins 165 consultations par mois ; - pratiquer les tarifs S1 ; - participer à la PDSA.</p> <p>Contrat signé avec l'ARS</p>	<p>- Rémunération stable : 6900€ bruts / mois avant déduction charges sociales et charges du cabinet. 1 an renouvelable une fois. - Rémunération garantie pendant le congé maternité : 3105€ bruts / mois. - Rémunération garantie pendant un congé maladie ≥ 7 jours : complément de rémunération de 1552,50€ bruts pendant 3 mois.</p>
<p>CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC</p> <p>L632-6 Code de l'éducation Décret 29 juin 2010</p>	<p>Etudiants en médecine dès la 2^{ème} année</p>	<p>choisir une spécialité moins représentée ou s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée, pour une durée égale à celle durant laquelle l'allocation a été perçue</p>	<p>- Une allocation brute mensuelle de 1 200 euros jusqu'à la fin des études de médecine - Un accompagnement individualisé durant toute la formation par l'ARS de la région de formation - Un soutien au moment de l'installation ou de la prise de fonctions</p>
<p>CONTRAT DE PRATICIEN TERRITORIAL MEDICAL DE REMPLACEMENT</p> <p>LFSS 2017 Art L 1435-4-5 (en attente de décret)</p>	<p>Médecin spécialisé en médecine générale, Etudiant ayant validé le 2^{ème} cycle des études médicales, Assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé.</p>	<p>Mis en œuvre par ARS et CNG</p> <p>Remplacements dans un ou plusieurs cabinets médicaux implantés dans les zones concernées.</p>	<p>Service d'appui concernant la gestion des remplacements et garantie minimale de rémunération pouvant couvrir des périodes d'interruption d'activité, sous forme de rémunérations complémentaires ou forfaitaires</p>
<p>DEROGATION AU PARCOURS DE SOINS</p> <p>L162-5-4 CSS D162-1-8 CSS</p>	<p>Médecin généraliste qui s'installe en ZD, exerce dans un centre de santé agréé dans une ZD, ou exerçant pour la 1^{ère} fois en exercice libéral</p>		<p>Exonération des pénalités appliquées au patient hors parcours de soins pendant 5 ans</p>
<p>AIDE A L'INSTALLATION OU AU MAINTIEN DES PROFESSIONNELS</p>	<p>Professionnels de santé</p> <p>Géré par les</p>	<p>Continuer à exercer son</p>	<p>Prime d'exercice forfaitaire</p>

