

Pourquoi les médecins généralistes se détournent-ils de la médecine générale au profit d'une médecine spécialisée ?

Marion Roux

▶ **To cite this version:**

Marion Roux. Pourquoi les médecins généralistes se détournent-ils de la médecine générale au profit d'une médecine spécialisée ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03019730

HAL Id: dumas-03019730

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019730

Submitted on 23 Nov 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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Pourquoi les médecins généralistes se détournent-ils de la médecine générale au profit d'une médecine spécialisée?

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Octobre 2020

Par Madame Marion ROUX

Née le 20 mars 1992 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BASTIDE Cyrille	**Président**
Monsieur le Professeur STEIN Andreas	**Assesseur**
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Assesseur**
Monsieur le Docteur DILLINGER Laurent	**Assesseur**
Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Pourquoi les médecins généralistes se détournent-ils de la médecine générale au profit d'une médecine spécialisée?

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Octobre 2020

Par Madame Marion ROUX

Née le 20 mars 1992 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BASTIDE Cyrille	**Président**
Monsieur le Professeur STEIN Andreas	**Assesseur**
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Assesseur**
Monsieur le Docteur DILLINGER Laurent	**Assesseur**
Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	**:**	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges Surnombre
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert Surnombre
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loic (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphane (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE *16*

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

« L'échec n'est qu'un changement temporaire de direction qui te remet directement sur le chemin de la réussite ».

Dennis Waitley

GLOSSAIRE

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé

ALD : Affection de longue durée

ANAES : Agence Nationale de l'accréditation et de l'évaluation de la santé

ARS : Agence régionale de santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CNAM : Caisse nationale d''assurance maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DIU : Diplôme inter universitaire

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

DU : Diplôme universitaire

ECN : Épreuves classantes nationales

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FAO : Food and drug organization

FMF : Fédération des médecins de France

FPMT : Forfait patientèle médecin traitant,

FST : Formations spécialisées transversales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LAS : Licence avec option accès santé

MPA : Majoration personnes âgées

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin généraliste

MG France : Fédération française des médecins généralistes

MIG : Mission d'intérêt général

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PACES : Première année commune aux études de santé

PASS : Parcours Accès Santé Spécifique

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SNJMG : Syndicat national des jeunes médecins généralistes

UFR : Unité de formation et de recherche

UNICEF: United Nations of International Children's Emergency Fund

URSSAF : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Cyrille Bastide, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Pour votre disponibilité et votre gentillesse, veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Stein Andreas, je vous remercie de faire partie du jury de cette thèse ainsi que pour votre soutien et votre gentillesse. Encore merci chef !

A Monsieur le Professeur Patrick Gerbeaux, je vous remercie d'avoir accepté de juger cette étude et pour votre gentillesse.

A Madame le Docteur Marie-Agnès Martin-Savelli, je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie également pour ton soutien tout au long de ce travail. Merci d'avoir toujours été présente dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu es quelqu'un que j'admire, un excellent médecin et une personne formidable.

A Monsieur le Docteur Laurent Dillinger, je te remercie d'avoir accepté de juger cette thèse avec un tel enthousiasme. Je te remercie également pour ton accompagnement et tes conseils bienveillants au cours de ces deux dernières années d'internat. J'ai eu de la chance que nos routes se croisent. Tu es une personne incroyable et profondément gentille, ne change pas.

Aux dix-neuf médecins qui ont répondu à mon appel en m'accordant leur temps et leur confiance, et sans qui rien n'aurait été possible.

A tous les patients qu'il m'a été et qu'il me sera donné de rencontrer au cours de ma carrière, en espérant être digne de leur confiance.

A ma famille à qui je dois tout et que j'aime plus que tout, même si je ne leur dis pas assez souvent.

A mes parents. Merci d'avoir toujours été là et d'avoir toujours cru en moi que ce soit pour mes premiers pas, mon premier trophée de tennis ou pour mes concours de médecine. Merci de m'avoir supporté toutes ces années et de continuer à le faire mieux que quiconque. Je vous aime « jusqu'à la lune aller-retour ».

A Stéphane, mon papa, avec lequel la médecine a pris vie. Ton courage, ta persévérance et cette passion insufflée par ton métier me montre chaque jour la marche à suivre. Tu es mon modèle en tant que médecin et j'espère te rendre toujours fière dans ma pratique.

A Corinne, ma maman, mon modèle en tant que femme. En espérant que les années me feront toujours plus te ressembler. Merci pour tous ces conseils pour apaiser les petits « bobos » quotidiens. Merci pour ton aide dans la correction de cette thèse. Comme quoi même à 28 ans j'ai toujours besoin que tu corriges mes devoirs.

A ma sœur, Lulu, qui me rend fière. Merci d'être toujours là pour moi. Je suis sûre que c'est grâce à tes talents de sorcière que j'en suis arrivée là (« par la puissance du ciel et de la terre »). Merci de m'avoir hébergé quand j'en avais besoin même si ton frigo était vide. Sache que même si tu me voles mes affaires et que tu râles pour un rien, je t'aime quand même.

A mes grands-parents, papy Franky et mamy Léa, toujours prêts à m'accueillir pour me faire des bons petits plats. Merci de prendre soin de votre « petite fleur du printemps » comme vous le faites si bien.

A mon grand-père, papou, dont j'ai hérité le gène du voyage. Merci d'avoir toujours été là et de veiller sur moi, même de l'autre bout de la France. **A Danielle** qui prend soin de lui.

A ma grand-mère, mamou, qui nous a quittés bien trop tôt mais qui veille sur moi de là-haut.

A mon oncle, tonton Kiki, toujours là pour me faire rire avec son humour de gendarme. A **Élise et Adrien,** mes petits cousins, qui sont malheureusement trop loin.

A mon parrain, tonton serge, qui m'a transmis son gène de la fête et du bon vin. Merci d'accepter de recevoir (et peut-être même payer) mes factures de l'URSSAF. **A Francette** qui

me fait les meilleurs soins LPG pour me détendre. **A Lucas et Jaja**, mes cousins chéris, que je ne vois pas assez.

A ma marraine, Mag, que je ne vois que trop peu. J'espère qu'un jour tu m'apprendras à danser le Tamure.

A Tata Pomponne, ma coloc de choc qui a su me soutenir pendant mon externat sur Nîmes.

A Yves, pour les multiples déménagements

A ma meilleure amie, ma sœur de cœur, **Lucie**. Des voyages de dingues, des soirées improbables, de super fous rires, des heures à refaire le monde et j'en passe. Déjà 11 années de folie passées et je sais qu'il y en aura beaucoup d'autres. Merci d'être toujours là pour moi quoi qu'il arrive. Merci de croire autant en moi et de me soutenir depuis toujours dans tout ce que je fais même en étant à l'autre bout du monde. Merci d'être toi, cette merveilleuse personne forte et ambitieuse que j'admire tant. Tu me manques.

A ma Shanou. Tant de moments mémorables passés ensembles, des voyages, des fous rire (beaucoup de fous rire), des moments douloureux (RIP à ton radius) mais rigolos quand même. Merci d'avoir participé à ce travail (et pas qu'un peu #codage) et de m'avoir supporté quand je te mettais la pression. Merci de prendre soin de moi et me tirer vers le haut. Je vous souhaite plein de bonheur avec Maxou (et plein de mini vous) Youyouyouyou.

A Carolichou, mon binôme blond. Comme on dit « chaque brune a besoin de sa blonde ». Tout a commencé avec cet AES en P2 et depuis on ne s'est jamais quitté. Même si tu es à Dijon et qu'on se voit peu, notre amitié est toujours intacte. Merci d'être toujours là, merci de continuer à me soutenir même du pôle Nord.

A Rafiki, mon acolyte. Ce dormeur fou et voleur de verres qui me fait tant rire. Tant de bons moments passés avec toi. Vivement la fin de ce confinement qu'on reprenne les bonnes habitudes. Merci d'être toi, ne change pas.

A Estelle, ma Kikou d'amour, que je ne vois clairement pas assez. La dream team de soirée « sapées comme jamais ». Merci d'avoir toujours été là pour moi et merci de croire en moi quoi

qu'il arrive. Vivement ton mariage avec le Kikou mâle cet été. Je vous souhaite plein de bonheur, vous le méritez.

A Émeline, qui a été mon interne puis mon amie. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait **Julien** et toi. Merci de m'avoir soutenue en me faisant des bons petits plats pendants la D4 (oui les pates knackis sont des bons petits plats). Merci d'avoir corrigé cette thèse avec enthousiasme. Tu es une merveilleuse personne et une merveilleuse maman, reste comme tu es. Encore plein de bons moments à vivre ensemble.

A mes dindes adorées, à cette fabuleuse amitié inchangée malgré la distance. A ce stage de rhumatologie qui nous a unies pour la vie « Georgette Georgette ». Merci pour votre soutien immense. Merci pour ces conversations et ces messages vocaux interminables. Merci d'être aussi présente pour moi. **A ma Chlochlo** d'amour, ma copine de goûts de luxe qui fera une superbe mariée. **A Lou,** ma vieille dinde à ces heures passées au téléphone à refaire le monde, à ces soirées d'anthologie. **A Mamou**, à la « mamou mobile » qui nous aura fait rêver, au macdo de 4h du mat, à cette première garde d'externe together. Je ne rajouterai qu'une chose : « NOOOONNN ».

A Julie, ma blondasse adorée. Toi qui as essayé de m'apprendre à surfer sans succès. Toi avec qui l'externat a changé d'aspect. Toi avec qui j'ai vécu des moments mémorables, des voyages, des weekends de folie. Toi qui m'as toujours soutenu. Toi que je ne vois clairement pas assez.

A Popo, ma tenniswoman préférée qui me manque. Une amitié précieuse qui ne cesse de grandir avec le temps.

A ma Séverine, ma super archéologue. Toujours d'un soutien précieux quoi qu'il arrive.

A Nelly, cette vieille folle sans limites. Tout a commencé à Avignon city avec un semestre épique et tumultueux. Même si tu me mets les nerfs avec tes photos d'île paradisiaque en Amérique latine je t'aime quand même (ps : je me vengerai quand tu seras à ma place et que je serai dans les îles). Ta folie me manque, reviens vite.

A Anaïs, ma plus belle rencontre du semestre hyérois. Ma copine de shopping, ma copine de resto, ma copine de commérage. Tant de choses partagées en si peu de temps.

A Hugo, cette espèce de vieux fou que j'adore. Vivement que je te remette encore une raclée au tennis.

A Martin, mon petit pocpoc avec qui j'ai passé un stage de gynéco-ped mémorable. Toi avec qui j'ai débuté mes gardes de SOS médecin. Toi qui me fais toujours rire.

A la Team Nîmes (Shanou, Carolichou, Rafiki, Estelle, Hélo, Manu, Sésé, Fidji) pour tous ces moments passés durant l'externat : BU, manades, goûter d'anniversaire avec du fromage.

A la Team IHU, et à ces moments difficiles qui ont renforcé nos liens. **A mes co-internes** #TeamIHU1. **A Tiphanie** une superbe rencontre et grâce à qui les moments les plus durs se sont adoucis**. A Etienne,** une merveilleuse personne dotée d'une gentillesse incroyable (mais qui pète beaucoup trop). **A Amir**, mon petit frère de cœur qui a été une très belle rencontre. **A Anaïs,** mon rayon de soleil, un coup de cœur amical qui a égayé mon semestre. **A Laetitia**, ma coloc pour m'avoir supporté pendant 6 mois. **A Piseth**, un super PH doté d'une gentillesse incroyable, merci pour ta bonne humeur et ton soutien. **Au reste de la team** (Charlotte, Lucie, Pierre, David, Gabriel, Théophile et Anne) pour avoir été la meilleure team IHU que je puisse rêver.

A ces 10 années d'étude qui auront changé ma vie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **31**

GENERALITES **34**

1. Le système de soins primaires en France **35**
a. Épidémiologie 35
b. Le médecin généraliste 40
c. Évolution de la formation en médecine générale 41

2. Les alternatives à l'exercice de la médecine générale (12) **46**

3. Syndrome d'épuisement professionnel ou burnout **48**
a. Épidémiologie 48
a. Définition 48
b. Facteurs de risque et conséquences 50

4. Objectif de l'étude **51**

MATÉRIEL ET MÉTHODES **53**

1. Type d'étude **54**

2. Bibliographie **54**

3. Méthodologie de sélection de la population **54**
a. Critères d'inclusion 54
b. Critères d'exclusion 55
c. Mode de recrutement 55
d. Nombre de sujet 55

4. Méthodologie des entretiens **55**
a. Choix de l'entretien semi-dirigé 55
b. Établissement du guide d'entretien 56
c. Formulaire de consentement 56

5. Réalisation des entretiens **57**

6. Méthodologie d'analyse des données **57**
a. Retranscription des données 57
b. Analyse des données 57
c. Conservations des documents et des données relatives à la recherche 58
d. Documents officiels 59

RÉSULTATS **60**

1. Données générales **61**
a. Caractéristiques des entretiens 61
b. Caractéristiques de la population 63

2. Attitude et ressenti des médecins interrogés vis à vis de leur parcours professionnel **67**
a. Pourquoi s'être orienté vers la médecine générale ? 67
b. Quelle était leur vision vis à vis de la médecine générale avant de l'exercer ? 68
c. Comment s'est déroulé la réorientation professionnelle ? 69

3. Attitude et ressenti des médecins interrogés vis-à-vis de l'expérience de l'exercice de la médecine générale 70
a. Relation étroite entre vie professionnelle et personnelle 70
b. Relation médecin-patient en médecine générale 72
c. Remise en cause du système de santé 74
d. La collégialité 77
e. L'aspect financier 77

4. Attitude et ressenti des médecins interrogés vis-à-vis des solutions potentielles face à cet exode de médecins généralistes et les limites qui s'imposeraient 78
a. Les solutions proposées 78
b. Les limites évoquées par les participants 81

DISCUSSION 83

1. Les forces et limites de l'étude 84
a. Forces de l'étude 84
b. Limites de l'étude 85

2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature 87
a. L'évolution des pensées en médecine générale 87
b. La vision de la médecine générale avant de l'exercer 88
c. La reconversion professionnelle 90
d. La sécurité sociale : un pouvoir quasi absolu 100

3. Solutions et perspectives 102
a. La réforme « ma santé 2022 » 102
b. Rémunération et rapports avec la sécurité sociale 106
c. Modification de la relation de soin 108

CONCLUSION 111

BIBLIOGRAPHIE 114

ANNEXES 120

Annexe 1 121

Annexe 2 123

Annexe 3 124

Annexe 4 125

Annexe 5 126

Annexe 6 127

SERMENT D'HIPPOCRATE 128

INTRODUCTION

De nos jours, les praticiens qui exercent la médecine générale stricto-sensu se font de plus en plus rares.

