



HAL
open science

Tout plaquer et dévisser. Comment les médecins généralistes vivent-ils le changement statutaire lors de l'arrêt de leur exercice libéral? Analyse qualitative phénoméno-pragmatique d'entretiens semi-dirigés

Bénédicte de Roeck

► To cite this version:

Bénédicte de Roeck. Tout plaquer et dévisser. Comment les médecins généralistes vivent-ils le changement statutaire lors de l'arrêt de leur exercice libéral? Analyse qualitative phénoméno-pragmatique d'entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02735351

HAL Id: dumas-02735351

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02735351>

Submitted on 12 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Bénédicte DE ROECK

Le 23 mai 2019

Tout plaquer et dévisser.

Comment les médecins généralistes vivent-ils le changement statutaire lors de l'arrêt de leur exercice libéral ?

Analyse qualitative phénoméno-pragmatique d'entretiens semi-dirigés

Directeur de thèse : **Dr Nicolas GOUIN**

JURY

Président :

Mr Michel AMOUYAL

Professeur des Universités de Médecine Générale

Assesseurs :

Mme Béatrice LOGNOS

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Mr Philippe SERAYET

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

Mr Nicolas GOUIN

Médecin Généraliste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORiot Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	THEVENET André
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MICHEL François-Bernard	VISIER Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Éric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Éric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction, gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation, médecine d’urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique, médecine d’urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Éric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie, radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie, Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie, radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie, transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie, radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie, addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie, transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie, addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie, addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses, maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier -Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine Générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au Président du jury :

Monsieur le Professeur Michel Amouyal,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant cette thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Madame la Doctoresse Béatrice Lognos,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Philippe Serayet,

Je te remercie d'avoir accepté si spontanément d'être membre du jury. Je te remercie également pour tes précieux conseils méthodologiques pour cette étude.

Monsieur le Docteur Nicolas Gouin,

Merci d'avoir encadré ce travail de thèse. Merci pour tout ce que tu m'as appris en médecine. Merci pour ta présence, ton accompagnement, et ta bonne humeur tout au long de ce travail !
Merci pour tes blagues, drôles malgré elles !

Aux praticiens qui ont participé à cette étude,

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré et de tous ces échanges enrichissants pour ma pratique professionnelle.

Je remercie également le Pr Bourrel pour son aide précieuse lors de l'analyse de mes entretiens.

J'ai une pensée particulière pour tous les médecins qui m'ont donné le goût de la médecine.

Dr Laffont,

Merci de m'avoir donné l'envie de choisir cette belle spécialité lors de mon stage d'externe.

Grand Docteur Dubois,

Merci pour ces 6 + 6 mois de stage à tes côtés ! Merci de m'avoir transmis la passion pour ton travail qui a consolidé mon désir d'exercer la médecine générale. Merci pour ta bonne humeur, tes idées folles débordantes, les sushi-magie du vendredi, les massages du jeudi...

A toute l'équipe médicale et paramédicale du cabinet de Remoulins,

Merci pour votre accueil chaleureux et pour votre bonne humeur !

Au Dr Henri FESNEAU,

Je vous remercie d'avoir accepté sans aucune hésitation ma participation à vos consultations de dermatologie durant mon stage de SASPAS. Merci pour le partage de vos connaissances médicales et merci pour votre gentillesse.

Au Dr Catherine LOUCHE-IDOUX,

Je vous remercie de m'avoir reçue dans votre cabinet d'ORL. Vous n'aviez jamais eu d'étudiant à vos côtés et pourtant vous avez accepté de m'accueillir par curiosité. Un grand merci pour votre confiance et vos conseils.

Au Dr Olivier POUGET,

Je vous remercie d'avoir accepté ma participation à vos consultations de gynécologie. Merci d'avoir pris le temps de me transmettre vos connaissances. Merci pour votre enthousiasme et votre bonne humeur !

Je remercie également l'équipe de gériatrie de Balmes ainsi que l'hôpital de jour (en particulier Camille et Coline !) pour votre gentillesse, votre bonne humeur et pour les enseignements profitables à ma pratique future.

Aux médecins que je remplace ou ai remplacés,

Merci à tous de me faire et de m'avoir fait confiance.

Aux collègues et amis rencontrés au cours de mon internat

A toute la team des Carcassonnais, que de belles découvertes : Lénou, Zaza, Kév' l'artiste, Blan, Pablito, Dodo, Anne Ju, Moumoune et Kévin... Merci pour tous ces moments partagés à vos côtés ! Vous êtes les belles rencontres de cet internat languedocien !

La Team Gériatrie, les co-internes des urgences nîmoises, Mathilde, Virginie, Guillaume,...

A mes amis

A mes amis bordelais, rouennais et fous allier, qui sont irremplaçables : Clo, Charles, Hortense, Ombeline, Clémentine, Clément, Juliette, Blond, Charles, Astrid, Olivia, Jacques... Merci pour votre belle amitié !

Merci à Shirley pour sa précieuse relecture !

A ma famille

Merci de m'avoir soutenue tout au long de ces longues études !

Maman, merci pour ta présence, ta patience, ton sourire réconfortant, et tes paroles bienveillantes.

Papa, merci pour ton humour, tes belles pensées positives !

A Augustin, que j'aimerais voir plus souvent. Merci pour ce que tu nous fais vivre en famille, et pour tout ce que tu nous apporte depuis ton havre de paix !

Paul, le clown, merci de me faire tant rire !

Timothée, mon petit frère devenu si grand, merci pour ton rire communicatif !

Nicolas, Pauline, Caroline, Jean-Baptiste, Inès, Antoine...

Merci pour tous ces précieux et bons moments en famille !

A Danièle et Régis,

Merci pour votre présence, malgré la distance.

Mamie,

Merci pour tout ce que tu m'as apporté. J'aurais tant aimé que tu sois là.

A mon bel Antoine, merci d'être ! Au chemin que nous avons parcouru et à tout ce qu'il nous reste à découvrir et à construire ensemble !

Table des matières

1-	Introduction.....	20
2-	Contexte	22
	2.1 L'offre de soin en médecine ambulatoire : état des lieux.....	22
	2.1.1 La crise de la démographie médicale	22
	2.1.2 Des besoins en Santé croissants.....	26
	2.1.3 Une profession médicale qui se séniorise	27
	2.1.4 Une augmentation du nombre de médecins retraités qui s'accompagne d'une baisse de médecins actifs.	28
	2.1.5 Une augmentation du nombre de médecins remplaçants	29
	2.1.6 Une féminisation de la médecine.....	30
	2.2 L'exercice de la médecine générale libérale, en mutation ?.....	31
	2.2.1 Définition du médecin libéral et rappel historique	31
	2.2.2 Une évolution des modes d'exercice plus favorable au salariat qu'au secteur libéral	32
	2.2.3 Les jeunes médecins délaissent l'installation en libéral	34
	2.2.4 L'exercice libéral actuel doit répondre à certaines exigences	34
	2.3 L'arrêt de l'exercice libéral.....	35
	2.3.1 Définition.....	35
	2.3.2 Des registres de motivations variés	36
	2.3.3 Une désillusion des médecins généralistes libéraux ?	38
	2.3.4 Le changement statutaire	40
3-	Matériel et Méthode	42
	3.1. Travail préparatoire : revue de la littérature	42
	3.1.1. Mots-Clés.....	42
	3.1.2. Formation à la recherche documentaire.....	42
	3.1.3. Recherche documentaire	42
	3.2. Choix de la méthode de recherche	43
	3.2.1. Méthode de recherche qualitative.....	43
	3.2.2. Entretiens individuels semi-dirigés	45
	3.2.3. Analyse phénoménologique.....	46
	3.2.4. Approche sémio-pragmatique selon Peirce	47
	3.2.5. Catégories conceptualisantes.....	48
	3.3. Le guide d'entretien	48
	3.3.1. Principe du guide d'entretien.....	48
	3.3.2. Élaboration du guide d'entretien	49
	3.3.3. Guide d'entretien utilisé pour mon étude	49

3.4. Population étudiée.....	50
3.4.1. Critères d’inclusion.....	50
3.4.2 Critères d’exclusion	51
3.4.3. Recrutement des participants	51
3.5. Réalisation du recueil des données.....	52
3.5.1 Cadre	52
3.5.2 Durée	52
3.5.3 Enregistrement et retranscription des entretiens	52
3.5.4 Validation des données	53
3.6 Procédure d’analyse.....	53
4- Résultats.....	55
4.1. Population étudiée.....	55
4.1.1. Les caractéristiques des participants	55
4.1.2. Les entretiens	56
4.2. Analyse des données.....	57
4.2.1. Exemple d’interprétation : entretien M7.....	57
4.2.2. Restitution de sens des entretiens.....	65
4.2.3. Réponses aux questions et émergences de catégories.....	71
4.2.4. Catégories conceptualisante	95
5. Discussion	118
5.1 Les points forts de mon étude	118
5.1.1. Le sujet abordé.....	118
5.1.2. L’approche qualitative.....	118
5.1.3. Les participants.....	119
5.1.4. Le recueil de données.....	119
5.1.5. L’analyse des données.....	120
5.1.6. Les critères de scientificité	120
5.2 Limites et biais.....	121
5.2.1. Les limites de l’étude liées à la méthode de recherche	121
5.2.2. Les limites de l’étude liées aux recueils des données	121
5.2.3 Les limites de l’étude liées à l’analyse des données	123
5.3 Discussion des résultats	123
5.4 Comparaison à la littérature	126
6. Perspectives.....	130
7. Conclusion	134

8. Bibliographie.....	136
9. Annexes	140
10. Serment.....	147
11. Permis d'imprimer.....	148

Table des illustrations :

Figures

1. Evolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010.....	23
2. Effectif et densité de médecins en activité selon le scénario tendanciel.....	25
3. Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025	25
4. Répartition des médecins par tranche d'âge en 2015 et en 2040 selon le scénario tendanciel	28
5. Répartition de l'activité générale en 2010.....	29
6. Répartition de l'activité générale en 2018.....	29
7. Répartition des médecins en activité à l'horizon 2040 par mode d'exercice.....	33
8. Modes d'exercice des nouveaux inscrits en 2018	34

Tableaux

Tableau 1 - Schéma récapitulatif des principaux critères de la recherche quantitative et de la recherche qualitative	44
Tableau 2 - Tableau récapitulatif des caractéristiques des participants	56
Tableau 3 - Tableau récapitulatif des caractéristiques des entretiens.....	57

Liste des abréviations

AAPMS : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants

AEF : Agence Education et Formation

ALD : Affection de Longue Durée

APSS : Association pour les Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

D.E.S : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

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

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EP : Epuisement Professionnel

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Sante

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

MBI: Maslach Burnt out Inventory

MOTS : Médecin-Organisation-Travail-Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ORDS : Observatoire Régional de Santé

PAM : Praticiens et Auxiliaires Médicaux

PASS : Programme Aide Solidarité Soignant

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

TCAM : Taux de Croissance Annuel Moyen

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

1- Introduction

Depuis 2004 et la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S.), la Médecine Générale est une spécialité à part entière. Responsables de la mise en œuvre des programmes de prévention, de promotion de la santé et de la coordination des soins du patient, les médecins généralistes occupent une place particulière dans le système de santé.

Le médecin généraliste en libéral, à travers la fonction de médecin traitant, est le chef d'orchestre du parcours de soins du patient, et constitue le premier niveau d'accès aux soins.

Cet accès à une médecine de premier recours est une nécessité pour la population et il est essentiellement possible par la disponibilité des médecins libéraux.

Pourtant le constat est le suivant : le nombre de médecins généralistes stagne, et diminue même chez les libéraux. Ces dernières années, le secteur salarié a pour l'essentiel, accueilli la croissance des effectifs de médecins.

Le sujet de cette thèse est né d'un constat et d'une réflexion personnelle. Ainsi, lors de mon stage praticien niveau 1 à Nîmes puis de nouveau lors de mon SASPAS, j'ai pu voir de nombreux patients dont le motif de consultation était : « à la recherche d'un nouveau médecin traitant ».

Pour certains, leur « médecin de famille » partait à la retraite et n'était pas remplacé, pour d'autres, il « dévissait sa plaque » pour s'orienter vers un autre mode d'exercice ou changer de voie.

Je découvrais, à ce moment-là, les bases et les principes de l'exercice libéral à travers mon stage et autour, certains médecins dévissaient leurs plaques.

Désillusion ? Désenchantement pour l'exercice libéral ? C'est ce que j'ai pensé, à priori.

Beaucoup d'études ont été consacrées aux évolutions socio-démographiques des professionnels de Santé, en particulier des médecins. Il s'agit d'un fait social et d'actualité, dans le contexte actuel où la préoccupation de l'accès aux soins et de la qualité des soins est omniprésente.

La DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) a ainsi publié en 2007¹ puis 2008², deux études qualitatives à propos du comportement de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. Des registres de motivations différents et des groupes de praticiens aux profils individuels variés ont été mis en évidence.

Interrogés de nouveau les médecins généralistes directement sur le « pourquoi », c'est-à-dire les motivations et les facteurs déterminants de la cessation de l'exercice libéral, ne nous a pas paru suffisant et pertinent car cette question avait déjà été bien étudiée.

Nous avons voulu comprendre et explorer le phénomène de cessation de l'exercice libéral, à travers le vécu du changement statutaire. Que deviennent ces médecins qui dévissent ? Que vivent-ils lors du changement de mode d'exercice ?

L'objectif de ce travail est donc d'explorer le vécu du changement statutaire lié à l'arrêt de l'exercice libéral, à travers onze entretiens individuels avec des médecins généralistes ayant quitté le libéral.

¹ Anne VEGA, « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 1 », Série Etudes, n° 73, décembre 2007.

² CABE M.-H., BLANDIN O., « Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 2 », Série Etude et Recherche, n° 77, mars 2008.

2- Contexte

Les valeurs et le dynamisme de l'exercice libéral sont indispensables au fonctionnement de notre système de santé afin d'assurer une permanence de soin. Ces valeurs semblent aujourd'hui fragilisées et certains médecins généralistes se détournent de ce mode d'exercice professionnel et « dévissent leur plaque ».

Avant d'explorer le vécu de ce changement de mode d'exercice, il nous a paru important de faire un état des lieux de la situation sanitaire actuelle et des évolutions démographiques, ainsi que du phénomène de « dévissage de plaque ».

2.1 L'offre de soin en médecine ambulatoire : état des lieux

2.1.1 La crise de la démographie médicale

Concernant l'ensemble des médecins :

A première vue, tout va bien.

Au 1^{er} janvier 2018, la France recense **296 755** médecins inscrits au tableau de l'ordre, soit 5781 de plus qu'en 2017 (+2%) et 35 377 de plus qu'en 2010 (+13.5%)³. Cela correspond à une densité médicale métropole et DOM de **270.3** médecins pour 100 000 habitants toujours selon le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins).

La hausse actuelle des effectifs médicaux s'explique notamment par la remontée progressive des effectifs du numerus clausus depuis une vingtaine d'années qui produit ses effets et par l'augmentation du nombre de spécialistes hors médecine générale (+7.8% depuis 2012) d'une part et du nombre de salariés (+ 11.1%) d'autre part.

En 2017, le CNOM a présenté sa 10^e édition des Atlas médicaux⁴. Ce travail de fond a permis d'analyser la variation de la densité médicale sur la période 2010/2017. Malgré une augmentation de **15%** des effectifs médicaux depuis 2007, cette analyse met en évidence que toute la métropole est concernée par une baisse de la densité médicale, qui est hétérogène avec de fortes disparités

³ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018.

⁴ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Atlas de la démographie médicale en France - Profils comparés 2007/2017 - Situation au 1er janvier 2017 ».

régionales. Ainsi, les départements les plus peuplés et les plus urbanisés sont ceux dotés d'un plus grand nombre de médecins.

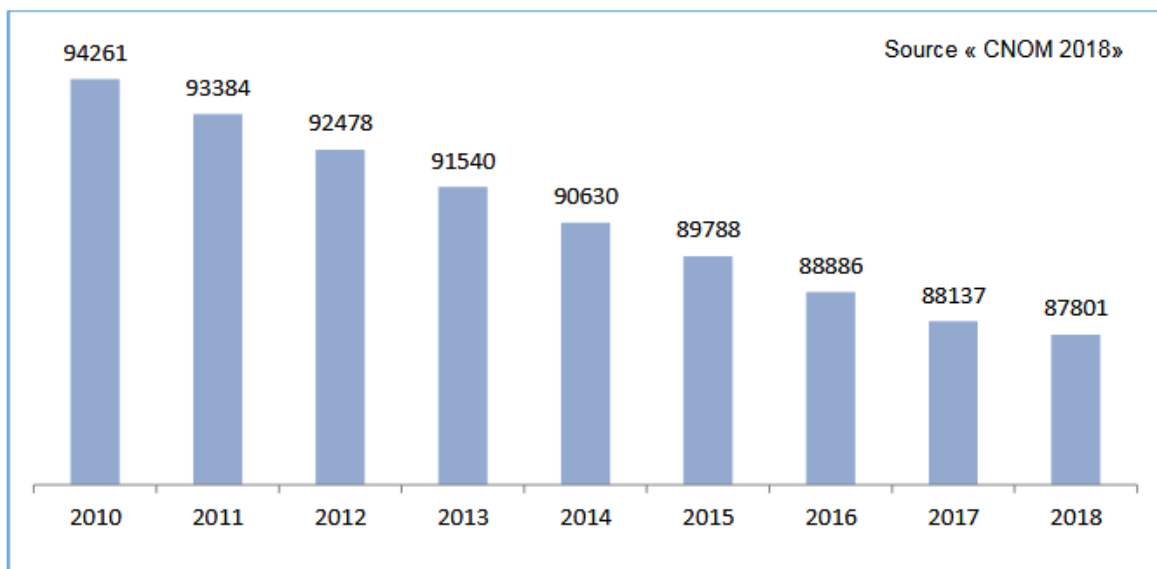
L'Atlas 2018 confirme le creusement des inégalités entre départements : il montre en effet un accroissement des écarts entre les départements les mieux lotis en termes de densité médicale et les départements les moins bien lotis.

Concernant la spécialité de Médecine Générale :

Au 1^{er} janvier 2018, le tableau de l'Ordre recense **87 801** médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice).

L'augmentation des effectifs médicaux décrite ci-dessus ne concerne malheureusement pas la médecine générale qui a subi une diminution de **7%** de ses effectifs depuis 2010 selon le CNOM et de 0.4% depuis 2017.

1. Evolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues).



Situation démographique en région Occitanie :

La densité médicale en région Occitanie est de **346.9** médecins pour 100 000 habitants en 2017⁵.

La région compte, **6051** médecins généralistes en activité, soit 10.5 médecins généralistes pour 10 000 habitants, selon les données cartographiques atlaSanté⁶.

Avec une diminution de **18,3%** de ses effectifs en médecine générale, l'Occitanie semble être la deuxième région de métropole qui compte la plus forte baisse sur la période 2010/2017.

Elle se situe également au second rang des plus fortes diminutions de densité médicale avec une baisse de 8.7%. De plus, la région recense 75 communes comme étant déficitaires en médecin généraliste.

En ce qui concerne l'exercice libéral, la région Occitanie affiche une densité de médecins libéraux supérieure à la moyenne nationale⁷.

Perspectives futures :

Selon un outil de projections de données mis en ligne par la Drees en mai 2017 et qui propose différents scénarios tendanciels jusqu'en 2040, le nombre de médecins en activité devrait être quasiment stable (-0.4%) entre 2016 et 2019, puis repartir à la hausse dès 2020, dans l'hypothèse d'un maintien des comportements actuels des médecins⁸. Ce scénario ne tient cependant pas compte des nouvelles législations avec notamment la suppression du numerus clausus annoncé par Agnès Buzyn pour 2020.

Le nombre de médecins s'élèverait à 281 400 en 2040 soit 30 % de plus qu'actuellement. La stagnation des effectifs en début de période de projection (2016-2025) est liée à un nombre important de cessations d'activité des médecins.

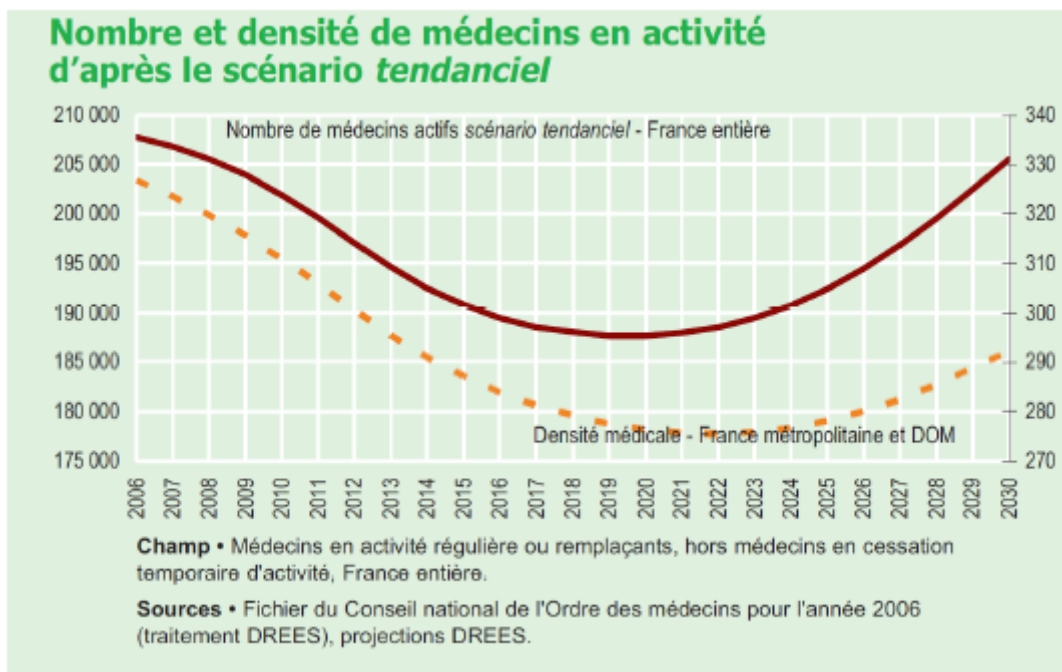
⁵ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018.

⁶ AGENCE REGIONALE DE SANTE, « CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques », [s.d.]. URL : <http://cartosante.atlasante.fr>.

⁷ AGENCE REGIONAL DE SANTE OCCITANIE, Eléments de contexte pour un diagnostic régional, avril 2017.

⁸ MARION BACHELET, MARIE ANGUIST - DRESS, « Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Etudes et résultats, n° 1011, mai 2017.

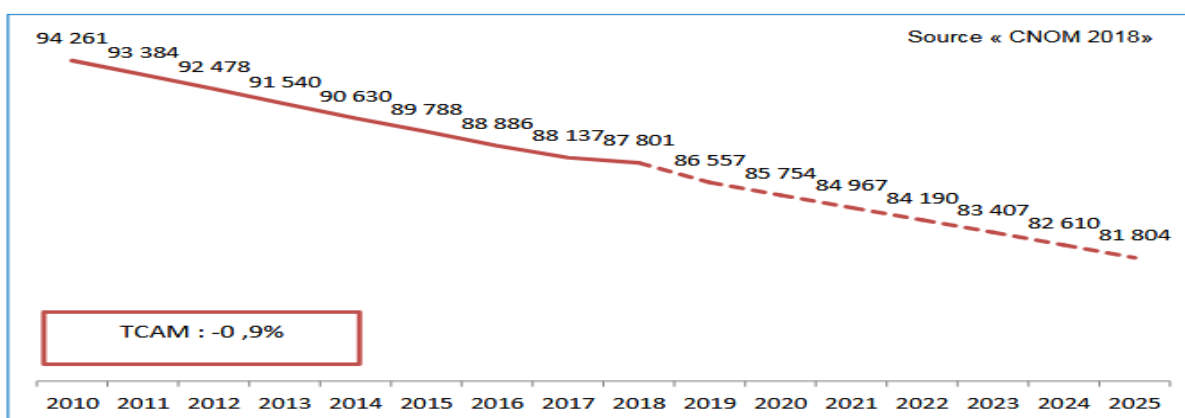
2. Effectif et densité de médecins en activité selon le scénario tendanciel



La densité médicale (nombre de médecins pour 1 000 habitants), chuterait davantage que les effectifs, en raison de l'augmentation de la population française de 10 % au cours de la période.

Concernant la médecine générale, d'après des analyses faites par le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) à partir des calculs du TCAM (Taux de Croissance Annuel Moyen), la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer également jusqu'en 2025 pour atteindre **81 804** médecins généralistes en activité régulière⁹.

3. Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)



⁹ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018

L'exercice libéral exclusif devrait poursuivre son déclin, au profit du salariat et de l'exercice mixte.

Toutes ces données montrent que malgré une hausse des effectifs médicaux, en faveur des médecins spécialistes, la baisse de la densité médicale est bien réelle et nous allons voir ci-dessous qu'elle est multifactorielle.

2.1.2 Des besoins en Santé croissants

La baisse de la densité médicale est d'autant plus importante, que la population française et ses besoins évoluent. Ainsi, plusieurs facteurs font prévoir une augmentation des besoins de la population, en particulier pour les soins de premiers recours.

Tout d'abord, la population française est en pleine croissance. Selon les données Insee et Ined, elle a augmenté de 21,3% sur la période 1979/2017 passant de 53 481 073 habitants à 64 859 599 habitants. Les prévisions pour 2030¹⁰ envisagent une augmentation d'environ 10 %.

Cette augmentation de la population française risque de provoquer une chute de la densité médicale encore plus marquée et durable. Ainsi, les besoins de soins devraient augmenter plus rapidement que le nombre d'habitants.

Ensuite, la population française prend de l'âge. Selon une étude de l'INSEE, au 1^{er} janvier 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif¹¹. La région Occitanie, compte 600 000 personnes âgées d'au moins 75 ans, soit un habitant sur dix¹². Cette population vieillissante a plus que jamais besoin de soins de proximité.

Enfin, la proportion des maladies chroniques augmente. Selon l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), l'incidence des déclarations d'ALD (Affection de Longue Durée) augmente chaque année et ce profil tend à se maintenir dans le futur.

¹⁰ OLIVIER LEON, PASCAL GODEFROY, POLE EMPLOI-POPULATION, INSEE, « Projections régionales de population à l'horizon 2030 - INSEE : Résultats Société, n° 16 », décembre 2006.

¹¹ ISABELLE ROBERT-BOBEE, DIVISION ENQUETES ET ETUDES DEMOGRAPHIQUES, INSEE, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - n° 1089 », juillet 2006.

¹² AGENCE REGIONAL DE SANTE OCCITANIE, « Eléments de contexte pour un diagnostic régional », avril 2017.

Les patients en ALD nécessitent un suivi plus régulier par leur médecin généraliste, ce qui participe aussi à l'augmentation des consultations en soins de premiers recours. De plus, les progrès médicaux ont permis un allongement de l'espérance de vie de patients plus âgés, plus lourds, polyopathologiques que les généralistes ne voyaient pas arriver à ce stade-là il y a 25 ans.

2.1.3 Une profession médicale qui se séniorise

Le vieillissement de la population médicale est croissant depuis 2007.

Selon le CNOM, l'âge moyen des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre est **57,1** ans en 2018¹³.

Au 1er janvier 2018, les médecins âgés de 60 ans et plus représentent **45.1%** de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre contre 27% en 2007. Ceux de moins de 40 ans ne représentent que 17.6%. Les générations de médecins à numerus clausus élevé, admis en études de médecine entre 1971 et 1978, expliquent en effet 45 ans plus tard les effectifs importants de praticiens en fin de carrière.

Cependant, en raison des arrivées et des départs des générations à effectifs variables, la répartition par âge des médecins en activité est en cours de transformation.

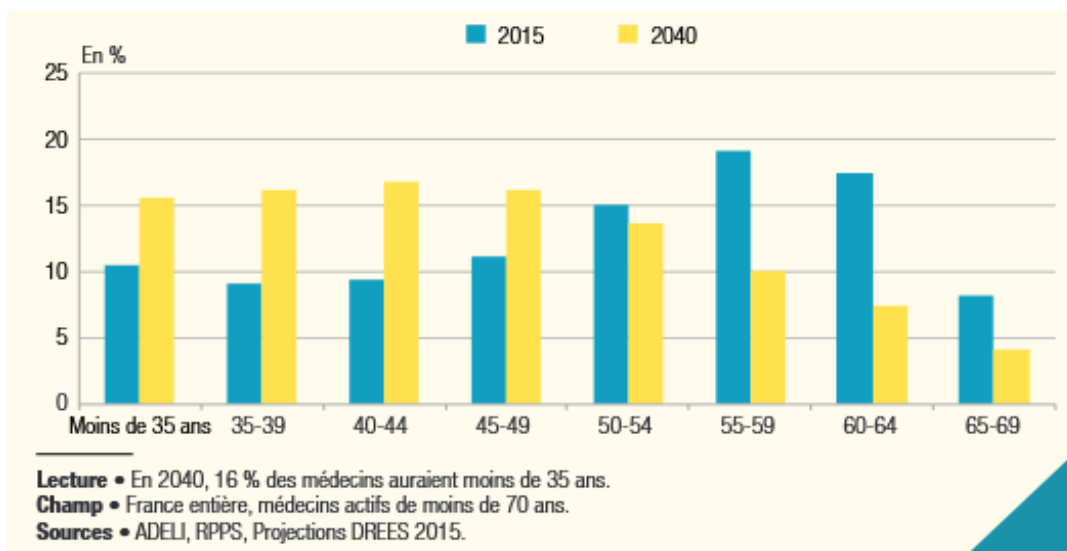
Selon un scénario tendanciel imaginé par la DRESS en mai 2017, la proportion de médecins de 55 ans ou plus, qui s'élève à 45% en 2015, ne serait plus que de 22% en 2040. L'âge moyen des médecins devrait diminuer jusqu'en 2035, à un âge moyen de 45 ans¹⁴.

Ce scénario laisse espérer un meilleur renouvellement de la profession médicale qu'auparavant.

¹³ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018.

¹⁴ MARION BACHELET, MARIE ANGUIS - DRESS, « Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Etudes et résultats, n° 1011, mai 2017.

4. Répartition des médecins par tranche d'âge en 2015 et en 2040 selon le scénario tendanciel



2.1.4 Une augmentation du nombre de médecins retraités qui s'accompagne d'une baisse de médecins actifs.

Le nombre de médecins inscrits à l'ordre ne cesse de croître mais principalement au bénéfice des médecins retraités (n'ayant pas conservé une activité).

Ainsi, selon le dernier atlas publié par le CNOM fin 2018, le nombre de médecins inscrits a augmenté depuis 2010, mais en faveur des retraités actifs qui ont augmenté de 67.6% tandis que les médecins en activité régulière ont diminué de 0.9%. La part de l'activité régulière a ainsi baissé de 9 points, et celle des retraités actifs augmenté de 3.7 points comme le montrent les graphiques ci-dessous. Ainsi, en dix ans, la proportion de médecins retraités actifs a été multipliée par 6.

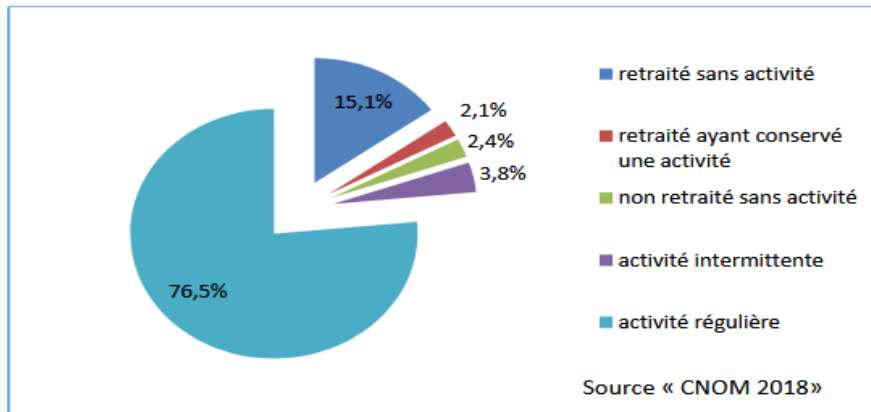
Selon le modèle de régression linéaire, le nombre de médecins inscrits en tant que retraités et en cumul emploi retraite en 2025 progresserait de 36,8% pour atteindre 102 678 médecins¹⁵.

Cette augmentation des effectifs de retraités est le reflet du vieillissement progressif du corps médical et de la part de plus en plus importante des retraités actifs.