<p>DE SANTE ET DES CENTRES DE SANTE</p> <p>L.1511-8 Code général des collectivités territoriales</p> <p>EXONERATION DE LA MOITIE DU PAIEMENT DES COTISATIONS RETRAITE</p> <p>Loi n°2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne</p> <p>Art.642-3 CSS</p>	<p>collectivités territoriales.</p> <p>Signature d'une convention tripartite entre la collectivité ou le groupement qui attribue l'aide, l'AM et le professionnel de santé</p> <p>médecin retraité</p>	<p>activité ou effectuer des déplacements en zone de montagne caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins.</p>	<p>Prime d'installation</p> <p>Mise à disposition d'un logement</p> <p>Exonération de la moitié des cotisations retraite</p>
<p>AIDE FISCALE</p> <p>Art 151 ter GCI</p> <p>Instruction fiscale du 25 avril 2007</p> <p>Réponse min. Maillot (AN 23 aout 2011)</p>	<p>Médecins (ou leurs remplaçants)</p>	<p>Etre installé en zone déficitaire et inscrit au tableau de permanence dans un secteur comprenant au moins une ZD, mais qui ne sont pas installés dans une ZD</p>	<p>Exonération de l'IR au titre de la PDSA (effecteurs et régulateurs) à hauteur de 60 gardes / an</p>
<p>AIDE FISCALE</p> <p>Art 44 octies A CGI</p> <p>Instruction fiscale n°49 du 27 avril 2012, BOI 4 A-7-12</p>	<p>Médecin remplaçant ou collaborateur en ZFU, vous pouvez également bénéficier de l'exonération d'impôt sur le bénéfice.</p>	<p>Il doit s'agir d'un cabinet créé à compter du 01/01/15</p> <p>Condition d'embauche locale</p> <p>Zone franche urbaine</p>	<p>Exonération totale d'imposition pendant 5 Ans.</p> <p>Exonération partielle les 3 années suivantes.</p> <p>L'exonération ZFU est plafonnée. Pour les installations réalisées à compter du 01.01.2015, le plafond est de 50.000 € et certaines conditions doivent être remplies si vous employez des salariés. A compter du 01.01.2016, la commune d'implantation doit avoir signé un contrat de ville.</p>
<p>AIDE FISCALE</p> <p>Article 44 du Code général des impôts</p> <p>Article 1465 A du Code général des impôts</p>	<p>Médecin exerçant seul ou en SCM et les sociétés d'exercice</p> <p>Remplaçants et collaborateurs exclus</p>	<p>Il doit s'agir d'une création ou d'une reprise d'activité avant le 31/12/20.</p> <p>Zone de revitalisation rurale</p>	<p>Exonération totale d'imposition pendant 5 Ans.</p> <p>Exonération partielle les 3 années suivantes.</p> <p>L'entreprise ne peut pas bénéficier d'un avantage fiscal supérieur à 200 000 € sur 3 exercices.</p>
<p>AIDE FISCALE</p>	<p>Médecin</p>	<p>Zone de revitalisation rurale ou commune de</p>	<p>Exonération de contribution économique territoriale en zone de</p>
<p>Article 1464 D du code général des impôts</p>		<p>moins de 2000 habitants</p>	<p>revitalisation rurale (sauf délibération contraire des diverses collectivités bénéficiaires)</p>
<p>AIDE SOCIALE</p> <p>Art L131-4-2 CSS</p>	<p>Médecin</p>	<p>Embauche d'un salarié dans un cabinet installé en ZRR ou en ZFU</p>	<p>Exonération d'une partie des cotisations sociales pendant 12 mois</p>

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
ESP : équipe de soins primaires
ARS : agence régionale de santé
PDSA : permanence des soins ambulatoires
OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée
ZD : zone déficitaire
AM : Assurance Maladie
CFE : contribution foncière entreprise
ZRR : zone de revitalisation rurale

ANNEXE 7 : certificats médicaux obligatoires

LE POINT SUR
SIMPLIFICATIONS ADMINISTRATIVES DE L'EXERCICE LIBÉRAL
→ Rationalisation des certificats médicaux

Les certificats médicaux

Le certificat médical ne se justifie que s'il a une raison médicale. Il n'est obligatoire que si un texte législatif ou réglementaire l'exige. Dans de nombreux autres cas, il n'est pas nécessaire. Réduire le nombre de certificats médicaux, c'est laisser du temps au médecin pour soigner ses patients.

Le certificat médical peut être exigé, par exemple, pour constater :

- une maladie contagieuse ;
- un décès ;
- un handicap ;
- des lésions et traumatismes.

Le certificat médical ne peut pas être exigé, par exemple, pour :

- attester une absence d'allergie ;
- une activité scolaire (participation à l'enseignement de l'éducation physique sportive (EPS), sorties scolaires) ;
- la réintégration d'un enfant dans une crèche ;
- les demandes diverses sans raison médicale et non prévues par un texte (exemple : travaux à réaliser dans une HLM, etc.).