Au premier Janvier 2019, on recensait 87 801 médecins généralistes en activité régulière, soit une baisse de 7% des effectifs depuis 2010 (1). En effet, un grand nombre de praticiens cessent leur activité pour se reconvertir dans le domaine médical ou non médical. Les données de la littérature montrent que le choix de la reconversion professionnelle est médié par la présence de plusieurs facteurs de la vie personnelle et professionnelle qui s'entremêlent. Différentes raisons de reconversion ont été évoquées, principalement la recherche d'une activité salariée, la qualité de vie et l'épuisement professionnel.

Ces mêmes raisons sont aussi liées à une augmentation du burnout et de problèmes psychosociaux chez les médecins généralistes. D'après les différentes études faites sur le sujet, la prévalence du burnout chez les généralistes est élevée, entre 20 % et 50 % (2).

Par ailleurs, le nombre de médecins généralistes a diminué ces dernières années sous l'effet des départs à la retraite avec un vieillissement de la population médicale. Au sein des médecins généralistes en activité, les moins de 40 ans représentent 21% et les plus de 60 ans 24 % selon les données recensées par le conseil national de l'ordre des médecins. La nouvelle génération de médecin généraliste marque encore plus ce déficit en s'orientant vers une pratique détournée et spécialisée de la médecine générale (Médecine esthétique, médecin échographiste, praticiens hospitaliers, médecin de la sécurité sociale, médecin du sport etc.…). Les quotas de médecins généralistes ne sont donc que rarement atteints et le phénomène de la réorientation professionnelle n'améliore pas ce déficit.

Devant ces problèmes majeurs de santé publique, et au vu du manque de données dans la littérature, nous nous sommes demandés : Pourquoi les médecins généralistes se détournent-ils de la médecine générale au profit d'une médecine spécialisée ?

Il nous a semblé pertinent de faire avancer la réflexion sur le sujet, en s'intéressant aux médecins généralistes ayant quitté la médecine générale pour s'orienter vers une médecine plus spécialisée. L'objectif étant de comprendre les causes contribuant au détournement de carrière des médecins généralistes. Une fois ces causes identifiées, nous avons essayé de trouver des solutions adaptées. Par ailleurs, il est important de connaître, et surtout, de comprendre pourquoi, après de longues et pénibles études, un interne suivant un cursus en médecine générale s'en désintéresse au profit d'autres médecines plus spécialisées.

GENERALITES

1. Le système de soins primaires en France

a. Épidémiologie

- **Médecins généralistes en activité régulière**

Au premier Janvier 2019, le tableau du conseil national de l'ordre des médecins (1) (CNOM) recensait 87 801 médecins généralistes en activité. Ce chiffre démontre une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.4% depuis 2017 (Cf Figure 1).

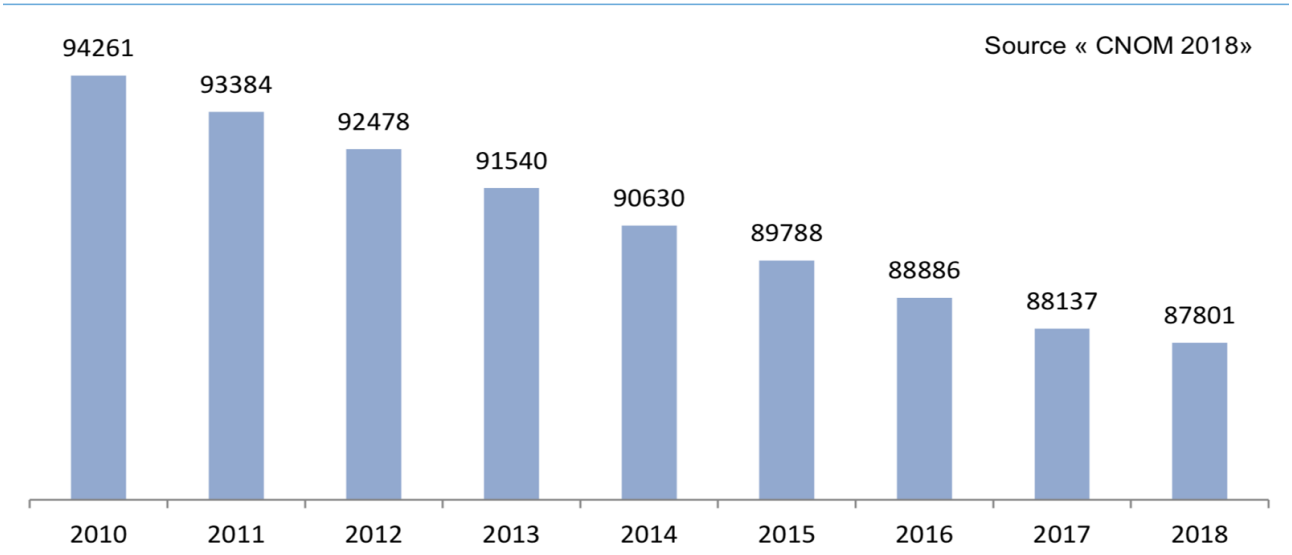


Figure 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues) selon le CNOM 2018

Selon les pronostics du CNOM, les effectifs de médecins généralistes en activité régulière ne cesseront de diminuer avec aux alentours de 81 804 en 2025 (Cf Figure 2) avec des variations plus ou moins significatives selon les régions françaises (Cf Figure 3).

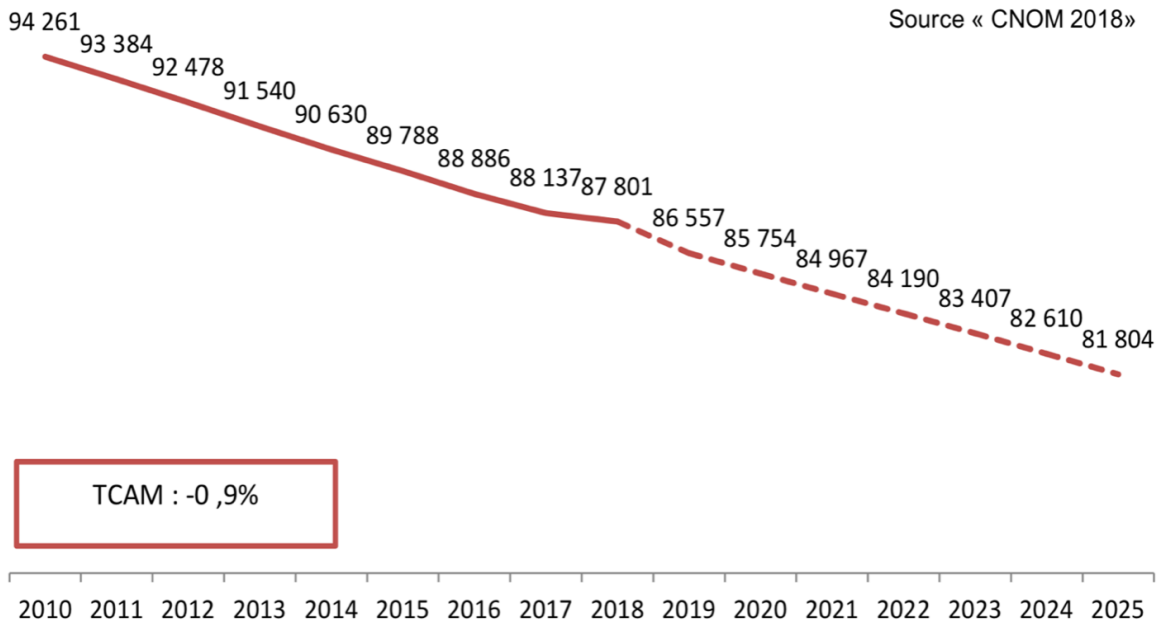


Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues) selon le CNOM 2018

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

Figure 3 : Variation 2017-2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%) selon le CNOM 2018

- **Vieillissement de la population**

L'espérance de vie en France est l'une des plus élevées d'Europe avec un recensement d'une personne sur cinq ayant 65 ans ou plus (versus 12,8 % en 1985).

Le vieillissement de la profession médicale impacte surtout les spécialistes en médecine générale. Au sein des médecins généralistes en activité, les moins de 40 ans représentent 21% et les plus de 60 ans 24 % selon les données recensées par le CNOM (cf Figure 4). Les autres spécialités médicales et chirurgicales montrent quant à elles, une tendance au rajeunissement.

	GEN	SPE CHIR	SPE MED	TOTAL ACTIVITE REGULIERE
Moins de 40 ans	21%	27%	24%	23%
Plus de 60 ans	24%	23%	25%	24%

Figure 4 : Part des plus jeunes et plus âgés par groupes de spécialités en activité régulière (%) selon le CNOM 2018

Devant ces données, nous constatons que les classes en âge de prendre leur retraite sont numériquement plus importantes que les autres. Ce vieillissement de la profession pose deux problèmes majeurs de santé publique : celui du renouvellement générationnel de ces médecins et celui de la disponibilité professionnelle (cessation ou baisse d'activité).

Par conséquent, le vieillissement de la population générale et la baisse de la densité des médecins spécialistes en médecine générale posent la question primordiale de l'accessibilité aux soins de premiers recours.

- **L'exercice médical**

L'exercice médical est caractérisé par plusieurs situations (1). On note l'activité régulière du praticien et son mode d'exercice. Parmi les différents modes d'exercice nous retrouvons :

- L'exercice libéral : exercice basé sur des qualifications professionnelles appropriées, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du patient et du public.

- Salarié (hospitalier ou non) : le praticien est dans ce cas lié à un employeur par un contrat de travail et par une relation de subordination permanente.

- Mixte : ce mode correspond à la pratique d'un exercice libéral et salarié qu'il soit hospitalier ou non.

En médecine générale, l'exercice libéral est prédominant dans 56% des cas alors que 37% des médecins généralistes ont une activité salarié pure et 7% une activité mixte (cf Figure 5) (1).

Qualifications	%LIB	%MIXTE	%SAL
ANATOMIE ET CYTOLOGIE-PATHOLOGIQUES	33%	7%	60%
ANESTHESIE-REANIMATION	31%	4%	66%
BIOLOGIE MEDICALE	38%	2%	61%
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	41%	26%	33%
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU	50%	33%	17%
CHIRURGIE GENERALE	22%	13%	65%
CHIRURGIE INFANTILE	10%	24%	66%
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	51%	31%	18%
CHIRURGIE ORALE	9%	0%	91%
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	51%	24%	25%
CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	59%	28%	13%
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	24%	32%	44%
CHIRURGIE UROLOGIQUE	49%	27%	24%
CHIRURGIE VASCULAIRE	44%	24%	32%
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	35%	20%	45%
DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE	58%	20%	22%
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME	24%	16%	59%
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	34%	21%	45%
GENETIQUE MEDICALE	2%	1%	97%
GERIATRIE	2%	3%	95%
GYNECOLOGIE MEDICALE	58%	20%	22%
GYNECOLOGIE MEDICALE ET OBSTETRIQUE	58%	23%	19%
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	34%	22%	45%
HEMATOLOGIE	3%	3%	94%
MEDECINE DU TRAVAIL	0%	0%	100%
MEDECINE GENERALE	56%	7%	37%
Qualifications	%LIB	%MIXTE	%SAL
MEDECINE INTERNE	5%	5%	90%

Figure 5 : Mode d'exercice par spécialités en activité régulière selon le CNOM 2018

b. Le médecin généraliste

Le médecin généraliste est un professionnel qui a reçu une formation spécifique. Il est chargé de donner des soins personnels primaires et d'entretien à quiconque se présente.

Selon le dictionnaire Larousse médical le médecin généraliste, également appelé omnipraticien est « un médecin exerçant la médecine générale, par opposition à un spécialiste ».