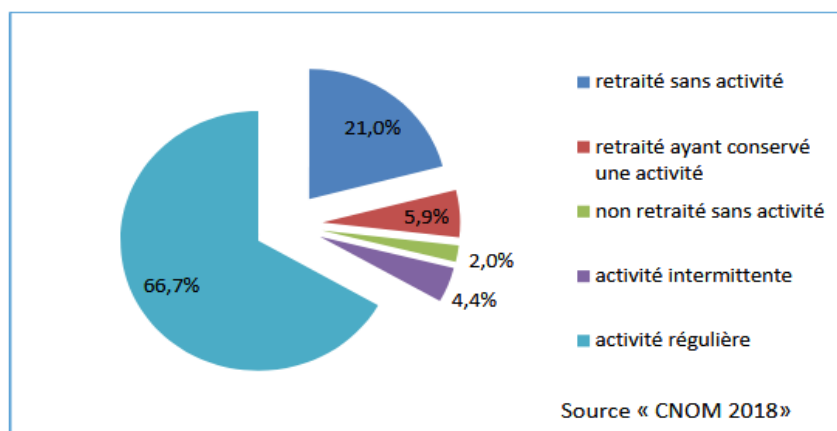
Le recours aux médecins retraités actifs peut renforcer l'offre de soins mais cette solution ne peut malheureusement pas être considérée comme durable.

¹⁵ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, "Atlas de la démographie médicale en France - Profils comparés 2007/2017 - Situation au 1er janvier 2017", p. 33.

5. Répartition de l'activité générale en 2010



6. Répartition de l'activité générale en 2018



2.1.5 Une augmentation du nombre de médecins remplaçants

Au 1er janvier 2017, le tableau de l'Ordre recense **12 011** médecins remplaçants et parmi eux, **66,8%** sont en médecine générale. Sur les dix dernières années, les effectifs ont augmenté de **24,6%**.

Selon les projections, il y a une forte probabilité que d'ici à 2025 les effectifs continuent d'augmenter pour atteindre plus de **14 300** médecins remplaçants¹⁶.

Selon une enquête de l'ISNAR-IMG réalisée en 2011¹⁷, le statut d'exercice privilégié au sortir de l'internat était le remplacement pour plus de la moitié des internes interrogés.

Cette augmentation du nombre de médecins remplaçants reflète une certaine réticence à l'installation en secteur libéral, avec une pérennisation du statut de remplaçant.

¹⁶ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, "Atlas de la démographie médicale en France - Profils comparés 2007/2017 - Situation au 1er janvier 2017".

¹⁷ ISNAR-IMG, « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale », 2011.

2.1.6 Une féminisation de la médecine

La féminisation du corps médical est importante et croissante.

En mai 2018, selon la DRESS, les femmes représentent **46 %** des médecins et sont majoritaires parmi ceux de moins de 40 ans. Ainsi, parmi les médecins âgés de moins de 40 ans, les femmes représentent **62%** de l'ensemble des inscrits au tableau de l'ordre ce qui confirme la féminisation de la profession.

Moins représentées parmi les libéraux (**38 %**), elles sont tout de même plus nombreuses que leurs confrères masculins parmi ceux qui ont moins de 50 ans¹⁸.

Chez les médecins généralistes en activité régulière, les femmes représentent au 1er janvier 2018, 48.2% des effectifs alors que ce nombre était de 39.2% en 2010.

Selon une étude publiée par la DRESS en mai 2017, les femmes devraient être majoritaires dès 2021 et représenter plus de 60 % des médecins en exercice en 2034¹⁹.

Cette féminisation a des conséquences sur l'offre de soins car elle génère :

- un taux élevé d'exercice à temps partiel,
- un nombre plus important de fonctions salariées qui ne sont pas forcément des fonctions de soins,
- un nombre d'arrêts précoces et définitifs d'activité plus élevés.

¹⁸ MARIE ANGUI, HELENE CHAPUT, CLAIRE MARBOT, CHRISTELLE MILLIEN ET NOEMIE VERGIER (DREES), « « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », Études et Résultats, n°1061, DRESS », mai 2018, p. 2.

¹⁹MARION BACHELET, MARIE ANGUI - DRESS, « Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Etudes et résultats, n° 1011, mai 2017.

2.2 L'exercice de la médecine générale libérale, en mutation ?

La médecine libérale joue un rôle majeur dans le système de soins de proximité mais elle connaît actuellement quelques bouleversements.

La typologie des médecins et leurs habitudes d'exercice évoluent. La profession n'est plus forcément vécue comme une « vocation » ou un « sacerdoce » et doit s'adapter au mode de vie de chacun.

Après un bref rappel historique, nous exposerons les principaux facteurs évolutifs qui interviennent sur les changements du mode d'exercice libéral, entraînant des répercussions sur l'offre de soins primaire.

2.2.1 Définition du médecin libéral et rappel historique

La médecine libérale a une longue histoire. La « charte de la médecine libérale », édictée le 7 juillet 1927 par le Dr Paul Cibrie, expose les premiers principes fondamentaux du libéralisme médical : liberté d'installation, libre choix du médecin, liberté de prescription, libre entente sur les tarifs et respect du secret médical.

Elle a considérablement évolué depuis avec :

- la détermination d'un tarif conventionnel, après les négociations entre la profession médicale et les pouvoirs publics à propos des ordonnances de la sécurité sociale en 1945,
- la mise en place d'un conventionnement individuel en 1960, puis la création de la première convention nationale en 1971,
- la création d'un secteur 2 en 1980.

L'article L.162-2 définit les cinq principes de la médecine libérale²⁰, à savoir le libre choix du médecin par le patient, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires (à l'acte) par le patient, la liberté d'installation.

Certains de ces principes sont difficilement applicables actuellement. Le libre choix du médecin par le patient n'est pas toujours possible dans un contexte de pénurie de médecin.

²⁰ Code de la sécurité sociale - Article L162-2.

Le paiement direct des honoraires a fait place au tiers payant dans quelques situations. Les prescriptions sont réglementées et encadrées.

Aujourd'hui, on considère qu'un médecin a un exercice libéral lorsque son activité obéit simultanément à quatre critères : il exerce sous sa propre responsabilité et sauf exception il assume seul les conséquences de cette activité ; il existe un lien direct et personnel avec le patient ; sa rémunération est directement liée avec son activité ; il décide seul de son lieu et de son mode d'exercice²¹.

2.2.2 Une évolution des modes d'exercice plus favorable au salariat qu'au secteur libéral

Les différents modes d'exercice sont :

- l'exercice libéral,
- mixte (c'est-à-dire libéral et salarié ou libéral/hospitalier ou libéral/salarié/hospitalier),
- salarié (décomposé en médecine salariée, hospitalière, médecine salariée et hospitalière),
- une catégorie diverse, qui fait référence aux médecins dont la forme de rémunération (salaires ou honoraires) n'est pas connue (par exemple, médecins réalisant des expertises, missions pour les assurances privées...) et
- une catégorie sans exercice déclaré.

Actuellement, le secteur libéral semble en perte de vitesse au profit du secteur salarié, en particulier hospitalier.

« L'hôpital public est devenu le premier employeur de généralistes » (Juilhard JM, 2007)

Selon une analyse faite par le CNOM²², depuis 2010 les médecins généralistes ont tendance à défavoriser l'exercice libéral (- 3.5 points) au profit de l'exercice salariat (+ 4 points).

Sur l'ensemble des médecins actifs en activité régulière, 42,57% exercent en libéral exclusif soit 10,87 % de moins qu'en 2010. Les salariés représentent 47.13 % et ont augmenté de 9.68% depuis 2010.

²¹ Claude LEICHER, « Le médecin libéral en 2010 », Les tribunes de la Santé 2010/3, n°28, p.55 - 63.

²² CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Atlas de la démographie médicale en France - Profils comparés 2007/2017 - Situation au 1er janvier 2017 ».

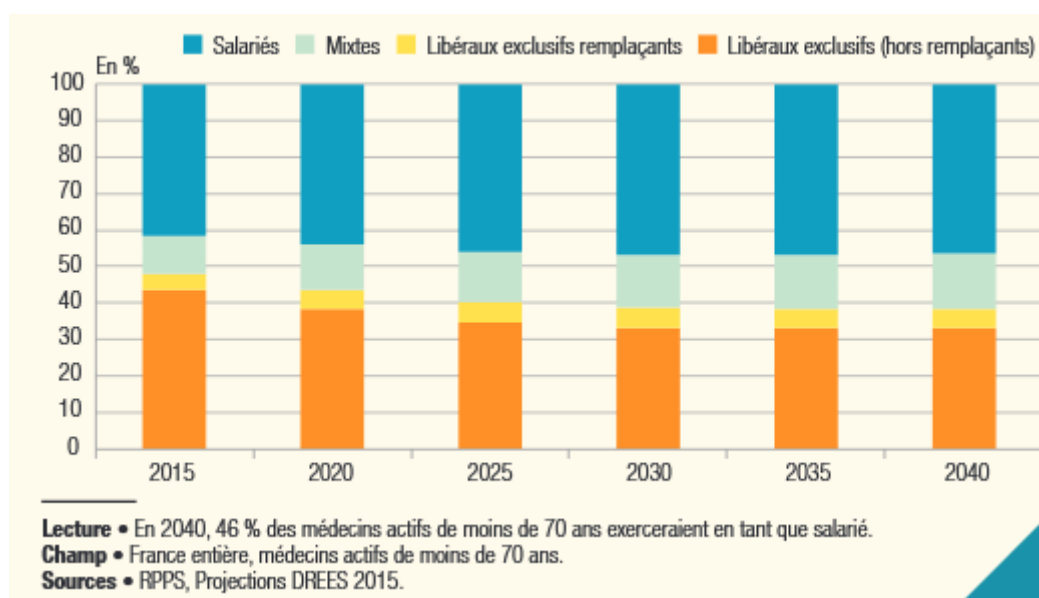
Le statut de salarié attire de plus en plus de médecins, qui voient dans ce mode d'exercice, un cadre de travail plus sécurisant professionnellement (notamment par le travail en équipe) et financièrement (salaire constant...), plus reposant (horaires fixes, facilité pour la prise des congés).

Selon le scénario tendanciel de la DRESS²³, en supposant que les préférences des médecins et leur comportement en termes de changement de mode d'exercice restent identiques à ceux que l'on observe aujourd'hui, la part de médecins libéraux exclusifs reculerait fortement, passant de 47 % en 2016 à 38 % en 2040 tandis que les proportions de médecins mixtes (c'est-à-dire ayant une activité libérale et une activité salariée) et salariés augmenteraient (respectivement de 11 à 15 % et de 42 à 46 % au cours de la même période).

Les effectifs de médecins libéraux devraient ainsi diminuer jusqu'en 2027. À cette date, les libéraux exclusifs (hors remplaçants) seraient 24 % de moins qu'en 2012 et les libéraux ou mixtes (hors remplaçants) 8 % de moins. En parallèle, les effectifs de médecins salariés devraient poursuivre leur croissance dans les prochaines années sans connaître de période de baisse.

Toutefois, le modèle de projection ne prend pas en compte les futurs 4000 postes de médecins généralistes salariés proposés par le ministre de la santé Agnès Buzyn.

7. Répartition des médecins en activité à l'horizon 2040 par mode d'exercice



²³ M. BACHELET, M. ANGUIS, Les médecins d'ici 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée, études et résultats n°1011, mai 2017.

Cette évolution statutaire pourrait créer à terme un déséquilibre en faveur du salariat, et une moindre disponibilité des ressources en offre de soins de 1er recours.

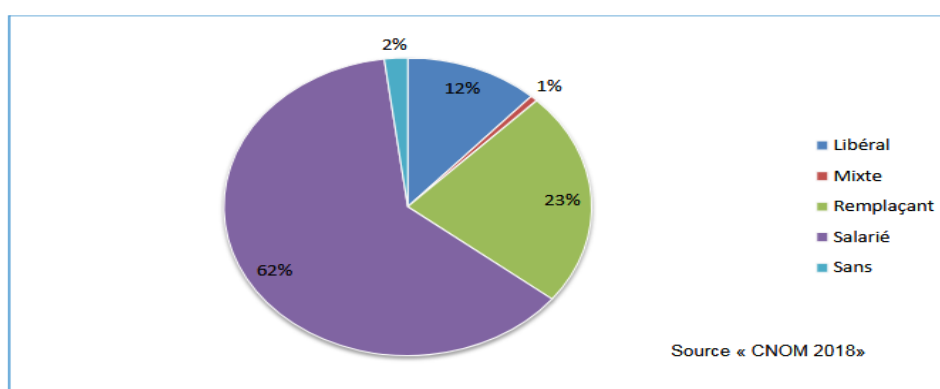
2.2.3 Les jeunes médecins délaissent l'installation en libéral

L'exercice libéral a perdu de son attractivité auprès des jeunes médecins qui s'installent de plus en plus tard. Ainsi, l'âge moyen à l'installation recule régulièrement (35 ans en 2001 contre 31 ans dans les années 80)²⁴.

Les jeunes médecins s'orientent davantage vers le salariat à l'issue de leurs études, et le statut de médecin généraliste libéral n'a plus la faveur des jeunes générations.

Ainsi, selon le CNOM, lors de la première inscription au tableau de l'ordre en 2018, 62% des jeunes générations de médecins privilégient l'exercice salarié et 23% l'exercice de remplaçant. Seulement 12% font le choix d'exercer en secteur libéral.

8. Modes d'exercice des nouveaux inscrits en 2018



2.2.4 L'exercice libéral actuel doit répondre à certaines exigences

Les jeunes généralistes qui s'installent ont des exigences à propos du cadre d'installation.

Ils souhaitent un exercice qui soit compatible avec leur cadre de vie familial et social et tendent à privilégier la vie personnelle et à adapter la vie professionnelle en fonction.

²⁴ Véronique LUCAS-GABRIELLI, « Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) », *Questions d'économie de la Santé*, n° 81, avril 2004, p. 1.

C'est le cas notamment pour les couples à double carrière, qui sont de plus en plus nombreux dans le schéma sociétal actuel et qui ont des exigences d'installation et de durée de travail²⁵.

La localisation du cabinet est ainsi étroitement liée à l'environnement de vie, et la majorité d'entre eux trouvent indispensables la présence de services dit de proximité, proches de leur lieu de travail et d'habitation. Ils veulent exercer en groupe majoritairement avec une organisation pluriprofessionnelle pour 90,8 %, avec un secrétariat pour 86,6 % d'entre eux et plutôt en ville avec laboratoire d'analyses médicales et pharmacie proches pour 94,5 %²⁶.

Les jeunes médecins souhaitent également réduire leur temps de travail par rapport à leurs aînés. Selon l'enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale réalisée par l'ISNAR-IMG (Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) en 2011, les internes interrogés envisageaient de travailler en moyenne 41,3 heures par semaine pour les femmes et 46,7 heures hebdomadaires pour les hommes²⁷.

Selon une étude réalisée par la DRESS en mars 2012, la durée moyenne d'une semaine de travail en médecine générale est de 57 heures, avec des disparités importantes selon les praticiens²⁸.

2.3 L'arrêt de l'exercice libéral

2.3.1 Définition

On entendra par **cessation de l'activité libérale** un « arrêt de l'exercice avec cession de la patientèle et de l'outil de travail, définitif, avant l'âge légal de la retraite fixé à 65 ans »²⁹.

De plus en plus de médecins généralistes décident de fermer leur cabinet et de « dévisser » leur plaque. Ce phénomène est en pleine expansion mais il est difficile de trouver, au niveau national, des chiffres récents.

²⁵ BUFFARD-MORET SILIEN, Intéraction entre vie professionnelle et vie privée chez les couples de médecins généralistes libéraux, 99 p, Thèse de médecine, Université de Montpellier, 2015.

²⁶ ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Résultats. Janvier 2011, p. 28.

²⁷ ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Résultats. Janvier 2011, p.33.

²⁸ Steve JAKOUBOVITCH, BOURNOT MARIE CHRISTINE, CERCIER ELODIE et TUFFREAU FRANÇOIS, « Les emplois du temps des médecins généralistes - Etudes et résultats », n° 797, mars 2012.

²⁹ BILLAUT ANNE, « Les cessations d'activité des médecins. DREES : Etudes et Résultats », avril 2006.

En 2010, le nombre de « déplaqueurs » s'élevait à **903**, dont 45% exerçaient la médecine générale, avec une moyenne d'âge de 54 ans. Cette même année, **10%** des généralistes arrêtaient avant huit ans de carrière et **20%** avant dix-huit ans³⁰.

Selon l'Atlas 2011 du Conseil de l'Ordre des Médecins³¹, **927** médecins, dont **62 %** de généralistes, ont renoncé à l'exercice libéral en 2011 avant d'avoir atteint l'âge de la retraite. 90,3% d'entre eux ne souhaitent pas reprendre une activité libérale. Plus d'un sur deux s'est orienté vers une activité salariée.

Plusieurs études font le constat que les médecins généralistes libéraux cessent en moyenne leur activité libérale plus tôt que les spécialistes, certains bien avant l'âge de la retraite pour occuper un emploi salarié, d'autres pour prendre leur retraite plus précocement³².

Les motifs ayant incité ces médecins à prendre cette décision sont personnels et variés.

2.3.2 Des registres de motivations variés

La DRESS a réalisé deux études successives en 2007^{33 34} et 2008³⁵ à propos du comportement de cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes, visant à identifier les principaux facteurs déterminants la cessation ou la poursuite d'activité. Soixante médecins généralistes, recrutés sur l'ensemble de la France et ayant cessé leur activité libérale ou étant en âge d'y songer, ont été interrogés.

³⁰ BLOY, G. ET SCHWEYER, F.-X., « Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale », Revue française des affaires sociales, n° 2, 2010, Presses de l'EHESP.

³¹ ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G., Atlas de la démographie médicale française, situation au 1er janvier 2011 – Enquête thématique.

³² ANNE VEGA, MARIE HELENE CABE, OLIVIER BLANDIN, « Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies - DREES - Dossiers Solidarité et Santé », n°6, 2008, p.2.

³³ CABE M.-H., BLANDIN O., « Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 2 », Série Etude et Recherche, n° 77, mars 2008.

³⁴ ANNE VEGA, « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 1 », Série Etudes, n° 73, décembre 2007.

³⁵ VÉGA A., CABÉ M.-H. ET BLANDIN O., « Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies - DREES : Dossiers Solidarité et Santé », n°6, 2008, p.48.

L'arrêt de l'exercice libéral serait le « résultat d'une tension entre le regard porté sur les contraintes, les déceptions et les satisfactions apportées par la vie professionnelle, les représentations de l'équilibre entre le système institutionnel et le système de valeurs, les aspirations à une vie personnelle meilleure et les pressions de l'environnement proche, les projections et les représentations face au vieillissement ou encore les craintes d'un basculement dans une vie oisive, celle-ci se traduisant par une rupture de sa vie sociale ».

La première étude, dirigée par Mme VEGA³⁶, a mis en évidence les facteurs de cessation suivants :

- une charge de travail trop importante, notamment administrative,
- risque d'épuisement professionnel par dévalorisation de la vision du métier,
- incapacité à moduler et tempérer les demandes des patients,
- manque de soutien des pouvoirs publics,
- charges financières lourdes et refus de la « course à l'acte »,
- opportunité de carrière.

Elle montre également le rôle déterminant dans les prolongements ou les cessations précoces d'activité :

- du choix définitif du lieu d'exercice,
- des stratégies de sélection de la patientèle et d'ententes médicales,
- du rôle discret de proches,
- des opportunités de carrière.

La deuxième étude menée par Mr BLANDIN avait pour objectif de cerner le processus de prise de décision et a permis d'identifier quatre registres de motivations³⁷ :

- un **décalage progressif entre la vision du métier et les conditions réelles d'exercice** qui sont difficiles, responsables d'un désenchantement vis-à-vis du métier exercé en mode libéral, voire un doute sur sa pérennité,
- **l'attirance vers une seconde carrière** plus en accord avec les aspirations professionnelles et personnelles ainsi que les opportunités de seconde carrière se présentant

³⁶ Anne VEGA, « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 1 », *Série Etudes*, n° 73, décembre 2007, p.78.

³⁷ VÉGA A., CABÉ M-H. et BLANDIN O., Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies - DREES : Dossiers Solidarité et Santé, n°6, 2008, p.5.

- le **rééquilibrage entre la vie professionnelle et la vie personnelle** en faveur de cette dernière, souvent suite à des événements personnels ou à la pression des proches,
- un **rapport dégradé à l'environnement institutionnel**, l'absence de reconnaissance et le sentiment de perte du rôle social.

Dans le travail de thèse quantitatif de Maryline Ramos Da Cruz réalisé en 2014, il a été demandé à 416 médecins de plus de 50 ans encore en activité d'évaluer quelles motivations auraient pu précipiter une cessation anticipée.

Les 5 « raisons majeures » les plus citées dans les questionnaires étaient dans l'ordre³⁸ :

- la mauvaise santé,
- l'insatisfaction au travail,
- les tâches administratives trop lourdes,
- la détérioration des relations avec conjoint, avec enfants,
- et la rémunération insuffisante.

Ces différentes études mettent en évidence des motivations à l'arrêt multiples, et propres à chacun, influencées par l'expérience et l'histoire personnelle.

2.3.3 Une désillusion des médecins généralistes libéraux ?

De nombreux observateurs constatent une grande désillusion des médecins libéraux, qui leur font s'interroger fortement sur l'identité même de leur métier et sur la pérennité du statut libéral³⁹.

La difficulté à trouver des successeurs et des remplaçants provoque chez certains un sentiment de dévalorisation de leur travail⁴⁰.

A cela s'ajoute l'exigence des patients, une demande de soins croissante responsable d'une charge de travail élevée et des conditions de travail parfois vécues comme contraignantes.

³⁸ MARYLINE RAMOS DA CRUZ, 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 de Médecine, Université de Grenoble, avril 2014, 104 p.

³⁹ DAVEZIES P., DANIELLOU F., « L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude compréhensive en Poitou-Charentes, URML de Poitou-Charentes. », 158 p., avril 2004.

⁴⁰ VEGA A., Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux, Tome 1. DREES : Série Etudes, n°73, décembre 2007, 115 p.

Le poids des responsabilités et des difficultés peut conduire à des effets négatifs pour leur santé. Le CNOM retrouve dans son enquête thématique⁴¹, **30 %** de burn-out au sein des médecins libéraux ayant dévissé leur plaque en 2011.

Ainsi, l'épuisement professionnel (EP, *burnout*) fait l'objet d'une médiatisation croissante et le mal être des médecins généralistes en France apparaît de plus en plus comme une réalité⁴².

Une étude réalisée sur 306 médecins généralistes en 2004 dans le département de la Loire à partir du MBI (Maslach Burnt out Inventory) confirmait que l'épuisement professionnel semblait être une réalité avec une qualité de vie significativement altérée pour les médecins interrogés et éventuellement des conséquences néfastes pour leurs patients⁴³.

Les facteurs en cause de cet épuisement professionnel étaient plus de l'ordre administratif, organisationnel et relationnel que résultant de la confrontation avec la souffrance des patients.

Le stress perçu au travail peut déterminer l'apparition d'un syndrome d'EP⁴⁴ (défini selon Maslach par « la coexistence d'une grande fatigue appelée assèchement émotionnel, d'une attitude cynique, caractérisée par un désinvestissement émotionnel des relations et des échanges avec autrui et d'un sentiment de perte d'accomplissement personnel ») associé à une insatisfaction au travail.

L'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Poitou-Charentes estimait à 47 % la population de médecins généralistes ayant vécu une situation de burn-out en 2004⁴⁵. Et dans son enquête de 2007, l'URML d'Île-de-France, épaulée par le Dr Eric GALAM, recensait 53 % de médecins libéraux menacés par l'épuisement professionnel et particulièrement les médecins de secteur 1 et les médecins généralistes⁴⁶.

⁴¹ ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G., Atlas de la démographie médicale française, situation au 1er janvier 2011 – Enquête thématique.

⁴² CLAIRE EDEY GAMASSOU, VIRGINIE MOISSON-DUTHOIT, « Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature », 27 p., 2017.

⁴³ P. CATHEBRAS, A. BEGON, S. LAPORTE, C. BOIS, D. TRUCHOT., Épuisement professionnel chez les médecins généralistes., Presse Med, 2004 ; 33 : 1569-74, Masson, Paris.

⁴⁴ KOLECK, M., BRUCHON-SCHWEITZER, M., THIÉBAUT, E., DUMARTIN, N., & SIFAKIS, Y., Job stress, coping and burnout among French general practitioners, European Review of Applied Psychology, 2000 (50), 309-314 p.

⁴⁵ DAVEZIES P., DANIELLOU F., « L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude compréhensive en Poitou-Charentes, URML de Poitou-Charentes. », 158 p., avril 2004.

⁴⁶ MOURIES R., « L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. », Communiqué de presse, édition URML Ile-de-France, juin 2007.

L'épuisement professionnel des médecins libéraux est « une pathologie de la relation d'aide » qui interroge aussi leur identité professionnelle⁴⁷. Les médecins généralistes aspirent à un meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle⁴⁸.

En 2007, à l'initiative de la DRESS⁴⁹ a été mis en place un dispositif d'observation des pratiques et des conditions d'exercice de la médecine générale de ville dans cinq régions sous la forme d'un panel qui a permis d'étudier l'évolution des pratiques en médecine générale libérale. Plus de 85% des médecins interrogés estimaient que leur charge administrative augmentait. Près de la moitié (46,5%) du panel était prête à voir une partie de leur activité devenir salariée, afin de réduire leur temps de travail et favoriser leur équilibre de vie.

2.3.4 Le changement statutaire

« Une dimension temporelle est implicite dans tout statut. Personne ne se voit assigner, personne ne peut assumer un poste ou un statut pour toujours. Il y aura toujours une clause, cachée ou explicitement reconnue, au moyen de laquelle une personne sera dépossédée ou se dépossèdera de ce statut ».

Strauss A., *Mirrors and Masks*, San Francisco, The Sociology Press, 1970.

Les transitions statutaires reflètent « les conditions de fonctionnement et de changement de la structure sociale », si bien que beaucoup de chercheurs en sciences sociales s'y sont intéressés.

Dans leur ouvrage « Status Passage », initialement publié en 1971 puis régulièrement réédité, Barney Glaser et Anselm Strauss examinent les changements de statut dans les parcours de vie.

⁴⁷ GALAM, E., Burnout des médecins libéraux, Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question, 2007 (3 (10)), 474 p.

⁴⁸ LE FEUVRE, N. ET LAPEYRE, N., « L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées », n° 18, 2013, titre du fascicule : Enfances, Familles, Générations.

⁴⁹ PARAPONARIS, A., VENTELOU, B. ET VERGER, P., « La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux », Revue française des affaires sociales, n° 2, 2011, titre du fascicule : Revue française des affaires sociales.

Les auteurs présentent les bases de l'élaboration d'une théorie formelle sur les transitions statutaires et rassemblent les propriétés de cette transition en des catégories conceptuelles.

D'un statut à un autre, ce sont ces transitions qui engendrent des « déplacements vers une position différente au sein de la structure sociale, une perte ou un gain de privilège, d'influence ou de pouvoir, ou encore une modification de l'identité ainsi qu'un changement de comportement ».

Barney Glaser et Anselm Strauss décrivent dans leur ouvrage, les propriétés du changement statutaire⁵⁰ :

- une transition peut être considérée, dans une certaine mesure, comme **désirable ou indésirable**,
- elle peut être **inévitable**,
- elle peut, jusqu'à un certain point, être **réversible**,
- elle peut être **reproductible** ou non,
- une personne entamant une transition peut la faire **seule, collectivement ou en agrégation** avec d'autres personnes,
- lors d'une transition collective ou en agrégation, une personne peut **ne pas savoir** que plusieurs autres personnes font ce même parcours à ce moment-là ou, du moins, ne pas mesurer l'ampleur de la similarité de ce dernier,
- la personne effectuant une transition peut la faire **volontairement ou n'avoir aucun choix** (ou seulement partiellement),
- il peut exister un degré de **contrôle**, exercé par la personne qui change de statut un tiers, sur certains aspects du passage,
- une transition peut exiger une **légitimation** particulière.

En plus de cette liste de propriétés des transitions statutaires, un collègue sociologue des auteurs, a suggéré, à partir de ses propres recherches, deux autres propriétés :

- le **caractère central** de la transition pour la personne, c'est-à-dire l'impact qu'elle aura pour lui. Il s'agit de la propriété de la désirabilité de la transition,
- **le temps ou la durée de la transition**, court, long ou entre les deux. C'est la propriété temporelle d'une transition généralement planifiée

⁵⁰ Barney G. GLASER et Anselm L. STRAUSS, « Les transitions statutaires et leurs propriétés », SociologieS, 9 mai 2012.

3- Matériel et Méthode

3.1. Travail préparatoire : revue de la littérature

Cette étude qualitative a été complétée par de nombreuses lectures sur le sujet, afin de voir ce qui avait déjà été analysé ainsi que les résultats obtenus.

3.1.1. Mots-Clés

Pour effectuer mes recherches, j'ai utilisé les mots clés suivants, selon diverses équations de recherche :

- ✓ Démographie médicale
- ✓ Médecine générale, general medicine
- ✓ Exercice libéral, private practice
- ✓ Cessation d'activité libérale, cessation liberal exercise
- ✓ Reconversion professionnelle, career change
- ✓ Changement statutaire, transition statutaire, life and professional transitions
- ✓ Recherche qualitative, qualitative research
- ✓ Analyse phénoméno-pragmatique, phenomeno-pragmatic analysis
- ✓ Approche sémio-pragmatique, semio-pragmatic approach

3.1.2. Formation à la recherche documentaire

J'ai participé à la session « Formation sur la recherche documentaire et sur l'utilisation de Zotero » de janvier 2017, proposée sur le site de la faculté de médecine de Nîmes, pendant deux demi-journées.

J'ai également participé à 2 ateliers de formation à l'analyse qualitative, centrés sur l'analyse de verbatim, proposés par la faculté de médecine de Montpellier, et encadrés par Dr Gérard Bourrel et Dr Agnès Oude Engberink.

3.1.3. Recherche documentaire

J'ai réalisé mes recherches bibliographiques en langue française et en langue anglaise, à l'aide de différents moteurs de recherche :

- ✓ la bibliothèque universitaire de médecine de Nîmes-Montpellier,
- ✓ portail documentaire et catalogues de la Bibliothèque Universitaire de Montpellier,

- ✓ différents moteurs de recherche : Google, Google Scholar, SUDOC, PubMed, Cismef,
- ✓ par recherche de proche en proche en utilisant la bibliographie des documents consultés.

La recherche bibliographique principale a été réalisée entre juillet 2017 et octobre 2017. Un complément de recherche a été effectué de mai 2018 à août 2018.

3.2. Choix de la méthode de recherche

3.2.1. Méthode de recherche qualitative

Depuis quelques années, la recherche qualitative prend une place dans le domaine de la santé où elle se révèle complémentaire des travaux quantitatifs.

Traditionnelle dans le domaine des sciences humaines, elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs donc difficiles à mesurer.

A l'inverse de la recherche quantitative, elle ne permet pas d'obtenir des données statistiques et ses résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population puisque l'échantillon de départ n'est pas forcément représentatif ou sélectionné par la méthode du hasard.

Elle ne cherche donc pas à mesurer ni à quantifier mais à explorer les émotions et les sentiments du sujet en référence à son vécu et à son expérience personnelle.

Pour reprendre Pierre Paillé : « l'analyse qualitative est une activité humaine qui sollicite d'abord l'esprit curieux, le cœur sensible et la conscience attentive et cet investissement de l'être transcende le domaine technique et pratique ».⁵¹

Ainsi, lorsque la recherche quantitative s'attachera à répondre aux questions de type « quel est ? », « combien ? », la recherche qualitative quant à elle, se souciera du « pourquoi ? » ou du « comment ? ».⁵²

⁵¹ PAILLE P, MUCCHIELLI A., L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales., Paris: Armand Colin, 2003.

⁵² AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L., Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19(84) :142–5.

L'objectif de notre recherche étant d'explorer le vécu du changement statutaire lié à l'arrêt de l'exercice libérale, ce type d'étude est apparu comme la méthode de choix.

Plusieurs composantes du vécu auraient pu être mesurées par des questionnaires au cours d'une étude quantitative mais cela n'aurait pas pu prendre en compte l'expérience de façon plus globale et cela n'aurait pas permis d'analyser le discours naturel des médecins, en particulier les éléments non verbaux.