→ **POUR EN SAVOIR PLUS**

- L'Assurance maladie**
www.ameli.fr
- Caisse nationale des allocations familiales**
www.caf.fr
www.mon-enfant.fr
- Conseil national de l'Ordre des médecins**
www.conseil-national.medecin.fr
- Ministère de l'Éducation nationale**
www.education.gouv.fr

→ **VOTRE MÉDECIN PEUT VOUS INFORMER SUR LA NÉCESSITÉ D'UN CERTIFICAT MÉDICAL**


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence
		non	oui	
Enfants	Prise de médicaments <ul style="list-style-type: none"> • Assistantes maternelles • Crèches 	X		<p>Dans le cas d'un médicament prescrit, lorsque son mode de prise ne présente pas de difficultés particulières ni de nécessité d'apprentissage et lorsque le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical, l'aide à la prise du médicament est considérée comme un acte de la vie courante. Ainsi, l'autorisation des parents, accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant le traitement, suffit à permettre aux assistantes maternelles d'administrer les médicaments requis aux enfants qu'elles gardent.</p> <p>Article L. 4161-1 du Code de la santé publique ; avis du Conseil d'État du 9 mars 1999 ; circulaire DGS/PS3/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution de médicaments</p>
	Allergies <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'allergie • Régimes alimentaires spéciaux pour allergies dans les cantines scolaires 	X	Certificat médical en présence d'une pathologie lourde et dans le cadre du protocole d'accueil individualisée (PAI)	<p>Il est impossible médicalement d'exclure <i>a priori</i> toutes allergies.</p> <p>En cas d'allergie nécessitant un régime alimentaire spécial, un certificat médical est nécessaire.</p> <p>Bulletin officiel n° 34 du 18 septembre 2003, accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.</p>
	Cantines scolaires		Certificat médical en cas de maladie contagieuse	<p>Il n'existe pas de textes législatifs ou réglementaires fondant la nécessité d'un certificat médical pour absence à la cantine scolaire en dehors des cas de maladies contagieuses. En pratique, il est toutefois fréquemment demandé un certificat médical pour justifier l'exonération des frais de repas. Afin de répondre aux objectifs de simplifications administratives, l'adoption de règlements intérieurs limitant le recours aux certificats médicaux est recommandé.</p>
	Crèches <ul style="list-style-type: none"> • Absences de - 4 jours 	X		<p>La production d'un certificat médical n'exonère pas la famille du paiement de la crèche (délai de carence de 3 jours appliqué).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Réintégration • Absences ≥ à 4 jours 	X	X	<p>La production d'un certificat médical exonère la famille du paiement.</p> <p>Lettre circulaire Cnaf n°2011-105 du 29 juin 2011</p>
	Obligations scolaires <ul style="list-style-type: none"> • Absence à l'école 	X (hors maladie contagieuse)	Certificat médical en cas de maladie contagieuse	<p>L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009 sauf en cas de maladie contagieuse.</p> <p>Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009. Cas des maladies contagieuses : arrêté interministériel du 3 mai 1989 et circulaire n° 2004-054 du 23 mars 2004</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Entrée à l'école maternelle et à l'école élémentaire 	X		<p>L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009. Seule l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour la scolarisation est exigée (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical).</p> <p>Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009</p>