En 2002, WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille) (3), branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) a défini la discipline « médecine générale-médecine de famille » de manière plus complète : « Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

De son côté, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) donne une définition de la médecine générale à travers 6 compétences (cf. Figure 1) (4) *:*

- Le premier recours, incertitude, urgences
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire

- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme

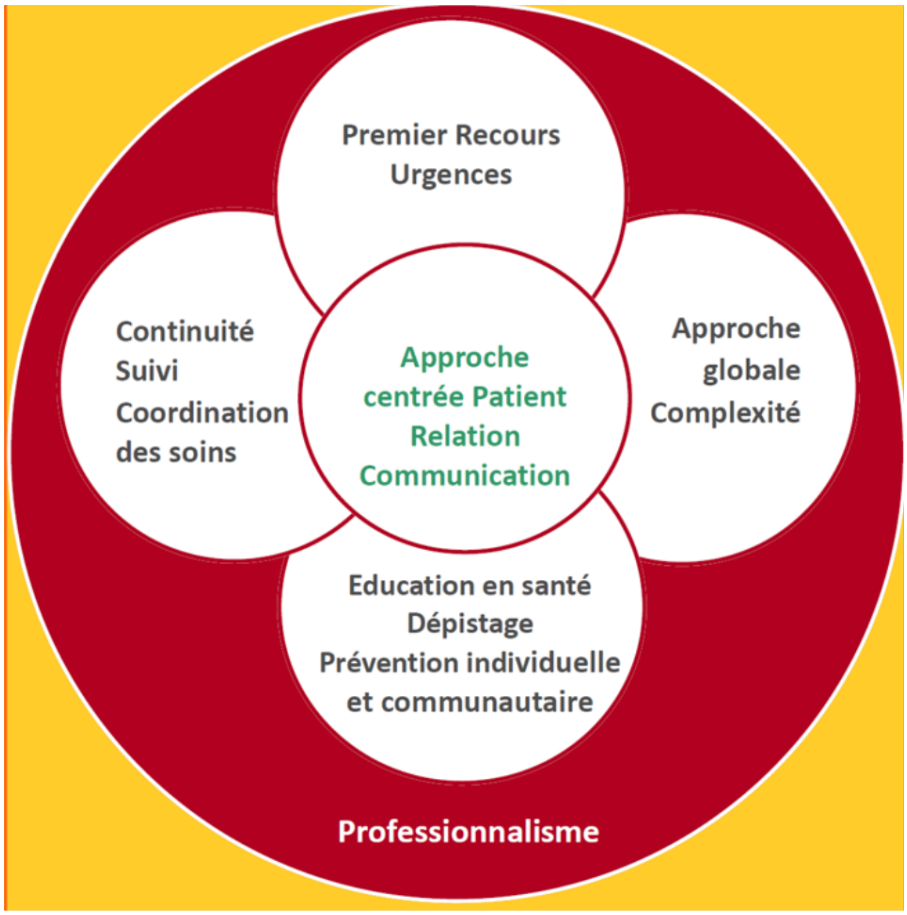


Figure 1 : Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

c. Évolution de la formation en médecine générale

Jusqu'en 2004, les étudiants en médecine ne passant pas le concours de l'internat, étaient directement affiliés au domaine de la médecine générale.

En 2004, dans le cadre du processus de revalorisation de cette profession, l'examen classant national (ECN) (5) a été mis en place.

Cette reconnaissance universitaire a été clairement actée par le développement d'une filière universitaire, avec l'introduction du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) (6) de médecine générale se déroulant sur trois années, à l'issu desquelles l'étudiant obtient le titre de spécialiste en médecine générale.

Les internes voulant se « sur-spécialiser » pouvaient effectuer, au cours de leur internat, une formation complémentaire dans le but d'obtenir un diplôme d'études spécialisées complémentaires (plus communément appelé DESC) (7). Les diplômes réalisables étaient répartis en deux catégories :

- **DESC de type I dit « non qualifiant »** : Il permettait une hyperspécialisation mais le jeune médecin conservait son titre de spécialiste en Médecine Générale. Les différents types de DESC de type I accessibles aux internes de médecine générale étaient :

  - DESC d'addictologie
  - DESC d'allergologie et immunologie clinique
  - DESC d'andrologie
  - DESC de Cancérologie
  - DESC de Dermatopathologie
  - DESC de Foetopathologie
  - DESC d'Hémobiologie-transfusion
  - DESC de Médecine de la douleur et médecine palliative
  - DESC de Médecine légale et expertises médicales
  - DESC de Médecine du sport
  - DESC de Médecine d'urgences
  - DESC de Médecine vasculaire
  - DESC de Nutrition
  - DESC de Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique
  - DESC de Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques

- **Et le DESC de type II dit « qualifiant »** : Ce dernier donnait accès à une nouvelle spécialité. Au moment de l'inscription à l'Ordre, la spécialité du DESC se substituait à la spécialité de médecin généraliste, sauf si le médecin demandait à être inscrit en tant que spécialiste en Médecine Générale. Un seul DESC de type II était accessible aux internes de Médecine Générale : le DESC de Gériatrie.

Le 25 novembre 2016 (8), les études médicales ont été touchées par un décret relatif à l'organisation du 3e cycle des études de médecine afin de moderniser le système de formation des médecins et simplifier l'organisation du 3e cycle des études de médecine. Les arrêtés du 12 et du 21 avril 2017 (9) fixaient les nouvelles modalités d'organisation et des contenus des formations.

Désormais, la formation des études de médecine générale s'effectue en plusieurs phases :

- **Phase socle** s'effectuant la première année. L'interne en médecine générale doit effectuer un stage aux urgences adultes et un stage chez le praticien en ambulatoire.
- **Phase d'approfondissement** s'effectuant lors de la 2ème et 3ème année. L'interne en médecine générale doit alors réaliser un stage en Médecine adulte polyvalente, un stage ambulatoire ou hospitalier en gynécologie, un stage ambulatoire ou hospitalier en pédiatrie ainsi qu'un SASPAS (= Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé).

Par ailleurs, la réforme de 2017 a entraîné la disparition des DESC, qui ont été transformés, soit en nouveaux DES, soit en Formations Spécialisées Transversales (FST). Cohabiteront encore jusqu'en novembre 2020 les promotions DES et DESC de même spécialité pour ensuite laisser place uniquement aux nouveaux DES.

- **Les nouveaux DES** (auparavant DESC qui étaient accessibles aux médecins généralistes) sont désormais :

  - DES de Médecine d'urgence
  - DES de Gériatrie
  - DES de Nutrition (rattachée au DES d'Endocrinologie-Diabétologie)
  - DES de Maladies infectieuses et tropicales
  - DES d'Allergologie et immunologie clinique
  - DES de Médecine légale et expertises médicales
  - DES de Médecine vasculaire

- **Les Formations Spécialisées Transversales (FST)** qui autorisent un exercice complémentaire (surspécialité) sont (10) :
    - Addictologie
    - Douleur
    - Soins palliatifs
    - Médecine du sport
    - Médecine scolaire
    - Médecine légale et Expertises médicales

D'autre part, il existe des suppléments au DES qui permettent l'acquisition de compétences particulières au sein de la spécialité suivie. Ces suppléments sont les suivants :

- **Les options**

Elles correspondent à des blocs de compétences qui peuvent être suivis dans le cadre du DES afin de permettre au praticien d'acquérir des compétences supplémentaires sans pour autant modifier sa spécialité, et donc ne pas changer de DES.

- **Diplôme (inter) universitaire (DU ou DIU)**

Ce sont des diplômes courts apportant des compétences plutôt techniques de manière ponctuelle mais qui ne sont pas agréés nationalement (11). Ces derniers n'ont pas été modifiés par la réforme.

- **Les capacités médicales**

Une fois docteur en médecine générale, les praticiens peuvent également passer une capacité leur conférant certaines compétences supplémentaires dans leur exercice, ou un champ d'exercice plus large. Actuellement, il existe plusieurs capacités accessibles aux spécialistes en médecine générale et n'ayant pas encore fait l'objet de modifications. On retrouve :

- La Capacité d'allergologie
- La Capacité de gérontologie
- La Capacité d'hydrologie et climatologie médicales
- La Capacité de médecine aérospatiale
- La Capacité de médecine et biologie du sport
- La Capacité de médecine de catastrophe

- La Capacité de médecine pénitentiaire
- La Capacité de médecine tropicale
- La Capacité d'addictologie clinique
- La Capacité d'angiologie
- La Capacité en technologie transfusionnelle
- La Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur
- La Capacité de pratiques médico-judiciaires
- La Capacité en acupuncture
- La Capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels

Ce n'est que récemment que les études jusqu'à l'internat commencent à laisser une place pour appréhender le métier mais reste loin de la vision qu'a l'étudiant de la médecine, baignant dans une formation hospitalière. La formation post internat est renforcée par un compagnonnage qui propose l'immersion dans différents cabinets, dont le fonctionnement est très différent, que ce soit en termes de patientèle ou de gestion administrative, permettant une vision plus réaliste du métier de médecin généraliste.

Le mode de fonctionnement du cabinet est disparate et propre à chaque médecin. Cette spécialité est actuellement au centre d'enjeux économiques et sociaux qui resteront à définir aux cours des prochaines années.

2. Les alternatives à l'exercice de la médecine générale (12)

- **Médecine nécessitant des gestes techniques ou un équipement spécial**
  - Médecin échographiste
  - Médecine esthétique
  - Médecine vasculaire

- **Médecine préventive et de suivi**
  - Médecine territoriale
  - Médecine du travail
  - Médecine scolaire

- **Permanence de soins et médecine d'urgence**
  - SOS Médecin
  - Médecin Pompier
  - Médecine d'urgence et SAMU

- **Médecines parallèles**
  - Médecine homéopathique
  - Acupuncture

- **Professions administratives**
  - Directeur d'établissement hospitalier public
  - Directeur d'établissement privé : clinique, maison de retraite

- **Les grandes institutions nationales et internationales**
  - Consultant auprès des commissions santé de syndicats ou partis politiques
  - Conseiller auprès du ministère de la santé
  - Correspondant santé auprès du ministère des affaires étrangères
  - Conseiller auprès de l'ONU (FAO, l'OMS), l'union européenne, la banque mondiale
  - Médecin des organismes internationaux (UNICEF, OMS).
  - Médecin coopérant

- Médecine humanitaire (Médecin sans frontières et autres associations humanitaires)

- **Le domaine de la recherche**
  - Médecin au sein de l'AFSSAPS, ANAES
  - Biotechnologies de la santé
  - Médecin dans l'industrie pharmaceutique

- **La médecine d'expertise**
  - Médecine légale et d'expertise
  - Médecin conseil des sociétés d'assurances et des mutuelles
  - Médecin expert judiciaire

- **Secteur privé**
  - Cabinets de conseil en management et recrutement
  - Médecin dans l'industrie agroalimentaire
  - Médecin dans des entreprises de marketing et communication

- **Autres types d'exercices possibles**
  - Médecine militaire
  - Médecine pénitentiaire
  - Médecin conseil de la sécurité sociale ou CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie)
  - Médecine thermale ou thalassothérapie
  - Médecine du tourisme
  - Médecin du sport
  - Médecine palliative
  - Addictologie
  - Allergologie
  - Algologie
  - Médecine gériatrique en maison de retraite ou à l'hôpital
  - Médecine infectieuse
  - Cancérologie

3. Syndrome d'épuisement professionnel ou burnout

a. Épidémiologie

Le secteur de la santé et de l'action sociale présente le taux de mortalité par suicide des travailleurs le plus élevé (34,3/100 000) (2).

Depuis quelques années, la santé mentale des médecins fait l'objet de nombreuses études. Bien que la prévalence du burnout chez le médecin généraliste ne soit pas précisément établie, il existe une incidence préoccupante du burnout, entraînant indirectement un impact sur la santé des patients, avec une diminution de la qualité des soins.

D'après la littérature, la prévalence du burnout chez les généralistes est élevée, entre 20% et 50 % selon les études.

Z.Kansoun a réalisé une méta-analyse en 2018 sur des études relevant la fréquence du burnout et de ses trois dimensions chez les médecins en France, entre 2000 et avril 2017 (13). Au terme de cette étude, incluant 15183 médecins français, l'estimation globale de la prévalence des burnout s'élevait à 49%.

b. Définition

Le burnout des médecins est un syndrome psychologique fréquent, qui résulte de l'exposition chronique à des facteurs de stress professionnels. Il s'agit d'un phénomène complexe situé à la frontière entre la médecine, la psychologie et la sociologie. Ce syndrome surprend par son ampleur au sein de la population des soignants mais les connaissances sur ce sujet restent très hétérogènes, voire contradictoires, surtout concernant ses prévalences et ses déterminants (14)(15).

Le terme burnout, que l'on peut traduire par combustion totale ou « carbonisation psychique », a été emprunté au domaine de l'aérospatiale qui l'utilisait lors de l'épuisement du carburant d'une fusée, avec comme conséquence la surchauffe et l'explosion du réacteur. Par analogie, le terme burnout a été employé pour qualifier l'épuisement physique et psychologique d'une personne qui aurait consommé toute son énergie et qui finirait par « craquer ».

C’est Claude Veil, l’un des pères fondateurs de la psychopathologie du travail en France, qui a découvert le burnout en 1959.

Ensuite, c’est Herbert J. Freudenberger, psychiatre et psychanalyste new-yorkais, qui, en 1975, introduit le concept du *burnout* en observant les modifications cognitives et comportementales qui s’opéraient chez des infirmiers impliqués dans une relation d’aide particulièrement exigeante envers des patients toxicomanes. Il décrivait des soignants, dont les ressources internes « venaient à se consumer » qui se traduisait par le verbe « to burnout » en anglais (16).

Dans les années 1980, Christina Malsach, une professeure de psychologie américaine spécialisée dans les domaines du stress et de l’épuisement au travail, a défini le burnout comme « un syndrome d’épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l’accomplissement personnel qui apparait chez les individus impliqués professionnellement auprès d’autrui » (17).

Les travaux de Christina Maslach ont permis de concevoir le burnout comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions :

- **L’épuisement émotionnel** qui correspond à un manque de motivation et d’enthousiasme au travail et sensation que tout est insurmontable. En effet, l’individu a le sentiment d’être vidé de ses ressources. On parle de fatigue affective, de « saturation émotionnelle », le soignant ne pouvant alors plus percevoir l’anxiété, la tristesse, la résignation du patient en face de lui.

- **La dépersonnalisation** qui équivaut à une attitude impersonnelle, détachée, voire cynique. Il s’agit de la déshumanisation de la relation à l’autre. Le médecin s’occupe alors de l’organe malade de son patient et fait abstraction de la personnalité de celui-ci. Cette dimension est considérée comme le « noyau dur » du burnout.

- **Le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel** réduit (perte d'estime de soi, sentiment d'inutilité). Il perturbe la santé mentale et physique, les relations sociales et les activités professionnelles. Passant à coté de la rencontre singulière avec le patient, le médecin a le sentiment de ne plus faire ce pour quoi il s'était engagé : aider le malade. Cette situation crée en lui un sentiment de frustration, d'inutilité et d'échec, questionnant ainsi le sens de sa pratique. A ce stade où le travail n'est plus un plaisir, il perd son sens.