Tableau 1 - Schéma récapitulatif des principaux critères de la recherche quantitative et de la recherche qualitative.⁵³

Critères	Recherche quantitative	Recherche qualitative
Philosophie de base	Positivisme : aptitude à la prévision et à la vérification	« Verstehen » comprendre en allemand (aptitude à la compréhension et à l'étude du particulier)
But de la recherche	Prouver	Comprendre
Objectifs de la recherche	Expliquer les phénomènes. Formuler des lois généralisables.	Rendre compte d'une réalité sociale telle que le vécu et le perçu. Obtenir une meilleure interprétation des faits sociaux.
Conditions de la recherche	Contrôlées	Sauvages ou libres
Traitement	Stable (chiffres)	Varié (mots)
Conséquences	Généralisables	Transférables

⁵³ « ROCARE. Extraits de guides pour la recherche qualitative. Available from: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/definition.php>. ».

3.2.2. Entretiens individuels semi-dirigés

Plusieurs techniques d'entretien sont possibles :

- **L'entretien de groupe semi structuré dit focus group** qui met en jeu un enquêteur et un groupe de participants. Il permet d'obtenir une dynamique de groupe avec des interactions entre les participants autour de questions courtes, claires et ouvertes et ainsi de récolter une multitude d'opinions et de sentiments sur un sujet précis.

Ce type d'entretien ne nous a pas paru adapté pour notre étude, qui concernait un sujet personnel et des représentations propres. Les participants auraient peut-être limité leur discours à cause du regard des autres. De plus, l'intérêt n'était pas de confronter des opinions mais de se focaliser sur l'expérience personnelle, sur le vécu.

- **L'entretien individuel**, se fait en présence d'un seul participant à la fois. Il permet d'explorer des sujets plus personnels avec un moindre risque d'inhibition du discours.

Bien que notre sujet ne soit pas de l'ordre de l'intime, nous avons préféré réaliser des entretiens individuels afin d'éviter de mettre en difficulté les participants face à des questions qui se réfèrent à leurs choix personnels.

Le recueil de données peut s'effectuer de différentes manières.

- ✓ Directif ou compréhensif : dans ce cas-là l'entretien aborde un nombre limité de thèmes (un ou deux) mais de façon plus approfondie. Ce type de recueil suit un guide d'entretien précis, qui s'apparente à un questionnaire écrit délivré oralement sans place pour l'expression spontanée. Pour notre étude cela paraissait difficile d'utiliser ce genre d'entretien car cela pouvait restreindre le discours et ne pas permettre d'aborder des idées nouvelles émergeant de chaque participant.
- ✓ Non structuré ou libre : dans ce cas, l'interviewé s'exprime librement autour d'un thème donné. De nombreuses données peuvent être ainsi recueillies et analysées mais ce type d'entretien est insuffisant pour analyser des représentations.
- ✓ Ou semi-dirigé : à partir d'un guide d'entretien préalablement élaboré avec des thèmes à aborder au cours de l'interview. Il permet de décrire des faits et de faire parler sur les faits avec un recueil de données centrées sur le discours des participants. En effet l'entretien

semi-directif permet une liberté de parole dans un cadre relativement strict. Il permet également d'utiliser au mieux le temps qui est alloué pour mener l'entretien.

Nous avons décidé d'effectuer des entretiens individuels semi-dirigés, pour aborder les thèmes de notre guide d'entretien, en laissant place à l'expression spontanée des participants.

3.2.3. Analyse phénoménologique

Pour ce travail de thèse, nous avons décidé d'utiliser une analyse phénoménologique, selon les critères COREQ2 présentés en annexe. Cette analyse a été faite au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

Le fondateur de la phénoménologie est Edmund Husserl (1859-1938) qui était un philosophe.

La phénoménologie consiste à « expliciter tout ce qui fait sens dans l'expérience subjective en cherchant à appréhender le vécu et l'expression langagière inscrite dans les retranscriptions des entretiens ». Il s'agit d'une approche qui « place au premier plan l'expérience vécue du sujet, réflexive et située, sans y substituer un mécanisme explicatif : elle vise la restitution d'un compte-rendu descriptif »⁵⁴.

Pour P. Paillé et A. Mucchielli, l'examen phénoménologique des données c'est « l'écoute initiale attentive des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les « faire parler » ».

Il s'agit donc pour le chercheur de regarder le phénomène « tel qu'il est », de saisir le texte tel qu'il se présente en repérant les évidences dans une attitude d'ouverture à l'autre et à son monde ⁵⁵.

Les éléments de communication verbale et non-verbale ainsi que le contexte d'énonciation sont à prendre en compte.

Cette approche phénoménologique peut être séparée en deux temps :

- d'abord une saisie du texte tel qu'il apparaît en se laissant imprégner par celui-ci sans interpréter.

Ce moment s'appelle « l'épochè » ou « le temps intuitif ».

- le deuxième temps permet de comprendre le texte : « le temps réflexif ».

⁵⁴ AGNES OUDE-ENGBERINK, BEATRICE LOGNOS, BERNARD CLARY, MICHEL DAVID, GERARD BOURREL, « La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé », *exercer* 2013;105:4-11.

⁵⁵ PAILLE P, MUCCHIELLI A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.*, Paris: Armand Colin, 2003.

Se rapportant au ressenti des médecins et au vécu du changement statutaire, la question de notre étude suggère le recours à une approche phénoménologique.

3.2.4. Approche sémio-pragmatique selon Peirce

A cette analyse phénoménologique, nous adjoindrons une approche sémio-pragmatique décrite pour la première fois par Charles Sanders Peirce (1839 – 1914), sémiologue et philosophe américain.

L'auteur considère « *qu'un concept n'acquiert sa validité que si tous ses effets sont retrouvés dans la pratique* » : c'est-à-dire dans l'expérience vécue⁵⁶.

Toujours selon Peirce, l'approche sémio-pragmatique constitue une « enquête sémiotique dynamique » par laquelle le regard du chercheur se focalise sur les éléments signifiants du texte sans omettre les éléments des divers contextes.

Tout ce qui fait signe, tout ce qui fait sens est utilisé dans le matériau d'analyse pour informer le chercheur. Aucun phénomène ne peut exister en « lui-même », il est toujours dans un monde contextualisé⁵⁷.

Peirce désigne ainsi trois catégories phénoménologiques qu'il nomme les catégories universelles⁵⁸ :

- celle de la **Priméité** ou « qualité » : catégorie des signes correspondant aux phénomènes perçus, aux émotions, aux vécus, aux sentiments. Elle représente la vie émotionnelle.
- celle de la **Secondéité** ou « faits » : catégorie des expériences, de l'action/réaction, de la prise de conscience, de la réflexivité. Elle représente la vie pratique.
- celle de la **Tiercéité** ou « lois » : catégorie des principes, des conventions sociales, des règles de conduite, des habitus, des arguments. Elle représente la vie intellectuelle et de l'institution.

⁵⁶ OUDE ENGBERINK A, LOGNOS B, CLARY B, DAVID M, BOURREL G., « La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. », *exercer* 2013;105:12.

⁵⁷ OUDE ENGBERINK A, ARINO M, JULIA B, BOURREL G., « Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. », *Recherches Qualitatives. hors-série*(15):96–115.

⁵⁸ EVERAERT-DESMEDT N., *La sémiotique de Peirce*, dans Louis Hébert; 2011.

Ces catégories sont respectivement désignées en catégories 1, 2 et 3. La catégorie de la loi (3) présuppose la catégorie des faits (2) qui présuppose la catégorie des émotions, du vécu (1). C'est ce qu'on appelle un ordonnancement logique.

L'analyse linguistique permet d'affiner la description phénoménologique. En pratique, on repère des éléments signifiants dans le texte (linguistiques et extra linguistiques) qui vont être mis en relation pour construire des catégories puis caractériser ces dernières en fonction des classes définies par Peirce.

3.2.5. Catégories conceptualisantes

Selon P. PAILLE et A. MUCCHIELLI A, une **catégorie conceptualisante**⁵⁹ est « un outil d'analyse très complexe [...]. Son rôle en analyse qualitative est central. Elle permet d'aller au-delà du simple relevé de contenu pour toucher à la théorisation même des phénomènes », « il s'agit de regrouper des rubriques sous des concepts plus généraux qui ressemblent à des processus psychosociologiques. Les rubriques sont alors des sous-catégories de la catégorie conceptualisante. Elles apparaissent bien comme des « dimensions » de la catégorie conceptualisante ».

La catégorie conceptualisante permet de restituer la logique interne, le « fil rouge » du phénomène étudié. Les catégories émergentes ont été exposées sous forme d'énoncé phénoménologique⁶⁰.

3.3. Le guide d'entretien

3.3.1. Principe du guide d'entretien

Le guide d'entretien joue le rôle de conducteur souple, en permettant de structurer l'activité d'écoute et les interventions de l'intervieweur. Il se distingue du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogatoire mais ne dirige pas le discours.

⁵⁹ MUCCHIELLI A., " Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives" issu de Recherches qualitatives, hors-série, n°3. 2007.

⁶⁰ AGNES OUDE-ENGBERINK, BEATRICE LOGNOS, BERNARD CLARY, MICHEL DAVID, GERARD BOURREL, « La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé », exercer 2013;105:4-11

3.3.2. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été utilisé comme une ligne directrice, sous forme de « question-types » ouvertes avec relances, en utilisant un questionnement phénoménologique. Il a été réalisé au début du travail de thèse à partir de données de la littérature, portant sur le sujet de mon étude. Nous nous sommes également aidés d'ouvrages de recherches qualitatives, ainsi que de modèles de guides d'entretiens réalisés dans d'autres thèses.

Un premier guide d'entretien a été réalisé. Il a été testé sur un médecin généraliste ne faisant pas parti de l'étude et relu par 3 personnes en dehors du milieu médical, puis validé par le Professeur Gérard BOURREL, ce qui a permis de retirer certaines questions et d'en modifier l'ordre.

Finalement, après interview et retranscription des verbatims de 7 médecins, le contenu des entretiens s'est révélé trop descriptif, n'apportant pas assez de matière à analyser.

Le guide d'entretien a donc été modifié et étoffé. Les thèmes abordés sont restés les mêmes mais nous avons inclus des questions de relance supplémentaires et avons modifié la formulation et l'ordre de certaines questions.

Un entretien test a de nouveau été réalisé. Le contenu de ce dernier s'est avéré satisfaisant avec davantage de matière à analyser et une meilleure compréhension des questions de la part du participant.

Des techniques de reformulation phénoménologiques telles que « selon vous, quel a été votre ressenti... » ont été utilisées afin de susciter la verbalisation du vécu, des émotions, des faits.

3.3.3. Guide d'entretien utilisé pour mon étude

Mon questionnaire comporte plusieurs parties : (cf Annexe 1 : Le guide d'entretien)

- ✓ Une première partie pour présenter l'enquêtrice, l'enquête, le cadre et le déroulement de l'entretien.
- ✓ Une deuxième partie, le guide thématique, permettant de récolter les informations qualitatives.

Les thèmes abordés étaient :

- le parcours professionnel du médecin,
 - la cessation de l'activité libérale,
 - la réorientation professionnelle,
 - les mesures d'amélioration de l'exercice libéral.
-
- ✓ Une troisième partie qui permet de recueillir les données personnelles des participants : âge, situation familiale, lieu d'obtention du diplôme de médecine, âge de l'installation en libéral, lieu d'exercice, autres activités professionnelles durant la carrière, âge de cessation de l'activité libérale, situation professionnelle actuelle.

 - ✓ Et enfin une quatrième et dernière partie pour conclure l'entretien.

3.4. Population étudiée

3.4.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- être un médecin généraliste anciennement installé en libéral en région Occitanie,
- avoir cessé une activité libérale avant 65 ans.

Certains critères de divergences nous semblaient importants à retenir parmi les médecins à inclure, afin d'obtenir un éventail de profils le plus large possible :

- ✓ être d'âge et de sexe différents,
- ✓ exercer dans des zones géographiques variées (rurale, semi-rurale et urbaine),
- ✓ âge d'installation et de cessation varié,
- ✓ domaines de réorientation professionnelle multiples : salariat, autres activités professionnelles.

3.4.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- ✓ être médecin collaborateur,
- ✓ être médecin remplaçant,
- ✓ avoir cessé son activité libérale de façon temporaire.

3.4.3. Recrutement des participants

Les participants de l'étude étaient des médecins généralistes anciennement installés en libéral et ayant dévissé leur plaque. Les coordonnées des médecins ont été obtenues par relation confraternelle et bouche à oreille. Ainsi, à la fin de certains entretiens, des médecins interrogés m'ont suggéré d'autres confrères à questionner.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la région Occitanie ainsi que l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) ont été contactés par mail et téléphone mais n'ont pas pu nous fournir de données.

Le recrutement des participants a recherché « la variation d'expérience ». Nous avons donc voulu obtenir un éventail de profils le plus varié possible afin de recueillir des discours et des représentations multiples. La sélection des médecins s'est ainsi faite en privilégiant la diversité d'âge, de sexe, de lieu d'exercice et de réorientation professionnelle.

Chaque médecin a été contacté par téléphone. Le sujet de l'étude, le principe des entretiens, les modalités, ainsi que de la nécessité d'enregistrer l'entretien afin de retranscrire au plus près leur propos leur a été exposé. Les participants ont été informés de l'anonymat des entretiens et ont donné leur consentement oral et écrit avant la participation.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée a priori afin de répondre au principe de « saturation des données », qui consiste à arrêter les entretiens lorsque les techniques de recueil et d'analyse n'ont plus fourni d'élément nouveau à la recherche⁶¹.

⁶¹ BLANCHET A, GOTMAN A., L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris : Nathan, 1992.

3.5. Réalisation du recueil des données

3.5.1 Cadre

Les entretiens se sont déroulés à la date et à l'horaire choisis par les médecins et dans le lieu qui leur convenait le plus, la plupart sur leur lieu de travail et certains au domicile des médecins.

Il n'y avait pas d'observateur ou d'accompagnateur non participant, pour mettre à l'aise au maximum l'interviewé et ainsi laisser libre cours à la discussion.

3.5.2 Durée

Une durée approximative des entretiens, d'environ une trentaine de minutes, était précisée aux médecins afin qu'ils puissent s'assurer de disposer du temps nécessaire.

Les entretiens ont duré entre 19 et 50 minutes.

3.5.3 Enregistrement et retranscription des entretiens

Une présentation de l'enquêtrice, de l'étude et du guide a été faite dès le début de l'entretien.

Chaque médecin a ensuite signé un consentement expliquant l'étude et garantissant leur anonymat. (Cf Annexe 2 : Consentement écrit et signé).

Après l'accord oral et écrit de chaque participant, tous les entretiens ont pu être enregistrés sur un dictaphone de la marque PHILIPS, type Voice Tracer DVT2510.

Lors des entretiens, j'ai pris des notes écrites regroupées dans un carnet d'entretien, sur la communication non-verbale et sur les thèmes méritant des relances éventuelles par la suite. Ces notes ont été volontairement limitées pour ne pas perturber le médecin interrogé.

La totalité des entretiens ont été retranscrits littéralement et intégralement, sans reformulation, en y incluant les notes sur la communication non-verbale comme les silences, les hésitations, les rires, les interruptions, afin de ne pas oublier d'éléments importants pour mon étude.

Cette retranscription a eu lieu après chaque entretien afin de ne pas perdre d'informations, grâce au logiciel Microsoft Word. Afin d'obtenir une retranscription la plus fidèle possible, des allers-retours dans l'écoute étaient effectués puis enfin une nouvelle écoute intégrale une fois l'entretien totalement retranscrit.

Dans un respect d'anonymat et de confidentialité, l'identité de chaque médecin a été remplacée par la lettre M (pour Médecin), suivie d'un numéro correspondant à l'ordre d'entretien.

Ce substitutif a ensuite été utilisé pour identifier les auteurs des différents verbatim dans la partie Résultats.

Les entretiens sont présentés en intégralité en annexe n°4 (cf document additionnel).

3.5.4 Validation des données

Afin de renforcer la validité interne de notre étude, les verbatims étaient secondairement envoyés par mail aux interviewés afin qu'ils puissent corriger ou valider leurs propos. Cette validation a permis d'étudier leurs réactions face à la retranscription écrite de leurs pensées et de limiter les erreurs d'interprétation de leurs propos.

3.6 Procédure d'analyse

Une analyse phénoménologique sémio pragmatique décrite précédemment a été faite au fur et à mesure, en plusieurs étapes rappelées ci-dessous⁶²:

- retranscription des enregistrements avec prise en compte des éléments de contextualité préexistants.
- lecture « flottante » intuitive avec imprégnation du texte,
- lecture focalisée avec repérage d'associations, d'éléments linguistiques,
- découpage en unités de sens et premières thématisations,
- caractérisation sémiotique selon Pierce, ordonnancement logique et mise en lien des énoncés : catégorisation de 1er ordre,
- mise en lien et comparaison entre les verbatims, les catégories en construction et l'objet de recherche : catégories de 2ème ordre,
- restitution de sens : propositions conceptualisantes.

⁶² OUDE ENGBERINK A, LOGNOS B, CLARY B, DAVID M, BOURREL G. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;24(105):4-11, p.7.

En pratique ces étapes ne sont pas strictement chronologiques. Des va et vient sont nécessaires entre ces différentes étapes au cours de l'analyse afin de faire évoluer la catégorie et de lui permettre d'atteindre la « densité » recherchée⁶³.

La méthodologie de cette étude s'est reposée sur les recommandations actuelles et sur les critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).

Les critères de validité scientifique des études qualitatives ont été respectés, à savoir :

- l'échantillonnage raisonné par variation d'expérience,
- la saturation empirique des données,
- la triangulation des chercheurs ou fidélité inter codeur a été réalisée pour la plupart des entretiens, avec le directeur de thèse et l'aide du Pr Gérard BOURREL.

⁶³ OUDE ENGBERINK A, LOGNOS B, CLARY B, DAVID M, BOURREL G., La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013 ;24(105) :4–11), p.9.

4- Résultats

4.1. Population étudiée

4.1.1. Les caractéristiques des participants

L'identité des médecins est remplacée par la lettre M pour « médecin » suivi du numéro de l'entretien par ordre de réalisation. Ainsi le premier médecin participant à l'étude fut M1, puis le deuxième M2 et ainsi de suite.

Le recrutement de participants a été arrêté lorsque la saturation des données a été obtenue, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle donnée n'était recueillie lors des entretiens.

Finalement, pour mon étude onze médecins ont été interrogés.

Les caractéristiques des participants sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

On retient notamment que :

- 6 hommes et 5 femmes ont été interrogés.
- le médecin le plus jeune est âgé de 30 ans, le plus âgé de 63 ans. L'âge moyen des participants est de 51 ans,
- l'âge de l'arrêt de l'exercice libéral va de 30 ans pour le plus jeune et de 60 ans pour le plus âgé, avec une moyenne d'âge de cessation d'activité libérale de 47 ans,
- sur les onze médecins, 6 exerçaient en zone urbaine, 2 en zone semi-rurale et 3 en zone rurale,
- 10 médecins exercent désormais une activité salariée, 1 médecin a pris une retraite anticipée.

Tableau 2 - Tableau récapitulatif des caractéristiques des participants

Médecins	Sexe	Age actuel	Age de cessation	Zone d'exercice	Situation actuelle
M1	Femme	30 ans	30 ans	Urbain, quartier défavorisé	Salariée, à mi-temps en HAD, mi-temps en SSR gériatrique
M2	Homme	60 ans	60 ans	Urbain, puis semi rural	Salarié dans un SSR polyvalent privé
M3	Femme	39 ans	37 ans	Semi rural puis urbain	Médecin conseil à l'Assurance maladie
M4	Homme	63 ans	56 ans	Rural	Médecin coordinateur d'EHPAD
M5	Homme	54 ans	52 ans	Urbain, exercice mixte libéral / salariat	Praticien Hospitalier au sein d'une unité de soins palliatifs
M6	Homme	55 ans	54 ans	Semi rural	Médecin salarié dans un Centre Municipal de Santé
M7	Homme	33 ans	30 ans	Urbain	Médecin territorial de PMI au conseil départemental
M8	Femme	53 ans	39 ans	Rural	Médecin conseil du Service Médical de l'Assurance Maladie
M9	Femme	55 ans	53 ans	Urbain	Médecin de prévention dans un centre de gestion de la fonction publique territoriale
M10	Homme	62 ans	49 ans	Rural	Praticien hospitalier en équipe mobile de gériatrie
M11	Femme	60 ans	57 ans	Urbain	Retraitée

4.1.2. Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés sur la période allant du 17 janvier 2018 au 21 mai 2018.

Ils se sont déroulés pour la plupart sur le lieu d'exercice des médecins. Quatre entretiens ont été réalisés au domicile du médecin.

La durée moyenne des entretiens a été de 29 minutes et 54 secondes, avec une durée maximale de 50 minutes et 8 secondes, pour une minimale de 19 minutes et 25 secondes.

Tableau 3 - Tableau récapitulatif des caractéristiques des entretiens

Médecin	Date de l'entretien	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
M1	17/01/2018	CHU Montpellier	25 minutes et 9 secondes
M2	30/01/2018	Clinique	40 minutes et 42 secondes
M3	13/02/2018	Domicile	50 minutes et 8 secondes
M4	28/02/2018	Domicile	37 minutes et 21 secondes
M5	12/03/2018	CHU Nîmes	19 minutes et 25 secondes
M6	21/03/2018	Centre médical de santé	29 minutes et 17 secondes
M7	04/04/2018	PMI	32 minutes et 47 secondes
M8	17/04/2018	CPAM Montpellier	19 minutes et 27 secondes
M9	30/04/2018	Domicile	21 minutes et 7 secondes
M10	15/05/2018	CH Perpignan	19 minutes et 28 secondes
M11	21/05/2018	Domicile	30 minutes et 46 secondes

Chaque entretien s'est déroulé seulement en présence de l'enquêtrice et du participant pour mettre à l'aise au maximum l'interviewé sans qu'il ne se sente jugé par une tierce personne et ainsi laisser libre cours à la discussion.

Le seuil de saturation a été atteint au cours du 10ème entretien. Un 11ème a été réalisé pour consolider les résultats trouvés.

4.2. Analyse des données

4.2.1. Exemple d'interprétation : entretien M7

Entretien M7, homme médecin âgé de 33 ans, qui a cessé son activité libérale à 30 ans pour occuper un poste de médecin territorial de PMI au conseil départemental. L'entretien s'est déroulé sur son lieu de travail et a duré 32 minutes et 47 secondes.

<p><i>Tout d'abord, j'aimerais que vous me parliez de votre ancienne pratique libérale. Comment avez-vous exercé en libéral ?</i></p> <p>Et ça m'a attiré le fait qu'il y ait 5 médecins à l'époque.</p> <p>J'ai bien accroché avec un des médecins notamment.</p> <p>Les horaires étaient très très corrects</p> <p>J'ai toujours été attiré par le côté social de notre travail.</p> <p>Une patientèle très variée. Il y avait une grosse activité. Pour vous donner une idée, on faisait 30 patients en 5h. Donc 6 patients de l'heure, donc 10 minutes par patient.</p> <p>C'est ça qui est ressorti de mon activité, et c'est ça qui m'a fortement déplu. C'est que, je ressentais une énorme pression de la salle d'attente. Et j'avais toute cette pression du monde qui était là. J'étais obligé de fermer la porte au nez des gens, de verrouiller la sonnette.</p> <p>Et le sans rendez-vous a été un problème pour moi. Parce que mes ex-collègues ont toujours voulu fonctionner comme ça.</p> <p>Alors que nous, on avait un pool de patient, hyper variable, qui venaient parce qu'ils avaient vu de la lumière, et ça tournait ça tournait ça tournait !</p> <p>Il y a des gens que je voyais une fois, je ne les revoyais jamais... Imaginez pour des prescriptions de morphine, ce n'est pas confort. Tu essayes d'entamer la diminution des doses, mais il s'en fou le mec parce qu'il n'est pas venu pour ça, il sait que ça va vite, que dans 10 minutes il sera parti.</p> <p>En juillet 2014, j'ai dit stop. Après avoir proposé des solutions de changement que je trouvais inévitables.</p> <p>J'avais pensé bien sûr au rendez-vous, sauf que ça gênait mes collègues parce que ça mobilisait la secrétaire. Eux ils n'étaient pas</p>	<p>(1) Attirance pour le travail en groupe</p> <p>(2) Bonne attente avec un associé</p> <p>(2) Horaires corrects</p> <p>(1) Attirance pour le rôle social de la médecine générale</p> <p>(2) Charge de travail élevée, rapport consultation / horaire importante</p> <p>(1) Ressenti négatif</p> <p>(1) Pression physique et psychologique, exercée par le flux de patients lors des sans rendez vous</p> <p>(2) Les consultations sans rendez-vous lui ont posé problème</p> <p>(2) Mode de fonctionnement du cabinet imposé par les associés et refus de changer</p> <p>(2) Patientèle variée / turn over important</p> <p>(2) Pas de possibilité de suivi médical</p> <p>(2) Absence d'alliance thérapeutique</p> <p>(2) Arrêt de l'exercice libéral malgré proposition d'amélioration</p> <p>(2) Difficulté pour changer l'organisation du cabinet</p> <p>(1) en désaccord avec les associés</p>
--	--

<p>très motivés par l'idée des rendez-vous, ça leur allait bien de pas avoir de rendez-vous.</p> <p>J'avais proposé aussi de mettre en place des réunions d'équipe. Parce que je sentais bien que dans l'équipe on avait du mal à communiquer. Et moi j'aurais aimé qu'on mette en place un temps d'échange, qui se faisait un petit peu entre midi et 2, autour d'un sandwich, où on se croisait mais finalement il n'y avait rien de très construit.</p> <p>Mais au moins qu'on ait un moment où on soit tous ensemble, décontracté, mais où on puisse parler. Ça fait du bien d'avoir du lien !</p> <p>Il m'est arrivé un jour de dire à un patient, « j'en ai ras le bol ». J'étais à bout. C'était un samedi matin, je le vois débarquer dans la salle d'attente et je lui ai dit, « j'en ai ras le bol des gens comme vous qui ne viennent pour rien ».</p> <p><i>Quels étaient selon vous les atouts du libéral ?</i></p> <p>La liberté. Eh bien, tout simplement, j'ai envie de finir à 15h parce que je n'ai pas envie de faire des visites cet après-midi, c'est possible. Libéral, ça veut dire liberté. <i>Vraiment</i> je le ressentais comme ça.</p> <p>Le salaire, qui était vraiment top.</p> <p>Une certaine indépendance de point vu.</p> <p>Et à la fois, je mettrais quasiment les mêmes points en négatifs. En miroir, l'indépendance, ça veut dire que tu n'as pas de réseau. Tu peux te créer un réseau progressivement. En fait tu te le fais peut-être avec tes copains de la fac, ou avec des gens avec qui tu travailles un peu.</p> <p>Mais t'as pas un réseau clairement identifiable. Moi j'étais assis à ma chaise mais je ne savais même pas... Je savais qu'à 2 pâtés de maison plus loin il y avait un kiné, mais je le connaissais pas, je savais pas</p>	<p>(2) Proposition de mise en place de réunions d'équipe</p> <p>(1) Difficulté rencontrée : manque de communication / besoin d'un temps d'échange</p> <p>(2) Peu de temps d'échange entre confrères par manque de temps</p> <p>(3) Ce qu'il manque parfois en libéral, c'est un temps de partage et d'échange entre confrères, qui est indispensable et bénéfique.</p> <p>(2) Excédé par les demandes injustifiées répétées des patients</p> <p>(3) L'exercice libéral est synonyme de liberté</p> <p>(2) Flexibilité des horaires et de l'emploi du temps Affirme ses propos</p> <p>(2) Le salaire en libéral est très satisfaisant.</p> <p>(2) Le médecin libéral est maître de ses décisions</p> <p>Points positifs et négatifs en miroir :</p> <p>(3) L'indépendance au travail du médecin libéral permet une certaine liberté de fonctionnement, mais en contrepartie, il manque un réseau de professionnel connu et clairement défini.</p>
---	---

<p>sa façon de travailler. Ce genre de chose, ça manque quoi ! On ne se connaît pas entre professionnels.</p> <p><i>C'est un des inconvénients que tu ressentais le plus.</i></p> <p>Oui, cet isolement professionnel. Ça, ça me manquait un peu de pas pouvoir identifier des personnes ressources.</p> <p>Le salaire, c'était un truc positif, mais à la fois c'était aussi négatif parce que ça montrait que je faisais trop d'actes en fait.</p> <p>Moi j'en étais à me dire, « ce diabétique, pffffff... il va me prendre plus de temps ». Et là, tu te regardes de loin, et tu te dis « mais tu fais de la médecine pour quoi ? ». Pour les boîtes de doliprane ou pour le mal perforant ? Et ça en fait, au bout d'un moment, t'es complètement tiraillé entre le fait que c'est plus facile, donc t'es attiré par la facilité, mais à la fois la stimulation intellectuelle elle existe plus.</p> <p>Mais en gros point négatif, c'était la communication avec mes collègues parce que clairement, on était dans une autre galaxie quoi. Il n'y avait pas vraiment d'entraides entre nous et puis on ne se comprenait pas.</p> <p>Donc en fait il y avait trop de points négatifs par rapport aux points positifs</p> <p>Puis à un moment donné, ce qui m'a fait changer de voie complètement c'est que je me rendais compte que même les jours où je ne travaillais pas, donc le lundi et mardi, j'angoissais à l'idée de me remettre dans le bain négatif que c'était. Voilà.</p> <p>Finalement même le côté liberté libérale, il disparaissait parce que cette liberté elle était un peu tronquée par le fait que quand j'y étais, j'étais un peu assaillis.</p>	<p>(2) Il y a peu de communication entre les différents acteurs de soin, qui ne se connaissent pas.</p> <p>(3) Le médecin généraliste en libéral a besoin d'identifier des personnes ressources et de les connaître, et l'absence de réseau clairement défini est source d'isolement professionnel.</p> <p>(1) Besoin d'identifier clairement des personnes ressources, de les connaître</p> <p>(2) L'aspect financier n'était pas valorisant car il reflète une activité excessive</p> <p>(1) Questionnement sur le sens de son travail</p> <p>(3) En subissant une pression physique et psychologique liée à la charge de travail excessive, le médecin libéral s'oriente vers des consultations de routine rapide et perd l'intérêt intellectuel de son travail.</p> <p>(2) Mauvaise communication avec les associés</p> <p>(2) Conclue : plus d'inconvénients que d'avantages</p> <p>(1) Angoisse à l'idée de travailler</p> <p>(3) La liberté du libéral est altérée par la surcharge de travail lié à l'afflux de patients. Le médecin est tenté par la facilité de certaines consultations, pour gagner du temps et de l'argent. L'activité perd</p>
--	--

<p>C'est plutôt le fonctionnement négatif du cabinet qui m'a éloigné complètement du libéral, et même ça m'a éloigné des gens parce que comme je te dis, j'en étais à me dire que les patients chroniques, pffff... ça prenait plus de temps. Voilà, j'avais perdu ce qui m'avait amené là c'est-à-dire l'envie de partager avec des populations fragilisées et de prendre le temps avec eux.</p> <p><i>Enfinement, est ce que cet exercice-là correspond à la vision de la médecine générale libérale que tu te faisais avant de t'installer ?</i></p> <p>Donc l'exercice tel que je le menais là, j'ai cru qu'il allait correspondre, dans ce côté-là, dans l'envie d'aiguiller les gens, de les conseiller...</p> <p>Et puis je me suis rendu compte assez rapidement, qu'en fait on a l'exercice qu'on mérite un peu aussi. Et à force de tendre vers la rapidité, vers l'efficacité, et bien finalement, ça troublait le message.</p> <p>Donc, non, ça ne correspondait pas du tout à ce que j'imaginai.</p> <p>J'ai une vision du médecin généraliste comme praticien de premier recours.</p> <p><i>Quelles étaient tes motivations à l'arrêt de l'exercice libéral ?</i></p> <p>Ma famille. Parce que j'étais trop mal, je me sentais mal dans ce que je faisais.</p> <p>J'avais l'impression que j'avais pas le choix. Maintenant j'ai plus d'expérience, je sais que je gèrerais pas la situation comme ça.</p> <p>Je pense que ce que j'ai ressenti comme gêne, c'est aussi le fait d'être le bébé du cabinet. J'étais le plus jeune, et au début tu sais pas trop comment ça peut se passer. Tu prends un peu ce qui vient, et puis tu t'adaptes quoi. Et je crois qu'avec</p>	<p>progressivement son intérêt médical et intellectuelle.</p> <p>(1) Perte des valeurs initiales (2) Arrêt du libéral en raison d'un mode de fonctionnement du cabinet imposé par les associés, et en désaccord avec ses valeurs. (3) Le sans rendez-vous, par la « pression de la salle d'attente » qu'il entraîne, est responsable de la perte d'intérêt du métier.</p> <p>(3) Le médecin généraliste en libéral est un praticien de premiers recours. Il a un rôle de conseil et d'orientation.</p> <p>(3) On a l'exercice que l'on mérite. (3) L'accélération du rythme de travail, avec des consultations rapides pour des problèmes bénins, altère la qualité de la relation avec le patient et le rôle du médecin généraliste.</p> <p>(1) Désillusion</p> <p>(2) Influence de la famille dans la prise de décision (1) Mal être au travail / en désaccord avec sa vision de la médecine</p> <p>(1) Sentiment de ne pas avoir le choix (1) Avec l'expérience, la situation aurait été différente.</p> <p>(3) Le fait d'être le plus jeune médecin du cabinet et le manque d'expérience font qu'il est difficile d'imposer ses choix, et qu'il faut donc s'adapter à un mode de fonctionnement.</p>
---	---