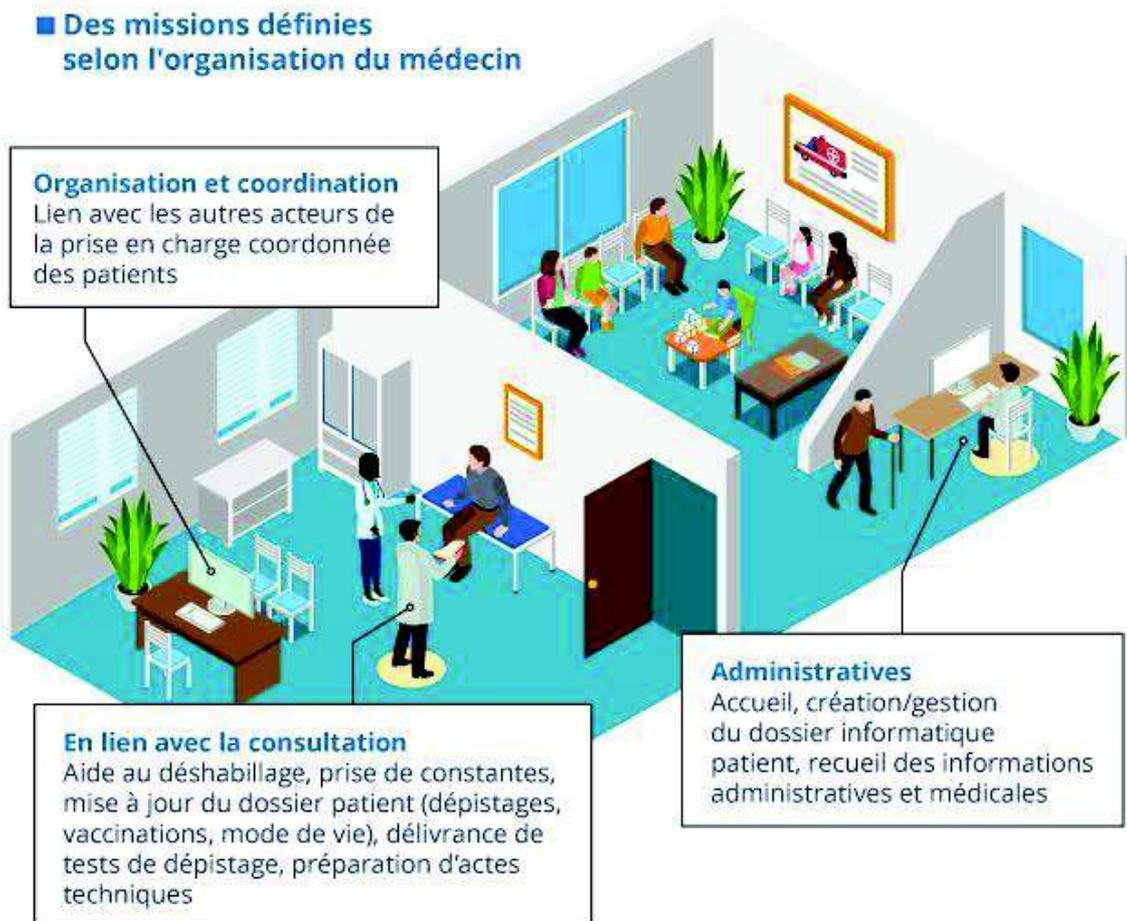
Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence
		non	oui	
Enfants	Obligations scolaires • Sorties scolaires	X		Aucun certificat n'est nécessaire lors de sorties ou voyages collectifs dans le cadre scolaire. Circulaire n° 99-136 du 21 septembre 1999 et circulaires n° 76-260 du 20 août 1976 - rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009 Un certificat médical doit préciser le caractère total ou partiel de l'inaptitude à l'EPS et mentionner sa durée. Le décret n° 88-977 du 11 octobre 1988 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009
	• Éducation physique et sportive - Participation - Inaptitude	X	X	
Personnes handicapées ou dépendantes	Obtention d'un droit • Formulaire de certificat médical pour une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)	Dans certains cas, pas de nouveau certificat médical*	Formulaire simplifié pour toute première demande de prestations ou aides financières	Toutes les demandes sont réunies dans un seul et unique formulaire disponible auprès de toutes les MDPH, valable pour toutes les prestations et aides financières pour lesquelles la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) doit prendre une décision. Arrêté du 23 mars 2009
	• Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Le dossier de demande d'APA ne nécessite pas de certificat médical.		Le remplissage de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) relève exclusivement de la responsabilité des équipes médico-sociales des conseils généraux. L'article R. 232-7 du Code d'action sociale et des familles prévoit que le médecin traitant peut être consulté par l'équipe médico-sociale du conseil général. À la demande de la personne âgée, le médecin peut assister à la visite.
Employeurs	Certificat d'embauche	X		Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail. Articles R. 4624-10 et suivants du Code du travail Le salarié bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail dans des cas listés. Articles R. 4624-21 et suivants du Code du travail Le certificat médical délivré par le médecin traitant n'est pas requis et n'a aucune valeur médicale. En application des articles L. 1226-2 et suivants du Code du travail , il appartient au médecin du travail de constater l'inaptitude à exercer une des tâches existantes dans l'entreprise.
	Reprise du travail	X		
	Inaptitude au poste de travail	X		
Familles de personnes décédées	Déclaration du décès à l'état civil • Connaissance des causes du décès • Autorisation pour déclenchement des opérations funéraires notamment en cas d'infections transmissibles		Un certificat médical constatant le décès	L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. Le certificat de décès existe en version papier ou en version électronique. Article R. 1112-70 du CSP ; articles L. 2223-42 et R. 2213-1-1 et suivants du Code général des collectivités territoriales

Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence
		non	oui	
Aptitude à la conduite	Dispense du port de la ceinture de sécurité dans un véhicule	X		L'examen médical prévu pour la dispense du port de la ceinture de sécurité est réalisé par un médecin agréé par la préfecture du département. L'établissement d'un certificat de dispense par le médecin traitant n'a aucune valeur légale. Arrêté du 8 février 1999 modifié relatif aux conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire
	Aptitude ou inaptitude médicale à la conduite	X		L'examen médical relève des médecins agréés par les préfectures pour le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite. Il convient donc d'orienter les patients vers ces médecins. Le médecin traitant doit néanmoins informer son patient d'une éventuelle inaptitude médicale (définitive ou temporaire) à la conduite, en rapport avec une pathologie ou une prescription médicamenteuse. Arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant les normes médicales incompatibles avec la délivrance ou le maintien du permis de conduire
Non-contre-indication à la pratique sportive	Licences sportives permettant la participation aux compétitions <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} demande de licence • Renouvellement de licence 		Certificat médical datant de moins d'un an	
	Participation aux compétitions sportives organisées par les fédérations sportives <ul style="list-style-type: none"> • Licenciés pour la même discipline ou activité sportive • Licenciés dans une autre discipline ou activité sportive ou non licenciés 	Pas de certificat médical si production de la licence	Certificat médical datant de moins d'un an	La visite médicale pour pratiquer le sport a pour objectif de dépister des pathologies pouvant induire un risque vital ou fonctionnel grave, favorisé par cette pratique. Les articles du Code du sport régissent les cas de demandes de certificats médicaux. Articles L. 231-2 à L. 231-3 du Code du sport.
	Licences sportives ne permettant pas la participation aux compétitions <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} demande de licence • Renouvellement d'une licence 		Certificat médical datant de moins d'un an	Concernant les renouvellements d'une licence non compétitive : la fréquence du renouvellement du certificat médical est définie par chaque fédération sportive.
Autres cas	Le recours au certificat médical ne devrait être réservé qu'aux seuls cas prévus par les textes.			

ANNEXE 8 : assistant médicaux (source assurance maladie)

ASSISTANT MÉDICAL, UNE NOUVELLE FONCTION DE SOUTIEN AUX MÉDECINS

■ Des missions définies selon l'organisation du médecin



■ Une qualification professionnelle ad hoc « assistant médical »



**QUELLES OPTIONS POUR QUELS FINANCEMENTS
ET QUELLES CONTREPARTIES ?**

OPTION 1

Le médecin choisit d'être aidé pour **1/3 ETP d'assistant médical**



En contrepartie, il devra **augmenter** sa file active* et/ou sa patientèle

Docteur	Spécialité	File active	Patientèle	Augmentation (%)	Impact
Docteur A	Généraliste	1 300	700	+ 20 %	Soit + 260 patients dans sa file active dont + 140 patients en tant que médecin traitant
Docteur B	Généraliste	2 081	1 259	+ 7,5 %	Soit + 156 patients dans sa file active dont + 94 patients en tant que médecin traitant
Docteur C	Spécialiste en cardiologie	2 800	-	+ 7,5 %	Soit + 210 patients dans sa file active