Ces trois dimensions sont évaluées par le Maslach Burnout Inventory ou MBI qui est actuellement utilisé dans plus de 90% des études sur le burnout (cf. Annexe 1).

c. Facteurs de risque et conséquences

- **Facteurs de risques**

Le syndrome d'épuisement professionnel étant une conséquence du stress au travail, on retrouve parmi les causes du burnout des facteurs de stress. Différentes études ont spécifiquement permis de souligner le rôle des facteurs suivants (2) (13) (18) (19) (20) (21) (22) (23) :

- Surcharge de travail, pression temporelle
- Faible contrôle sur son travail
- Faibles récompenses,
- Manque d'équité,
- Conflits de valeur, demandes contradictoires,
- Manque de clarté dans les objectifs, les moyens.

Par ailleurs, des liens significatifs entre le burnout et des variables socio démographiques ont été mis en avant par le travail d'Édouard Bontoux sur « prévalence et facteurs de risques du burnout chez les médecins généralistes du Gers » en 2016 (24). En effet, le risque de burnout est notamment favorisé par le célibat, le nombre d'années d'installation et l'absence de diversification de l'activité professionnelle.

- **Conséquences**

Le burnout peut avoir plusieurs conséquences, dont les plus visibles sont évidemment celles qui touchent directement les individus. On retrouve :

- Les réactions cognitives et affectives : anxiété, baisse de l'estime de soi, dépression;
- Les réactions physiologiques : troubles du sommeil et fatigue chronique, maladies chroniques, maladies cardio-vasculaires… ;
- Les symptômes comportementaux : addictions, irritabilité, impulsivité, risques de suicide.

Par ailleurs, le burnout a également des conséquences sur les organisations puisqu'il cause de l'absentéisme, du turnover, des incapacités partielles ou totales de travail. En effet, les personnes en burnout, restant en postes, sont moins productives et moins efficaces. Leur désengagement peut avoir des conséquences non négligeables pour les patients, puisqu'un travailleur en burnout n'est plus dans la capacité de proposer son aide à autrui.

Rapporté au cas des médecins, le burnout peut entraîner :

- Une altération de la qualité de travail
- Une dégradation de la relation médecin – patient
- Une diminution de l'accomplissement professionnel
- Des conséquences indirectes sur le coût de la santé

4. Objectif de l'étude

En constatant dans mon entourage personnel et professionnel qu'un bon nombre de médecins généralistes s'étaient réorientés, je me suis demandée pourquoi ces praticiens avaient décidé de changer de voie.

De ce fait, il nous a semblé intéressant de faire une étude afin de comprendre les causes contribuant au détournement de carrière de ces médecins généralistes pour pouvoir y trouver des solutions adéquates.

Par ailleurs, nous avons trouvé important de connaître et de comprendre ce qui a encouragé un interne, ayant suivi une formation de médecine générale, ou un médecin généraliste endurci, à pratiquer une toute autre spécialité. Préciser les attentes des médecins généralistes pour revaloriser leur pratique constitue un objectif majeur dans cette étude.

Au total, ce travail vise à revaloriser la médecine générale en proposant des solutions face à cette reconversion des médecins généralistes. L'intérêt de cette enquête est d'essayer d'adapter au mieux la pratique des médecins généralistes, en fonction de leurs attentes, et de proposer des solutions, pour éviter les mauvais choix de carrière et leurs conséquences psychologiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

L'étude menée est une étude descriptive de type qualitatif (25). Cette dernière consiste en la réalisation et l'analyse d'entretiens semi-dirigés, conduits auprès de médecins généralistes n'exerçant plus la médecine générale dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Nous avons choisi la méthode qualitative au profit des autres types d'études car l'objectif était ici de recueillir de véritables témoignages, afin de comprendre pourquoi les médecins généralistes se détournent de la médecine générale au profit de médecines spécialisées.

Le caractère individuel des entretiens a été privilégié, du fait de la nature personnelle des questions posées, afin de limiter la gêne potentielle, et de favoriser les confidences de la part des praticiens interrogés.

2. Bibliographie

Une recherche initiale a été faite au mois de septembre 2019 sur PubMed, Google Scholar, le Sudoc, Google. Pour cela, nous avons utilisé les mots clés suivants : « médecin », « généraliste », « reconversion », « spécialisation », « burn out », « stress », « épuisement professionnel », « pénurie », « changement ». En anglais, les principaux mots clés utilisés ont été : « burn out », « stress », « general », « practitioner », « shortage », « change of profession », « generational change ». Ces recherches ont été complétées par l'étude des bibliographies des thèses lues.

3. Méthodologie de sélection de la population

a. Critères d'inclusion

L'échantillonnage a eu pour but d'interroger la plus grande diversité de médecins n'exerçant plus la médecine générale de la région PACA : libéraux, salariés, activité mixte, d'âges divers, de sexes différents, exerçant des activités disparates.

Les critères d'inclusions ont été la formation initiale de médecine générale et le fait de ne plus exercer la médecine générale au profit d'une médecine plus spécialisée.

b. Critères d'exclusion

Les praticiens exerçant encore, même à temps partiel, la médecine générale ont été exclus de la recherche. Les praticiens n'ayant pas suivi une formation initiale de médecine générale ont également été exclus de l'étude.

c. Mode de recrutement

Le premier médecin interrogé fait partie de l'entourage professionnel de l'interrogatrice et a accepté de répondre à l'enquête afin de « rôder » le questionnaire.

Les participants ont été recrutés via des appels téléphoniques, suite à une recherche effectuée dans l'entourage professionnel de l'interrogatrice et au hasard sur les Pages jaunes.

Au final, nous avons contacté une trentaine de praticiens, parmi lesquels dix-neuf ont accepté de participer à l'enquête. Les causes de refus ont été : poursuite de l'exercice de la médecine générale, manque de temps pour répondre à l'étude, non-souhait de participation.

d. Nombre de sujets

Le nombre de médecins à interroger n'a pas été défini au moment de l'initiation des entretiens. Le principe de recrutement, pour une thèse qualitative, se base sur l'obtention d'une saturation des données : ainsi, les inclusions cessent lorsque deux entretiens à la suite n'apportent pas de nouvelle information concernant la thématique étudiée, à la condition que l'échantillon soit suffisamment diversifié, pour pouvoir vérifier méthodologiquement cette saturation.

4. Méthodologie des entretiens

a. Choix de l'entretien semi-dirigé

Le recueil d'informations a été réalisé auprès des médecins par le biais d'entretiens semi-dirigés. Cette technique d'enquête qualitative est basée sur un guide d'entretien, comprenant des questions ouvertes, permettant au sujet de s'exprimer librement sur les thèmes abordés.

b. Établissement du guide d'entretien

Le guide d'entretien (cf. Annexe 2) fut composé après une réflexion poussée sur les thèmes que nous avons souhaités aborder. Ce guide a été testé au cours du premier entretien et nous l'avons très peu modifié par la suite.

La première partie correspond à une présentation orale du sujet de la thèse.

La deuxième partie consiste en un recueil des caractéristiques du médecin interrogé : l'âge et le sexe, la situation familiale, le lieu d'exercice, l'année de passage de la thèse et du diplôme de spécialisation, passage de l'examen classant national ou du concours de l'internat.

La troisième partie est la plus dense et correspond aux questions du guide d'entretien, réparties en quatre catégories :

- Première catégorie : Questions Générales
- Seconde catégorie : Nouvelle spécialité
- Troisième catégorie : Ouvertures
- Quatrième catégorie : remerciements des médecins pour leur participation à l'étude.

c. Formulaire de consentement

Avant de débuter le recueil de données, nous avons demandé à chaque médecin interrogé de signer un formulaire de consentement en deux exemplaires (cf. Annexe 3). Ce formulaire contient les notions suivantes :

- Le refus et l'interruption possibles de la participation à l'étude
- Le droit d'accès et de rectification des données personnelles
- La confidentialité de l'étude et l'anonymisation des données avant la retranscription des résultats
- L'enregistrement audio des données
- L'acceptation du traitement informatisé des données
- La possibilité de recevoir une copie numérique de l'étude, une fois la thèse terminée.

Chaque participant a été, par la suite, invité à conserver un des deux exemplaires du formulaire signé.

5. Réalisation des entretiens

Le recueil de données est réalisé lors d'entretiens dont les rendez-vous sont fixés à l'heure et à l'endroit qui convient au participant concerné.

La durée de participation correspond à la durée de l'entretien individuel semi-dirigé, la présentation du sujet de la thèse et la signature du formulaire de consentement en deux exemplaires.

Les témoignages sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique de type Olympus WS650S. Chaque entretien est ensuite sauvegardé sous forme de fichier audio mp3.

L'étude étant transversale, aucun suivi n'est effectué. Les participants ne sont pas sollicités après réalisation de l'entretien.

6. Méthodologie d'analyse des données

a. Retranscription des données

Chaque entretien est retranscrit sous forme de verbatim sur le logiciel Word à partir du fichier numérique audio correspondant. Les nuances de langage parlé, comme les hésitations ou les répétitions sont respectées. Il est également précisé lorsque le sujet émet un rire ou tout autre émotion verbalisée.

Les témoignages sont anonymisés dès la retranscription. Chaque médecin s'est vu attribuer un numéro (de 1 à 19) en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.

Chaque enregistrement audio a été supprimé une fois la retranscription écrite faite.

b. Analyse des données

Chaque entretien a fait l'objet de plusieurs relectures approfondies afin de permettre l'assimilation des idées des différents participants.

Les questions du guide d'entretien servent de fil conducteur à l'analyse de l'ensemble du corpus de texte. Pour chaque question formulée, les réponses de chaque participant sont consignées sur papier, ce qui permet de les confronter entre elles et de mettre en évidence les similitudes et les différences entre les participants. Cette étape est celle qui nécessite le plus de temps et de rigueur, dans une tentative de conservation de l'objectivité du discours retranscrit.

Un codage, c'est-à-dire une sélection des mots-clés, est par la suite effectuée grâce à un surlignage des notions qui paraissent importantes, qu'elles soient redondantes ou non.

Une analyse manuelle de ce codage permet de regrouper ces mots clés en notions, qui sont elles-mêmes regroupées en grandes catégories ou familles. Ceci est l'outil permettant l'écriture des résultats et le point de départ de la discussion.

Une relecture par un second médecin a été faite pour avoir une double vision du travail effectué.

c. Conservations des documents et des données relatives à la recherche

Toutes les informations concernant les participants sont conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Chaque enregistrement audio est détruit, après transcription manuelle.

Cette étude est une étude dite non interventionnelle au sens de la loi Jardé votée en mars 2012 relative à la politique de santé publique et ses décrets d'application du 16 novembre 2016.

Cette recherche rétrospective n'est pas considérée comme impliquant la personne humaine car d'après le décret du 10 mai 2017 de la loi Jardé : « Sont considérées comme recherche impliquant la personne humaine les recherches « organisées et pratiquées sur des personnes volontaires saines ou malades qui visent à évaluer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique, l'efficacité et la sécurité de réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques ».

Aucune utilisation de ces données ne sera réalisée dans le cadre de la prise en charge ; leur utilisation n'est réalisée qu'à des fins de recherche.

Concernant le traitement des données, seules des données agrégées ou partielles (morceaux d'entretien limités à une phrase ou un paragraphe) concernant les phases qualitatives, ne seront rapportées dans des documents ou articles.

d. Documents officiels

Une déclaration de conformité à une méthodologie de référence a été demandée à la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés le 24 juillet 2019 (numéro de déclaration : 2214520v0) (cf. Annexe 4).

Le 18 septembre 2019, le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille a jugé que le projet de recherche ne pose pas de problème éthique ou règlementaire et a émis un avis favorable (cf. Annexe 5).

RÉSULTATS

1. Données générales

a. Caractéristiques des entretiens

Dix-neuf entretiens individuels ont été menés. Les entretiens se sont déroulés du 12 juillet 2019 au 30 août 2019. La durée des entretiens variait de **9 à 32 minutes**. Leur durée moyenne était de **16 minutes**. La durée compilée des entretiens était au total de 5 heures et 12 minutes.

La saturation des données a été obtenue à l'issue du dix-septième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer. Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des médecins, excepté pour les médecins 2 et 18 qui ont préféré répondre à l'étude, à leur domicile.

Médecin	Durée
1	00 : 08 : 51
2	00 : 25 : 47
3	00 : 19 : 19
4	00 : 15 : 21
5	00 : 25 : 47
6	00 : 31 : 49
7	00 : 12 : 47
8	00 : 14 : 58
9	00 : 17 : 51
10	00 : 10 : 42
11	00 : 09 : 44
12	00 : 11 : 39
13	00 : 13 : 53
14	00 : 09 : 22
15	00 : 29 : 09
16	00 : 12 : 37
17	00 : 16 : 22
18	00 : 13 : 33
19	00 : 12 : 24
Total	05 : 11 : 55

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de la durée des entretiens réalisés

b. Caractéristiques de la population

- **Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population**

Médecin	Age	Sexe	Exercice de la médecine générale	Type d'activité actuel	Spécialisation
1	29	H	Remplacements	Hospitalière	Médecine d'urgence
2	55	H	Installation	Médecin conseil	Médecin conseil CPAM
3	49	H	Installation	Hospitalière	Médecine d'urgence
4	32	H	Jamais exercé	Hospitalière	Infectiologie
5	31	F	Jamais exercé	Hospitalière	Gériatrie
6	36	H	Remplacements	Libérale	Médecin esthétique
7	59	H	Remplacements	Mixte	Échographiste
8	43	H	Remplacements	Hospitalière	Gériatre
9	45	H	Remplacements	Libérale	Échographiste
10	56	H	Remplacements	Libérale	Médecin esthétique
11	38	H	Remplacements	Mixte	Médecin légiste
12	34	H	Remplacements	Mixte	Médecin vasculaire
13	41	F	Remplacements	Hospitalière	Cancérologie digestive
14	70	H	Installation	Médecin conseil	Médecin MDPH
15	57	F	Remplacements	Libérale	Acuponcteur
16	46	F	Installation	Libérale	Gynécologue
17	65	H	Installation	Salarié du privé	Directeur médical
18	53	H	Remplacements	Libérale	Médecin du sport
19	57	F	Installation	Libérale	Médecin esthétique

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins interrogés

- **Âge et sexe**

Les dix-neuf médecins interrogés avaient entre 29 et 70 ans. L'âge moyen était de 47 ans. Parmi les dix-neuf médecins interrogés, cinq étaient des femmes et quatorze des hommes.