<p>l'expérience je gérerais bien mieux les choses maintenant.</p> <p>Voilà, de faire quelque chose qui ne me plaisait pas quoi. Je n'étais pas fier de ce que je faisais en fait. Je me disais « c'est nul quoi ! ». T'es un distributeur d'ordonnance, t'as pas de raisonnement scientifique dans ta pratique. C'était vraiment une sensation de mal être dans le travail.</p> <p>Dans les motivations, y'avait une envie d'aller vers le mieux, d'aller vers une qualité de travail un peu meilleur, de me protéger aussi un peu plus, de faire un peu plus attention vis-à-vis des gens que j'ai. J'avais aussi envie de me perfectionner. Je sentais que j'étais un peu limité dans mon exercice, du fait de ne pas gérer de grosses situations.</p> <p><i>Et comment tu l'as vécu, le fait de dévisser ta plaque ?</i></p> <p>[Hésitation, souffle]. Je crois que ça a été un soulagement en fait. Vraiment, parce que j'étais à bout, physiquement et mentalement. Donc ouais, je crois que ça a été vraiment un soulagement, de me dire, « bon allez, on va repartir vers quelque chose d'autre ! ».</p> <p><i>Et maintenant, qu'est ce qui change ?</i></p> <p>Donc, après le libéral, je suis allé dans le salariat, mais du salariat, ultra spécifique. Et en fait j'ai eu besoin de gagner en technicité, et de gagner en socle de connaissance, donc je suis allé travailler dans un centre de vaccination, où vraiment, on essayait de faire quelque chose d'assez perfectionné, avec des temps de consultation bien cadrés, avec des publics bien cadrés... Et j'ai eu besoin en fait, de remettre un cadre de travail correct autour de mon activité, et de me perfectionner dans ce que je faisais.</p> <p>Et puis, il y a un moment où j'avais perdu cette sensation de me sentir bien.</p> <p>Je me suis un peu reculé, maintenant je suis à la PMI. Je m'intéresse à d'autres choses, le développement de l'enfant, le fonctionnement institutionnel, le fait de</p>	<p>(1) L'activité libérale telle qu'il l'a pratiqué ne lui plaisait pas et provoquait un état d'angoisse et de mal être (2) Manque de raisonnement scientifique dans sa pratique</p> <p>(1) Volonté d'améliorer sa qualité de travail, la qualité de la relation médecin – patient, et de se perfectionner. (1) Sentiment d'être limité par un manque de connaissance</p> <p>(1) L'arrêt de l'exercice libéral a été un soulagement : épuisement physique et psychologique, espoir d'aller vers de meilleures conditions de travail</p> <p>(1) Volonté de consolider ses connaissances et de se perfectionner. Orientation vers un domaine très spécialisé. (2) Besoin d'un cadre de travail</p> <p>(1) En libéral, sentiment de ne plus se sentir à l'aise avec ses connaissances.</p> <p>(3) L'arrêt de l'exercice libéral et le changement de statut permet au médecin de se perfectionner dans un domaine et ainsi de se sentir à l'aise dans sa pratique,</p>
---	---

<p>nouer des partenariats avec des structures à côté de nous. De nouveau, je retourne un peu vers les patients. Et ça, c'est parce que mon socle il a été réassuré par ce côté vaccination et sécurité sociale. La technicité m'a permis de me remettre bien dans mes baskets quoi, de me dire « attend je sais vachement de chose, maintenant je vais en faire profiter ».</p> <p>Je me sens de nouveau aidant pour, je me sens plus jugeant comme j'ai pu l'être à la fin de mon activité notamment.</p> <p><i>Donc le principal changement, c'est un renouveau et une stimulation intellectuelle, un bien être dans le travail.</i></p> <p>Oui, exactement ! Un entourage aussi. La principale différence c'est que j'ai appris à travailler avec des gens autour.</p> <p>Et là, c'est ce que j'ai retrouvé en venant dans des structures administratives. C'est un travail en équipe bien coordonné, avec des gens qui savent autour de nous, où on peut confronter les idées, essayer d'aller vers le haut grâce au travail avec les autres.</p> <p>Ce que je ressentais dans mon isolement du cabinet c'est que je disais un truc, c'était parole d'évangile quoi. Le patient je lui disais, « vous me prenez ça, vous allez aller mieux », en plus je les revoyais pas derrière donc je savais que j'allais soigner tout le monde quoi ! Alors que là non. On a un suivi, les gamins on les revois tous les mois, les troubles du développement il faut les faire suivre par des structures particulières... Donc finalement, ce travail-là, ce retour-là est très important.</p> <p>Vraiment, ça demande beaucoup plus de temps d'organisation. C'est ce qui manquait complètement dans le cabinet où j'étais.</p> <p><i>Finalement, quelles mesures proposerais-tu pour améliorer les conditions d'exercice en libéral ?</i></p>	<p>ce qui est source de « bien-être » au travail.</p> <p>(2) Amélioration de la relation médecin – patient dans son travail et ses connaissances. (2) Consolidation des connaissances</p> <p>(1) Amélioration de son ressenti au travail / amélioration de la relation médecin-patient</p> <p>(2) Acquisition d'un entourage professionnelle et du travail en équipe, pluri disciplinaire</p> <p>(3) L'exercice salarié au sein d'une structure pluridisciplinaire, grâce à un travail en équipe coordonné, permet l'échange des connaissances et la confrontation des idées.</p> <p>(2) Contraste entre l'isolement professionnel en libéral et le travail polyvalent en équipe</p> <p>(2) L'exercice libéral exige une certaine organisation pour ne pas se laisser dépasser par la charge de travail et les demandes des patients.</p>
---	---

<p>Ce qui permet d'améliorer le travail c'est quand même de se confronter, de travailler avec les autres. C'est-à-dire que nous, là où j'étais, on était 5 fois un médecin. Donc on était 5 personnes uniques qui travaillaient dans les mêmes locaux.</p> <p>Or maintenant, on le voit avec le développement des maisons médicales... Ces projets-là sont le fruit d'une équipe. Et je crois que ça, rien que ça, déjà d'être 2 ou plus et de confronter sa façon de travailler, déjà ça améliore la capacité de travail. Mettre en commun une vision que tu veux avoir du patient, déjà ça améliore ce que tu fais.</p> <p>Donc, encourager ce genre d'initiative, je pense que déjà ça améliorerait.</p> <p>Il y a quelque chose qui améliorerait aussi, ça serait de libérer les médecins des contraintes techniques, c'est-à-dire que... Si toutes les mairies se lançaient dans des projets de maisons médicales, avec juste un loyer qu'on aurait à donner à la mairie, avec limite un modèle standardisé de maison médicale</p> <p>Si tu imagines que tel endroit c'est géré par la mairie... Et bien finalement, toi tu viendrais, tu penserais à tes consultations, tu fermerais ta porte de cabinet, tu t'en irais et puis ça serait fini. Tu n'aurais pas tout ça à gérer. Après ça s'oppose un peu à la liberté, mais bon tout ça c'est du temps d'organisation que tu perds parce que t'es pas en train de faire de la médecine.</p> <p><i>Tu penses à d'autres choses ?</i></p> <p>Oui, peut-être faire découvrir un peu plus la médecine libérale aux internes, et aux externes. Et je découvre maintenant que le champ des possibles il est énorme, il y a vraiment pleins de choses...</p>	<p>Favoriser et encourager le travail en équipe et les rencontres entre professionnels</p> <p>Proposition d'un modèle standardisé de maison médicale, soutenu par les municipalités pour libérer le médecin des contraintes administratives et améliorer le temps médical.</p> <p>Former les étudiants en médecine, externe et interne, à la médecine libérale (2) La médecine libérale est multiple et variée, et ouvre à beaucoup de pratiques différentes.</p>
---	---

Restitution de sens de l'entretien M7

- Ce qu'il manque en libéral, c'est un temps de partage et d'échange entre confrères, qui est indispensable et bénéfique pour le médecin.
- L'exercice libéral est synonyme de liberté.
- Le médecin généraliste en libéral a besoin d'identifier des personnes ressources et de les connaître, et l'absence de réseau clairement défini est source d'isolement professionnel.
- En subissant une pression physique et psychologique liée à la charge de travail excessive, le médecin libéral est tenté de s'orienter vers des consultations de routine rapide et perd l'intérêt intellectuel et le sens de son travail, ce qui altère la qualité de la relation avec le patient.
- Un médecin a l'exercice qu'il mérite.
- Le fait d'être le plus jeune médecin du cabinet et le manque d'expérience font qu'il est difficile d'imposer ses choix, et qu'il faut donc s'adapter à un mode de fonctionnement.
- L'arrêt de l'exercice libéral et le changement de statut permet au médecin de se perfectionner dans un domaine et ainsi de se sentir à l'aise dans sa pratique, ce qui est source de « bien-être » au travail.
- L'exercice salarié au sein d'une structure pluridisciplinaire, grâce à un travail en équipe coordonné, permet l'échange des connaissances et la confrontation des idées.

4.2.2. Restitution de sens des entretiens

Tous les entretiens ont été analysés en verbatims, ils sont présentés en annexe.

(cf Annexe 4: retranscription intégrale des entretiens avec les verbatims)

Restitution de sens de l'entretien M1 :

- Quand on commence en libéral, c'est beaucoup de présence, de disponibilité, de travail pour pas beaucoup de revenus, et c'est assez dur.
- L'exercice libéral n'est pas si libre qu'on le croit.
- La relation médecin / patient a évolué vers une relation « consumériste », où le patient est tout puissant.
- L'idéal, c'est de pouvoir prescrire ce qu'on pense être nécessaire, juste et adapté.
- L'idéal serait de travailler sans pression financière.

- Le patient tout puissant face à un médecin sans droit entraîne un sentiment de fragilité et de solitude du médecin. Le médecin « sans droit » renvoie à l'image de privation de liberté.
- Le milieu hospitalier rassure et est un lieu d'apprentissage.
- La cessation de l'exercice libéral, c'est l'arrêt des problématiques financières et administratives.
- La féminisation de la médecine se heurte à tous les inconvénients du libéral.

Restitution de sens de l'entretien M2 :

- L'exercice libéral est modulable et évolutif au fur et à mesure de la pratique. Il permet au médecin de pratiquer comme il le souhaite, selon ses envies, ses connaissances et ses expériences propres.
- Le médecin généraliste élabore un « contrat » avec son patient, et ce contrat évolue avec le suivi du patient.
- Le paiement à l'acte n'est pas adapté et ne valorise pas le travail du médecin généraliste.
- L'acte médical n'est pas valorisé à sa juste valeur et contraint le médecin à répondre aux demandes abusives de patients consuméristes.
- Le paiement à l'acte participe à la déconsidération du métier de médecin généraliste et favorise le comportement consumériste des patients.
- Le médecin en libéral doit réaliser un certain nombre d'acte quotidien pour avoir une activité rentable financièrement, ce qui lui rajoute une pression supplémentaire.
- Le paiement à l'acte est responsable d'une course à l'acte, à réaliser dans un temps limité, ce qui altère la qualité du temps médical.
- La médecine générale en libérale est une médecine globale qui nécessite du temps.
- Il est difficile de freiner et ralentir son activité en libéral, dans un contexte de pénurie de médecin.
- La médecine générale permet une multitude d'exercices variées et donne la possibilité de changer.
- Le travail en équipe rend l'exercice moins individuel en permettant un travail collectif qui « avance ».

Restitution de sens de l'entretien M3

- L'exercice libéral apporte une liberté au médecin dans la diversité de la pratique, dans l'organisation du travail et la relation médecin-patient.
- Mais, le médecin a ses limites propres, et ne peut pas répondre à toutes les demandes de certains patients consuméristes. L'attitude consumériste des patients et l'exigence de résultats rend l'exercice pénible pour le médecin.
- Le rôle du médecin généraliste n'est pas valorisé par les institutions.
- L'idéal du libéral serait de pouvoir exercer de façon globale en prenant du temps.
- Le changement de statut transforme le rapport et la relation avec les patients. La relation médecin – patient se modifie avec la perte de la relation médecin traitant – patient.
- En changeant de statut, on change de pratique médicale.
- Le paiement à l'acte n'est plus adapté au système actuel et ne valorise pas le travail du médecin. Le paiement à l'acte favorise l'attitude consumériste des patients.

Restitution de sens de l'entretien M4

- L'exercice libéral est très valorisant car le médecin se sent reconnu et apprécié de ses patients avec qui il crée un lien fort.
- Le médecin généraliste en libéral a un rôle de « médecin de famille », en assurant la continuité des soins et le suivi.
- L'exercice libéral est exigeant car il demande d'être très disponible pour ses patients à qui il est difficile de dire « non ».
- La vision générale du médecin généraliste demande une plus grande exigence que les spécialistes, une rigueur dans la formation et il faut régulièrement se mettre à jour.
- L'exercice salarié est plus sécurisant et assure une meilleure protection sociale.
- En libéral, on est seul face à son patient et on n'a pas la possibilité de discuter des cas difficiles.
- L'arrêt de l'exercice libéral progressif permet une évolution dans la carrière du médecin.

Restitution de sens de l'entretien M5

- L'exercice libéral permet une liberté de fonctionnement et d'organisation du cabinet.
- Le médecin généraliste en libéral est dépendant des institutions qui lui imposent des règles.
- L'arrêt de l'exercice libéral est une libération, en permettant de concentrer son activité sur une pratique plus stimulante intellectuellement.
- Le statut de salarié est plus confortable, et permet d'avoir un salaire fixe stable, indépendant de la charge de travail.
- La pression administrative est plus importante en salariat qu'en libéral puisqu'il y a des comptes à rendre, contrairement à l'activité libérale où on est son « propre patron »
- L'exercice hospitalier permet de laisser du temps pour la réflexion dans la prise en charge de pathologies lourdes, ce qui n'est pas toujours le cas en libéral où l'on subit une pression des patients.
- Le système libéral sous sa forme actuel n'est pas adapté à la demande de santé publique et au besoin de permanence de soin.

Restitution de sens de l'entretien M6 :

- En exerçant seul en libéral, on est responsable de nos actes. On est maître de nos décisions, ce qui permet d'en tirer de la satisfaction personnelle.
- Le contrôle des actes par l'administration et les contraintes imposées par les pouvoirs publics, avec des tâches administratives de plus en plus lourdes et complexes, est insupportable.
- Lorsque l'on est installé en libéral, ce n'est pas un investissement unique mais c'est toute une famille qui s'implique.
- La relation de confiance et de proximité avec les patients est valorisante pour le médecin.
- Le travail du médecin généraliste n'est pas reconnu par les pouvoirs publics et l'administration.
- La crainte des erreurs médicales rend l'exercice de la médecine en libéral difficile.
- L'administratif prive le médecin en libéral de son indépendance et de sa liberté.
- En exerçant en libéral, on construit une relation de confiance avec le patient, sur le long terme, ainsi qu'un environnement de vie qui implique une famille entière.
- Lorsque l'on s'installe en libéral on est soutenu, lorsque le médecin cesse son activité libérale, il se retrouve seul.

Restitution de sens de l'entretien M7 : cf ci-dessus

Restitution de sens de l'entretien M8 :

- La médecine générale en libéral est une médecine de proximité qui demande d'être disponible et nécessite beaucoup de compétences.
- La reconnaissance et l'affection des patients est impliquante en retour : c'est très valorisant mais c'est épuisant.
- Être disponible pour les patients est une obligation : il est difficile de ralentir le rythme de travail.
- L'exercice libéral en milieu rural est l'idéal de la pratique médicale car c'est un exercice varié et intéressant.
- La pérennité de ce mode de vie et de cet exercice en milieu rural paraît impossible.
- Le changement de statut entraîne un changement d'image, par rapport aux patients, aux confrères et à la famille.
- Quand on change de travail, on fait le deuil de sa pratique, de son image valorisante, de son statut financier.

Restitution de sens de l'entretien M9 :

- L'idéal est d'exercer en groupe afin d'échanger entre confrères et d'organiser son temps de travail et ses congés.
- La contrainte horaire avec la charge de travail est un frein à un exercice idéalisé fondé sur l'échange.
- Le rythme de travail intense altère la relation avec les patients et dénature l'exercice ce qui est source d'insatisfaction au travail.
- L'attitude consumériste de certains patients exigeants et peu reconnaissants pousse à arrêter son exercice libéral.
- Les contraintes de l'exercice libéral ne sont pas compatibles lorsque l'on vieillit et rendent difficile la projection sur l'avenir.
- Le changement de statut est sécurisant et protecteur.
- En libéral, il est difficile d'établir un cadre de travail et de poser des limites, car il faut répondre à la demande des patients.

- Le manque d'effectif médical et l'afflux de patient est problématique pour le médecin libéral qui est obligé de se rendre disponible.
- L'exercice salarié offre des conditions d'exercice optimales.

Restitution de sens de l'entretien M10 :

- L'idéal de la médecine générale en libéral est d'exercer une médecine de famille, au service des gens, avec de bonnes relations confraternelles.
- La relation de proximité et de confiance entre le médecin et son patient est enrichissante et valorisante.
- L'exercice libéral en milieu rural suppose un certain mode de vie et une adaptation des proches / La femme du médecin a un statut particulier qu'elle vit mal et qui détermine le changement.
- L'arrêt de l'exercice libéral en milieu rural est influencé par l'avis du conjoint et de la famille qui souhaitent un changement de cadre de vie.
- En changeant de statut, c'est un idéal de vie, un cadre de vie, dont il faut faire le deuil, et qui est vécu comme une séparation.
- L'arrêt de l'exercice libéral est responsable d'une rupture de la relation médecin patient, qui était un lien fort.
- Changer de statut, c'est évoluer dans sa carrière.
- Le changement de statut transforme le métier en faisant voir les choses différemment.

Restitution de sens de l'entretien M11 :

- L'exercice libéral en cabinet de groupe convient mieux à une femme en permettant d'allier gestion du cabinet et vie de famille.
- La médecine générale en libéral est une médecine de famille, une médecine de proximité, avec un ancrage territorial.
- Le médecin libéral est seul face à son patient et se retrouve seul face à ses doutes, ses erreurs et ses peurs.
- Il est important de ne pas s'isoler dans son exercice libéral, et de garder un travail en équipe et des échanges entre confrères.
- La féminisation de la médecine rend la permanence de soin difficile.
- La désertification médicale de certains territoires et les inégalités de soins qu'elle entraîne est source de stress pour le médecin et altère ses conditions d'exercice.

- Le changement statutaire est vécu comme un conflit entre la vision idéal de l'exercice et la réalité du désert médical.
- Le médecin libéral subit une pression permanente qui peut le pousser à l'erreur.

4.2.3. Réponses aux questions et émergences de catégories

Afin d'explorer le vécu du changement statutaire dans sa globalité, il nous a paru important d'analyser ce qui correspond à l'idéal de l'exercice libéral des médecins interrogés, les motifs de cessation de leur exercice libéral, le vécu de l'arrêt, ainsi que les changements qui en découlent.

Exercice libéral : quel est l'idéal ?

A la question : « *Est-ce que votre exercice libéral correspond à la vision de la médecine générale libérale que vous vous faisiez avant de vous installer ?* », autrement dit « *Quel était l'exercice libéral idéal selon vous ?* », les réponses sont variées et soulèvent quelques problématiques.

Pour la plupart des médecins interrogés, il y a une discordance entre leur vision de l'exercice libéral et leur pratique réel.

L'idéal, c'est d'**exercer une médecine globale en prenant le temps** nécessaire aux actes de prévention et de soin tout en jouant un rôle de conseil et d'orientation.

- **M2** : *Alors...Pas vraiment [Hésitation] (1). Ma vision, c'était une médecine globale avec autant de prévention que de soins. Et du temps (3).*

- **M3** : *Pas du tout ! Pas du tout ! (1) Mon idéal, c'était de pouvoir passer du temps ! Oui, de pouvoir passer du temps. C'était de pouvoir faire son travail de façon global en prenant du temps ! (3)*

- **M7** : *Non, ça ne correspondait pas du tout à ce que j'imaginai (1). J'ai une vision du médecin généraliste comme praticien de premier recours. Et puis je me suis rendu compte assez rapidement, qu'en fait on a l'exercice qu'on mérite un peu aussi (3). Et à force de tendre vers la rapidité, vers l'efficacité, et bien finalement, ça troublait le message.*

- **M9** : *Je dirais en partie non, parce que la contrainte horaire était là, et que c'était trop. Après c'était à peu près l'idée du libéral que je m'étais faite, par contre il me manquait quelque chose d'important, c'est qu'on n'avait pas suffisamment de temps pour échanger (2).*

Médecin 4 a lui été agréablement surpris car sa vision de l'exercice en libérale était influencée par l'exercice de son prédécesseur : « *La seule vision du libéral que j'avais c'était mon médecin de*

famille, qui était très pessimiste, qui ne faisait que se plaindre, parce que les conditions étaient lamentables... Je me suis aperçu très vite que ce n'était pas vrai ! »

Les médecins suivants ont su accorder leur idéal de l'exercice à leur pratique.

- **M5** : *Oui, ça correspondait (1). Je n'ai pas eu de mauvaises surprises. Ça correspondait à ce que j'ai pu imaginer. Je trouve que je gagnais très bien ma vie en tant que médecin libéral. J'étais assez content très rapidement de bien gagner ma vie, c'était pas mal ! (2)*

- **M6** : *Oui, et c'est celle qu'on devrait avoir, et qui n'existe plus (3).*

- **M8** : *J'imaginai l'exercice libéral comme je l'ai pratiqué (1). Une médecine proche des gens, avec une grande écoute et une disponibilité (3). J'étais médecin de campagne. J'étais très très disponible.*

L'idéal de la médecine générale en libéral est d'**exercer une médecine de famille, au service des gens, avec de bonnes relations confraternelles.**

- **M10** : *En m'installant, j'avais une vision assez globale de la médecine. J'avais surtout envie de faire une médecine de famille. Je pensais rendre service aux gens. Il y avait une certaine aura du médecin, les choses ont un peu évoluées depuis... Et finalement, mon exercice en libéral correspondait à la vision que j'en avais.*

La médecine générale en libérale est une **médecine de proximité, avec un ancrage territorial.**

- **M11** : *Ma vision de la pratique, c'était une médecine de famille, et plutôt en groupe, mais cela n'a pas été mon cas. Une médecine de famille, c'est une médecine de quartier, de proximité, d'écoute, où on connaît toute la famille, on connaît l'histoire (3). J'ai fait correspondre la vision que j'en avais, l'idéologie de la médecine libérale, à ma pratique (1). Donc j'ai pratiqué comme je le souhaitais, au début ! [Rire]*

Médecin 1 reste ambivalente sur la question. Elle dit avoir pratiqué selon son idéal mais soulève le fait que le médecin libéral n'est pas si libre qu'il le croit.

Pour elle, l'idéal serait d'**avoir une liberté de prescription et d'exercer sans pression financière.**

- **M1** : *C'était en accord avec mon idéal de la médecine générale libérale mais je pense qu'on n'est pas aussi libre que ce qu'on nous fait croire avant de s'installer. [...] Pour moi, le médecin généraliste libéral idéal c'était de pouvoir prescrire ce qu'on pense être nécessaire, juste et adapté. Ça c'est la première chose. Deuxièmement, c'est de ne pas avoir une espèce de pression financière.*

L'exercice libéral en pratique : avantages et inconvénients en miroir

Avantages	Inconvénients
<p>L'exercice libéral est très valorisant car le médecin se sent reconnu et apprécié de ses patients avec qui il crée un lien fort.</p> <p>M4 « Les gens viennent vous voir parce qu'ils vous aiment bien. On crée un lien très fort avec la clientèle. C'est très valorisant ».</p> <p>- Se créer sa propre patientèle et la suivre dans la confiance est le propre de la médecine générale libérale.</p> <p>M1 « Les autres points positifs c'était quand même de pouvoir suivre ses patients, de pouvoir se créer des patients à nous et puis pouvoir les suivre ».</p> <p>- Assurer un rôle de « médecin de famille » en organisant la continuité des soins et le suivi au long cours dans le cadre d'un « contrat » passé avec le patient.</p> <p>M4 « Être vraiment le médecin de famille. J'ai vu des enfants en 1990, que j'ai vu se marier, qui m'ont confié leurs enfants... C'est cette continuité-là qui est vraiment intéressante en libéral ».</p> <p>- La relation médecin traitant-patient est enrichissante pour le médecin et son patient</p> <p>M3 « On est riche de nos patients. [...] Je pense qu'on fait ce métier là parce qu'on amène quelque chose, on apporte quelque chose. Ils nous enrichissent vraiment beaucoup, en terme déjà médicale parce qu'ils nous apprennent des choses !</p> <p>La médecine générale en libérale est synonyme de liberté.</p> <p>M2 « C'est qu'on fait ce qu'on veut. On croit qu'on fait ce qu'on veut ».</p> <p>M3 « La liberté. Oui, le libéral c'est la liberté ».</p> <p>M7 « Libéral, ça veut dire liberté ».</p>	<p>L'exercice libéral est exigeant et demande du temps et de l'énergie.</p> <p>- Le médecin généraliste doit être disponible et présent pour ses patients, souvent aux dépens de sa vie personnelle.</p> <p>M4 « Ça exige une disponibilité importante. On ne peut pas refuser un appel urgent. »</p> <p>- Il doit gérer l'attitude de patient consumériste et est confronté à la difficulté de dire « non ».</p> <p>M3 « La pression des patients, qui veulent vite vite vite. On était face à une population qui ne comprend pas que le médecin n'est pas corvéable à merci ! »</p> <p>- Les consultations sans rendez-vous sont source de stress et rajoute une pression physique et psychologique.</p> <p>M7 « Je ressentais une énorme pression de la salle d'attente. Et j'avais toute cette pression du monde qui était là. J'étais obligé de fermer la porte au nez des gens, de verrouiller la sonnette. »</p> <p>- La charge de travail est intense et rend l'exercice difficile.</p> <p>M3 « Il y avait le contre poids d'énormément de pression. La charge de travail, vraiment, c'était... [Souffle] »</p> <p>- La vision générale du médecin généraliste exige une certaine rigueur dans la formation et une mise à jour des connaissances permanentes.</p> <p>M4 « Généraliste, il faut être au courant de tout, il faut se former sur tout. C'est nettement plus exigeant que les spécialistes. »</p>

<p>- On adapte sa pratique comme on le souhaite, selon ses envies, ses connaissances et ses expériences propres.</p> <p>- On a une liberté de fonctionnement et d'organisation.</p> <p>M5 « <i>On est son propre patron. Il était facile de modifier mon emploi du temps, c'était flexible. J'étais très modulable, je faisais ce que je voulais...</i> »</p> <p>M7 « <i>J'ai envie de finir à 15h parce que j'ai pas envie de faire des visites cet après-midi, c'est possible</i> ».</p> <p>- On exerce une médecine globale, variée en termes de pathologies, et qui évolue.</p> <p>M3 « <i>Je dirais qu'il y a cette polyvalence où on pouvait voir pleins de choses dans une même journée, des contacts humains ultra enrichissants !</i> »</p> <p>M4 « <i>C'est quand même très agréable, d'appliquer toutes les notions de médecine que j'avais acquis au cours de mes formations, et de voir l'évolution</i> ».</p> <p>- On est seul maître de ses décisions, seul responsable de ses actes, ce qui permet d'en tirer de la satisfaction personnelle.</p> <p>M6 « <i>Cela permet de vraiment être responsable de tout, de tout gérer, tout mener, et de pouvoir s'en vouloir qu'à soi-même si on fait une bêtise. Et en même temps quand on travaille bien, cela permet d'en tirer toute satisfaction.</i> »</p> <p>M7 « <i>On a aussi une certaine indépendance de point de vue en libéral.</i> »</p> <p>- L'exercice libérale est modulable et évolutif et permet une multitude d'exercice avec la possibilité de changer.</p> <p>M2 « <i>On peut faire beaucoup de choses différentes, on peut avoir plusieurs vies.</i> »</p>	<p>Le travail du médecin généraliste en libéral n'est pas suffisamment valorisé, financièrement, et par les institutions.</p> <p>- Le médecin généraliste est assujéti à ses revenus et subit une pression financière.</p> <p>M2 « <i>Le médecin en libéral doit réaliser un certain nombre d'acte quotidien pour avoir une activité rentable financièrement, ce qui lui rajoute une pression supplémentaire. Pour gagner sa vie en libérale il faut voir un certain nombre de patient, et du coup il y a aussi ce fait qu'on est un peu pressé par le temps.</i> »</p> <p>- Le rapport charge de travail / revenu est défavorable ce qui rend le travail plus épuisant.</p> <p>- Le paiement à l'acte n'est pas adapté et ne valorise pas le travail du médecin généraliste. Il participe à la déconsidération du métier de médecin généraliste et favorise le comportement consumériste des patients.</p> <p>M2 « <i>Le plus grand inconvénient sur la fin que je vois, c'est le paiement à l'acte, dans un acte qui n'est pas valorisé au titre de ce qu'on pourrait appeler une consultation médicale. L'acte médical n'est pas bien valorisé, financièrement et du coup intellectuellement</i> ».</p> <p>- Le rôle et le travail du médecin généraliste ne sont pas reconnus à leur juste valeur par les autorités.</p> <p>M6 « <i>Finalement dans ce métier, la qualité réelle du travail du médecin n'est pas reconnue.</i> »</p> <p>L'administratif prive le médecin libéral de son indépendance et de sa liberté.</p> <p>- Les tâches administratives sont lourdes et chronophages, et se font au dépend de l'activité médicale, ce qui rajoute une charge de travail supplémentaire.</p>
--	---

M6 « *Et vous, vous constatez qu'une chose, c'est qu'à la fin de la semaine, d'années en années, le nombre d'heure que vous consacrez à votre activité n'augmente pas, mais le nombre d'heure consacré à l'administratif augmente de façon exponentielle.* »

- Le médecin libéral reste dépendant des institutions et subit une pression administrative.

M5 « *[...] on est quand même assujéti à ce que nous dit de faire les tutelles. Une consultation, que vous gardiez le patient 1h30 ou 5 minutes, c'est 25 euros. Ce qui pour moi n'a pas de sens.* »

M6 « *L'absurdité, de la mainmise du gouvernement à travers l'administration, sur tout ce que nous faisons, est devenu insupportable.* »

Le médecin généraliste en libéral est seul.

- Le médecin généraliste est seul face à son patient.

M4 « *C'est vrai que dans son cabinet, on est tout seul face au patient.* »

- Il se heurte à un manque de discussion et un déficit de partage avec les autres professionnels.

M7 « *Il n'y avait pas vraiment d'entraides entre nous et puis on se comprenait pas. On était 5 fois un médecin. Donc on était 5 personnes uniques qui travaillaient dans les mêmes locaux.* »

- Il n'a pas toujours de réseau de professionnel clairement identifié et connu avec qui il peut facilement discuter.

M7 « *En miroir, l'indépendance, ça veut dire que tu n'as pas de réseau. Tu peux te créer un réseau progressivement [...] Mais t'as pas un réseau clairement identifiable. On se connaît pas entre professionnels.* »

- La crainte des erreurs médicales rend l'exercice de la médecine en libéral difficile et oblige la mise en place d'une protection vis-

	<p>à-vis de ces risques.</p> <p>M6 « <i>Vous pensez que la consultation que vous effectuez peut devenir dangereuse pour vous, vous pensez aux erreurs diagnostiques.</i> »</p> <p>M9 « <i>Il faudrait aussi ajouter, le risque inhérent à l'erreur, qui est une pression sous-jacente. Cette crainte est bien présente, et ne pousse pas à continuer.</i> »</p>
--	---

Des registres de motivations aux changements variés et personnels

Sans pour autant faire un « catalogue » de motifs au changement, nous décrirons les motivations évoquées par les médecins interrogés.