OPTION 2

Le médecin choisit d'être aidé pour **1/2 ETP d'assistant médical**



En contrepartie, il devra **augmenter** sa file active* et/ou sa patientèle

Docteur	Spécialité	File active	Patientèle	Augmentation (%)	Impact
Docteur A	Généraliste	1 300	700	+ 25 %	Soit + 325 patients dans sa file active dont + 175 patients en tant que médecin traitant
Docteur B	Généraliste	2 081	1 259	+ 12,5 %	Soit + 260 patients dans sa file active dont + 157 patients en tant que médecin traitant
Docteur D	Spécialiste en pédiatrie	1 720	-	+ 12,5 %	Soit + 215 patients dans sa file active

* Nombre de patients différents vus dans l'année.

OPTION 3

Le médecin est installé en zone sous-dense, il choisit d'être aidé pour 1 ETP d'assistant médical



En contrepartie, il devra augmenter sa file active* et / ou sa patientèle



Docteur A

- Généraliste
- File active : 1 300
- Patientèle : 700

+ 35 %

Soit + 455 patients dans sa file active

dont + 245 patients en tant que médecin traitant



Docteur B

- Généraliste
- File active : 2 081
- Patientèle : 1 259

+ 20 %

Soit + 416 patients dans sa file active

dont + 252 patients en tant que médecin traitant



Docteur E

- Spécialiste en ophtalmologie
- File active : 5 500

+ 20 %

Soit + 1 100 patients dans sa file active

* Nombre de patients différents vus dans l'année.

Causes d'abandon de l'exercice libéral chez les médecins généralistes : une enquête qualitative auprès de 9 médecins en Normandie

Résumé

Depuis ces dix dernières années le nombre de médecins généralistes tend à diminuer (une diminution de 7,3 % depuis 2010). Une étude récente montre que les médecins généralistes semblent préférer l'exercice salariat. Cette tendance peut faire craindre une diminution d'installation de médecins généralistes et poser le problème d'accessibilité aux soins de 1^{er} recours. D'autre part, certains médecins généralistes libéraux déjà installés depuis plusieurs années quittent l'exercice libéral pour ne se consacrer qu'à une activité salariée exclusive.

Une enquête qualitative par entretiens semi dirigés a été réalisée auprès de 9 médecins généralistes normands pour recueillir les difficultés qui les ont amenés à cesser leur activité libérale pour le salariat.

Les résultats de cette étude concordent avec ceux retrouvés dans la littérature : les motifs principaux d'abandon de l'activité libérale chez les médecins généralistes sont majoritairement liés à un temps de travail excessif qui génère un manque de temps pour la vie familiale et personnelle. Le poids de la gestion des tâches administratives et la solitude de leur exercice représentent des difficultés supplémentaires et leur rémunération par rapport au travail rendu leur semble insuffisante. Un des autres motifs se rattache au sentiment de manque de reconnaissance de la part des élus et de l'administration : les perspectives politiques ne leur inspirent pas confiance et l'évolution de la médecine libérale leur apporte craintes et doutes. La pratique médicale de soins de premier recours plait, le problème semble venir essentiellement de l'organisationnel.

Les nouvelles générations de médecins aspirent à une qualité de vie à la fois privée et professionnelle. A leurs yeux, concilier les deux est devenu primordial, c'est le critère principal pour choisir leur futur exercice. Des pistes d'améliorations des conditions de l'exercice libéral doivent être explorées. La médecine générale libérale est le premier recours dans le système de santé français, elle doit être rendue plus attractive pour permettre l'accès à des soins de bonne qualité pour tous.

MOTS CLEFS : médecine générale, exercice libéral, cessation d'activité libérale