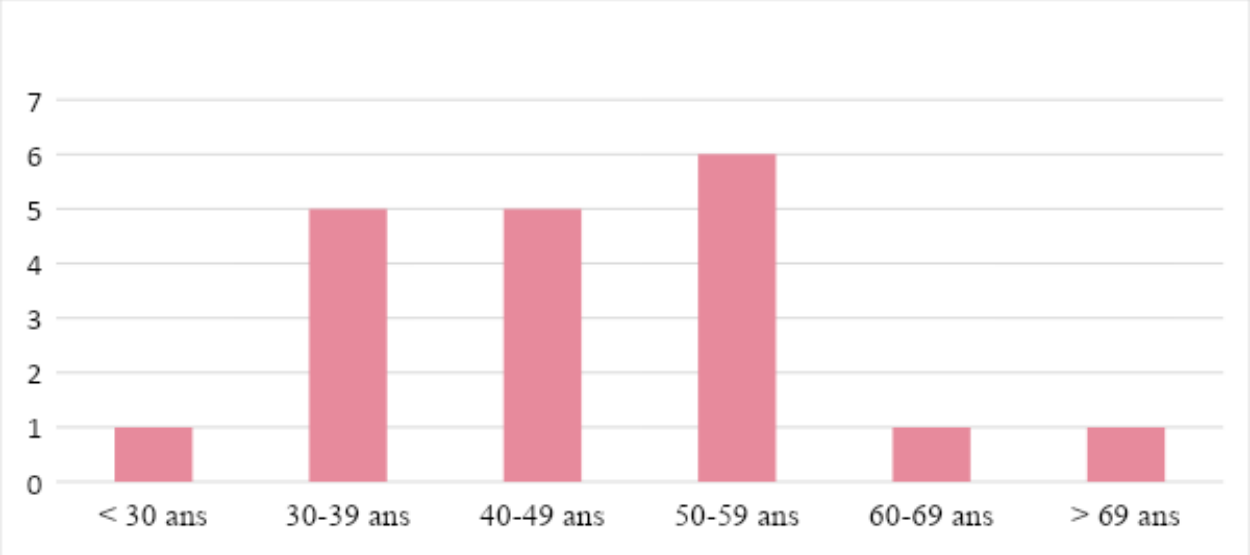


Figure 7 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon l'âge



Figure 8 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon le sexe

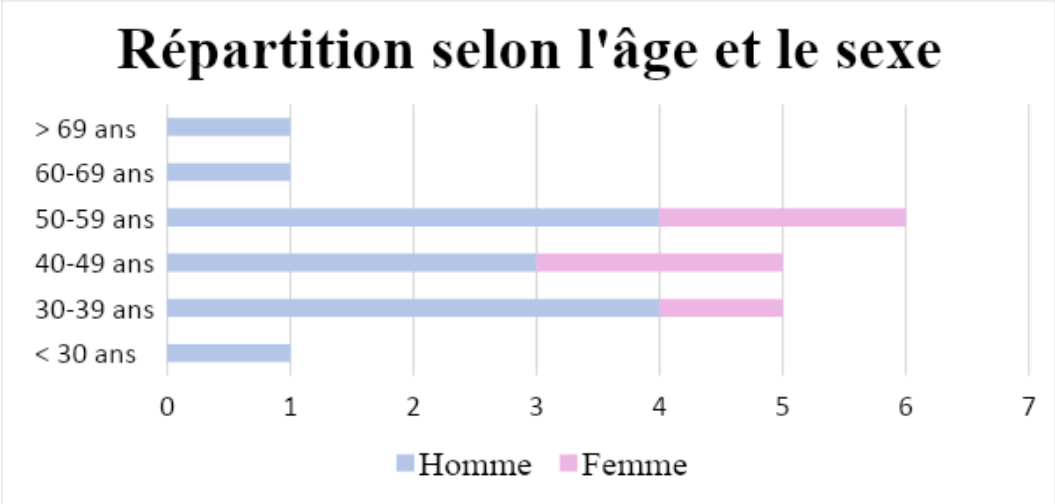


Figure 9 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon l'âge et le sexe

- **Exercice de la médecine générale**

Les médecins de notre étude avaient tous reçu une formation initiale de médecine générale. Avant de changer d'orientation, 6/19 étaient installés en cabinet de médecine générale, 2/19 n'ont jamais exercé et 11 ont effectué des remplacements.

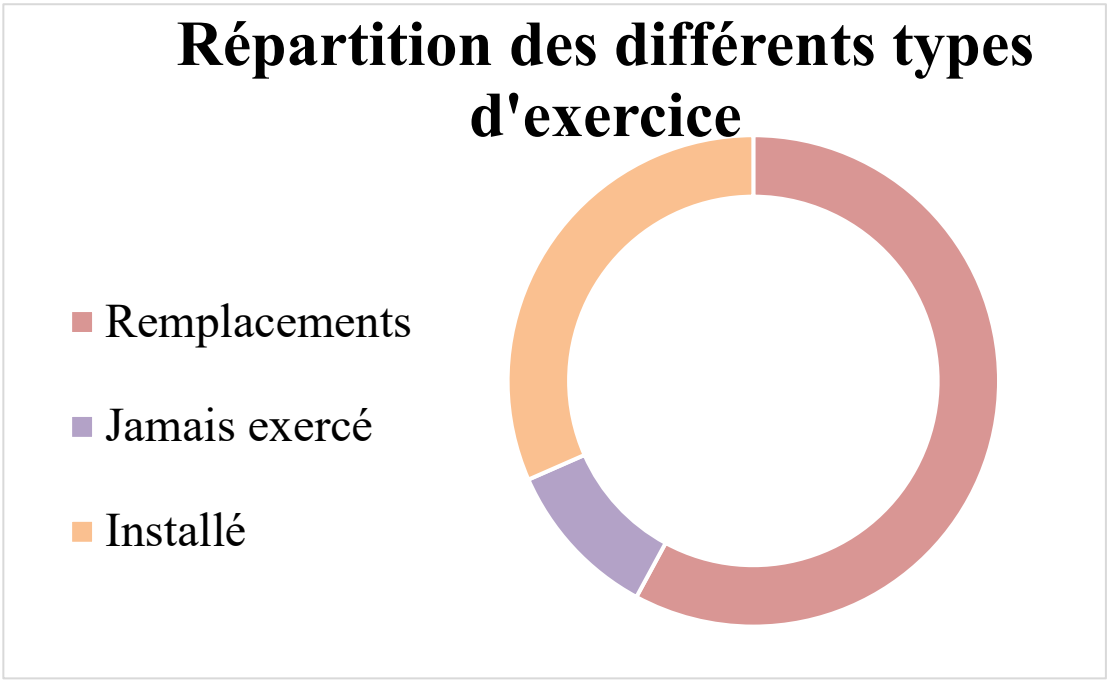


Figure 9 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon leur type d'exercice de la médecine générale avant de changer d'orientation

- **Type d'activité**

Parmi les médecins interrogés, sept se sont orientés vers une activité libérale pure. 3/19 ont privilégié une activité mixte : en plus de leur activité libérale, le médecin 7 exerçait une activité hospitalière d'échographiste, alors que les médecins 11 et 12 exerçaient respectivement une activité hospitalière de médecine légale et de médecine vasculaire. Les neufs autres médecins participants avaient une activité purement salariée : 6/9 à l'hôpital public, 1/6 dans groupe privé d'EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), 1/6 en tant que médecin conseil de l'assurance maladie et 1/6 en tant que médecin conseil à la MDPH (*Maisons Départementales des Personnes Handicapées).*

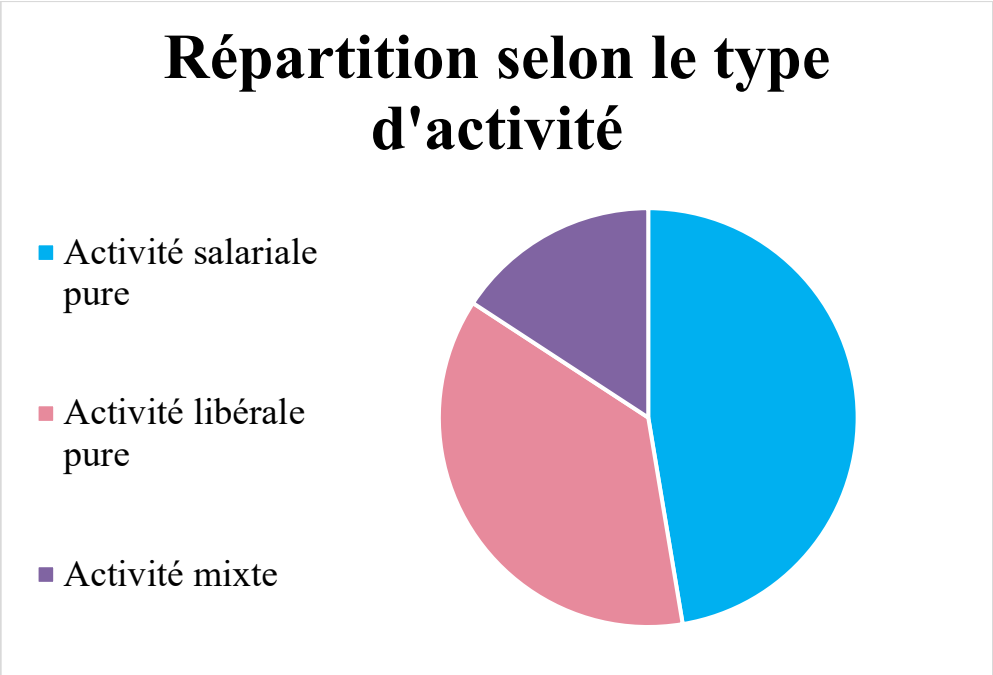


Figure 10 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon leur type d'activité

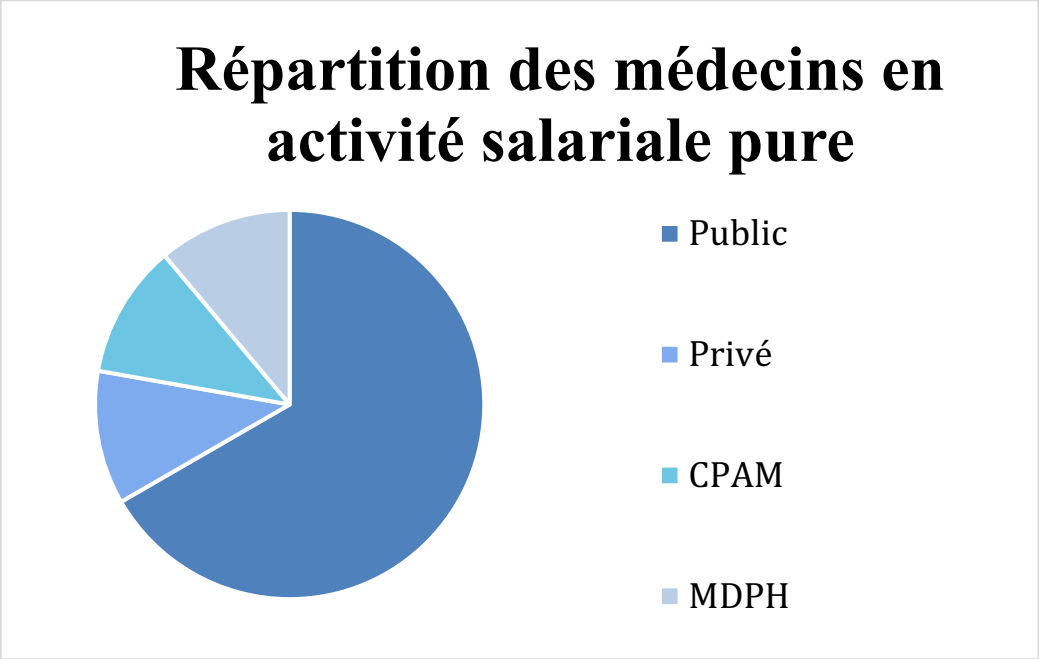


Figure 11 : Graphique représentant la répartition des médecins en activité salariale pure

2. Attitude et ressenti des médecins interrogés vis à vis de leur parcours professionnel

a. Pourquoi s'être orienté vers la médecine générale ?

La proportion de médecins ayant choisi la **médecine générale en tant que choix principal** (médecins 3, 4, 5, 6, 10, 12 et 14) est quasi identique à celles des médecins pour qui **le choix était par défaut** (médecins 1, 2, 7, 8, 11, 13, 16 18 et 19). Par ailleurs, trois médecins (médecins 9, 15 et 17) n'avaient, quant à eux, **aucune idée de la spécialité voulue**.

Parmi les médecins ayant choisi la **médecine générale en tant que choix principal** , on distingue quatre catégories : ceux l'ayant fait par **conviction** comme le médecin 5 : *« j'ai toujours passé les études de médecine en me disant que je ferai médecin généraliste »*, ceux l'ayant fait par **choix de proximité** comme les médecins 4 et 12 : *«j'avais pas non plus envie de partir »*, *« c'était surtout un choix de localisation, de rester à Marseille, sur le plan personnel »,* ceux l'ayant fait par **choix familial** comme le médecin 3 :*« Mon père était médecin généraliste »* et enfin ceux l'ayant fait pour **parvenir à une autre spécialité** comme le médecin 6 : *« médecine générale parce que je savais que je voulais faire de la gériatrie et c'était le cursus à prendre ».*

Pour ceux n'ayant pas choisi médecine générale, deux raisons ressortent. Premièrement, **l'absence de choix possible suite au classement** du concours de l'internat ou de l'examen national classant comme le médecin 2 *« mon classement à l'internat faisait que la seule spécialité que je pouvais avoir était, euuuhh, médecine du travail à Clermont Ferrand »* et le médecin 8 *« Je voulais faire chirurgie et en fait j'ai pas eu l'internat donc j'ai pris médecine générale mais du coup j'étais frustré quoi… ».* Deuxièmement, **une vision biaisée de la médecine générale** comme le médecin 18 *« Je voulais être tout sauf médecin généraliste, parce que j'avais vu mon père travailler beaucoup, tous les jours de huit heures à vingt heures toute sa vie et voilà ».*

b. Quelle était leur vision vis à vis de la médecine générale avant de l'exercer ?