Ces motivations à l'arrêt de l'exercice libéral sont différentes et propre à chacun. La décision de cesser son activité est le fruit d'une réflexion personnelle, influencé par les expériences vécues.

La difficulté des conditions d'exercice imposées par le statut libéral contraint le médecin à se détourner de ce mode d'exercice.

La charge de travail liée à la permanence de soin et aux contraintes horaires est élevée et elle est source d'épuisement professionnel.

M9 « *C'était des journées, avec des amplitudes assez infernales en fait ! Et c'est cette charge de travail qui m'a poussé à m'arrêter, parce que je me suis dit que je pouvais pas aller jusqu'à la retraite dans ces conditions.* »

Cette charge de travail élevée ne permet pas les échanges entre confrères par manque de temps.

M9 « *Donc la charge de travail, le manque complet d'échange avec mes collègues, parce qu'effectivement on manquait de temps. Le temps d'échange était absolument pas présent.* »

La désertification médicale altère les conditions d'exercice. Ainsi, l'augmentation de la demande de soin entraîne une accélération du rythme de travail inévitable.

La permanence de soin est difficile à assurer, et contraint les pouvoirs publics à imposer des réquisitions pour les gardes.

M2 « *Les gens qui m'ont fait prendre la décision définitive, c'est l'ARS, en demandant des médecins pour les gardes. C'est cette pression extérieure, sur des gens qui ont rompus tout l'intérêt d'être en libéral* »

Les tâches administratives sont lourdes, chronophages, et n'étaient plus supportables.

Médecin 6 dénonce « l'incompétence de l'administratif » : « *Je suis certain, que tout a été en partie à cause de l'administratif. [...] Moi c'est pour ça que j'ai finalisé mon activité libérale, des freins des freins des freins...* »

La survenue de désaccord et de conflits avec les associés contraint à l'arrêt.

Pour médecin 7, qui était le plus jeune médecin du cabinet, il a été difficile d'imposer son point de vue à ses confrères.

M7 « *Je pense que ce que j'ai ressenti comme gêne, c'est aussi le fait d'être le bébé du cabinet. J'étais le plus jeune, et au début tu sais pas trop comment ça peut se passer. Tu prends un peu ce qui vient, et puis tu t'adaptes quoi.* »

Il ne partageait pas le même avis que ses associés sur la vision de la médecine et l'organisation du cabinet ce qui l'a fait changer de mode d'exercice.

M7 « *C'est plutôt le fonctionnement négatif du cabinet qui m'a éloigné complètement du libéral* »

La Crainte des erreurs médicales est présente durant toute la carrière du médecin et rajoute une pression supplémentaire.

M9 « *Alors, après, il faudrait aussi ajouter, le risque inhérent à l'erreur, qui est une pression sous-jacente. Cette crainte est bien présente, et ne pousse pas à continuer. Et je l'ai ressentie durant toute ma carrière.* »

L'image du médecin généraliste libéral évolue et son statut social se transforme, avec un sentiment de « perte du métier ».

Certains médecins dénoncent un manque de reconnaissance financier en libéral.

Le revenu est défavorable par rapport à la charge de travail et à la disponibilité.

M1 « *... en termes d'heure passé, on ne gagne pas tant que ça. C'est beaucoup de travail pour pas beaucoup de revenu en fait.* »

Les visites à domicile sont vécues comme chronophages et peu valorisées.

M1 « *Les visites à domicile ce qui est dommage c'est que ça prend beaucoup de temps donc sur une activité libérale ce n'est pas très rentable en fait.* »

Le paiement à l'acte n'est pas adapté et pousse à une « course à l'acte », avec l'obligation de « faire du chiffre. »

Selon médecin 6, le rôle et le travail du médecin généraliste ne sont pas reconnus à leur juste valeur par les autorités et l'administration : **M6** « *Alors, l'absurdité, de la mainmise du gouvernement à travers l'administration, sur tout ce que nous faisons, est devenu insupportable.* »

Ce manque de soutien des pouvoirs publics est vécu comme une « perte du métier ».

A cela s'ajoute, le manque de reconnaissance des patients.

Le médecin généraliste a un rôle d'exécutant et doit faire face à l'attitude abusive de certains patients.

La relation médecin patient a évolué vers une tendance au clientélisme et au consumérisme.

M1 « *Alors qu'en cabinet de ville, le patient des fois c'est un peu un client. C'est un peu le patient tout puissant.* »

M3 « *Je pense aussi qu'à un moment j'ai plus pu entendre « j'ai droit à »*

M9 « *Les patients étaient devenus exigeants, et même... Méprisant est sûrement un terme trop fort, mais en tout cas, peu reconnaissant. Venant des fois juste pour demander des papiers ou une ordonnance, et puis repartir sans échange.* »

Le patient est tout puissant face à un médecin sans droit ce qui entraîne un sentiment de fragilité et de solitude du médecin.

M1 « *Il y a un peu le sentiment d'être seul face à des patients qui ont tous les droits. Et où finalement le médecin n'a pas de droit. Il est là pour prescrire quoi.* »

La survenue d'évènement de vie avec la volonté de mettre sa vie personnelle et familiale au premier plan déclenche le changement.

La féminisation de la médecine se heurte aux contraintes du libéral. Médecin 3, ne s'imagine pas poursuivre son activité libérale avec l'arrivée d'un enfant. La conciliation gestion de cabinet / vie de famille demande une certaine organisation et ne lui semble pas envisageable.

M3 « Après 10 ans de libéral, j'ai décidé d'avoir un bébé. Donc, je savais très très bien que ce n'était pas possible. »

M8 « J'étais crevée... C'était de la folie ! [...] Ma motivation principale c'était juste histoire d'être moins fatiguée. Parce que physiquement j'étais épuisée. C'était pour m'occuper de moi, et puis voir un peu plus mes enfants. »

Pour médecin 11, c'est un problème de santé aigue, survenue dans un contexte de stress qui a poussé à l'arrêt : « J'ai fait un infarctus, avec au départ un ictus amnésique. Il y avait un état d'épuisement. »

L'entourage du médecin joue également un rôle dans la prise de décision.

M8 « Ma famille a influencé ma décision, parce que tout le monde voyait qu'à des moments j'en pouvais plus ! », « Une copine qui m'a remplacé m'a dit, « mais tu pourras pas continuer comme ça. Tu ne tiendras pas le coup, c'est pas possible. »

M10 « Ma femme s'est un peu embêtée après, parce que c'est un exercice libéral en rural, et du coup, la femme du médecin a un statut assez particulier, qui lui était un peu pesant. C'était surtout ce choix de cadre de vie, pour mon épouse. Je pense que mes collègues qui quittent le libéral rural, c'est sûrement pour leur conjoint, et pour la scolarité des enfants. »

L'épuisement professionnel est une réalité, qui s'ajoute au sentiment de « perte du métier ».

La charge de travail excessive liée à la permanence de soin est responsable d'une perte d'intérêt intellectuel, car l'exercice se résume peu à peu à une succession d'acte.

M7 « Moi j'en étais à me dire, ce diabétique, pffffff... il va me prendre plus de temps. Voilà, à être trop sur des bobos et des trucs qui prennent 10 minutes, qui vont vite, tu te dis quand tu as un cas un peu lourd, tu te dis « pffffff, y'a 20 patients qui attendent derrière, et lui il vient me parler de son mal perforant plantaire, ça me soule » ! Et là, tu te regardes de loin, et tu te dis « mais tu fais de la médecine pour quoi ? »

Au fur et à mesure, l'exercice devient contraire aux aspirations professionnelles. Ce sentiment de « perte du métier » est source de « mal être » au travail.

M7 « J'étais trop mal, je me sentais mal dans ce que je faisais. C'était vraiment une sensation de mal être dans le travail. »

Une opportunité de carrière et l'envie de faire autre chose impulse le changement d'exercice.

M5 « *C'est une opportunité qui est arrivée au bon moment !* »

Durant leur carrière, certains médecins ressentent l'envie de changer de mode d'exercice, de vivre autre chose et autrement.

M3 « *Donc voilà, c'était l'envie de vivre autrement !* »

M6 « *Oh, j'avais envie de faire autre chose !* »

L'intérêt pour un domaine spécifique et l'opportunité du changement accélère l'arrêt de l'exercice libéral.

M4 « *Une des premières motivations, a été de travailler en gériatrie, car je venais d'avoir mon diplôme. C'était quelque chose qui m'intéressait.* »

L'envie de se perfectionner et de se concentrer sur une activité plus stimulante sur le plan intellectuel.

M7 « *J'avais aussi envie de me perfectionner. J'ai eu besoin de gagner en technicité, et de gagner en socle de connaissance.* »

La volonté d'être salarié propulse également le changement.

M4 « *ça a été une motivation d'être salarié.* »

Pour médecin 10, le changement professionnel a été le fruit du hasard : « *J'ai changé d'orientation un peu par hasard. Je n'ai pas vraiment cherché à changer, mais le hasard... ce n'était pas un souhait de ma part au début. C'est une opportunité professionnelle qui s'est présenté tout à fait par hasard. Sinon je pense que j'y serais encore.* »

Le doute sur la pérennité de l'exercice libéral avec l'âge et les projections négatives face au vieillissement sont source d'inquiétude.

Avec l'âge, il est nécessaire de réduire son volume d'acte mais en pratique, cette diminution d'activité est difficile à anticiper et à réaliser avec un statut libéral (charges sociales, paiement à l'acte).

M2 « *Il y a vraiment la pression de ne pas savoir quand est-ce que ça va s'arrêter. J'ai eu 60 ans cet été et j'avais aussi décidé d'essayer de limiter mon activité, à partir de 60 ans. Chose qui me parait*

très très difficile dans l'exercice libéral quand on est dans un endroit un peu clos, avec une population, et un nombre de médecin restreint. »

Pour médecin 9, l'exercice libéral avec toutes ses contraintes ne devient plus compatible avec l'âge :
« Je me suis dit que je pouvais pas aller jusqu'à la retraite dans ces conditions. Il y avait aussi le fait de me dire qu'avec l'âge, ce type d'exercice ne devenait pas compatible. Avec la charge de travail, il nous faut du temps de récupération, et ça devient pénible. »

Il existe également une inquiétude vis-à-vis du relais pour les patients, avec la peur de ne pas trouver de remplaçants et de successeur.

M2 *« C'était un genre de rôle bol, qui n'était pas défini contre la médecine libérale mais qui était... Comment ça se fait que les jeunes ne viennent pas nous aider ? », « Et je pense que les dernières années, et bien ça me posait plus de problèmes parce que je ne savais pas quels allaient être les relais pour certains patients et que ça, moi je trouve que c'est difficile à anticiper. C'était plus difficile de me débarrasser de cette idée-là, en vieillissant. »*

M11 *« J'avais 60 ans, et j'avais le stress de me maintenir en place toute seule dans mon cabinet, de pas trouver de remplaçants. »*

Comment l'arrêt de l'exercice libéral est-il vécu ?

L'arrêt de l'exercice libéral est un soulagement, une libération.

C'est la fin d'un exercice épuisant, physiquement et psychologiquement.

M7 *« Je crois que ça a été un soulagement en fait. Vraiment, parce que j'étais à bout, physiquement et mentalement (1). Donc ouais, je crois que ça a été vraiment un soulagement, de me dire, « bon allez, on va repartir vers quelque chose d'autre ! »*

M8 *« C'était quand même un soulagement, parce que j'étais épuisée. (1) »*

M9 *« C'était un soulagement. C'est quand même un métier enrichissant. Je suis contente de l'avoir exercé pendant presque 30 ans, mais je suis contente de l'avoir quitté aussi. Ça a été un soulagement de ne plus être dans cette cadence infernale. (1) »*

C'est l'arrêt des problématiques financières et administratives.

M1 « *Un peu comme un soulagement quand même. Oui, plutôt comme un soulagement. Parce que je me disais que les problématiques financières et administratives allaient un peu s'arrêter. (3). Voilà, j'aurais une fiche de paye, ça sera beaucoup plus simple. J'aurais des vacances. Je n'aurais pas à me prendre la tête à savoir s'il y aurait un remplaçant, pas de remplaçant...* »

Cela permet de s'occuper de sa vie personnelle et familiale.

M1 « *Plutôt comme un soulagement (1), et plutôt comme la possibilité d'avoir plus de temps pour moi, dans ma vie personnelle (2).*

Pour médecin 5, le changement de statut est un soulagement, car cela permet de se concentrer sur une seule activité, plus stimulante intellectuellement. La gestion d'une activité mixte salarié / libéral est un grand écart en termes d'organisation et de prise en charge médicale. La prise en charge de la bobologie en libéral donnait l'impression de devoir gérer des motifs de consultation injustifiés, et donc de ne « rien gérer ».

M5 « *J'avais des difficultés à prendre en charge des patients « pour rien ». Ce qui n'était pas « pour rien » pour eux, mais la demande était moindre par rapport à ce que j'avais à l'hôpital. J'avais de très lourdes pathologies à l'hôpital, avec des fins de vie toujours complexes, et aller traiter un rhume c'était compliqué, j'avais l'impression de ne rien gérer. C'était presque une libération d'abandonner le cabinet où j'avais l'impression que les patients venaient pour rien. La prise en charge de ces petits symptômes pour moi était compliqué par rapport à ce que je gérais à côté. C'était vraiment un grand écart où j'étais plus très à l'aise.* »

Ce changement de statut est mieux vécu lorsque la transition est progressive et anticipée.

Ainsi, il est plus facile de dévisser sa plaque lorsqu'un suivi est assuré, et que les associés ne sont pas mis en difficulté.

M1 « *Je me disais qu'il y avait mon associé, et qu'il y avait un autre médecin qui allait me remplacer derrière. Donc je me suis dit que de toute façon mes patients allaient quand même être suivis. C'était plus simple pour moi d'arrêter dans ce cadre-là parce que je savais derrière qu'il y avait d'autres médecins qui s'en occuperaient (2).*

M4 « *Il y a eu une transition, je n'ai pas eu l'impression d'abandonner ma clientèle. J'ai pu l'annoncer à mes clients, que j'allais arrêter, et que quelqu'un d'autre allait prendre la suite. Ça s'est bien passé. Ça ne m'a pas manqué* ».

M5 « Je l'ai très bien vécu, d'autant plus que j'ai pu avoir une succession. Donc ça s'est, à mon avis, plutôt bien déroulé. »

L'arrêt de l'exercice libéral est vécu comme une évolution de carrière.

M4 « Ça a été une bonne évolution dans ma carrière. »

M5 « C'est une opportunité qui est arrivée au bon moment ! »

Le changement de statut est une évolution, une transformation positive dans la vie du médecin.

M4 « Je ne peux pas dire que j'ai eu de regret, non. Ça s'est bien passé. Ça ne m'a pas manqué (1). »

M10 « C'est une évolution de ma carrière, et je pense avoir beaucoup de chance d'avoir fait cette reconversion. »

L'arrêt de l'exercice libéral est douloureux puisqu'il est vécu comme un déchirement, une séparation.

Quand on arrête son exercice libéral, on coupe le lien médecin traitant – patient. La relation de confiance est rompue.

M2 « Y'a une dizaine de patients où c'est très difficile parce qu'on avait des liens très très importants. »

M3 « J'ai énormément pleuré. J'ai vécu un déchirement. [Tremblement dans la voix, très ému]. Je suis restée proche. Parce que ce n'était pas des numéros, c'était des gens. Mais voilà, j'ai pleuré, ça m'a fait énormément de peine. »

M8 « C'était un petit peu émouvant, c'était un peu dur de laisser mes patients. »

M10 « Ça a été dur de dire au revoir à certains patients. On avait un peu l'impression de faire partie de la famille. C'était assez fort comme lien. »

M11 « Et bien c'était dur. Emotionnellement, c'était rude, parce que je jouais 20-25 fois par jour, une scène de rupture. »

C'est d'autant plus difficile lorsque le relais ne peut être assuré, en l'absence de successeur. Les patients font part de leur tristesse et de la peur de ne pas retrouver de médecin.

M11 « Pendant 4 mois, les patients se sont effondrés les uns après les autres. Chaque consultation avait le temps de la problématique médicale, plus un quart d'heure d'effondrement des patients du fait que leur médecin habituel aille partir ».

Le médecin, surtout s'il ne trouve pas de relais pour ses patients, a le sentiment d'avoir abandonné sa patientèle. Le changement de statut est douloureux, et difficile à annoncer aux patients.

M3 « *J'ai eu honte. [...] Et j'ai eu énormément de mal à en parler à mes patients. J'ai eu l'impression d'être vraiment partie comme une voleuse. J'ai eu honte, parce que j'ai vraiment l'impression de les avoir abandonnés. La honte et la culpabilité de les avoir laissé tomber. Donc vraiment, ça a été très dur* ».

En changeant de statut, on modifie sa pratique et on perd l'attrait diagnostique, l'aspect thérapeutique et le suivi du patient.

M8 « *Ce qui a été difficile c'était de laisser les patients, et de ne plus prescrire, de ne plus examiner pour traiter* ».

On fait le deuil d'un certain mode de vie, d'un cadre de vie, d'un environnement de vie idéalisé.

M10 « *J'avais une grande maison, avec un grand jardin avec des arbres que j'avais planté. Tout ça, j'ai dû faire une croix dessus. C'était tout un cadre de vie. Un idéal que je m'étais fixé, dont j'ai dû faire le deuil. Je l'ai vécu comme une séparation.* »

L'arrêt de l'exercice libéral est culpabilisant et source de conflit avec soi-même.

Le médecin généraliste en libéral est comparable à un auto-entrepreneur. Il est son propre patron. En cessant son activité, on « casse » un outil de travail et une organisation ce qui a des répercussions sur ses associés, la secrétaire...

M2 « *Le plus difficile, c'est pour, et les associés et les secrétaires, puisqu'on casse leurs outils de travail. Et que, même si on y a pensé, même si on s'est dit que ce n'était pas bien, que c'était difficile etcetera, on l'a fait de notre côté et après on a l'impression qu'on a cassé quelque chose qui fonctionnait. [Silence]. Fatalement il y a des conséquences sur les relations et sur le fait que du coup on était patron, et que peut être qu'en tant que patron, ce n'était pas aussi simple que ça. Et que la décision, il n'aurait peut-être pas fallu la prendre tout seul. Un patron il aurait jamais laissé faire ça, ne serait-ce que parce qu'il faut valoriser ce qui a été investi...* »

Le changement statutaire est vécu comme un conflit entre la vision idéal de l'exercice et la réalité du désert médical. M11 par exemple, est en conflit avec elle-même, entre sa vision de la médecine générale et le fait de ne pas pouvoir assurer une permanence de soin puisqu'aucun successeur n'a été trouvé pour son cabinet.

M11 « *Personne n'a voulu reprendre mon cabinet. Voilà, c'était le grand vide ! C'était très dur, en termes d'insatisfaction, de ne pas avoir trouvé de relais. J'étais un petit peu en sandwich entre mes confrères qui ne voulaient pas de nouveaux patients, et les patients qui me disaient « surtout vous me donnez un nom ! ». C'était un paradoxe pour moi. C'était un paradoxe qui ne pouvait pas se résoudre et une insatisfaction personnelle quand on a joué la carte de la continuité des soins depuis la nuit des temps. On rentre en conflit avec soi-même. »*

L'arrêt de l'exercice libéral est vécu comme un échec personnel.

En s'installant en libéral, on construit un projet de vie, qui implique une famille entière.

M6 « *Y'a quand même toute la famille qui est derrière. Je veux dire par là que ce n'est pas un investissement unique. C'est une famille entière qui suit son médecin. »*

Le changement statutaire, contraint, est un échec puisque le projet n'a pu se pérenniser. C'est un idéal qui s'effondre. Pour certains, c'est aussi une part de l'histoire familiale qui est dissoute.

M6 « *Vous sortez, vous avez votre diplôme, vous vous installez quelque part, vous construisez une vie, vous construisez des tas de choses. Il y a des gens qui vous font confiance, ça dure des années. Cette plaque, elle a été vissée. Elle a été vissée par mon père, qui maintenant est mort. [...]*

Lorsque l'on s'installe en libéral on est soutenu, lorsque le médecin cesse son activité libérale, il se retrouve seul et aucun soutien n'est disponible.

M6 « *Pour visser la plaque il y a du monde, la municipalité, le pharmacien... Pour dévisser la plaque, vous êtes seul. »*

Et maintenant, c'est comment ?

Les médecins interrogés sont unanimes : **maintenant, ils ont du temps !**

Le changement de statut permet de dégager plus de temps pour la vie personnelle et familiale, les loisirs, permettant un meilleur équilibre vie privée / vie professionnelle.

M1 « *Le temps. [Rire] J'ai plus de temps pour moi. »*

M3 « *J'ai plus de temps ! Mais vraiment, plus de temps ! Mais vraiment du temps ! Plus de temps pour moi, pour ma famille, mon mari, mon enfant. »*

M4 « *J'ai gagné du temps libre. »*

M6 « Concernant la vie privée, cela laisse du temps. J'ai du temps, donc je fais ce que j'aime bien faire, c'est-à-dire du sport. »

M8 « J'ai plus de temps, clairement j'ai plus de temps. J'ai plus de disponibilité. »

C'est également plus de temps pour les patients.

M1 « Parce qu'enchaîner des consultations toute la journée, être disponible pour 20 personnes [...] C'est beaucoup plus épuisant à la fin de la journée, que finalement être en SSR ou en HAD où on va gérer des problèmes mais où on va avoir plus de temps pour les patients. »

Il y a moins de pression des patients, moins de tâches administratives, et donc plus de temps pour la réflexion médicale.

M5 « L'avantage de l'hôpital c'est que si vous avez un patient, un patient lourd, vous pouvez prendre le temps de réfléchir. Parfois en ville c'est un peu compliqué, parce que vous avez la pression des patients. On a moins la pression des patients ici, on peut se libérer plus facilement pour prendre en charge un patient. Il y a plus de temps pour la réflexion. »

Le temps administratif ne se fait pas aux dépens de l'activité médicale puisqu'il est intégré dans la journée de travail ce qui permet de dégager plus de temps médical.

M4 « Et puis, c'est vrai qu'en libéral, on était de plus en plus sollicité pour des paperasses, c'était prenant. En tant que salarié, ça fait partie du boulot ! J'avais des contraintes administratives, mais j'avais tout mon temps pour ça. Ce n'était pas vécu pareil ! »

Le nouveau statut de salarié est confortable, sécurisant et protecteur.

La charge de travail est moindre. Les horaires sont fixes, et il y a un vrai cadre de travail.

M2 « Les choses sont mieux bordées pour moi, et c'est ce dont j'avais besoin. J'avais besoin de ça. »

M3 « Aujourd'hui, je ne sais plus ce que c'est que le surmenage. Mes weekends sont mes weekends. Quand je quitte mon bureau, je quitte mon bureau. Personne n'attend derrière.

M6 « Aujourd'hui, c'est tranquille ! Je sais qu'à 8h j'aurais fini, puis je partirai d'ici. J'arrive à 13h donc j'ai toute la matinée chez moi. »

M9 « J'ai une activité professionnelle tout en ayant l'impression de ne pratiquement pas travailler puisque je travaille 28h par semaine, ce qui est un horaire normal mais qui n'était tellement pas ce que j'ai vécu ! »

Il est plus simple de prendre des congés, sans se soucier de trouver un remplaçant.

M2 « *Pour les congés, c'est plus facile à mettre en œuvre. »*

M3 « *Et les vacances ! Vous savez ce que c'est d'avoir des vacances sans angoisser avant, en vous disant « il faut que je vois tel et tel chose, que j'ai fait... ». En angoissant quelques jours avant de rentrer de vacance, en vous disant « oh la la, mais mon dieu, comment va être mon planning ? »*

La protection sociale est meilleure qu'en libéral.

M1 « *en étant salarié on a une vraie protection sociale. C'est une protection sociale qu'on n'a pas en libéral, ou très faible. »*

M4 « *C'est quand même, plus sécurisant, au niveau arrêt de travail... On se sent quand même beaucoup plus couvert quand on est cadre que quand on est médecin libéral. Là, par exemple, je suis en arrêt de travail ! »*

Le rapport charge de travail / revenu est plus favorable, avec l'assurance d'avoir un salaire fixe, indépendamment du travail fourni.

M2 « *Je sais qu'à la fin du mois je vais avoir tant. »*

M5 « *Quand on part en vacances, on revient, on a un salaire qui est payé. »*

C'est synonyme de travail en équipe, contrairement à « l'exercice libéral en solitaire »

M4 « *C'est une autre forme d'exercice que j'ai bien apprécié, parce que c'est un exercice qui n'est pas solitaire comme médecin généraliste. »*

Ce travail en équipe est enrichissant et rassure. Il rend l'exercice moins individuel en permettant un travail collectif qui « avance ».

M10 « *Avant j'étais seul, maintenant je travaille en équipe. C'est très confortable de travailler en équipe. »*

En tant que médecin libéral, certains ressentait une solitude professionnelle. L'arrivée au sein d'une équipe pluri disciplinaire permet la mise en place de temps de partage et du dialogue permanent.

C'est aussi l'acquisition d'un entourage professionnel permanent et protecteur, favorisant l'échange des connaissances et la confrontation des idées.

M2 « Il y a le travail en équipe, la manière de regarder la prise en charge globale des patients. On est moins dans l'individuel je pense, dans ce travail d'équipe. On est plus dans quelque chose de collectif, quelque chose qui avance. Une machine qui avance. »

M4 « C'est vrai que dans son cabinet, on est tout seul face au patient. Alors que en tant que médecin coordinateur, c'est du dialogue permanent, c'est autre chose. »

M7 « La principale différence c'est que j'ai appris à travailler avec des gens autour. C'est un travail en équipe bien coordonné, avec des gens qui savent autour de nous, où on peut confronter les idées, essayer d'aller vers le haut grâce au travail avec les autres. »

M9 « J'ai une équipe, j'ai une protection. J'ai le sentiment de vivre avec une équipe qui protège, que je n'avais pas du tout avant. S'il y a une difficulté, j'ai de la ressource. »

Tous ces changements font qu'il y a moins de pression ressentie au travail, et donc un sentiment de « bien-être ».

M1 « L'intérêt aussi c'est que c'est moins stressant. »

M3 « Et il y a beaucoup beaucoup moins de pression. »

M11 « C'est beaucoup moins de stress, beaucoup plus de sérénité. Au niveau du mode de vie, ça a bien changé ! Cette pression en libéral... »

En changeant de statut, on modifie sa pratique, son approche médicale et ses prises en charge.

On voit les choses sous un autre angle.

M10 « Du statut de médecin généraliste, je me retrouve avec un statut un peu de spécialiste hospitalier. Mon statut a changé, et cela a complètement changé la façon de voir les choses. J'ai l'impression de faire un métier différent. »

C'est l'occasion de se perfectionner dans un domaine et ainsi de se sentir à l'aise dans sa pratique, ce qui est source de « bien-être » au travail.

Après avoir gagné en technicité et consolider son socle de connaissance, médecin 7 a le sentiment d'être plus à l'aise dans sa pratique, de se sentir bien.

M7 « La technicité m'a permis de me remettre bien dans mes baskets quoi, de me dire « attend je sais vachement de chose, maintenant je vais en faire profiter. »

Le changement de statut modifie le rapport et la relation avec les patients.

L'image du médecin vis-à-vis du patient n'est plus la même.

Médecin 3 a le sentiment d'avoir plus de poids dans ses décisions, d'avoir le pouvoir de dire « non ».

M3 « *Je ne suis plus le gentil médecin de famille à qui on peut tout demander, qui est corvéable à merci. Je suis le méchant médecin de l'assurance maladie qui va dire non si ce n'est pas justifié. Et je passe mes journées à expliquer que ce n'est pas parce vous avez le droit que c'est médicalement justifié, et maintenant j'ai le poids pour expliquer ça. J'ai le poids pour expliquer que non ce n'est pas justifié. Le rapport n'est pas du tout le même avec les patients. Le rapport est pas du tout le même parce qu'ils sont dans la crainte souvent.* »

La relation médecin-patient s'est transformée et s'est améliorée pour médecin 7.

M7 « *Je me sens de nouveau aidant pour, je me sens plus jugeant comme j'ai pu l'être à la fin de mon activité notamment.* »

Changer de statut, c'est aussi perdre une image valorisante, et un statut financier.

Ainsi, le changement de statut entraîne un changement d'image, par rapport aux patients, aux confrères et à la famille.

Pour médecin 8, le statut actuel est moins valorisant aux yeux des patients et de l'entourage.

M8 « *Ce qui change aussi, c'est que c'est quand même moins valorisant. Clairement, moins. Que ce soit auprès du public, mais auprès de la famille aussi. Quand vous être médecin généraliste, notamment de campagne en plus, et bien vous êtes quelqu'un d'important. Et quand du jour au lendemain vous êtes médecin conseil, c'est comme si vous aviez perdu toute la médecine. Donc c'est aussi mon image qui a changé, l'image que les autres ont de moi.* »

En changeant de statut, le médecin généraliste n'est plus seul décideur, et doit respecter un cadre administratif et une hiérarchie. Il n'est plus « son propre patron ».

M5 « *On a vraiment des comptes à rendre aux gens. Ce qu'on a moins en libéral. On est son propre patron.* »

M10 « *Après ce qui est un peu pesant, et ce dont je ne me doutais pas en dévissant la plaque, c'est qu'on a tout le poids d'une institution, d'une administration. On a plus les mêmes initiatives qu'on pouvait prendre avant. Il faut respecter la hiérarchie.* »

Les motifs de changement, le vécu de l'arrêt, ainsi que les changements qui en découlent sont multiples, mais la plupart des médecins interrogés sont satisfaits du changement de statut.

M4 « *Je ne peux pas dire que j'ai eu de regret, non. Ça s'est bien passé. Ça ne m'a pas manqué.* »

M5 « *Ça s'est, à mon avis, plutôt bien déroulé.* »

M9 « *Aujourd'hui, rien ne manque ! Franchement, à l'heure d'aujourd'hui, cet exercice ne me manque pas du tout. C'est quand même un métier enrichissant. Je suis contente de l'avoir exercé pendant presque 30 ans, mais je suis aussi contente de l'avoir quitté.* »

Seul médecin 6 n'est pas satisfait de ce changement statutaire et dénonce « l'incompétence » de l'administratif. Il pointe du doigt l'absence de relation de confiance médecin – administratif dans tous les domaines (gestion, secret médical...).

M6 « *Absolument pas ! Non, vraiment ! Je ne suis qu'un bureau de la Mairie. [...] Je suis sidéré par l'incompétence des administratifs. Ce climat de confiance avec l'administratif n'existe pas.* »

Que pourrait-on changer pour améliorer les conditions d'exercice en libéral ?

Après avoir questionné les médecins sur les raisons de la cessation et le vécu du changement de statut, il nous a paru important d'évaluer ce qui aurait pu leur permettre de poursuivre leur activité libérale, autrement dit les mesures à mettre en place pour améliorer la pratique libérale.

Une revalorisation du travail avec une meilleure rémunération des actes est nécessaire.

M1 « *Il faudrait surtout avoir un revenu qui corresponde au travail que l'on fait.* »

- ✓ Une revalorisation des visites à domicile est nécessaire et permettrait une meilleure répartition de la charge de travail.
- ✓ La médecine générale doit être considérée comme une vraie spécialité.

M1 « *Pour moi ça va un peu avec le fait de dire que la médecine générale est une vraie spécialité parce que si c'est une vraie spécialité on fait de vraies consultations de spécialiste, en prenant le temps de réfléchir de façon globale à un patient.* »

Une modification du système de rémunération des médecins libéraux est à envisager.

- ✓ Le système libéral sous sa forme actuel et le paiement à l'acte sont remis en cause.

Pour certains, le paiement à l'acte n'est pas adapté à une demande de santé publique et au besoin de permanence de soin.

M5 « *L'exercice libéral actuel ne correspond pas à une demande de santé publique. [...] A mon sens, face à une telle demande, il faut qu'il y ait des professionnels en permanence de soin. Mais je vois mal comment le libéral peut répondre à ça.* »

M6 « *Le système libéral, tel qu'on l'a connu, il est mort. Donc le monde a changé, et peut être que nous sommes les derniers dinosaures...* »

Le paiement à l'acte, est vécu comme dangereux et pernicieux.