La transversalité de la médecine générale est le terme qui revient le plus souvent (médecins 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18 et 19) ainsi que la **pratique libérale** (médecins 1, 3, 5, 6, 9, 10, 12 et 14) et le côté **médecine de suivi** avec un **partage mutuel entre médecin et patients** (médecins 1, 5, 12, 13, et 17).

On note que certains médecins (médecins 4, 5, 11 et 14) admettent avoir eu une **vision idéalisée de la médecine générale**. Le médecin 4 l'a exprimé en disant *: « J'avais la vision romancée de ce que c'était et puis la vision réelle et là j'ai dit non, non, non c'est absolument pas ce que je veux faire ».*

D'autres soulignent également que le médecin généraliste est à la fois un super **spécialiste** (médecins 9, 14, 15, 18 et19) et un **chef d'orchestre** (médecin 3) **indispensable** à la bonne **cohésion de toute les spécialités** (médecins 9, 14, 18 et 19). Les médecins 15 et 18 comparent même le statut de médecin généraliste à celui d'un **dieu** devant **la charge de travail** effectuée : *" c'est vraiment un sacerdoce, on se lève à six heures du matin on commence ses remplacements à sept heures et on termine à dix heures du soir ".*

Le médecin 8 exprime même **se sentir incapable** de pratiquer la médecine générale en disant : *« Bah moi je me serais fait manger tout cru en tant que médecin généraliste ».*

Comme cité précédemment, on retrouve le médecin 18 et sa vision fataliste de l'exercice de la médecine générale.

c. Comment s'est déroulé la réorientation professionnelle ?

Le déroulement ainsi que les motivations pour une reconversion professionnelle sont assez disparates entre les différents médecins interrogés. Dans la majorité des cas le changement s'est avéré **progressif et réfléchi** (médecins 1, 2, 3, 7, 9, 11, 15, 16 17, 18 et 19).

Certains rapportent que la médecine générale leur a servi de **tremplin pour accéder à une autre spécialité initialement voulue** (médecins 6, 8, 10, 17 et 19)**.** D'autres ont eu besoin de **renouveau** (médecins 3, 11 et 17) *: « j'en avais fait le tour »* et certains encore ont eu une **meilleure opportunité** (médecins 8 et 13).

Une partie a vu la reconversion professionnelle comme **un échappatoire** (médecins 7, 11, 13, 14, 15 et 18) que ce soit face à un **épuisement professionnel ou burnout** (médecins 2, 3, 5, 14, 16 et 17)*,* face à un **désintérêt pour la profession** (médecins 4, 9 et 15): *«Parce qu'alors ça m'intéressait pas du touuutt, j'ai pas aimé mon stage chez le prat parce que j'ai pas aimé du tout* » ou encore face à **une souffrance physique** (médecin 14) *: « je suis parti pour pas mourir ».*

Les médecins 13 et 14 ont admis avoir fui **leur patientèle** voire également leur **lieu d'exercice** : *« je voulais être tranquille ».*

Le médecin 5 évoque comme autre argument que la médecine générale est un **mauvais investissement :** ***«*** *je pensais m'installer et finalement quand j'ai fait le calcul, il faut faire un business plan en fait et on s'aperçoit que la consultation a augmenté de 10% en trente ans alors que le coût de la vie a augmenté de 30%. Donc on se demande pourquoi le pouvoir d'achat, en trente ans, on perd …on perd…on perd le pouvoir d'achat. Du coup on se retrouve avec des mecs qui ont pris des crédits à l'époque et qui maintenant carburent et voient plus de patients pour sortir la tête de l'eau ».*

Quant à lui, le médecin 18 dit être parti pour être ***« son propre patron »*** et non au service d'un gérant administratif.

Les moyens pour parvenir à la reconversion professionnelle sont divers et variés.

On retrouve majoritairement des **diplômes universitaires et interuniversitaires** (médecins 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 et 19) suivi des **Capacités** (médecins 1, 3, 6, 13, 17 et 18) puis des **formations internes** (médecins 5, 7, 8 et 9). A côté de cela, le médecin 2 affirme avoir passé un **concours** pour parvenir à son objectif.

3. Attitude et ressenti des médecins interrogés vis-à-vis de l'expérience de l'exercice de la médecine générale

a. Relation étroite entre vie professionnelle et personnelle

- **Impact sur la qualité de vie**

La majorité des médecins interrogés ont montré que l'activité de médecins généralistes a eu un impact sur leur qualité de vie, avec notamment un **impact négatif sur leur vie de famille** (médecins 1, 2, 3, 5, 9, 12, 13, 14,16 et 18) *: « maman l'année prochaine je rentre en 6ème je vais avoir besoin de toi mais t'es jamais là ».*

Par ailleurs, les notions de **manque de temps pour soi** (médecins 1, 2, 3, 5, 9, 12, 13, 14,16 et 18) et d'**intrusion de la profession dans la vie privée** (médecins 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11,12, 14 et 16) sont revenues fréquemment : *« Après ma femme elle était arrêtée dans la rue, on lui disait : « ah bah votre mari il a pas bien vu », « j'étais interpellé quand je faisais mes courses pour une ordonnance quoi ».*

On note également qu'une grande partie des médecins rapportent un **nombre d'heures de travail par jour conséquent** (médecins 1, 2, 3, 5, 8, 10, 12, 13, 16, 18 et 19) empiétant sur leur vie familiale et sociale : *« j'arrivais chez moi à pas d'heure, j'avais le temps de rien faire ».*

De manière générale les médecins affirment avoir **gagné en qualité de vie après leur reconversion** professionnelle (médecins 1, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 16 et 19) : *« maintenant j'ai le temps ».* Le fait d'avoir un **emploi du temps modulable** y contribue fortement (médecins 5, 7, 9, 11, 12, 14 et 15).

- **Impact sur la qualité de travail**

Une **charge administrative trop lourde** est l'argument principal **(Tous les médecins)** ainsi que celui de la **perte de la polyvalence de la médecine générale** notamment avec une **diminution des gestes techniques** (médecin 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18 et 19).

La majeure partie des médecins interrogés disent avoir **perdu l'aspect médical** au cours de leur exercice avec un **nombre de patients par jour trop important** et un **manque de temps** pour faire de la « vraie médecine » (médecin 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 19) leur donnant l'impression de faire de la ***« bobologie »*** et d'être rétrogradé à un statut de simple ***« distributeur d'ordonnance »*** (médecins 3, 5, 11, 12, 15, 16, 17 et 18). Le **manque de réflexion intellectuelle** a entrainé chez certains un **désintérêt pour la profession** (médecins 2, 4, 12, 15 et 18). Des médecins disent même être devenus le ***« secrétaire des spécialistes »*** ou un simple ***« orientateur »*** (médecins 4, 5, 8, 9, 12, 14, 17 et 19).

Par ailleurs, la notion de **rémunération insuffisante** est revenue fréquemment (médecins 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 19) ainsi que les **revenus aléatoires** (médecin 5, 7, 10, 11, 13, 14, 17 et 19) : *« tu sais pas trop combien tu vas toucher à la fin du mois ».* Les médecins 3 et 5 ont, quant à eux, insisté sur le fait que la médecine générale est une profession avec **beaucoup de responsabilités qui ne sont pas prises en compte** dans le prix de la consultation.

On note que la plupart des médecins sont beaucoup plus **épanouis professionnellement** depuis leur reconversion (médecins 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 et 19).

- **Impact émotionnel**

Les médecins interrogés manifestent une certaine lourdeur **émotionnelle** au cours des entretiens vis-à-vis de leur pratique en médecine générale. La notion de **stress omniprésent** revient majoritairement (médecins 2, 5, 6, 9, 11 et 14) suivi du sentiment d'**énervement** (médecins 5, 12, 16 et 18)**, de frustration** (médecins 8, 9 et 18), voire même de l'**exaspération** (médecins 5, 6 et 14) face à leur situation en tant que médecin généraliste : *« c'est abusé, pfffff ».* Le médecin 11 exprime même du **dégoût** en disant : *« ça me dégoûte d'y repenser ».*

Les médecins montrent également un **sentiment d'injustice** (médecins 5, 9 et 14) et de **rejet** face au déroulement de leur pratique : *« tu vois des cas plus compliqués qui demandent plus de temps et en fait finalement, t'as un rendement, je pense qu'au niveau de ton temps et de ce que tu es payé c'est pas … c'est pas juste », « c'est la spécialité où on est en première ligne tout le temps et pourtant c'est la moins reconnue et la moins valorisée. Ça devrait être l'inverse, c'est totalement injuste »*

Les médecins 9 et 12 mettent en avant le fait ne **pas être rassurés** par la médecine générale car elle intéresse tous les domaines de la médecine. Le médecin 8 dit même *« j'ai perdu confiance en moi ».*

On note un **soulagement** de plusieurs praticiens suite à leur reconversion (médecins 5, 10, 15, 16 et 17) comme l'exprime le médecin 16 : *« je suis tellement soulagée d'avoir changé ».*

- **Impact sur la santé**

Un **épuisement physique et psychique** a été mentionné par plusieurs médecins interrogés (médecins 2, 3 ,5, 6, 10, 14, 16, 17 et 18) : *"je suis parti pour pas mourir » et* certains ont même employé le terme de **burnout** (médecins 2, 3, 5, 14, 16 et 17). Le médecin 6 a montré son désarroi en disant : *"je me suis rendu compte que j'étais en burnout quand j'ai divorcé ".*

b. <u>Relation médecin-patient en médecine générale</u>

- **Clientélisation de la patientèle**

Des médecins ont mis en évidence une certaine **déviance de leur pratique médicale** avec le fait que la relation médecin-patient, qui est la base de la relation de soin, a évolué en **relation médecin-client** (médecins 1, 2, 8, 14 et 18). Le médecin 2 l'exprime ouvertement *: « Là pour l'instant je les qualifie de client et non pas de patient ».*

Le médecin 18, quant à lui, voit le médecin généraliste comme un **commerçant** : *« Pour moi le médecin généraliste devait se comportait comme un épicier pour arriver à gagner sa vie ».*

- **Remise en cause de la patientèle**

La notion de **relation conflictuelle** médecin-patient est revenue fréquemment (médecins 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16 et 18) avec comme argument principal le **mauvais comportement** des patients et de leur famille qui sont qualifiés de **revendicateurs, abusifs et irrespectueux** (médecins 2, 3, 4, 5, 6, 7 , 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 et 18) : « *oh mais je passe juste pour un certificat médical pour les enfants, vous pouvez juste me le faire vite fait, machin* ». Le médecin 14 compare même ses patients à des **animaux** : *« j'avais l'impression de faire de l'art vétérinaire ».* On note également que certains interviewés vont même jusqu'à parler **d'exercice sous la contrainte** (médecins 2, 6, 11, 12 et 18) comme l'exprime le médecin 11 *« ils font du chantage à leur médecin : si vous me faites pas l'ordonnance j'irai voir un tel et il me la fera, il y a plus de respect du médecin traitant c'est terrible »* ou encore d'**esclavagisme** *"Je me suis rendu compte qu'en gros t'es un peu l'esclave du patient en médecine générale pour moi"* (médecins 5, 11, 15 et 18). Des patients vont même jusqu'à **menacer d'un recours en justice**.

Dans ce contexte, certains avouent courber l'échine devant cette pression en **sur prescrivant afin d'éviter les conflits** comme l'exprime le médecin 6 *« j'ai perdu la clientèle parce que je faisais pas les arrêts de travail ni rien »* ou le médecin 5 *« chez le jeune il a mal au ventre, il te saoule pour son écho alors tu fais l'écho pour avoir la paix ».* Les médecins interrogés parlent de **perte de contrôle** et de **perte de la relation de confiance** entre médecin généraliste et patients (médecins 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 et 18).

Une grande majorité des médecins soulèvent également le problème du **manque de reconnaissance** des patients en médecine générale comparativement à leur nouvelle spécialité **(**médecins 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 18 et 19). Le médecin 6 témoigne en disant : *"Le matin de voir quelqu'un, de lui sauver la vie quasiment et il part sans rien te dire. Je demande pas grand-chose quoi mais bon. Et puis l'après-midi on fait une séance de laser épilatoire à une dame qui était gênée par ça depuis tant d'années, c'est bête hein, et elle repart en disant milles mercis alors qu'en plus elle a payé quatre cent euros une consultation d'une heure*

sachant qu'elle est aide-soignante. Et en plus elle vous remercie cent fois plus que les autres quoi ».

Le médecin 12 quant à lui dit avoir «*99% de gens heureux »* dans sa nouvelle profession (médecine vasculaire).

Par ailleurs, les patients n'ont **pas conscience du coût de la santé** (médecins 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 et 19) et **ne veulent pas payer pour leur santé** comme le manifeste le médecin 2 : *« les gens veulent que tout soit gratuit et immédiat ».*

L'absence de **remise en question** de la patientèle face à ce comportement est un problème majeur soulevé par la **totalité des médecins interrogés**.

*« C'était **mieux avant** »* manifeste le médecin 14 face à la situation actuelle des médecins généralistes.

c. <u>Remise en cause du système de santé</u>

- **Relation avec la sécurité sociale**

Tous les médecins critiquent les **mauvais rapports** et notamment des **échanges précaires** entre médecins généralistes et la sécurité sociale. En effet, cette dernière exerce un **contrôle permanent** sur les médecins généralistes comme l'exprime le médecin 5 *« attention vous avez pas le droit de faire ça , il faut faire ça"* entraînant une **perte du libre arbitre** et une **oppression constante** comme le dit le médecin 3 : *« on leur met une laisse ».* De ce fait, les médecins généralistes sont des **pseudo libéraux** (médecin 2, 13 et 18) contrôlés par un grand patron qu'est la sécurité sociale.