M3 « *La rémunération à l'acte est quelque chose de très pernicieux. Ce n'est pas un système qui valorise, excusez-moi de dire ça, les... en quelque sorte « les bons médecins ». Pour moi la médecine libérale ne peut pas continuer comme ça, parce que c'est une fabrique à fabriquer des médecins surmenés, d'une part, et d'autre part qui pousse pernicieusement des médecins à faire des actes pour faire des actes.* »

M4 « *Je trouve que c'est un aspect détestable du paiement à l'acte. Cette course à l'acte que ça entraîne.* »

Certains médecins interrogés restent cependant attachés au paiement à l'acte, car c'est un moyen d'impliquer le patient dans sa prise en charge et il doit donc être conservé.

M6 « *Vous ne pouvez pas soustraire le paiement à l'acte. Les gens il faut qu'il sache qu'il paye.* »

- ✓ Volonté des médecins d'avoir un revenu fixe, conforme au travail effectué sous forme de :
 - Salaire constant au prorata de la patientèle, sous forme de forfait / système de tarification en fonction de l'activité.

M4 « *Je trouve que c'est très bien d'avoir une part de forfaitisation, et de toucher quelque chose fixe, parce qu'on suit des patients* ».

- Système mutualiste

M5 « *Ça pourrait être un vrai salariat, avec des pondérations d'activités, en fonction de l'activité de chaque médecin. Cela pourrait être aussi un paiement à l'acte transformé en salaire, notamment par un système mutualiste.* »

- Un salariat organisé sous la forme d'un partenariat avec la Sécurité Sociale

Ce système permettrait de décharger le médecin des contraintes administratives et donc de dégager du temps médical permettant un temps réflexif nécessaire à une prise en charge globale.

- Un mode d'exercice intermédiaire, entre le salariat et le libéral, sous la forme d'une LOA (Location avec Option d'Achat).

M6 « *Il faut qu'on fasse la même chose ici. C'est-à-dire, qu'on aurait une structure pareille, sur un plan immobilier, avec derrière un secrétariat, tout ce qui est énergétique, entretien, et cetera..., sous une forme de LOA. On aurait une comptabilité, incluse dans le cadre d'une LOA. Et là en gros le médecin vient, travaille, s'en va, et il paie simplement à la fin du mois 1000 ou 1500 euros pour ce système.* »

La protection sociale des médecins libéraux doit être renforcée.

Il faut favoriser et encourager le regroupement de médecin au sein de maison de santé pluridisciplinaire.

- ✓ L'exercice libéral seul dans son cabinet est à éviter.

M11 « *En libéral, il faut vraiment éviter d'être tout seul dans son exercice !* »

- ✓ L'exercice à plusieurs permet d'alléger la charge de travail en partageant ses connaissances et en déléguant les tâches.

M1 « *Favoriser l'exercice de groupe, où les médecins pourraient partager les patients.* »

M11 « *La maison médicale pluridisciplinaire, avec vraiment tout le monde au service de tout le monde, avec chaque compétence particulière, la compétence infirmière, sage-femme, podologue... ça a du sens !* »

M9 « *Le temps horaire, qui est un temps de 12h, 8h-20h, devrait être partagé, avec des tranches. Par exemple, quelqu'un qui travaille de 8h jusqu'à 16h et puis l'autre qui travaille de 12h jusqu'à 20h. Qu'il y ait des tranches en commun, et 2 sur un même poste en fait.* »

- ✓ Que ce regroupement ne soit pas uniquement matériel, mais que cela permette d'aider la communication et la collaboration entre professionnels de santé, afin de mettre en place des réseaux de soin pour que chaque médecin ait un entourage professionnel clairement défini

M7 « *Ce qui permet d'améliorer le travail c'est quand même de se confronter, de travailler avec les autres. Rien que ça, déjà d'être 2 ou plus et de confronter sa façon de travailler, déjà ça améliore la*

capacité de travail. Mettre en commun une vision que tu veux avoir du patient, déjà ça améliore ce que tu fais. »

- ✓ Organiser davantage de rencontres entre les médecins, sous forme de staff, et de formation continue, pour permettre une réflexion multidisciplinaire, le partage de pratique, et la discussion autour de cas. Ces temps, pris sur le temps de travail, pourraient être rémunérés.

M4 *« Ce que j'aurais aimé, si j'avais travaillé dans un cabinet de groupe, c'est de prendre le temps pour faire un staff où chacun présente les cas difficiles rencontrés dans la semaine et on en discute ensemble ».*

M11 *« Il faudrait développer davantage les groupes de pair, la formation médicale continue, les vacations à l'hôpital... Il faut des choses qui nous permettent de s'ouvrir à d'autres médecines, et de travailler en équipe. C'est indispensable ! »*

Les relations libéral – hôpital doivent être renforcées afin de favoriser les échanges, et améliorer le suivi des patients.

Les contraintes administratives doivent être allégées.

- ✓ Déléguer les charges administratives par la mise en place d'un secrétariat plus actif, avec un élargissement des missions des secrétaires.
- ✓ Etaler le paiement des charges administratives.
- ✓ Impliquer les communes dans la création de Maison de Santé ainsi que dans la gestion des tâches administratives.

M6 *« Il faut virer les contraintes administratives des médecins, pour que ça aille bien. Ça c'est le rôle des communes, parce que je vois pas qui d'autres peut faire ça. »*

M7 *« Il y a quelque chose qui améliorerait aussi, ça serait de libérer les médecins des contraintes techniques. [...] Si toutes les mairies se lançaient dans des projets de maisons médicales, avec juste un loyer qu'on aurait à donner à la mairie, avec limite un modèle standardisé de maison médicale. Et bien finalement, toi tu viendrais, tu penserais à tes consultations, tu fermerais ta porte de cabinet, tu t'en irais et puis ça serait fini. Tu n'aurais pas tout ça à gérer. »*

Attirer plus de jeunes médecins en libéral.

- ✓ Améliorer la formation des externes et des internes, notamment à la gestion des tâches administratives et à la fiscalité pour mieux appréhender l'exercice libéral

M10 « *Beaucoup des futurs médecins généralistes sont très inquiets de l'administratif. Mais peut-être qu'il faudrait un peu améliorer la formation à l'administratif et la fiscalité, car je pense que beaucoup d'internes ne veulent pas s'installer parce qu'ils manquent de renseignements.* »

- ✓ Proposition d'un tutorat de moyenne durée (2-3 ans) entre médecin généraliste / interne afin d'assurer un relais, et de mieux préparer l'exercice libéral
- ✓ Importance de faire des remplacements avant d'envisager de s'installer en libéral
- ✓ La formation hospitalière des étudiants en médecine ne devrait pas être réduite

M10 « *Je regrette qu'on ait réduit la formation hospitalière, parce qu'il me semble qu'on apprend pas mal de chose, utile à l'exercice libéral.* »

Donner la possibilité aux médecins d'alléger progressivement leur activité libérale.

- ✓ Pour se réorienter ou diversifier leur activité

M3 « *Un des points du système à améliorer c'est de permettre aux médecins qui ont envie de lever le pied pour faire une activité différente, de lever le pied !* »

- ✓ Faire une pause dans leur carrière afin de se ressourcer ou se former

M8 « *Il faudrait pouvoir suspendre l'activité pendant quelques temps, avoir quelqu'un qui vient vous remplacer pendant une longue période pour que l'on puisse se ressourcer, refaire peut-être d'autres formations, ou faire un échange. Faire un échange standard de clientèle. Travailler ailleurs pour apprécier le travail que l'on a, et la position qu'on a.* »

Proposer une aide aux médecins en surmenage

La souffrance morale ressentie au travail doit être davantage prise en compte.

M9 « *Un temps qui pouvait manquer, c'était un temps de prise en charge de la souffrance morale ressentie au travail.* »

4.2.4. Catégories conceptualisantes

Nous allons maintenant citer les différentes catégories que nous avons obtenues de l'analyse de nos entretiens.

Les catégories sont présentées sous forme d'énoncés puis sous forme de propriétés inhérentes à chaque énoncé. Pour plus de lisibilité les verbatims correspondant à chaque catégorie sont présentés sous forme de tableaux.

Les verbatims matérialisés en gras appartiennent à la catégorie universelle Tiercéité.

A - L'arrêt de l'exercice libéral est un soulagement et une libération, car c'est un mode d'exercice exigeant, où l'on n'est pas si libre qu'on le croit.

- 1- La contrainte horaire avec la charge de travail est un frein à un exercice idéalisé fondé sur l'échange.

Dans l'exercice de la médecine générale en libéral, les limites personnelles et professionnelles sont souvent difficiles à poser. Il est difficile de se fixer individuellement des limites horaires. Pour certains, le temps d'échange entre confrères n'était pas présent en raison du manque de temps lié à la charge de travail.

Il est difficile de déterminer un cadre de travail et de poser des limites car la demande de soin est toujours présente et il est difficile de dire « non ». Ce manque de temps entre confrère renforce le sentiment de solitude professionnelle ressentie par certains.

- 2- Le médecin en libéral doit être disponible, souvent aux dépens de sa vie personnelle, ce qui est exigeant et devient épuisant.

Comme caractéristique de leur activité, tous les médecins interrogés ont évoqué la nécessité d'être disponible. En tant que praticien de premiers recours, le médecin généraliste en libéral se doit d'assurer une permanence de soin et de répondre aux urgences ambulatoires. Ce devoir de disponibilité peut être responsable d'un épuisement professionnel, associant une fatigue physique et un sentiment de négliger sa vie de famille. Le rythme de travail intense finit par altérer la relation avec les patients et dénature l'exercice ce qui est source d'insatisfaction au travail.

3- La relation médecin-patient a évolué vers une relation « consumériste, où le patient est tout puissant et le médecin « sans droit ».

Le comportement de la patientèle a évolué. Certains patients sont très demandeurs, de soins mais également de résultats. Le patient a « droit à... » mais le médecin a ses propres limites, et il est dans l'incapacité physique de se plier à toutes ses demandes. Cette attitude consumériste est responsable d'une vision assez négative des patients. La relation médecin traitant – patient est affectée, et l'image de soignant est en partie détériorée.

Le patient tout puissant face à un médecin sans droit entraîne un sentiment de fragilité et de solitude du médecin. Face à une patientèle de plus en plus exigeante, il est difficile pour certains médecins de maîtriser les demandes des patients, de limiter la consommation de soin.

4- Le médecin généraliste est assujéti à ses revenus et subit une pression financière et un manque de reconnaissance.

Les revenus du médecin sont directement liés à son activité. Cette dépendance entre le volume d'activité et le niveau de revenu n'est pas toujours bien vécu. Pour la plupart des médecins interrogés, le rapport charge de travail – revenu est défavorable. Le temps passé n'est pas rémunéré à sa juste valeur.

Le paiement à l'acte est largement critiqué dans la plupart des entretiens. Pour M2, il participe à la déconsidération du métier de médecin généraliste et favorise le comportement consumériste des patients. Il favoriserait également la course à l'acte.

Selon M3, il n'est plus adapté au système actuel et ne valorise pas le travail du médecin.

5- L'administratif prive le médecin libéral de son indépendance et de sa liberté.

Le médecin libéral est assujéti à des charges administratives importantes qui ne permettent pas un temps médical nécessaire à une bonne prise en charge globale. Ces tâches administratives sont de plus en plus lourdes et sont chronophages.

6- On est parfois seul face à son patient et ses doutes, et on est confronté à un manque de discussion, de partage et d'échange entre médecins.

Malgré une pratique libérale en cabinet de groupe, il manque des temps d'échange, sous forme de staff, pour échanger des informations et discuter autour des cas qui posent problème.

Seul face à ses doutes, ses erreurs et ses peurs, le médecin libéral subit une pression permanente qui peut le pousser à l'erreur.

7- La féminisation de la médecine se heurte aux inconvénients du libéral

Le fait d'être une femme avec une vie de famille nécessite d'encadrer son temps de travail, ce qui est difficilement réalisable en libéral car la charge de travail est élevée.

Ainsi, pour M3, l'arrêt de l'exercice libéral a été motivé par un désir d'enfant, et le désir de pouvoir avoir le temps de s'en occuper, ce qui n'était pour elle pas compatible avec la poursuite de son exercice.

L'exercice libéral permet difficilement de concilier une vie de mère et de médecin, en raison de l'absence de mesures de protection sociale suffisante, et d'un congé maternité limité. Ce manque de mesures adaptées aux femmes enceintes, est vécu comme une forme d'injustice pour M3.

La féminisation de la médecine et la volonté de pouvoir concilier vie de famille / vie au cabinet rend la permanence de soin difficile selon M11.

8- Les contraintes de l'exercice libéral ne sont pas compatibles lorsque l'on vieillit et rendent difficile la projection sur l'avenir.

A partir d'un certain âge, le médecin libéral est également préoccupé par la succession de son cabinet et par la peur de ne pas trouver de successeur et de remplaçant. De plus, il est parfois difficile de limiter son activité, en particulier lorsque l'on est installé sur un territoire où la demande de soins est importante.

Pour les médecins s'approchant de l'âge de la retraite qui n'arrive pas à ralentir leur rythme de travail, ce décalage est responsable d'un regard négatif sur les dernières années de leur exercice, et sur l'exercice libéral en général. Ils ont l'impression qu'avec l'âge, le maintien d'une activité et donc d'un revenu satisfaisant sera plus difficile à assurer.

Ainsi, ils préfèrent cesser leur activité « avant qu'il ne soit trop tard », et saisissent les opportunités de changement qui se présentent à eux.

Ainsi, pour M9, l'exercice libéral n'est pas compatible avec l'âge en raison de la charge de travail et du stress qu'elle entraîne.

Les charges à payer en libéral obligent à garder un certain niveau d'activité, et il est difficile de lever le pied quand on le souhaite, surtout que la demande des patients est toujours présente.

Quand et comment cela va s'arrêter ? Quels vont être les relais ? Ce sont des questions que les médecins interrogés se sont posés. La réponse a été de cesser son activité lorsqu'une opportunité s'est présentée.

CATEGORIE	PROPRIETES	VERBATIMS
L'arrêt de l'exercice libéral est un soulagement et une libération, car c'est un mode d'exercice exigeant, où l'on n'est pas si libre qu'on le croit.	La contrainte horaire avec la charge de travail est un frein à un exercice idéalisé fondé sur l'échange.	<p>« Il y avait le contre poids d'énormément de pression. La charge de travail, vraiment, c'était... [Souffle] » M3</p> <p>« Je ressentais une énorme pression de la salle d'attente. Et j'avais toute cette pression du monde qui était là. » M7</p> <p>« Il n'y avait pas vraiment d'entraides entre nous et puis on se comprenait pas. On était 5 fois un médecin. Donc on était 5 personnes uniques qui travaillaient dans les mêmes locaux. » M7</p> <p>« C'était des journées, avec des amplitudes assez infernales en fait ! Ça a été un soulagement de ne plus être dans cette cadence infernale. » M9</p> <p>« Donc la charge de travail, le manque complet d'échange avec mes collègues, parce qu'effectivement on manquait de temps. Le temps d'échange était absolument pas présent. » M9</p>
	Le médecin en libéral doit être disponible, souvent aux dépens de sa vie personnelle, ce qui est exigeant et devient épuisant.	« On n'est pas aussi libre que ce qu'on nous fait croire avant de s'installer. On n'est pas libre parce qu'on est très disponible avec des plages horaires très large. » M1

<p>L'arrêt de l'exercice libéral est un soulagement et une libération, car c'est un mode d'exercice épuisant, où l'on n'est pas si libre qu'on le croit.</p>		<p>« Ça exige une disponibilité importante. » M4</p> <p><i>« Je n'ai jamais réussi à diminuer mon activité. Il fallait que je sois présente, pour les patients. » M8</i></p>
	<p>La relation médecin-patient a évolué vers une relation « consumériste, où le patient est tout puissant et le médecin « sans droit ».</p>	<p>« Alors qu'en cabinet de ville, le patient des fois c'est un peu un client. C'est un peu le patient tout puissant. » M1</p> <p>« On n'est pas libre parce que finalement les patients ils ont un rapport avec nous qui est complètement faussé par rapport à l'hôpital. » M1</p> <p><i>« Il y a un peu le sentiment d'être seul face à des patients qui ont tous les droits. Et où finalement le médecin n'a pas de droit. Il est là pour prescrire quoi. » M1</i></p> <p><i>« La pression des patients, qui veulent vite vite vite. On était face à une population qui ne comprend pas que le médecin n'est pas corvéable à merci ! » M3</i></p> <p><i>« Les patients étaient devenus exigeants, et même... Méprisant est sûrement un terme trop fort, mais en tout cas, peu reconnaissant. Venant des fois juste pour demander des papiers ou une ordonnance, et puis repartir sans échange. » M9</i></p>
	<p>Le médecin généraliste est assujéti à ses revenus et subit une pression financière et un manque de reconnaissance.</p>	<p>« On n'est pas libre parce qu'en terme financier ce n'est pas si rentable. » M1</p> <p><i>« ... en termes d'heure passé, on ne gagne pas tant que ça. C'est beaucoup de travail pour pas beaucoup de revenu en fait. » M1</i></p> <p>« L'acte médical n'est pas bien valorisé, financièrement et du coup intellectuellement. » M2</p> <p>« Le médecin en libéral doit réaliser un certain nombre d'acte quotidien pour avoir une activité rentable financièrement, ce qui lui rajoute une pression supplémentaire. Pour gagner sa vie en libérale il faut voir un certain</p>

		<p>nombre de patient, et du coup il y a aussi ce fait qu'on est un peu pressé par le temps. » M2</p> <p>« Finalement dans ce métier, la qualité réelle du travail du médecin n'est pas reconnue. » M6</p>
	<p>L'administratif prive le médecin libéral de son indépendance et de sa liberté.</p>	<p>« On n'est pas libre parce qu'il faut vérifier à chaque fois que l'on soit bien payé à chaque consultation. » M1</p> <p>« [...] on est quand même assujetti à ce que nous dit de faire les tutelles. Une consultation, que vous gardiez le patient 1h30 ou 5 minutes, c'est 25 euros. Ce qui pour moi n'a pas de sens. » M5</p> <p>« Et vous, vous constatez qu'une chose, c'est qu'à la fin de la semaine, d'années en années, le nombre d'heure que vous consacrez à votre activité n'augmente pas, mais le nombre d'heure consacré à l'administratif augmente de façon exponentielle. » M6</p>
	<p>On est parfois seul face à son patient et ses doutes, et on est confronté à un manque de discussion, de partage et d'échange entre médecins.</p>	<p>« C'est vrai que dans son cabinet, on est tout seul face au patient. » M4</p> <p>« Vous pensez que la consultation que vous effectuez peut devenir dangereuse pour vous, vous pensez aux erreurs diagnostiques. » M6</p> <p>« Il n'y avait pas vraiment d'entraides entre nous et puis on se comprenait pas. On était 5 fois un médecin. Donc on était 5 personnes uniques qui travaillaient dans les mêmes locaux. » M7</p> <p>« T'as pas un réseau clairement identifiable. On se connaît pas entre professionnels. » M7</p> <p>« Il faudrait aussi ajouter, le risque inhérent à l'erreur, qui est une pression sous-jacente. Cette crainte est bien présente, et ne pousse pas à continuer. » M9</p>

	<p>La féminisation de la médecine se heurte aux inconvénients du libéral.</p>	<p>« En plus, avec la féminisation de la médecine, les femmes vont avoir envie d'avoir des enfants, de ne pas travailler 5 jours sur 7, et malheureusement la médecine libérale impose un peu au médecin d'être disponible. » M1</p> <p>« Après 10 ans de libéral, j'ai décidé d'avoir un bébé. Donc, je savais très très bien que ce n'était pas possible. » M3</p> <p>« Parce que déjà, c'est compliqué en libéral. Il n'y a pas forcément de congé maternité. Si on tombe malade pendant la grossesse, si on a une grossesse compliquée, on n'est pas forcément couverte. Enfin, ce n'est pas juste déjà ! » M3</p> <p>« La gestion du cabinet génèrait une organisation vis-à-vis des enfants » M8</p> <p>« Le système des gardes, c'est difficile, pour les femmes en particulier. Donc la continuité des soins nous imposait les gardes, ce que je comprends ! Mais la continuité des soins est mal organisée, surtout pour les femmes. C'était très difficile à organiser. Vraiment, c'était difficile d'être seul, et de devoir gérer sa vie de famille en même temps que le travail de médecin généraliste. » M11</p>
	<p>Les contraintes de l'exercice libéral ne sont pas compatibles lorsque l'on vieillit et rendent difficile la projection sur l'avenir.</p>	<p>« Il y a vraiment la pression de ne pas savoir quand est-ce que ça va s'arrêter. J'ai eu 60 ans cet été et j'avais aussi décidé d'essayer de limiter mon activité, à partir de 60 ans. Chose qui me paraît très très difficile dans l'exercice libérale quand on est dans un endroit un peu clos, avec une population, et un nombre de médecin restreint. » M2</p> <p>« Et je pense que les dernières années, et bien ça me posait plus de problèmes parce que je ne savais pas quels allaient être les relais pour certains patients et que ça, moi je trouve que c'est difficile à anticiper. C'était plus difficile de me débarrasser de cette idée-là, en vieillissant. » M2</p>

		<p><i>« Je me suis dit que je pouvais pas aller jusqu'à la retraite dans ces conditions. Il y avait aussi le fait de me dire qu'avec l'âge, ce type d'exercice ne devenait pas compatible. Avec la charge de travail, il nous faut du temps de récupération, et ça devient pénible. » M9</i></p> <p><i>« J'avais 60 ans, et j'avais le stress de me maintenir en place toute seule dans mon cabinet, de pas trouver de remplaçants. » M11</i></p>
--	--	---

B- Le changement statutaire est une évolution positive dans la carrière du médecin, et procure un sentiment de « bien-être » au travail.

1- L'exercice libéral est multiple, et donne la possibilité de changer.

L'exercice de la médecine générale en libéral permet au médecin de pratiquer comme il le souhaite, selon ses envies, ses connaissances et ses expériences propres. Il apporte une liberté dans la diversité de la pratique. C'est un exercice modulable et évolutif, qui permet au médecin d'avoir plusieurs vies.

2- Changer de statut, c'est évoluer dans sa carrière pour vivre autre chose autrement.

L'envie de changer, de voir autre chose, de pratiquer autrement ou la découverte de nouveaux centres d'intérêt. Toutes ces raisons propulsent le changement de statut. Quitter le libéral pour exercer dans un autre domaine est vécu comme une évolution de carrière pour M10. C'est une reconversion positive.

3- C'est l'occasion de se perfectionner dans un domaine et ainsi de se sentir plus à l'aise dans sa pratique

Associer une activité libérale et une activité spécialisée hospitalière peut être un grand écart difficile à maîtriser. C'est le cas de M5 qui n'était plus à l'aise dans la gestion des pathologies ambulatoires de routine, à côté des prises en charge complexes qu'il gérait à l'hôpital. Quitter le libéral a été l'occasion de se concentrer sur son activité hospitalière et de consolider ses connaissances dans un domaine spécifique.

M7 ne se sentait pas sûr de ses connaissances, avec l'impression de ne pas pouvoir gérer certaines situations par manque d'expérience. Il a eu besoin de gagner en technicité et de fortifier son socle de savoir.

4- Cela permet de se concentrer sur une seule activité, plus reposante.

Gérer une vingtaine de patients différents par jour est plus fatiguant que de gérer un service hospitalier de longue durée. C'est ce que pense M1 pour qui le changement de statut a permis de se focaliser sur une seule activité, plus sédentaire.

La gestion d'une activité mixte salarié / libéral est difficile. Pour M10, il a fallu faire un choix.

En médecine générale, on doit connaître un peu de tout sur tout et gérer des situations très variées. M4 s'est orienté vers la gériatrie. Il ne gère désormais qu'un domaine, qu'une partie de la population, ce qui lui paraît être plus reposant.

5- C'est l'occasion de travailler en équipe, avec un cadre de travail et une vraie protection, ce qui est plus sécurisant.

Le changement de statut permet pour certains de découvrir le travail en équipe pluridisciplinaire, qui est sécurisant et stimulant. Leur nouveau statut leur offre un cadre de travail avec des horaires fixes, un salaire stable, et une protection sociale.

6- Le changement de statut modifie de façon positive le rapport et la relation avec les patients.

Le sentiment de « bien-être » au travail lié au changement, transforme voire améliore la qualité de la relation médecin-patient. M7 par exemple, ne se sent plus jugeant comme il a pu l'être avec certains patients, mais il a l'impression d'être plus aidant.

7- Le changement de statut est mieux vécu lorsque la transition est progressive et anticipée.

Décider de quitter le libéral, de quitter sa clientèle et ses associés, est mieux vécu lorsque la décision est anticipée. Il est plus facile de cesser son activité lorsqu'un relais a pu être trouvé pour les patients, que les patients ont pu être prévenu du départ de leur médecin.

CATEGORIE	PROPRIETES	VERBATIMS
Le changement statutaire est une évolution positive dans la carrière du médecin, et procure un sentiment de « bien-être » au travail.	L'exercice libérale est multiple, et donne la possibilité de changer.	<p>« C'était une manière de se dire que je pouvais faire autre chose dans la médecine. » M2</p> <p>« C'est ce qui est assez fantastique je crois, un peu dans tous les métiers en médecine, mais particulièrement en médecine générale, c'est qu'on peut faire beaucoup de choses différentes, on peut avoir plusieurs vies. » M2</p>
	Changer de statut, c'est évoluer dans sa carrière pour vivre autre chose autrement.	<p>« Donc voilà, c'était l'envie de vivre autrement ! M3</p> <p>« Oh, j'avais envie de faire autre chose ! » M6</p> <p>« J'ai l'impression de faire un métier différent. C'est pas plus mal, j'en suis très content. C'est une évolution de ma carrière, et je pense avoir beaucoup de chance d'avoir fait cette reconversion. » M10</p>
	Le changement statutaire est l'occasion de se perfectionner dans un domaine, et ainsi de se sentir plus à l'aise dans sa pratique.	<p>« La technicité m'a permis de me remettre bien dans mes baskets quoi, de me dire « attend je sais vachement de chose, maintenant je vais en faire profiter. » M7</p> <p>« C'était presque une libération d'abandonner le cabinet où j'avais l'impression que les patients venaient pour rien. La prise en charge de ces petits symptômes pour moi était compliqué par rapport à ce que je gérais à côté. C'était vraiment un grand écart où j'étais plus très à l'aise. » M5</p>
	Cela permet de se concentrer sur une seule activité, ce qui est plus reposant.	<p>« Et puis, l'intérêt aussi c'est que c'est moins stressant. Parce qu'enchaîner des consultations toute la journée, être disponible pour 20 personnes qui vont raconter leur vie, leurs histoires et tout. C'est beaucoup plus épuisant à la fin de la journée, que finalement être en SSR ou en HAD où on va gérer des problèmes mais où on va avoir plus de temps pour les patients. » M1</p>

		<p>« Quand je me suis mis en maison de retraite. Je ne me suis plus intéressé qu'à la gériatrie, et intellectuellement ça n'a rien à voir. C'est beaucoup plus reposant, c'est sûr. Généraliste, il faut être au courant de tout, il faut se former sur tout. » M4</p> <p>« Donc j'ai été à mi-temps généraliste en libéral et à mi-temps salarié de l'hôpital de Perpignan. C'était un peu chaud, et à force, je me suis dit quand même il va falloir faire un choix ! » M10</p>
	<p>C'est l'occasion de travailler en équipe, avec un cadre de travail et une vraie protection, ce qui est plus sécurisant.</p>	<p>« C'est quand même, plus sécurisant, au niveau arrêt de travail... On se sent quand même beaucoup plus couvert quand on est cadre que quand on est médecin libéral. » M4</p> <p>« C'est un travail en équipe bien coordonné, avec des gens qui savent autour de nous, où on peut confronter les idées, essayer d'aller vers le haut grâce au travail avec les autres. » M7</p> <p>« C'est un travail d'équipe. Alors avant j'étais seul, maintenant je travaille en équipe. C'est très confortable de travailler en équipe. » M10</p>
	<p>Le sentiment de « bien-être » au travail lié au changement, transforme voire améliore la qualité de la relation médecin-patient.</p>	<p>« Je me sens de nouveau aidant pour, je me sens plus jugeant comme j'ai pu l'être à la fin de mon activité notamment. » M7</p> <p>« Je ne suis plus le gentil médecin de famille à qui on peut tout demander, qui est corvéable à merci. Je passe mes journées à expliquer que ce n'est pas parce vous avez le droit que c'est médicalement justifié, et maintenant j'ai le poids pour expliquer ça. J'ai le poids pour expliquer que non ce n'est pas justifié. » M3</p>
	<p>Le changement de statut est mieux vécu lorsque la transition est progressive et anticipée.</p>	<p>« Je me disais qu'il y avait mon associé, et qu'il y avait un autre médecin qui allait me remplacer derrière. Donc je me suis dit que de toute façon mes patients allaient quand même être suivis. C'était plus simple pour moi d'arrêter dans ce cadre-là parce que je</p>

		<p><i>savais derrière qu'il y avait d'autres médecins qui s'en occuperaient. » M1</i></p> <p><i>« Il y a eu une transition, je n'ai pas eu l'impression d'abandonner ma clientèle. J'ai pu l'annoncer à mes clients, que j'allais arrêter, et que quelqu'un d'autre allait prendre la suite. Ça s'est bien passé. Ça ne m'a pas manqué. » M4</i></p> <p><i>« Je l'ai très bien vécu, d'autant plus que j'ai pu avoir une succession. Donc ça s'est, à mon avis, plutôt bien déroulé. » M5</i></p>
--	--	---

C- Quand on change de statut, on fait le deuil de sa pratique, de son image, et d'un cadre de vie.

1- En changeant de statut, on modifie sa pratique médicale.

La médecine générale permet un exercice polyvalent où « on voit de tout ». En changeant de statut, on change de pratique. On perd certains attraits de la pratique de la médecine générale, et on en découvre d'autre.

M10 par exemple s'est orienté vers la gériatrie. En devenant un médecin spécialiste hospitalier, il n'assure plus le suivi des patients et a changé sa vision de la prise en charge.

M3 a perdu l'attrait diagnostique et la démarche thérapeutique dans sa nouvelle pratique où elle joue le rôle d'expert.

Changer de statut, c'est exercer un métier différent. Cela transforme le métier en faisant voir les choses différemment.

2- On perd une image valorisante.

Le médecin généraliste en libéral, et en particulier en milieu rural, a un statut valorisant, aux yeux des patients.

En effet, la relation médecin – patient procure un sentiment d'admiration et de fierté pour le médecin qui se sent reconnu et aimé par ses patients.

« C'est très valorisant, parce qu'on était très important, les gens nous admiraient beaucoup » dit M8.

En changeant de statut, on perd une image valorisante aux yeux des patients. On est plus le « gentil » médecin de famille. Le rapport est modifié. Pour M3, les patients sont désormais dans la crainte et non dans une relation de confiance.

C'est également la perte d'un statut aux yeux des confrères et des proches. Pour M8, médecin conseil, il y a le sentiment d'avoir perdu « toute la médecine ». Il y a en quelque sorte un sentiment de « déclassement social ».

3- On coupe le lien médecin traitant – patient.

Le médecin généraliste élabore un « contrat » avec son patient. La relation médecin-patient est enrichissante par l'échange de connaissances entre le médecin et son patient. C'est une relation de confiance et de proximité, à double sens. Selon M3, le médecin est « riche de ses patients ». Il fait presque partie de la famille, qu'il accompagne parfois depuis des années. Il s'investit dans une relation de confiance avec son patient en assurant la continuité des soins et le suivi.

Le changement de statut transforme le rapport et la relation avec les patients.

Ainsi, en cessant son activité libérale, c'est ce contrat qui est rompu, ce lien médecin traitant – patient qui était très fort.

Cette rupture du lien avec sa patientèle est vécue comme une séparation douloureuse.

4- On est plus « son propre patron »

L'exercice libéral permet une liberté de fonctionnement et d'organisation du cabinet. On est seul responsable de nos actes. Le médecin libéral est maître de ses décisions, ce qui permet d'en tirer de la satisfaction personnelle.

Selon M5, la pression administrative est plus importante en salariat qu'en libéral puisqu'il y a des comptes à rendre, contrairement à l'activité libérale où on est son « propre patron ». Il faut respecter une hiérarchie.

5- On se sépare d'un certain mode de vie, d'un cadre de vie, d'un environnement de vie idéalisé.

L'exercice libéral, notamment en milieu rural, suppose un certain mode de vie qui demande une adaptation des proches. L'arrêt de l'exercice libéral dans ce contexte est souvent influencé par l'avis du conjoint et de la famille qui souhaitent un changement de cadre de vie. Ainsi, pour M10, la femme du médecin a un statut particulier qu'elle vit mal et qui a déterminé le changement. C'est un idéal de vie, un cadre de vie, dont il a fallu faire le deuil, et qui a été vécu comme une séparation voire un déchirement.