Plusieurs médecins ont évoqué le fait que la médecine générale est **mal représentée à l'assemblée nationale** avec des représentants qui ont **oublié la dimension médicale** du métier et qui fixent des **objectifs purement administratifs et financiers** (médecins 3, 5, 6, 10, 16, 17, 18 et 19). *« L'état se voile la face devant la situation actuelle en médecine générale »* soulève le médecin 3. Pour le médecin 5, *« l'état est en faute ».*

Le médecin 6 soulève une question intéressante : *« comment un organisme déficitaire peut-il fixer les prix et rembourser ? c'est le serpent qui se mord la queue ».*

Par ailleurs, la question financière est au centre des préoccupations avec la **totalité des médecins** qui se plaignent de **taxes trop importantes** : *« non mais avec l'URSSAF, la CARMF et tout le bordel on a l'impression de filer tout notre fric à l'état c'est abusé »*.

- **Rôle de la société**

La société **manipule l'opinion** en faisant véhiculer de **fausses informations et des idées reçues** sur les médecins généralistes (médecins 6, 7, 9, 14 et 18). En effet, les médecins sont considérés comme des **machines de travail au service de la population** ***:*** ***«*** *il faut arrêter de faire croire aux gens, qu'on est des surhommes, qu'on doit passer notre vie à travailler sans se préserver car les médecins sont comme, limite, des robots, des machines* ».

Cette **pression collective** s'exerce via le **serment d'Hippocrate** (médecins 6, 14 et 18) *: « le problème vient du fait que les médecins sont conditionnés à travailler comme des acharnés car sinon ils sont montrés du doigt parce qu'ils ont prêté serment », « les gens me disent que comme j'ai prêté serment et bah c'est normal ».*

Le médecin 6 parle de **société complotiste** : *« Il y a aussi internet qui vient par-dessus avec la France qui a le plus de complotistes donc quand on parle de vaccins, tout ça aussi, on a aussi des gens qui résistent ».*

- **Remise en cause de la formation médicale**

Une majorité des médecins remettent en cause la formation en médecine générale notamment avec la réalisation d'un **concours** en 6ème année rendant les **études beaucoup trop sélectives** (médecins 1,2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 et18) : *« c'est dur de se dire que notre avenir se base sur un seul examen au bout de 6 ans d'études », « moi j'ai pas eu le choix parce que j'ai pas eu le classement nécessaire du coup j'étais trop déçu et hyper frustré », « on ne devrait pas choisir une spécialité aussi dure que la médecine générale par dépit* ».

Par ailleurs, certains affirment que la formation n'est **pas adaptée à la médecine générale** ni au **libéralisme** avec le médecin généraliste qui est un **chef d'entreprise** (médecins 2, 5, 11 et 15) : *« J'ai l'impression que tu te reformes à un autre travail alors que t'as passé dix ans à étudier la médecine », « tu sors de l'internat et t'es lâché et t'es totalement perdu », « on t'apprend pas à gérer un cabinet comme un chef d'entreprise alors que c'est ce que t'es ».*

- **Impact démographique**

Les **déserts médicaux** sont accrus par une **diminution du nombre de médecins généralistes** en activité (médecins 3, 4, 5, 6, 10, 14, et 18) : *« il y en a de moins en moins maintenant », « ils ont tellement fermé les portes aussi que forcément quand t'as la moitié des médecins qui sortent de la fac par rapport à ceux qui partent à la retraite, bah oui, on peut pas occuper tous les postes ».*

On note une **carence médicale globale** comme l'exprime le médecin 6 : « *Les déserts médicaux c'est ridicule car la pénurie de médecins touche les zones urbaines et rurales* » et que cette pénurie médicale **impacte plus les zones peuplées que celles éloignées** (médecins 5, 6, 14, et 18):*« Ah oui et les déserts médicaux aussi, moi ça me saoule d'entendre parler de ce problème de désert médicaux hein parce que, le problème des déserts médicaux c'est que.... Parce que même maintenant dans les grandes villes, les médecins partent aussi à la retraite et sont pas remplacés non plus et il y a pleins de quartiers dans des villes, dans des grandes villes où il y a plus de médecins ».*

Par ailleurs, les déserts médicaux ne sont **pas attractifs** comme le dit le médecin 6 : *« comment tu veux obliger quelqu'un à aller vivre et travailler dans un endroit où il y a même pas de service public et pas d'école pour ses enfants ? ».*

d. La collégialité

Plusieurs praticiens ont mentionné l'importance du **travail d'équipe** (médecins 1, 3, 4, 5, 8, 13, 14 et 17). En effet, la **solitude** du cabinet de ville était trop pesante pour eux *: « dans votre cabinet tout seul, vous pouvez parler en vous regardant dans une glace mais enfin c'est un peu limité ».*

Par ailleurs, des médecins mettent en évidence les **problèmes relationnels entre professionnels de santé** (médecins 1, 2, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 15 et 17) que ce soit entre **spécialistes et médecin généralistes** : *« on est les secrétaires des spécialistes »* ou entre **hospitaliers et médecins libéraux** *: « c'est la galère de joindre les médecins des services, on a aucune info et des fois même pas de courriers quoi ».*Le **manque d'échange** et de liens entre toutes les spécialités rend le **parcours de soins dysfonctionnel** (médecins 6, 9, 14 et 15).

e. L'aspect financier

La **totalité des médecins** abordent **l'importance des revenus**. En effet, **tous** considèrent que la médecine générale n'est **pas reconnue à sa juste valeur** avec notamment **une rémunération qui n'est pas adaptée à l'acte ni au temps de consultation**. Certains parlent de **dévalorisation** de la médecine générale en prenant comme **exemple d'autres corps de métiers** (médecin 6, 15 et 18) : *"Les mécanos ils te disent qu'à vingt euros de l'heure s'ils faisaient pas de black ils pourraient pas vivre. Voilà, rire, voilà c'est très simple tout le monde a envie de gagner sa vie et on fait pas dix ans d'études pour gagner deux mille euros par mois quoi"* ou en **comparant au système de santé de pays voisins** (médecins 1, 2, 6, 9, 10, 14, 17 et 18) *: «en Allemagne c'est un motif par consultation et t'es mieux payé », « en suisse le médecin est beaucoup mieux rémunéré, on le considère mieux ».*

Le médecin 6 montre qu'au cours des dernières années, le **coût de la vie a augmenté mais pas le salaire** des médecins généralistes : « *la consultation a augmenté de 10% en trente ans alors que le coût de la vie a augmenté de 30% ».*

*« Les médecins généralistes **ne gagnent pas bien leur vie de nos jours** »* annonce le médecin 14.

4. Attitude et ressenti des médecins interrogés vis-à-vis des solutions potentielles face à cet exode de médecins généralistes et les limites qui s'imposeraient

a. Les solutions proposées

- **Remodelage de la médecine générale**

La **totalité des médecins** est motivée pour **restructurer la profession** et propose des solutions diverses : *« il faut tout revoir, il y a du boulot ».*

En ce qui concerne la formation, la plupart des médecins montrent que la médecine générale **devrait être un choix** et non pas imposée par un concours (médecins 1, 2, 6, 9, 10, 11, 14, 15 et 18) *« On peut pas…on peut pas faire quelque chose d'aussi dur avec un investissement personnel aussi fort sur une frustration, ça marche pas ».* Par la suite, **l'augmentation du nombre de stage** en médecine de ville, dès l'externat notamment, permettrait d'avoir une idée plus précise de ce qu'est le métier de médecin généraliste (médecins 1, 2, 5, 6, 9 et 12). Lors de l'internat, des **formations de gestion du cabinet** devraient être envisagées afin d'apprendre aux futurs praticiens à être un véritable chef d'entreprise (médecins 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11 et 14) : *« il faut nous apprendre à tout gérer, là on est lâché dans la nature* ». Enfin, les médecins 2 et 15 émettent l'idée de développer un **enseignement de médecines parallèles** au cours des études pour envisager un aspect encore plus global de la pratique.

A propos de la pratique médicale, le **mode de consultation** en médecine générale devrait évoluer (médecin 2, 6, 7 et 9) :*« on devrait faire des créneaux de consultations plus longs pour les patients plus lourds sans être pénalisés par le prix de la consult, parce qu'on sait très bien que si on passe une heure avec tout le monde pour vingt cinq euros et bah on va pas s'en sortir ».* Pour redonner une **dimension humaine** à la profession, le **côté médical** doit revenir au premier plan et cela passe par une **diminution des charges administrative** et une **augmentation du temps de consultation** (médecin 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 19)**.** Le médecin 6 pense, par exemple, que les **arrêts de travail doivent être réalisés par les médecins du travail** et par personne d'autre.

Par ailleurs, autoriser la réalisation de **plus de gestes techniques** en cabinet de ville éviterait un exode des médecins les plus manuels (médecin 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18 et 19) : *« on est très limité niveau gestes, c'est dommage ».*

La totalité des médecins évoquent la nécessité d'un **remodelage du système de santé**. Ceci passe par une nécessité **d'amélioration des rapports entre médecins et administratifs** en organisant des **rencontres** entre les partis afin de **faciliter les échanges** (médecins 1, 2, 6, 7, 12 et 18) *: « Il n'y a aucun apport de la sécu constructif, il faut changer ça ».*

Plusieurs praticiens montrent **qu'il ne doit plus y avoir qu'un seul organisme gestionnaire** du système de santé (médecins 2, 6, 14 et 18) : *« Pour moi, il devrait y avoir une structure indépendante qui devrait fixer les tarifs des consultations, fixer les bons tarifs médicaux et il ne faut pas que ce soit la structure qui rembourse qui le fasse parce que c'est forcément pas bon ».*

Quant au problème des déserts médicaux, le médecin 6 propose de **créer des maisons médicales pluridisciplinaires** où les médecins des villes les plus proches réaliseraient des **vacations** quelques jours par mois à tour de rôle et seraient **rémunérés par l'état.**

- **Modification de la relation médecin-patient**

Il faut que le médecin généraliste reprenne le **contrôle de sa patientèle** et redevienne le **seul chef d'orchestre** de la prise en charge (médecins 2, 5, 6, 9 et 14). Il est nécessaire de **rééduquer la patientèle** et de **l'autonomiser** (médecins 3, 6, 11, 17 et 18) : *« il faut des campagnes pour éduquer les patients pour pas surcharger les médecins généralistes avec des choses futiles ».* Pour cela, le médecin 14 propose qu'il n'y ait qu'**un seul motif par consultation** *« Les mecs arrivent en disant : ah j'ai mal à l'épaule et aussi au petit doigt et aussi au ventre ».* De plus, afin de faire prendre conscience aux patients du coût de la santé, ils devraient **tous faire l'avance des frais** de leur consultation (médecins 2, 6, 12, 14 et 19) : *« les patients sont habitués à ne rien payer en médecine générale, ils trouvent ça normal », « Tout le monde devrait payer la consultation pour éviter les abus ».* Le médecin 2 est plus radical en disant : *« moi j'ai sélectionné mes patients ».*

Enfin, afin de **favoriser la relation de confiance** entre médecin et patient et d'éviter le chantage, les patients ne devraient **pas avoir le droit de changer** plus de deux fois par an de médecin traitant (médecins 5, 10 et 18) : *« Il faut que les gens aient confiance en leur médecin et pour ça il ne faut pas changer tout le temps ».*

- **Mise en place d'un système pluridisciplinaire**

Pour favoriser le travail d'équipe, la **création de réseaux entre médecins spécialistes (libéraux et hospitaliers) et généralistes** a été évoquée à plusieurs reprises (médecins 2, 3, 4, 6, 7, 13, 14 et 18). En effet, la réalisation de **rencontres de pairs hebdomadaires,** permettrait de **faciliter les rapports** entre les praticiens ainsi que l'intégration des médecins généralistes, dans un vrai **réseau pluridisciplinaire** pour une prise en charge optimale du patient (médecins 2, 4, 6, 13, 14 et 18) : *« En fait, ça serait bien de proposer des rencontres Médecin d'hôpital – médecin de ville régulières, au moins deux trois fois par an, tous les trois ou quatre mois pour que les gens se connaissent et que ce soit plus fluide ».*

Le médecin 4 émet l'idée de mettre en place un **réseau local** de spécialistes hospitaliers via les **missions d'intérêt général (MIG) de l'ARS**. En effet, les MIG permettrait à l'hôpital d'avoir une **compensation financière** pour ouvrir des **vacations de spécialistes** dédiées aux consultations d'urgence, pour les patients adressés par les médecins généralistes : « *Ça pourrait être bien, pourquoi pas, si l'ARS veut bien financer des MIG), pourquoi pas, de, pour la création véritablement locale de réseaux. Après on peut les sectoriser comme je disais sur le découpage des SMUR directement comme ça on a une sectorisation qui se fait et sous l'impulsion de l'ARS qui est vraiment une incitation de l'hôpital, car le problème de l'hôpital c'est que si on demande aux médecins hospitaliers de faire l'effort d'organiser les choses. A partir du moment où il y a une incitation financière avec une MIG, pas forcément importante, mais au moins qui permettrait à l'hôpital d'organiser les choses, je pense que ça permettrait de fluidifier. Ça permettrait que les gens se connaissent, de fluidifier les passages, de fluidifier la transition hôpital-ville et ville-hôpital, dans les deux sens ».*

Enfin, le médecin 2 propose la création d'un **système de partenariat entre médecins généralistes et établissements de santé.**

- **Réévaluation de la rémunération**

La **totalité des médecins** généralistes pense qu'une **révision du prix de la consultation à la hausse** est primordiale. Chaque acte met en jeu la **responsabilité** du médecin, et ces **risques doivent être considérés et valorisés.** Le tarif d'une consultation doit tenir compte de tous les actes effectués (le nombre d'ordonnances, le temps passé, les appels téléphoniques, les gestes techniques) (médecins 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11 et 14) : *« chaque certificat engage notre responsabilité et il faut en tenir compte, c'est pas anodin ce qu'on fait », « il faut que chaque acte soit valorisé ».*

Par ailleurs, le **coût de la vie varie** d'une ville à l'autre mais pas le tarif de la consultation. On devrait **adapter les tarifs des consultations selon la situation géographique** (médecin 6, 11, 15 et 18).