L'installation en libéral implique une famille entière. Ce n'est pas un investissement unique mais c'est toute une famille qui s'implique. M6 a ainsi été épaulé par sa femme qui était la secrétaire du cabinet. Il a repris la suite de son père, crée sa patientèle. Lorsque ce projet libéral cesse, c'est un projet de famille qui s'arrête.

CATEGORIE	PROPRIETES	VERBATIMS
<p>Quand on change de statut, on fait le deuil de sa pratique, de son image, et d'un cadre de vie.</p>	<p>En changeant de statut, on modifie sa pratique médicale.</p>	<p>« Ce que je fais a eu du mal à me plaire au début, parce qu'il n'y a plus du tout l'attrait diagnostique. On ne diagnostique rien du tout, et on ne soigne rien ! » M3</p> <p>« Ce qui a été difficile, c'est que dans mon nouveau job, il a fallu que je fasse le deuil de la prescription, et ça, c'est compliqué. Donc ce qui a été difficile c'était de laisser les patients, et de ne plus prescrire, de ne plus examiner pour traiter. » M8</p> <p>« J'ai un rôle d'expert, c'est intéressant aussi, mais je n'ai plus le suivi des patients. C'est dommage. Du statut de médecin généraliste, je me retrouve avec un statut un peu de spécialiste hospitalier. Mon statut a changé, et cela a complètement changé la façon de voir les choses. J'ai l'impression de faire un métier différent. » M10</p> <p>« Le rapport n'est pas du tout le même avec les patients. Le rapport est pas du tout le même parce qu'ils sont dans la crainte souvent. » M3</p>
	<p>On perd une image valorisante.</p>	<p>« Ce qui change aussi, c'est que c'est quand même moins valorisant. Que ce soit auprès du public, mais auprès de la famille aussi. Quand vous êtes médecin généraliste, notamment de campagne en plus, et bien vous êtes quelqu'un d'important. Et quand du jour au lendemain vous êtes médecin conseil, c'est comme si vous aviez perdu toute la médecine. Donc c'est aussi mon image qui a changé, l'image que les autres ont de moi. » M8</p>
	<p>On coupe le lien médecin traitant- patient</p>	<p>« J'ai fait le deuil de la relation médecin patient, médecin traitant patient. » M3</p> <p>« C'était un petit peu émouvant, c'était un peu dur de laisser mes patients. » M8</p> <p>« Ça a été dur de dire au revoir à certains patients. On avait un peu l'impression de faire partie de la famille. C'était assez fort comme lien. » M10</p>

	<p>On est plus son propre patron.</p>	<p>« Aujourd’hui je suis salariée, j’ai des comptes à rendre. » M3</p> <p>« Après ce qui est un peu pesant, et ce dont je ne me doutais pas en dévissant la plaque, c’est qu’on a tout le poids d’une institution, d’une administration. On a plus les même initiatives qu’on pouvait prendre avant. Il faut respecter la hiérarchie. C’est un peu lourd quand on connaît pas. En libéral, quand je prenais une décision, j’avais pas besoin de demander à qui que ce soit. Là il faut vraiment en parler à tout le monde, respecter les avis... » M10</p>
	<p>On se sépare d’un certain mode de vie, d’un cadre de vie, d’un environnement de vie idéalisé.</p>	<p>« Vous sortez, vous avez votre diplôme, vous vous installez quelque part, vous construisez une vie, vous construisez des tas de choses. Il y a des gens qui vous font confiance, ça dure des années. Cette plaque, elle a été vissée. Elle a été vissée par mon père, qui maintenant est mort. » M6</p> <p>« Y’a quand même toute la famille qui est derrière. Je veux dire par là que ce n’est pas un investissement unique. C’est une famille entière qui suit son médecin. » M6</p> <p>« J’avais une grande maison, avec un grand jardin avec des arbres que j’avais planté. Tout ça, j’ai dû faire une croix dessus. C’était tout un cadre de vie. Un idéal que je m’étais fixé, dont j’ai dû faire le deuil. Ça a été vite fait, mais ça a été un deuil un peu quand même. Une séparation. Je l’ai vécu comme une séparation. » M10</p> <p>« A mon avis, le dévissage de plaque en rural c’est surtout pour le conjoint et les enfants, vraiment. Ce choix, c’était surtout un choix de cadre de vie, pour mon épouse. » M10</p>

D- Le changement statutaire est source d'un conflit avec soi-même, entre sa vision idéale de l'exercice et la réalité de la pratique et du désert médical.

- 1- La désertification médicale altère les conditions d'exercice et dénature l'exercice, ce qui est source de stress et d'insatisfaction.

La désertification médicale de certains territoires et l'inégalité de flux entrant et sortant des médecins généralistes entraîne une surcharge de travail pour les médecins libéraux et une pression supplémentaire.

Il est difficile de freiner et de ralentir son activité en libéral, dans un contexte de pénurie de médecins, en particulier lorsque l'on exerce dans une zone où l'organisation de soin n'est pas adaptée, où la patientèle est complexe... Certains médecins ont subi la dégradation de leurs conditions de travail, ce qui les a poussé à arrêter.

M2 par exemple, avait la volonté de ralentir son activité libéral à partir de 60 ans mais a été confronté à une réquisition par l'ARS pour réaliser des gardes afin d'assurer la permanence de soin, en raison du manque de médecin. Cela a été vécue comme une « agression gratuite » et une pression extérieure insupportable.

Le manque d'effectif médical et l'afflux de patient fait que le médecin libéral est obligé de se rendre disponible. M11 se sentait obligé de prendre en charge des patients car « ils étaient vraiment à la rue ».

L'idéal de l'exercice évoqué par la plupart des médecins interrogés est d'avoir du temps pour exercer une médecine globale. En subissant une pression liée à la charge de travail excessive, le médecin libéral est tenté d'accélérer son rythme de travail en s'orientant vers des consultations de routine rapide et perd l'intérêt intellectuel et le sens de son travail, ce qui altère aussi la qualité de la relation avec le patient.

M7 ressentait une réelle pression physique et psychologique exercée par le flux de patients. Il a fini par devenir excédé par les demandes injustifiées répétées de certains patients.

La « pression de la salle d'attente » avec la nécessité de faire des consultations rapides pour répondre à la demande des patients, a entraîné un sentiment de mal être au travail par perte de l'intérêt du métier.

La liberté du libéral est ainsi altérée par la surcharge de travail lié à l'afflux de patients, et cet excès de travail dénature l'exercice.

« Voilà, j'avais perdu ce qui m'avait amené là c'est-à-dire l'envie de partager avec des populations fragilisées et de prendre le temps avec eux. » dit M7.

« Et à force de tendre vers la rapidité, vers l'efficacité, et bien finalement, ça troublait le message »

2- Le changement de statut est culpabilisant car la permanence de soin ne peut être assurée ce qui entraîne un sentiment d'abandon de la patientèle.

En dévissant leur plaque, la majorité des médecins interrogés n'ont pas trouvé de successeur et ont dû fermer leur cabinet. Pour M3, dévisser sa plaque a été vécu comme une honte, avec le sentiment d'abandonner sa patientèle, car aucun relai n'a pu être trouvé.

M11 est en conflit avec elle-même, entre sa vision de la médecine générale et le fait de ne pas pouvoir assurer une permanence de soin.

« Personne n'a voulu reprendre mon cabinet. Voilà, c'était le grand vide ! »

3- On « casse » un outil de travail

Le médecin généraliste en libéral est comparable à un auto-entrepreneur. Il organise la vie du cabinet, et gère le travail de ses employés (secrétaire, agent d'entretien...). Il est aussi dépendant de ses confrères s'il travaille en groupe. En cessant son activité, cela a donc des répercussions sur ses associés, la secrétaire...

Il peut donc ressentir un sentiment de culpabilité vis à vis des associés et des employés. C'est le cas de M2 qui n'a pas trouvé de successeur pour prendre sa place.

4- Lorsque l'on s'installe en libéral on est soutenu, lorsque l'on dévisse, on est seul.

Pour M6, l'arrêt de l'exercice libéral a été mal vécu, en raison de la solitude professionnelle ressentie et de l'absence de soutien. Lors de l'installation, le médecin bénéficie du soutien des mairies, des

pharmacies, et des patients. Lorsqu'il cesse son activité, il est seul.

A cela s'ajoute la difficulté pour trouver des remplaçants et un successeur qui conforte ce sentiment de solitude.

M2 a été maître de stage et s'indigne de ne pas avoir trouvé de successeur : *« C'était un genre de rôle bol, qui n'était pas défini contre la médecine libérale mais qui était... Comment ça se fait que les jeunes ne viennent pas nous aider ? »*

CATEGORIE	PROPRIETES	VERBATIMS
<p>Le changement statutaire est source d'un conflit avec soi-même, entre sa vision idéale de l'exercice et la réalité du désert médical.</p>	<p>La désertification médicale altère les conditions d'exercice et dénature l'exercice, ce qui est source d'insatisfaction.</p>	<p>« Dans ce contexte de pénurie de médecin, est arrivé, des réquisitions pour les gardes, pour le dimanche et la nuit. [...] Les gens qui m'ont fait prendre la décision définitive, c'est l'ARS, en demandant des médecins pour les gardes. C'est cette pression extérieure, sur des gens qui ont rompues tout l'intérêt d'être en libéral. » M2</p> <p>« Il y avait une grosse activité. C'est ça qui est ressorti de mon activité, et c'est ça qui m'a fortement déplu. C'est que, je ressentais une énorme pression de la salle d'attente. » M7</p> <p>« Ce n'était pas un exercice satisfaisant intellectuellement. On est tellement débordé, qu'au bout d'un moment on ne peut pas être satisfait. On ne peut pas être satisfait de son exercice. Ça dénature l'exercice. » M9</p> <p>« C'était quand même une mise sous tension, une mise sous pression, par désertification du centre-ville. A la fin, c'est la raison pour laquelle je suis partie, que j'ai arrêté plus tôt que prévu. Ça me mettait dans un état de stress, de tension, d'obligation de prendre les gens parce qu'ils étaient vraiment à la rue, ils avaient plus du tout de médecin. » M11</p>
	<p>Le changement de statut est culpabilisant car la permanence de soin ne peut être assuré ce qui entraîne un sentiment d'abandon de la patientèle et de culpabilité.</p>	<p>« J'ai eu honte. [...] J'ai eu l'impression d'être vraiment partie comme une voleuse » M3</p> <p>« Après c'était très dur, en termes d'insatisfaction, de ne pas avoir trouvé de relais. » M11</p> <p>« C'était un paradoxe pour moi. C'était un paradoxe qui ne pouvait pas se résoudre et une insatisfaction personnelle quand on a joué la carte de la continuité des soins depuis la nuit des temps. On rentre en conflit avec soi-même. » M11</p>
	<p>On « casse » un outil de travail</p>	<p>« Mais finalement, le plus difficile, c'est pour, et les associés et les secrétaires, puisqu'on casse leurs outils de travail. » M2</p> <p>« Un patron il aurait jamais laissé faire ça, ne serait-ce que parce qu'il faut valoriser ce qui a été investi... C'était difficile et douloureux. » M2</p>

	<p>Lorsque l'on s'installe en libéral on est soutenu, lorsque l'on dévisse, on est seul.</p>	<p>« C'était un genre de rôle bol, qui n'était pas défini contre la médecine libérale mais qui était... Comment ça se fait que les jeunes ne viennent pas nous aider ? » M2</p> <p>« Pour visser la plaque il y a du monde, la municipalité, le pharmacien... Pour dévisser la plaque, vous êtes seul ». M6</p>
--	--	---

E- Le changement de statut apparaît comme protecteur et rassurant pour un jeune médecin en libéral.

- 1- Quand on commence en libéral, c'est beaucoup de présence, de disponibilité, de travail pour pas beaucoup de revenus, et c'est assez dur.

Quand on commence une activité libérale, il faut une certaine présence.

Pour M1, le début de l'installation a été difficile. Du fait du manque d'expérience lié au début d'installation, il lui était nécessaire de prendre plus de temps pour la consultation. Le rapport charge de travail / revenu était défavorable par rapport à l'activité qu'elle pouvait avoir en tant que médecin salarié. Le choix du salariat était donc pour elle plus confortable en termes d'horaire, de salaire et de protection.

- 2- Le fait d'être le plus jeune médecin du cabinet et le manque d'expérience font qu'il est difficile d'imposer ses choix, et qu'il faut donc s'adapter à un mode de fonctionnement.

Le fait d'être associé à un confrère déjà implanté peut être compliqué pour un jeune médecin. Il est difficile de se créer sa patientèle au début, d'établir une relation de confiance à la place d'un autre.

Pour M7 qui était le plus jeune médecin du cabinet, il a été difficile d'imposer son point de vue. Il a dû s'adapter à un mode d'organisation du cabinet qui ne lui correspondait pas. Les changements qu'il proposait n'ont pas été écoutés et acceptés et c'est ce qui a entraîné l'arrêt de son activité libérale.

- 3- Le milieu hospitalier rassure et est un lieu d'apprentissage.

La majorité de la formation médicale des externes et des internes se déroule en milieu hospitalier.

L'exercice salarié dans une structure hospitalière paraît donc rassurant et protecteur puisque c'est un milieu connu, où l'on n'est pas seul et où on continue d'apprendre.

Après quelques années d'exercice, le médecin peut avoir le sentiment d'être limité par un manque de connaissance. M7 ne se sentait plus à l'aise avec ses connaissances. Il ressentait le besoin de consolider et perfectionner ses bases et s'est donc orienté vers un exercice au sein d'un service spécialisé.

« Quand t'as passé l'internat, t'as l'impression que tu connais pleins de choses et donc tu te sens assez fort en consultation... Et puis, il y a un moment où j'avais perdu cette sensation de me sentir bien. La demi-vie de la pensée médicale, c'est 2 ou 3 ans ! »

CATEGORIE	PROPRIETES	VERBATIMS
Le changement de statut apparaît comme protecteur et rassurant pour un jeune médecin en libéral.	Quand on commence en libéral, c'est beaucoup de présence, de disponibilité, de travail pour pas beaucoup de revenus, et c'est assez dur.	<p><i>« Comme c'était aussi le début de mon exercice, je pense que cela me prenait bien 20 minutes et il me les fallait. » M1</i></p> <p><i>« Mais c'était assez dur parce qu'en fait je trouve que quand on commence il faut quand même être un peu là et c'est un peu difficile de dire à 19h, on s'en va. C'est assez compliqué. » M1</i></p> <p><i>« Au début on est très disponible on a l'impression d'être beaucoup présent et pas forcément de faire beaucoup d'acte. » M1</i></p> <p><i>« C'est les charges financières qu'il y a au début, qui sont quand même assez importantes. Enfin toutes ces choses-là qui font que c'est assez difficile au début. » M1</i></p>
	Le fait d'être le plus jeune médecin du cabinet et le manque d'expérience font qu'il est difficile d'imposer ses choix, et qu'il faut donc s'adapter à un mode de fonctionnement.	<p><i>« Alors c'est assez compliqué quand même au début. Les patients ont du mal à faire confiance à un autre médecin, à un nouveau médecin. » M1</i></p> <p><i>« Je pense que ce que j'ai ressenti comme gêne, c'est aussi le fait d'être le bébé du cabinet. J'étais le plus jeune, et au début tu sais pas trop comment ça peut se passer. Tu prends un peu ce qui vient, et puis tu t'adaptes quoi. Et je crois qu'avec l'expérience je générerais bien mieux les choses maintenant. » M7</i></p>

	<p>Le milieu hospitalier rassure et est un lieu d'apprentissage</p>	<p><i>« Comme je suis encore jeune, j'aime bien être encore dans ce milieu hospitalier. Ça me rassure. J'ai l'impression d'apprendre encore des choses. » M1</i></p> <p><i>« J'avais aussi envie de me perfectionner. Je sentais que j'étais un peu limité dans mon exercice, du fait de ne pas gérer de grosses situations. » M7</i></p> <p><i>« J'ai eu besoin de gagner en technicité, et de gagner en socle de connaissance, donc je suis allé travailler dans un centre de vaccination, où vraiment, on essayait de faire quelque chose d'assez perfectionné, avec des temps de consultation bien cadrés, avec des publics bien cadrés... Et j'ai eu besoin en fait, de remettre un cadre de travail correct autour de mon activité, et de me perfectionner dans ce que je faisais. » M7</i></p>
--	---	---

5. Discussion

5.1 Les points forts de mon étude

5.1.1. Le sujet abordé

La problématique de l'offre de soin et des inégalités de santé est omniprésente. Le phénomène de dévissage de plaque est une réalité et c'est un sujet d'actualité.

Si quelques travaux portant sur l'arrêt de l'exercice libéral ont déjà été effectués, notamment par la DRESS et le CNOM, ces publications datent pour la plupart d'une dizaine d'année et se sont concentrés sur les motivations et les stratégies de la cessation.

Etudier la question de l'arrêt de l'exercice libéral en explorant le vécu du changement statutaire ouvre un nouvel angle de questionnement et d'analyse, et permet de mieux comprendre le phénomène.

Il m'a donc paru judicieux de traiter ce sujet qui concerne tous les médecins généralistes, puisqu'il est lié directement à leurs modes et leurs conditions d'exercice.

C'est un sujet qui concerne également les jeunes générations de médecin, qui prépare leur projet professionnel. Personnellement, ce travail de thèse, en me donnant la possibilité d'interroger directement des médecins généralistes sur leur pratique, les difficultés rencontrées, le vécu de l'arrêt, m'a permis de mieux appréhender mon exercice futur.

Enfin, les médecins interrogés étaient très intéressés par la thématique de l'étude, et satisfaits que le sujet de l'arrêt de l'exercice libéral soit traité. Ainsi, mon travail a toujours reçu un bon accueil, avec de nombreuses marques de sympathie telles que : « merci pour ce sujet », « c'est une bonne initiative qui s'intéresse enfin à nous... ». La plupart des participants ont souhaité connaître les résultats de cette étude.

5.1.2. L'approche qualitative

L'utilisation d'une méthode qualitative avec une analyse phénoménologique complétée d'une approche sémio-pragmatique était la plus adaptée pour ce sujet de recherche, et s'est révélée pertinente pour répondre à l'objectif de notre étude.

Contrairement à la plupart des études retrouvées dans la littérature, basées sur une analyse thématique exclusive, l'analyse phénoménologique a permis d'explorer en profondeur le ressenti des médecins, de faire émerger des représentations, mais aussi de soulever de nouvelles pistes de réflexion.

5.1.3. Les participants

Tous les médecins sollicités ont accepté de faire partie du projet de thèse, il n'y a eu aucun refus. La détermination de la taille de mon échantillon s'est faite selon le principe de saturation des données. Effectivement dès que les entretiens n'apportaient pas de nouveaux éléments par rapport aux entretiens déjà réalisés, j'ai arrêté d'intégrer de nouveaux participants.

Ainsi j'ai atteint un total de onze entretiens.

L'échantillonnage choisi a permis d'obtenir une diversité des participants : âges et sexes différents, lieux d'exercices divers, âge d'installation et de cessation multiples.

Toutefois les résultats obtenus ne sont pas extrapolables car non représentatifs, mais ceci était attendu par le choix de cette méthode. En effet, le but n'est pas de dégager des vérités et d'extrapoler les données à une population générale, mais bien d'avoir une diversité de profils de participants pour en tirer le plus grand nombre d'informations différentes en peu d'entretiens.

5.1.4. Le recueil de données

Pour réduire les biais liés à mon manque d'expérience, notamment pour la réalisation des entretiens semi-dirigés, nous avons effectué un entretien test auprès d'un médecin ne faisant pas parti de l'étude. Cet entretien test a permis de retoucher et d'ajuster le guide d'entretien.

J'ai essayé de réaliser une retranscription le jour même de chaque entretien, afin d'être le plus fidèle possible. Cette retranscription s'est faite mot-à-mot avec entre parenthèses les éléments non verbaux (émotions, tonalité, attitudes des participants).

5.1.5. L'analyse des données

L'analyse phénoménologique complétée d'une approche sémio-pragmatique a permis l'émergence de catégories ce que ne nous aurait pas permis une analyse thématique seule, qui aurait relevé les différents thèmes sans en dégager un sens.

5.1.6. Les critères de scientificité

En recherche qualitative, les critères de scientificité dépendent du respect des critères de validité interne et externe⁶⁴.

La **validité interne** consiste à vérifier si les observations sont représentatives de la réalité. Pour renforcer la validité interne de mon étude, le principe de triangulation a été respecté. Chaque entretien a été analysé en premier lieu par des verbatims, qui ont été revus par le directeur de thèse ainsi que par le Professeur Gérard BOURREL, ce qui a permis d'augmenter la validité en limitant la subjectivité de l'analyse.

De plus, les données ont été validées par les interviewés, ce qui a permis de limiter les erreurs d'interprétation de leurs propos.

Dans un second temps, la confrontation des résultats aux données de la littérature permet de vérifier la crédibilité de l'étude.

La **validité externe** renvoie à la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes impliquant d'avoir un échantillon représentatif de la problématique. Même si mon travail ne permet pas d'extrapoler mes résultats (ceci était d'ailleurs attendu vu le choix de méthode), le niveau de saturation des données reste acceptable à la vue des données redondantes qui ressortaient des derniers entretiens. Le niveau de saturation théorique a été atteint après dix entretiens et un entretien supplémentaire a été réalisé afin de confirmer l'absence de nouveaux éléments.

La grille de lecture COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) a servi de support et permet une critique objective de mon étude.

⁶⁴ Isabelle AUBIN-AUGER, Alain MERCIER, Laurence BAUMANN, Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ et Patrick IMBERT, « Introduction à la recherche qualitative », *Exercer*, vol. 19, 2008.

Elle est le résultat d'une méta-analyse de l'ensemble des grilles de lecture de la littérature, publiée en 2007 dans l'International Journal for Quality in Healthcare. Elle a été utilisée dans sa version française traduite. Elle définit 32 critères de qualité⁶⁵. Elle est présentée en annexe.

5.2 Limites et biais

5.2.1. Les limites de l'étude liées à la méthode de recherche

La méthode qualitative est complexe, et demande des connaissances et une certaine expérience. Malgré la participation à des formations proposées par la faculté de Montpellier, et des lectures sur le sujet, je manque d'expérience dans ce domaine. Ceci a pu générer des biais et ainsi des résultats plus ou moins faussés.

5.2.2. Les limites de l'étude liées aux recueils des données

5.2.2.1 Constitution de l'échantillon

L'échantillon des onze participants que j'ai choisi est non représentatif de la population générale des médecins généralistes et ne permet pas une généralisation des résultats obtenus, comme dit précédemment.

La plupart des médecins qui ont participé à mon travail ont cessé leur activité libérale pour travailler en tant que médecin salarié. Il y a donc probablement un **biais de sélection de l'échantillonnage**.

Il aurait été intéressant d'interroger des médecins ayant cessé leur activité libérale pour exercer une profession non médicale. Cela aurait pu apporter d'autres éléments d'analyse, des représentations et un vécu différent. Un médecin a été contacté pour cette raison mais il répondait à un des critères d'exclusion (cessation temporaire pour ouverture d'une maison d'hôte mais reprise finale de son activité libérale).

⁶⁵ GEDDA M, Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative., Kinesither Rev. 2015;15(157):50-4.

5.2.2.2 Elaboration du guide d'entretien

Il s'agissait de mon premier guide d'entretien. Certaines questions (notamment dans le 1^{er} guide) ont pu être mal formulées et donc peu compréhensives pour les participants ce qui a pu limiter leur discours. Certaines questions de relance ont pu orienter le discours des participants, et donc entraîner un **biais de subjectivité**.

5.2.2.3 Déroulement des entretiens

Même si les médecins interrogés choisissaient la date, l'horaire et le lieu de l'entretien, certains entretiens ont dû être raccourci par manque de temps, ce qui a pu limiter le développement de certaines données qui auraient mérité d'être plus explicites.

Deux entretiens ont dû être interrompu un bref instant (coup de téléphone). A l'inverse, il a été difficile pour certains médecins de limiter leur discours et d'éviter les digressions ce qui a parfois allongé la durée des entretiens avec des réponses hors sujet.

Il faut également mentionner le **biais d'interprétation** lié au choix par entretiens semi-dirigés qui sont basés sur un dialogue principalement verbal, ce qui ne permet pas d'être totalement objectif. En effet la retranscription est écrite et même si elle se voulait la plus fidèle possible, un discours verbal ne peut pas être strictement identique à un discours écrit.

5.2.2.4 Biais liés à l'enquêteur

Le fait d'être étudiante en médecine a pu influencer les discours de certains praticiens. En effet, quelques médecins ont voulu connaître mon opinion et mes projets professionnels durant l'entretien.

De plus, étant seule durant les entretiens, j'ai pu orienter certains discours et perdre en objectivité, ce qui est plus limité en présence de plusieurs enquêteurs.

Cependant, l'approche sémio-pragmatique en apportant une rigueur à l'analyse grâce à l'ordonnement logique des catégories selon leur niveau sémiotique a pu limiter les biais d'interprétation.

5.2.2.5 Biais liés aux participants

Il a été difficile pour certains participants d'exprimer en profondeur leurs pensées, et certains sont restés, par facilité dans des généralités.

Quelques participants ont raconté des anecdotes par exemple qui n'étaient pas en lien avec le sujet abordé même si le guide d'entretien et l'entretien semi-dirigé ont essayé de limiter cela.

5.2.3 Les limites de l'étude liées à l'analyse des données

Certaines analyses n'ont pu être travaillées et relus par des tierces personnes, ce qui a pu entraîner un **biais d'analyse**.

L'analyse aurait pu aboutir à une conclusion différente avec un autre enquêteur, voire avec plusieurs enquêteurs pour limiter sa subjectivité.

De plus, il s'agissait pour les participants de revenir sur une expérience passée. Il y a pu avoir une déformation tant de ce qui s'est réellement passé que du vécu émotionnel suscité.

On peut donc mentionner le **biais de mémorisation**, propre aux discours rétrospectifs.

5.3 Discussion des résultats

Mon échantillon s'est constitué de 5 femmes et 6 hommes. Dix médecins se sont orientés vers une activité salariée. Un médecin a pris une retraite anticipée.

On relève d'une façon globale dans les entretiens, une émotion marquée liée au souvenir de l'arrêt de l'exercice libéral ce qui témoigne d'un **réel attachement au métier de médecin généraliste**.

La prise en charge globale du patient, la diversité des pathologies rencontrées, et surtout la richesse du contact humain et plus particulièrement d'une relation de soin construite au long cours, font de l'exercice de la médecine générale un métier riche de sens.

Médecin de famille, médecin de proximité, médecin de premiers recours : le médecin généraliste en libéral est un pivot dans le parcours de soin.

L'arrêt de l'exercice libéral est un changement de carrière, un changement de vie, qui est vécu différemment en fonction de la personnalité, de l'expérience et de l'histoire de vie de chacun.

Les sources de motivation sont diverses, mais pour la plupart des médecins interrogés, c'est une **reconversion volontaire**.

L'éclairage du parcours professionnel de chacun permet de mettre en évidence des profils de praticiens variés. Médecin de campagne, médecin seul ou en groupe, médecin ayant une activité mixte libéral / salarié, plus ou moins âgé... Tous ces déterminants font du choix de l'arrêt de l'exercice libéral une décision très personnelle, influencé par la pratique et les expériences vécues.

Les principes de l'exercice libéral fondés sur une liberté de prescription, d'installation, et d'organisation se confronte à la réalité de la pratique.

L'exercice libéral est synonyme de liberté, c'est ce que pense M7. Le médecin en libéral est libre dans la planification de son temps de travail, dans l'organisation du cabinet. Il est seul maître de ses décisions. Il crée sa propre patientèle avec qui il crée un lien fort. Cette relation de proximité et de confiance entre le médecin et son patient est enrichissante et valorisante.

En contrepartie, le médecin libéral subit la pression de ses patients, dont le rapport a évolué et est de plus en plus consumériste.

Ainsi, pour M1, l'exercice libéral n'est pas si libre qu'on le croit. La « liberté de prescription » est soumise au contrôle de l'Assurance Maladie. Le « libre choix du médecin par le patient » n'est pas toujours réalisable du fait de la pénurie de médecins. Parmi les contraintes citées, on note : la charge de travail et la nécessité d'être disponible, le manque de reconnaissance à la fois par les institutions et par les patients, les tâches administratives lourdes et complexes, la dépendance financière au nombre d'actes...

La **féminisation de la médecine** se heurte à ces contraintes. La permanence de soin peut être difficile à assurer pour une femme et demande une organisation stricte entre vie de famille et vie professionnelle. Ainsi, en raison de leurs rôles sociaux (mère de famille), les femmes généralistes auraient davantage de difficultés à mener leur carrière tout en préservant leur vie privée.

Ces contraintes sont également plus difficiles à supporter avec l'âge. Pour certains médecins interrogés, l'exercice libéral ne devient pas compatible lorsque l'on vieillit. Il n'est pas évident de ralentir le rythme de travail, surtout dans ce contexte de pénurie de médecin où il est difficile de trouver des remplaçants et des successeurs.

Ainsi, on pourrait penser qu'en plus du profil de médecin, de son histoire personnelle, l'âge et le genre détermineraient les conditions d'exercice et pourraient influencer le choix de l'arrêt de l'exercice.

Le changement apparaît comme un soulagement, un tournant qui permet au médecin de se préserver. Il est source d'épanouissement personnel en permettant un rythme de travail plus adapté et un meilleur équilibre vie privé - vie professionnelle.

Pour un des médecins interrogés, tout en étant un soulagement, le changement statutaire est aussi source de conflit entre sa vision idéal de l'exercice et la réalité du désert médical.

Changer, c'est aussi faire le deuil d'un idéal rêvé et désirer réinvestir sa vie professionnelle autrement. Cela sous-entend des renoncements inévitables et nécessaires.

Ainsi, il est difficile pour la plupart des médecins interrogés, de quitter une patientèle qu'ils connaissent et qu'ils suivent souvent depuis des années, avec qui un lien fort a été créé. L'arrêt de l'exercice libéral est responsable d'une rupture de la relation médecin patient.

C'est aussi un « adieu » à un certain mode de vie, à un cadre de vie.

Le changement de statut entraîne un changement d'image, par rapport aux patients, aux confrères et à la famille. Il transforme le rapport et la relation avec les patients avec la perte du lien médecin traitant – patient.

Il s'agit d'une **requalification sociale** où l'image valorisante du médecin généraliste fait place à un nouveau statut dont il faut reconstruire l'image.

L'exercice libéral, en étant modulable et flexible, permet au médecin de pratiquer comme il le souhaite, selon ses envies, ses connaissances et ses expériences propres.

Changer de statut, c'est aussi évoluer dans sa carrière. Ce changement de statut est d'autant mieux vécu que l'arrêt est anticipé et qu'il se fait de façon progressive.

C'est une **reconversion vocationnelle** où l'on apprend une nouvelle pratique avec une organisation différente du travail et des prises en charge, voir un nouveau métier. Certains aspects de la pratique de la médecine générale (comme le suivi au long cours,) sont délaissés pour en acquérir d'autres. Le changement de statut transforme le métier en faisant voir les choses différemment.

C'est aussi l'occasion d'établir un « bilan », de prendre un temps de réflexion sur ses aspirations professionnelles, les changements à effectuer, ses propres limites, son équilibre... Cela a également

permis de porter un regard auto-critique sur son ancienne pratique, et de la comparer à sa nouvelle activité.

De plus , cette étude révèle également le fait que le statut de libéral ne correspond pas à tous les médecins généralistes. Ce statut suppose une autonomie au travail, mais en contrepartie, la gestion administrative et financière d'un cabinet, et le suivi d'une patientèle. Certains ne se sentent pas prêts d'assumer seul ces responsabilités, de devoir gérer financièrement et administrativement leur cabinet... Ils ont besoin d'un cadre de travail, d'une équipe. C'est la cas de M1 pour qui le milieu hospitalier est apparu comme plus rassurant.

Enfin, le changement de statut est le **fruit d'une quête de sens dans le travail**. Les parcours professionnels et les raisons de l'arrêt de l'exercice libéral des médecins interrogés sont variés, mais ce qui les rassemblent, c'est le désir d'adapter leur exercice à leur propre équilibre, ainsi qu'à celui de leur proche. Certains ont ainsi recherché une meilleure « qualité de vie », en terme de sécurité, de confort d'exercice...

5.4 Comparaison à la littérature

Les motivations au changement.

L'objectif de notre étude n'était pas d'énumérer toutes les motivations à l'arrêt de l'exercice libéral, mais d'essayer de les comprendre en explorant le vécu de l'arrêt. Il est tout de même à noter que les raisons de cessation présentées par les médecins interrogés sont relativement similaires à celles retrouvées dans des travaux antérieurs.

L'étude qualitative de la DREES par Mme VEGA en 2007 a présenté comme raisons principales de cessation⁶⁶ :

- Une charge de travail trop importante, notamment administrative
- Risque d'épuisement professionnel par dévalorisation de la vision du métier
- Incapacité à moduler et tempérer les demandes des patients
- Manque de soutien des pouvoirs publics

⁶⁶ VEGA A., Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux, Tome 1. DREES : Série Etudes, décembre 2007, n° 73, 115 p..

- Charges financières lourdes et refus de la « course à l'acte »
- Opportunité de carrière

Il faut également citer les résultats de la thèse quantitative de Melle LEFEVRE réalisée en 2010 en Picardie qui retrouve des raisons de cessation proches⁶⁷ :

- Manque de temps pour la vie privée
- Intérêt pour une autre activité
- Charge de travail excessive
- Exigences des patients consuméristes
- Désaccord avec les politiques
- Raison de santé

Il est intéressant de constater que toutes les raisons de cessation d'exercice libéral sont globalement les mêmes que celles des jeunes médecins réticents à s'installer⁶⁸.

L'**épuisement professionnel**, a aussi été évoqué chez 4 participants. Le risque de se surinvestir dans le travail, et de se faire « happé » par les demandes de certains patients est important en libéral et cause d'épuisement professionnel.

Le « manque de temps » est également souvent cité dans les entretiens, et le changement de statut est souvent source de « gain de temps ». Cette notion est retrouvée dans une étude concernant les médecins libéraux, réalisée en 2003 en Ile de France. Ainsi, le risque principal pour une installation est « le manque de temps pour la vie familiale et personnelle » et un généraliste sur trois estime que le manque de temps est le plus grave risque du métier⁶⁹.

Enfin, cette étude confirme également la **part importante de l'avis des proches** dans la prise de décision. C'est le cas de M8 et M10 pour qui l'avis d'une amie et du conjoint respectivement ont influencé le changement. Pour M10, « *...mes collègues qui quittent le libéral rural, c'est très*

⁶⁷ LEFEVRE C. Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux : étude entre 2000 et 2007 en Picardie. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Amiens., 2010, 114 p.

⁶⁸ ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Résultats. Janvier 2011.

⁶⁹ ALLEMAND H, TEITELBAUM J, LEVY D et BUI DANG HD. Les médecins libéraux en île de France : pratiques, difficultés, attentes, propositions. Cah sociol démogr méd. 2003.

probablement pour leur conjoint, et pour la scolarité des enfants. A mon avis, le dévissage de plaque en rural c'est surtout pour cette raison ».

Le lieu d'exercice et le type de patientèle joue également un rôle. Un exercice en zone sous dotée, dans une région rurale sous médicalisée ou un quartier « difficile », associé à la prise en charge d'une population nombreuse, fragile ou précaire accentue les difficultés de la pratique.

Ces notions sont retrouvées dans l'étude d'Anne Véga sur les comportements de cessation d'activité réalisée en 2007.

Une attirance pour le salariat

Les données de cette étude confirment aussi l'**attractivité du salariat** chez les médecins généralistes. Ainsi, dix des médecins interrogés se sont naturellement orientés vers ce statut.

Le statut de salarié rassure et leur paraît plus sécurisant. Il offre un cadre de travail, avec des horaires fixes, un salaire stable, indépendamment de la charge de travail. Il permet par le travail en équipe, l'échange des connaissances et la confrontation des idées. L'exercice est moins individuel.

Pour les jeunes médecins, le milieu hospitalier rassure car c'est un lieu d'apprentissage, qu'ils connaissent puisqu'ils y ont effectué la majorité de leur formation.

Les mesures d'améliorations proposées.

Le paiement à l'acte relie étroitement les revenus du médecin au nombre d'actes délivrés. Ce système est actuellement clairement remis en cause par les médecins interrogés.

Cette donnée est retrouvée dans différents sondages auprès de médecins installés mais également auprès des jeunes médecins. Ainsi, selon une étude réalisée par l'ISNAR-IMG en 2011⁷⁰, 78 % des internes interrogés souhaitent voir évoluer les modes de rémunération, avec une majorité souhaitant l'introduction de forfaits aux côtés du traditionnel paiement à l'acte, contre seulement 22 % pour un salariat.

⁷⁰ ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Résultats. Janvier 2011, p.8.

Une restructuration du mode de rémunération paraît nécessaire. Cet item est également retrouvé dans la thèse qualitative de Melle BLANCHARD⁷¹ en 2012.

Les autres propositions d'amélioration faites par les médecins interrogés sont comparables à celles proposées par d'autres études.

Le travail de thèse⁷² réalisé par Melle Maryline RAMOS DA CRUZ en 2013 en région Rhône Alpes a retrouvé les mesures suivantes, qui sont semblables à celles évoquées dans notre étude :

- Un allègement administratif
- Une meilleure rémunération des actes
- Une restructuration du mode de rémunération
- Une meilleure prise en compte par les autorités de tutelle
- Une aide au regroupement et à la création de nouveau cabinet
- Une diminution de la charge de travail
- Une facilité des remplacements
- Et enfin, une assistance de gestion et de comptabilité.

La reconversion professionnelle à la mode

Actuellement, la notion de bien-être au travail est omniprésente. La reconversion professionnelle, démarche qui vise à changer de métier ou de statut, est maintenant monnaie courante dans une carrière. Les parcours professionnels actuels sont marqués par la mobilité, et les français aspirent au changement, et veulent donner du sens à ce qu'ils font.

Un sondage réalisé par le groupe AEF (Agence Education et Formation) en 2017 dévoile que 28% des Français sondés se sont déjà reconvertis, soit un sondés sur trois⁷³.

Ce changement d'horizon est généralement motivé par une des trois raisons suivantes : une quête de sens et l'envie de se rapprocher de ses valeurs, rebondir après un évènement professionnel indépendant de leur volonté, ou encore changer de poste par lassitude.

⁷¹ BLANCHARD T. Facteurs influençant les cessations précoces d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers. 2012. 195 p.

⁷² MARYLINE RAMOS DA CRUZ, 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 de Médecine, Université de Grenoble, avril 2014, 104 p.

⁷³ AEF GROUPE, Les français et la reconversion professionnelle - L'étude, mai 2017.

Le « dévissage de plaque » des médecins libéraux s'inscrit aussi dans cette volonté de trouver et donner du sens à sa pratique.

6. Perspectives

Il ressort de ces entretiens une inquiétude vis-à-vis de la pérennité du mode d'exercice libéral sous ses formes actuelles.

M4, en parlant de l'exercice libéral : « *C'est une forme d'exercice, je ne sais pas si ça perdurera...* », et M6 remarque « *Donc le monde a changé, et peut être que nous sommes les derniers dinosaures...* »

Ainsi les bases de l'exercice libéral sont remises en cause par les difficultés rencontrées en pratique. Exercer sous sa propre responsabilité sous-entend que l'on est son propre patron, mais qu'en contrepartie, on est le seul responsable de ses actes et on seul face à ses erreurs et ses doutes. La rémunération en lien direct avec l'activité entraîne une dépendance vis-à-vis de la charge de travail et pourrait pousser à une course à l'acte.

Des perspectives autour de l'intérêt de repenser l'exercice libéral émergent des entretiens.

Tout d'abord, la médecine générale en libérale est une médecine globale qui demande d'être disponible, et qui nécessite du temps.

Que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain, le ressenti est le même : **le médecin généraliste manque de temps** ! Cette notion de temps est retrouvée à la question portant sur l'idéal de la pratique libérale, sur la réalité de pratique, et sur les mesures d'améliorations à proposer.

- Il manque de **temps médical** pour s'occuper au mieux du patient. Ce temps médical est en partie occulté par le temps administratif. Ainsi, les médecins interrogés dénoncent le poids des charges administratives qui sont de plus en plus complexes et chronophages. Un allègement de ses charges seraient donc à envisager.
- Il manque des **temps de partage et d'échange** entre confrères et autres professionnels de santé. Ces temps de rencontre devraient être intégrés dans le temps de travail, et

favoriseraient une prise en charge global et pluridisciplinaire du patient. Cela permettrait également de limiter le sentiment de solitude professionnelle ressentie par certains médecins interrogés. Il faudrait donc davantage favoriser et encourager les pratiques en groupe, pluridisciplinaire, avec des temps d'échange organisé, où les professionnels de santé se connaissent et travaillent ensemble, en vue d'une pratique plus collective.

- Il manque du **temps de formation professionnelle**. Il existe chez les médecins interrogés une forte demande de formation et d'accompagnement dans la pratique. Certains proposent la mise en place de temps de formation et d'échange sous forme de staff, rémunéré.
- Enfin, il manque de **temps pour la vie personnelle et familiale**. Contrairement au médecin d'hier, le médecin de demain n'est pas prêt à sacrifier sa vie privée pour sa profession. Le métier de médecin n'est plus vécu comme une vocation ou un sacerdoce. Les attentes des médecins ont changé avec un désir de temps respectif de vie professionnelle, de vie familiale et de vie sociale plus équilibré. D'autre part la féminisation de la profession entraîne inéluctablement des changements organisationnels concernant la permanence de soin. Dans une enquête réalisée en 2009 dans l'Ouest de la France⁷⁴, les médecins avaient adapté leur temps de travail en le réduisant afin d'éviter des cessations anticipées. La modération du temps de travail paraît être un bon moyen de diminution de la charge de travail et donc d'un meilleur équilibre vie privé – vie professionnelle.

Ensuite, **le paiement à l'acte est clairement remis en cause par la majorité des médecins interrogés.**

Il est jugé inadapté, favorisant la course à l'acte dans un temps limité et l'attitude consumériste des patients. Pour M2, il ne valorise pas le travail fournie et participe à la déconsidération du métier de médecin généraliste. Une modification du système de rémunération des médecins libéraux serait donc à envisager. Les propositions de tarification sont multiples : salaire constant au prorata de la patientèle, sous forme de forfait, système de tarification en fonction de l'activité, système mutualiste, salariat organisé sous la forme d'un partenariat avec la Sécurité Sociale... Certains médecins proposent également l'ébauche d'un statut mixte (salariat / libéral).

⁷⁴ FANNY DELANSORNE, HELENE BUIS, STEPHANE ROBINO, JOSIANE TOMAS, JEAN-FRANÇOIS HUEZ et SERGE FANELLO. Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux dans les trois départements de l'ouest de la France. Quelle réalité ? Santé Publique 2009/4 (Vol. 21), pages 375 à 382.

Pour pallier la pénurie de médecin, il est souvent cité dans les entretiens l'importance **d'attirer plus de jeunes médecins en médecine générale, et notamment en libéral.**

La fin de l'internat offre au nouveau médecin généraliste un panel de choix d'exercice.

Salariat, libéral, ou mixte ?

La formation actuelle donne-t-elle les connaissances suffisantes pour faire ce choix ?

Une préparation à l'installation libérale, et notamment à la gestion des tâches administratives et à la fiscalité, est évidemment nécessaire pour mieux appréhender cet exercice.

C'est ce qu'essaye de proposer la plupart des facultés de médecine de France, mais cela suffit-il ?

Comment améliorer les conditions de l'exercice libéral et donner envie de franchir le pas de l'installation et d'y rester ?

Un des médecins interrogés propose la mise en place d'un tutorat de moyenne durée (2-3 ans) entre médecin généraliste et interne afin d'assurer un relais, en permettant la transmission du savoir d'un médecin en exercice à un futur praticien. Le début d'installation du jeune médecin devait être davantage accompagné et supervisé et la formation à l'exercice libéral plus concrète et adaptée à la pratique.

Il serait également intéressant d'interroger des médecins généralistes installés en libéral, au sujet des facteurs qui les épanouissent, et qui leur permet de poursuivre une activité libérale. Cela permettrait de faire connaître dès le début de l'internat les stratégies qu'ont développées des médecins pour s'épanouir dans le travail.

Il pourrait être aussi intéressant d'enseigner la médecine générale dès le début du cursus médical, ou de proposer des aides à l'orientation (choix d'un secteur, d'un lieu et d'un mode d'exercice...).

Ensuite, un des médecins souligne l'importance **d'accompagner les médecins en souffrance dans leur pratique.** La souffrance des soignants est devenue un problème de santé publique, qui concerne directement la santé des patients. Selon une étude réalisée par le Dr Yves Léopold, publiée en 2008 dans la revue de formation médicale Le concours médical, les médecins ont un risque de suicide 2,3 fois plus élevé que les autres professions⁷⁵.

Plusieurs lignes téléphoniques dédiées recueillent les appels de professionnels de santé en demande d'aide. C'est le cas de l'AAPMS (Association d'aide professionnelle aux médecins et Soignants), de l'APSS (Association pour les soins aux soignants), de l'association MOTS (Médecin-

⁷⁵ DR PATRICK BOUET (CNOM) et DR JACQUES MORALI (CNE), « La santé des médecins: un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. », 2018, p. 58.

Organisation-Travail-Santé), de la commission nationale d'entraide du CNOM ainsi que des commissions départementales d'entraides.

Le PASS, « Programme Aide Solidarité Soignant », a été lancé en mars 2018 et constitue le 1^{er} dispositif national de proximité pour la santé et l'équilibre professionnel des soignants. En partenariat avec le CNOM, il s'appuie sur un réseau d'association et de structures d'entraides pour apporter des réponses de proximité.

Ces dispositifs d'aides et d'écoute existent, mais sont-ils suffisamment connus par les médecins ? Les médecins sont-ils suffisamment sensibilisés à leur santé ?

Un DIU « Soigner les soignants » a été mis en place en 2015 par le Pr Éric Galam afin de former des soignants à la prise en charge de la souffrance de leurs confrères.

Il serait également intéressant de proposer dès le début des études médicales, un enseignement portant sur l'exercice libéral (apprendre à dire « non », à « lever le pied », l'endurance professionnelle...), sur l'équilibre personnel et professionnel, les risques d'épuisement professionnel et les mesures d'aides en cas de mal être au travail.

Enfin, **la reconversion professionnelle des médecins doit être davantage facilité et encadré**, et les passerelles entre les professions améliorées, avec un accompagnement des médecins tout au long de leurs démarches.

Ainsi, pour M3 *« Un des points du système à améliorer c'est de permettre aux médecins qui ont envie de lever le pied pour faire une activité différente, de lever le pied ! »*

L'installation en libéral est un choix. C'est un mode d'exercice qui ne correspond pas forcément à tous les médecins généralistes, et qui nécessite des ajustements tout au long de la carrière. Certains se retrouvent à un moment donné de leur carrière en difficulté, vis-à-vis de l'organisation du cabinet, de leur état de santé, des événements de vie, ou ont tout simplement la volonté de changer. Donner la possibilité aux médecins d'alléger progressivement leur activité libérale, afin de faciliter une réorientation ou une diversification de leur activité est une des mesures à développer. Pour les médecins en activités qui ne se sentent plus « faits pour l'exercice libéral » ou qui commencent à douter, des bilans de compétence pourraient être proposés.

7. Conclusion

Le phénomène du « dévissage de plaque » s'inscrit dans la singularité du parcours de chaque médecin généraliste libéral. Il s'agit d'une décision personnelle, influencé par l'expérience, le vécu et l'histoire de vie.

Ces cessations d'activité libérale sont pour la plupart, une reconversion volontaire mais ne sont pas synonymes de fin de carrière médicale. Tous les médecins interrogés ont œuvré dans le même sens : trouver des formes de sécurité au travail, leur propre équilibre, et une qualité de vie (y compris pour leurs proches).

L'image idéalisée de la médecine générale libérale se confronte à la réalité de la pratique, dans un contexte de désertification médicale.

Il existe un réel attachement au métier de médecin généraliste, à ses valeurs, mais cet attachement se laisse dépasser par les contraintes parfois vécues difficilement.

Les attentes des médecins et la réalité actuelle de la pratique sont à harmoniser.

La médecine générale libérale est ainsi entrée dans une phase de transformation et modernisation. Cette étude soulève une fois de plus un questionnement sur le statut libéral actuel.

Comment pourrait-on redéfinir le statut du médecin généraliste libéral en prenant en compte les attentes des médecins et des patients ? Comment penser l'exercice libéral pour que le médecin puisse concilier de façon équilibrer ses vies professionnelles et personnelles ?

Les médecins interrogés formulent des propositions de réformes de fond visant à revaloriser la médecine générale. Ces propositions sont difficiles à mettre en place mais sont indispensables, afin de limiter les conséquences de ces cessations d'activité sur l'accès aux soins primaires.

Cependant, l'intérêt et l'efficacité de la mise en place de mesures générales ne parait pas être une solution adaptée, au vu de la diversité des comportements face à la cessation de l'activité libérale. En effet, il existe une hétérogénéité de profil de médecins, et d'idéaux de l'exercice libéral. Ainsi, il serait sûrement plus intéressant de mettre en place des mesures à l'échelle territoriale, afin de proposer un modèle de soin égalitaire et solidaire.

Ce changement sociétal passera aussi par une prise de conscience pour les patients que le recours aux médecins tel qu'il est ou a été se modifie et va changer.

« Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir mais de le rendre possible »

Antoine de Saint-Exupéry

8. Bibliographie

THESES :

LEFEVRE C. Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux : étude entre 2000 et 2007 en Picardie. [Thèse de doctorat en médecine]. Université d'Amiens.; 2010.

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 d'exercice]]. 2014. Université de Grenoble

CHANDEZ C., CHIRON F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône - Alpes: étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés, 210 p., [Thèse d'exercice]. 2013. Université de Grenoble

BUFFARD-MORET S. Interaction entre vie professionnelle et vie privée chez les couples de médecins généralistes libéraux, 99 p., [Thèse d'exercice]. 2015. Université de Montpellier

BLANCHARD T. Facteurs influençant les cessations précoces d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. 2012. 195 p.

OUVRAGES :

Jemai I. ANDREANI JC, CONCHON F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. 2015

Galam, E. Burnout des médecins libéraux, Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. Vol. 3 (10). 2007. 474 p.

P. Cathébras, A. Begon, S. Laporte, C. Bois, D. Truchot. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. (Presse Med, 2004; 33: 1569-74, Masson, Paris).

Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Thiébaud, E., Dumartin, N., & Sifakis, Y. Job stress, coping and burnout among French general practitioners, European Review of Applied Psychology. 2000 (50). 309-314 p.

MUCCHIELLI A, PAILLE P. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin. 2003.

Strauss A., Mirrors and Masks, San Francisco, The Sociology Press, 1970.

BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Nathan. 1992.

EVERAERT-DESMEDT N. La sémiotique de Peirce, dans Louis Hébert. 2011.

ROCARE. Extraits de guides pour la recherche qualitative.

REVUES :

Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier (DREES). « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », Études et Résultats, n°1061, DRESS. mai 2018;

Anne Véga, Marie Héléne Cabé, Olivier Blandin. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies - DREES - Dossiers Solidarité et Santé. 2008;(6):15.

Cabé M.-H., Blandin O. Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 2. Série Etude et Recherche, mars 2008;(77):85.

Agnès Oude-Engberink, Gérard Bourrel. En quoi la méthode phénoméno-sémiopragmatique inspirée de CS Peirce apporte des réponses à la tension entre rigueur scientifique et créativité? Recherches qualitatives Hors-série, n°20, p 472-486

Lucas-Gabrielli V. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la Santé. Avril 2004;(81):8.

Oude Engberink A, Arino M, Julia B, Bourrel G. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. Recherches Qualitatives hors-série(15):96–115. :20.

Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19:4.

ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES : Série Etudes et Résultats. Février 2009;(n°679):8.

Paraponaris, A., Ventelou, B. et Verger P. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. Revue française des affaires sociales. 2011;(2):29-47.

Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. (2013;24(105):4–11.):11.

Billaut Anne. Les cessations d'activité des médecins. DREES : Etudes et Résultats. Avril 2006;4.

Véga A. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 1. Série Etudes, 115p., N°73, décembre 2007.

Jakoubovitch S, Bournot Marie Christine, Cercier Elodie, Tuffreau François. Les emplois du temps des médecins généralistes - Etudes et résultats. mars 2012;(797):8.

Marion Bachelet, Marie Anguis - DRESS. Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et résultats. mai 2017;(1011).

MUCCHIELLI A. Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives issu de Recherches qualitatives, hors-série, n°3. 2007. 2007;27.

André C. Les systèmes de santé européens en longue période. Revue de la régulation Capitalisme, institutions, pouvoirs, 17 juin 2015

Isabelle Robert-Bobée, division Enquêtes et études démographiques, Insee. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - n° 1089. Juillet 2006

Olivier Léon, Pascal Godefroy, pôle Emploi-Population, Insee. Projections régionales de population à l'horizon 2030 - INSEE : Résultats Société, n° 16. décembre 2006

Bloy, G. et Schweyer, F.-X. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Revue française des affaires sociales. 2010;(2):49-62.

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. (Kinesither Rev. 2015;15(157):50-4).

Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative .Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». exercer 2009 ; 88 : 106-12.

Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A., Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « Acteur » à « Interdépendance ». exercer 2009 ;87 : 74-9.

ARTICLES :

Nicolas Da Silva, « Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale », Revue du MAUSS, n°41, 2013/1, pages 93 à 108

Conseil National de l'Ordre des Médecins, « L'exercice médical à l'horizon 2020 »

Le Feuvre, N. et Lapeyre, N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées. 2013;(18).

MOURIES R., « L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. », Communiqué de presse, édition URML Ile-de-France. juin 2007;31.

Claude LEICHER, « Le médecin libéral en 2010 », Les Tribunes de la Santé 2010/3, n°28, p. 55-63.

Barney G. GLASER et Anselm L. STRAUSS. Les transitions statutaires et leurs propriétés. Sociologies, mai 2012

BARLET M. FL. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? – La France et ses régions, Insee, 2010.

Réaliser un entretien semi-directif [Fiche technique EUREVAL].; 2010.

FANNY DELANSORNE, HELENE BUIS, STEPHANE ROBINO, JOSIANE TOMAS, JEAN-FRANÇOIS HUEZ et SERGE FANELLO. Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux dans les trois départements de l'ouest de la France. Quelle réalité ? Santé Publique 2009/4 (Vol. 21), pages 375 à 382.

ETUDES, SONDAGES :

ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale - Résultats, janvier 2011

Claire Edey Gamassou, Virginie Moisson-Duthoit. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature, 27 p., 2017.

Davezies P., Daniellou F. L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude compréhensive en Poitou-Charentes, URML de Poitou-Charentes, 158 p., avril 2004.

AEF groupe. Les français et la reconversion professionnelle - L'étude, mai 2017.

ALLEMAND H, TEITELBAUM J, LEVY D et BUI DANG HD. Les médecins libéraux en île de France : pratiques, difficultés, attente, propositions. Cah sociol démogr méd. 2003.

RAPPORTS, LOIS

Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Profils comparés 2007/2017 - Situation au 1er janvier 2017.

Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018. p. 165.

ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale française, situation au 1er janvier 2011 – Enquête thématique.

Agence Régional de Santé Occitanie. Eléments de contexte pour un diagnostic régional. Avril 2017

Code de la sécurité sociale - Article L162-2.

Conseil National de l'Ordre des Médecins - Rapport de la Commission nationale permanente, adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. Liberté d'installation, liberté d'exercice - Quelle médecine pour quels médecins ?

DR PATRICK BOUET (CNOM) et DR JACQUES MORALI (CNE), « La santé des médecins: un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. », 2018.

LIENS INTERNET :

Agence Régionale de Santé. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques.

9. Annexes

Annexe 1 - Le guide d'entretien.....	141
Annexe 2 - Consentement écrit et signé.....	143
Annexe 3 - Grille COREQ	144
Annexe 4 - Retranscriptions intégrales des entretiens.....	146

Annexe 1 - Le guide d'entretien

1- Présentation du cadre de l'entretien

Présentation de l'enquêtrice : Bonjour, je m'appelle Bénédicte DE ROECK, je suis actuellement en neuvième année de médecine générale.

Présentation de l'enquête : Dans le cadre de la réalisation de ma thèse, je cherche à explorer le vécu du changement statutaire lors de l'arrêt de l'exercice libérale. Je vous remercie de m'accorder cet entretien.

Présentation du déroulé de l'entretien : Il ne s'agit pas d'un questionnaire prédéfini, mais plutôt d'une conversation au cours de laquelle je vous orienterai sur différents thèmes. L'entretien sera enregistré mais restera strictement confidentiel et anonyme, et sera détruit à la fin de mon travail. Etes-vous d'accord ? Avez-vous des questions ?

(Récupération du consentement écrit)

2- Guide thématique

Parcours professionnel

Tout d'abord,

- Quelle vision de la médecine générale libérale aviez-vous lors de votre installation ?

Quel était l'exercice libérale idéal selon vous ?

Comment l'imaginiez-vous, en termes de relation avec le patient, avec les confrères, avec les institutions ?

- Et finalement, quelle a été votre pratique en libéral ?

Avez-vous pratiqué comme vous le souhaitiez ? Cela correspondait-il à votre vision du libéral ?

Comment étiez-vous organisé ? (Associé, secrétaire, dossier informatisé, horaires, gardes)

Quel type de patientèle aviez-vous ?

- Comment avez-vous vécu vos années d'exercice en libéral ?

Que reprenez-vous ? En termes d'organisation du cabinet, de votre vie personnelle, du lien avec les confrères, avec les institutions, de la relation médecin - patient ?

Quels étaient les atouts ? Les contraintes ?

Cessation de l'activité libérale

Maintenant,

- Pouvez-vous me parler de vos motivations à l'arrêt de l'exercice libérale ?

- A votre avis, qu'est ce qui a pu influencer votre choix ?

C'est-à-dire ?

- **Comment avez-vous vécu ce « dévissage de plaque » ?**
C'est-à-dire ? Quel a été votre ressenti ?

Réorientation professionnelle

Pour plusieurs raisons, vous avez donc pris la décision de cesser votre activité libérale.

- **Pour vous, qu'est ce qui a changé ?**

Mesures d'amélioration

Enfin,

- **Qu'est-ce qu'il aurait fallu faire pour que vous continuez votre exercice ?**

Quelles seraient les mesures à proposer pour améliorer l'exercice de la médecine générale en libérale ?

3- Données personnelles à recueillir

Quel est :

- Votre âge ?
- Votre situation familiale ?
 - Célibataire Marié Pacsé Divorcé Veuf
 - Si conjoint(e) : âge activité
 - Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Quel âge ont-ils ?
- Où avez-vous obtenu votre diplôme ?
- A quel âge vous êtes-vous installé ?
- Quels ont été vos lieux d'exercice ? (*Milieu urbain, rural, semi rural*)
- En plus de votre activité libérale, avez-vous eu d'autres expériences professionnelles, d'autres modes d'exercice (*hôpital, clinique, centre de santé, EHPAD, autres*) ?
- Au cours de votre carrière, avez-vous eu l'occasion ou l'envie de suivre des formations, de préparer des diplômes universitaires ?
- Avez-vous une activité extra professionnelle (hobbies, engagement humanitaire, associatif ou politique) ? Si oui, lesquelles ?
- A quel âge avez-vous finalement cessé votre activité libérale ? (Ou plutôt au bout de combien d'années d'installation)
- Quelle est votre situation actuelle ?

Voilà l'entretien est terminé. Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ? Je vous remercie beaucoup de votre participation, si cela vous intéresse je vous tiendrais au courant des résultats de mon travail.

Annexe 2 - Consentement écrit et signé

Etude sur le vécu du changement statutaire lié à l'arrêt de l'exercice libérale

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la réalisation de ma thèse de médecine générale, j'effectue une enquête sur le vécu de la cessation d'activité libérale chez les médecins généralistes en région Occitanie.

Cette enquête s'adresse aux médecins généralistes anciennement installés, et qui ont « dévissé » leur plaque. Elle se déroulera sous la forme d'un entretien, en s'appuyant sur un guide thématique qui servira de base commune pour l'approche qualitative de cette enquête.

Afin de retranscrire correctement vos propos, l'entretien sera enregistré via un dictaphone mais toutes les données resteront strictement confidentielles et anonymes et elles seront détruites à la fin du travail de thèse.

Je soussigné,.....certifie avoir reçu les informations nécessaires concernant l'étude sur le vécu de la cessation d'activité libérale. J'ai bien noté qu'il s'agissait d'une participation volontaire et que mes données seront traitées de manière strictement confidentielles et anonymes.

Fait à

Le

en deux exemplaires.

Le participant

L'investigateur principal

Annexe 3 - Grille COREQ

Pour une critique objective de l'étude, une grille de lecture a été utilisée comme support : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ). Cette dernière est le résultat d'une méta-analyse de l'ensemble des grilles de lecture de la littérature, publiée en 2007 dans l'International Journal for Quality in Healthcare. Elle a été utilisée dans sa version française traduite. Elle définit 32 critères de qualité.

N°	Item	Guide Questions/description	Travail de thèse présenté
<u>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</u>			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1.	Enquêteur / animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Bénédicte DE ROECK
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en 6 ^{ème} semestre du DES de médecine générale
3.	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Stage SASPAS
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Pas d'expérience en recherche qualitative
<i>Relations avec les participants</i>			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissent ils avant le début de l'étude ?	Pour 1 des participants oui, pas pour les 10 autres
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	L'enquêteur s'est présenté dès le début de l'entretien
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Intérêt pour le sujet de recherche, et pas de conflit d'intérêt
<u>Domaine 2 : Conception de l'étude</u>			
<i>Cadre théorique</i>			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse phénoménologique avec analyse sémio-pragmatique

Sélection des participants			
10.	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Recrutement direct
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone, ou par mail
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11 participants
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ?	0
Contexte			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Pour la plupart sur le lieu de travail des médecins, 4 entretiens ont été réalisés à leur domicile
15.	Présence de non-participants	Y-avait-il d'autres personnes présentes outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf Tableau récapitulatif des principales caractéristiques de l'échantillon
Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide fourni par l'enquêteur et testé lors d'un premier entretien test
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, il y a eu un seul entretien par participant
19.	Enregistrement audio / visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	L'enregistrement audio a été utilisé
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et / ou après l'entretien individuel ?	Oui
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 29 minutes et 54 secondes
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, arrêt des entretiens après saturation des données
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretiens ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui

Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24.	Nombre de personne codant les données	Combien de personne ont codé les données ?	Une personne
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Non, énoncés phénoménologiques puis catégories
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Logiciel Microsoft Word pour la retranscription des verbatims
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui via les verbatims
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui, catégories conceptualisantes présentées
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Non, car il n'y avait pas de thèmes secondaires

Annexe 4 - Retranscriptions intégrales des entretiens

Cf document additionnel.

10. Serment

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : Actuellement, le nombre de médecin généraliste stagne, et diminue même chez les libéraux. Certains médecins généralistes installés en libéral font le choix de « dévisser leur plaque » pour se réorienter, et changer de mode d'exercice. L'objectif de cette étude est de comprendre, à partir de l'expérience de médecin généraliste ayant cessé leur activité libérale, le vécu du changement statutaire.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative à partir de 11 entretiens individuels semi dirigés conduits auprès de médecins généralistes libéraux. Une analyse phénoménologique complétée d'une approche sémio-pragmatique a été réalisée.

Résultats : Pour certains médecins, le changement est un soulagement, un tournant qui permet de se préserver et qui est source d'épanouissement personnel. Pour les jeunes médecins, il apparaît comme protecteur et rassurant. Pour les plus âgés, c'est une évolution positive dans leur carrière, qui procure un sentiment de « bien-être » au travail. Mais changer de statut, c'est aussi faire le deuil d'un idéal rêvé, de son image, et d'un cadre de vie. Ce changement peut-être source d'un conflit avec soi-même, entre sa vision idéale de l'exercice et la réalité de la pratique et du désert médical. Entre reconversion vocationnelle et requalification sociale, l'arrêt de l'exercice libéral est aussi le fruit d'une quête de sens dans le travail.

Conclusion : Le phénomène du « dévissage de plaque » s'inscrit dans la singularité du parcours de chaque médecin généraliste libéral. Tous les médecins interrogés ont œuvré dans le même sens : trouver des formes de sécurité au travail, leur propre équilibre, et une qualité de vie. Cette étude confirme l'attractivité du salariat chez les médecins libéraux, et soulève une fois de plus un questionnement sur le statut libéral actuel.

MOTS CLES : médecine générale, cessation d'activité, exercice libéral, reconversion professionnelle, changement statutaire, démographie médicale, recherche qualitative, approche phénoménologique et sémio pragmatique