La médecine générale est considérée comme libérale. Cependant, la plupart des praticiens parlent de pseudo-libéral avec des médecins qui n'ont ni les avantages du salariat ni ceux du libéral.

Dans ces conditions, les médecins ont des avis mitigés sur la meilleure solution à mettre en place. Une partie pense que la médecine générale doit **rester libérale** avec la mise en place d'une **tarification plus conséquente** (médecins 6, 9, 10, 15, 16, 18 et 19). Une autre partie pense que passer à un **système totalement privatif** avec des médecins **salariés de l'état** avec des salaires de cadre supérieurs serait le plus adapté (médecins 1, 3, 4, 5, 8, 13, 14 et 17). En effet, cela permettrait **d'uniformiser les salaires** et **d'éviter d'avoir cette relation médecin-client** avec un salaire dépendant du nombre de patient vu (médecin 1, 2 et 14).

Le médecin 19 propose que tous les médecins généralistes se **déconventionnent :** *« la seule solution c'est qu'il y ait un gros mouvement et que tous se déconventionnent mais bon, il y en aura toujours pour pas le faire ».*

b. <u>Les limites évoquées par les participants</u>

Les médecins ayant proposé un système de médecine générale salariale évoquent de potentiels mécontentements, que ce soit de la part de certains praticiens ou de l'état.

En effet, devenir médecin salarié revient à **abandonner totalement son indépendance** ce qui déplairait à certains.

D’autre part, avoir un salaire fixe peu importe le rendement pourrait entrainer un certain **laxisme** de la part des médecins généralistes et donc une **diminution du nombre de patients vus par jour** ce qui serait une **perte d’argent pour l’état** (médecins 1,2, 3, 4, 5, 8, 13, 14 et 17) : *« l’état acceptera jamais, c’est tellement pas rentable pour eux »*.

DISCUSSION

1. Les forces et limites de l'étude

a. Forces de l'étude

- **Population**

L'échantillon final de l'étude contient 19 médecins. L'objectif n'étant pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs pour pouvoir extrapoler à la population cible générale, de ce fait ce nombre nous a semblé suffisant.

La sélection des participants a été faite de manière à favoriser la diversité des médecins généralistes en termes d'âge, de sexe et de type d'activité, ce qui a permis d'établir des réflexions variées sur les problématiques abordées.

- **Entretiens**

Les entretiens ont été réalisés à l'endroit et à l'heure souhaités par les médecins interrogés, afin de favoriser leur bon déroulement et d'éviter au maximum les interruptions.

Le mode des entretiens semi dirigés a été choisi afin d'orienter le praticien sur certains thèmes, tout en laissant libre cours à sa réflexion sur le sujet, en limitant tant que possible le côté directif de l'interrogatoire.

Le caractère individuel et l'anonymisation des entrevues a probablement permis une plus grande liberté de parole, en comparaison d'un focus group où il aurait semblé difficile d'aborder certaines situations personnelles décrites.

En plus d'une trace écrite sous forme de note, afin de relever les points forts de l'entretien, l'enregistrement audio a été un élément infaillible quant à la retranscription.

- **Validité de l'étude**

La méthodologie qualitative n'opère pas sur des données numériques. En effet, la validité d'une méthodologie qualitative couvre alors deux aspects : la crédibilité et la validation.

La crédibilité dans cette étude a été vérifiée par la saturation des données de l'étude, obtenue lorsqu'un nouvel entretien n'apporte plus de données par rapport aux autres entretiens et la recherche de sujets pouvant avoir un point de vue diffèrent des autres.

La validation a été obtenue par un double codage réalisé par l'investigatrice et un médecin extérieur, suivie d'une une mise en commun des codes afin d'affiner la précision et de limiter le phénomène d'interprétation propre au chercheur.

- **Intérêt suscité par le sujet**

L'ensemble des médecins interrogés ont été intéressés par le sujet de l'enquête. C'est pour cette raison qu'il n'a pas été nécessaire d'effectuer de relances pour obtenir des entrevues. C'est aussi pour cela que, malgré le manque d'expérience de la chercheuse, les médecins ont fourni des codes suffisants pour réaliser cette étude.

- **Originalité du sujet**

A notre connaissance il s'agissait de la première étude interrogeant sur les ressentis des médecins généralistes face à leur réorientation professionnelle.

b. Limites de l'étude

- **Biais de sélection**

Il s'agit d'un biais méthodologique qui consistent en la sélection de personnes non représentatives des caractéristiques de la population générale que l'on veut étudier, ici les médecins de la région PACA ne pratiquant plus la médecine générale au profit d'une autre spécialité.

Ce type de biais n'est généralement pas présent dans les études qualitatives, qui n'ont pas un but de représentativité. On peut tout de même se poser la question de l'intérêt d'une enquête qui interrogerait également les médecins continuant à pratiquer la médecine générale pour avoir un comparatif.

- **Biais d'investigation**

Il s'agit ici du tout premier travail d'étude qualitative de l'investigatrice. Le manque d'expérience peut donc apparaître comme une limite.

Par ailleurs quelques praticiens étaient connus de l'investigatrice. On peut donc émettre le reproche que les médecins ont été « choisis », ce qui va à l'encontre de l'acceptation interne de l'étude.

Enfin, l'enquêtrice étant également un futur médecin généraliste, les praticiens participants ont pu ressentir un frein à leur volonté de se livrer entièrement au cours du questionnaire.

- **Biais d'implication**

Les sujets abordés étant personnels et parfois sensibles, cela pouvait influencer le discours des médecins, en particulier dans une population qui est habituée à tenir le rôle d'interrogateur. On pouvait ainsi se poser la question de la véracité des informations recueillis et de l'omission possible de certains détails, par honte, par gêne ou par pudeur.

- **La saturation des données**

Comme le veut la méthode qualitative, il n'a pas été établi de nombre de sujets nécessaires au préalable de cette enquête. Le critère de saturation a été arbitrairement choisi par l'investigatrice quand il lui a semblé qu'à l'issue de deux entretiens consécutifs il n'y avait plus de nouveaux codes créés. Néanmoins, il est permis de penser que l'interrogatoire d'autres médecins auraient pu permettre de créer d'autres codes inexplorés jusqu'alors.

- **La vérification**

Pour une question pratique, les entretiens une fois retranscrits, n'ont pas été corrigés ni même restitués aux médecins interrogés. Cela aurait pu apporter une plus-value en précisant certains termes, en rectifiant des dires ou encore en rajoutant des propos a posteriori après réflexion.

2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

a. L'évolution des pensées en médecine générale

Depuis 2004, avec la mise en place des épreuves classantes nationales (ECN), qui se sont substituées aux concours de l'internat, la médecine générale est devenue une spécialité donnant lieu à un diplôme d'études spécialisées (D.E.S) de médecine générale.

Historiquement, les étudiants en médecine se destinant à une carrière de spécialiste passaient le concours de l'internat à l'issue du deuxième cycle. Parmi eux, ceux qui réussissaient accédaient au troisième cycle en tant qu'internes et préparaient un diplôme d'études spécialisées en quatre ou cinq ans. Ceux qui échouaient au concours de l'internat et ceux qui ne s'y présentaient pas accédaient au troisième cycle en tant que résidents de médecine générale dans leur unité de formation et de recherche (UFR) d'origine et préparaient une qualification de médecine générale en trois ans.

Cette réforme de l'ECN été effectuée pour revaloriser la médecine générale (24).

Au premier abord, la médecine générale semble être une spécialité dénigrée et choisie par défaut à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN). Or, dans notre étude, la moitié des médecins ont volontairement choisi la médecine générale, que ce soit par vocation ou pour parvenir à une autre spécialité. Seuls quelques médecins l'ont choisi par dépit. Ces derniers remettent en cause ce système de sélection qu'ils considèrent comme bien trop difficile.

On peut vérifier l'attractivité de la médecine générale au début des études de médecine par une enquête faite par ROUGER AS en 2013 sur 542 étudiants qui a montré que la médecine générale est majoritairement un choix volontaire à l'issue des ECN (26). En effet, son attractivité est en voie d'amélioration, avec la mise en place de stage pendant l'externat et la création du D.E.S de médecine générale. On note que plus de 80% des étudiants trouvaient la diversité des pathologies et la relation médecin/patient attractives dans cette spécialité.

La quasi-totalité des médecins interrogés dans notre enquête se sentent dévalorisés et expriment leur déception par rapport à la médecine générale, que ce soit sur le plan technique, économique ou personnel.

A quel moment la réforme de 2004, qui avait pour objectif de revaloriser la médecine générale, a-t-elle failli ? En effet, les effets de cette réforme sont à l'opposé de ceux escomptés, entraînant un exode massif des praticiens en médecine générale vers d'autres spécialités.

b. La vision de la médecine générale avant de l'exercer

La médecine générale est présentée, au premier abord, comme une discipline transversale qui prend en compte tous les problèmes médicaux des patients, de l'aigu au chronique, de la prévention à la fin de vie, de l'organique au psychosocial. La relation médecin patient, unique en médecine générale, est une des sources de motivation principale pour les jeunes médecins. L'image du médecin généraliste est variable selon les praticiens interrogés dans notre étude. En effet, certains perçoivent le médecin généraliste comme un chef d'orchestre, un dieu coordonnant l'ensemble du système de soin, tandis que d'autres ont une vision beaucoup plus fataliste en le comparant à un esclave de la société. Ce rôle primordial est considéré comme une source d'angoisse par certains, qui se sentent incapables d'assumer une telle responsabilité. On retrouve également des craintes communes comme la charge de travail administrative qui reste un frein au choix de cette profession.

Nous retrouvons de nombreuses similitudes avec deux études portant sur la vision des futurs médecins généralistes vis à vis de la profession. La première a été réalisée par DORY V. en 2009 (27) et la seconde par MARTIN F. en 2010 (28).

Choisir la médecine générale en tant qu'étudiant reste très nébuleux car le métier de médecin généraliste n'est pas aussi clairement défini que celui des autres spécialistes. En effet, la formation universitaire ne laisse que peu de place à la médecine de ville, avec un nombre de stage en cabinet de médecine générale très limité. Cette spécialité reste de ce fait mal connue (29). Le sentiment de ne pas pouvoir effectuer un choix objectif en parfaite connaissance de cause est source d'appréhension et rend la profession peu attractive. Ce contraste entre une vision idéalisée de la profession et les réelles expériences de terrain est mis en évidence par les médecins dans notre étude.

Par ailleurs, l'importance du travail d'équipe est au centre des discussions. La solitude fait peur, et de plus en plus de jeunes médecins généralistes ne veulent plus s'installer. Cette profession chronophage semble entrer en conflit avec l'évolution de la société.

Les difficultés de conciliation sont nombreuses : garde des enfants, tâches administratives, horaires à rallonge qui empiètent sur les temps privés, congés maternité. Cependant des solutions ont commencé à se mettre en place avec notamment des cabinets de groupes, avec un fonctionnement collaboratif et une gestion déléguée et optimisée de l'entreprise du cabinet.

Cet exercice permet d'allier soins de qualité pour les patients et une qualité de vie satisfaisante (30).

La médecine générale a certes évolué au fil des ans mais pas aussi vite que les mentalités. Que ce soit les jeunes médecins ou les médecins les plus expérimentés, la qualité de vie et le manque de temps pour soi restent au cœur des discussions. Ces notions sont nouvelles depuis environ une dizaine d'années et lorsqu'un médecin s'exprime en disant « c'était mieux avant », cela reste discutable. En effet, les conditions des vies ainsi que le statut social du médecin de famille ont changé. Cependant, à l'époque, les médecins étaient corvéables à merci et la question de qualité de vie ne se posait pas. On constate que la féminisation de la médecine, l'essor de la mentalité « bien-être », la qualité de vie au travail, les nouvelles cellules familiales ont contribué à une nouvelle approche de la pratique. On note 14 hommes dans notre étude et pourtant, la qualité de vie et l'impact familial sont au cœur des discussions. La place du père de famille a évolué avec les années, et les papas d'aujourd'hui sont présents et impliqués, ils désirent travailler moins d'heures comparativement à avant, pour avoir plus de temps pour leur famille.

Tous les médecins interrogés manifestent leur désir d'avoir une qualité de vie et de travail convenable, un salaire important et une reconnaissance absolue. Mais quel métier apporte tout cela en même temps ? Changer de spécialité est-il vraiment la solution ?

c. La reconversion professionnelle

- **Les moyens pour changer d'orientation**

Notre étude montre que la plupart du temps la réorientation professionnelle se fait de manière progressive et réfléchie, mais les motivations et les moyens pour y parvenir sont très disparates. En effet, si certains ont choisi la spécialité par vocation, d'autres l'utilisent comme tremplin.

Le cursus de médecine générale offre de nombreux débouchés dans des domaines divers et variés comme le relate A.MENGUY-FLEURIOT (12) dans son étude publiée en 2006.

E. HUGUES avait pointé, en 1996, que la formation professionnelle pouvait servir non pas à approfondir la maîtrise de compétences effectivement utiles dans le métier exercé mais à le contourner pour passer à autre chose : « On a soutenu, non sans raison que l'allongement de la formation professionnelle dans la plupart de ces domaines ne sert pas tant à accroître la compétence nécessaire à l'activité centrale qu'à échapper plus facilement à celle-ci. ». Avoir fait son apprentissage dans l'activité centrale permet, notamment en médecine générale, d'être légitime pour faire autre chose dans de bonnes conditions.

La médecine générale est donc utilisée dans certains cas comme un tremplin pour accéder à une autre spécialité. Avant la réforme de 2017, la reconversion professionnelle pouvait se faire via la réalisation de nombreux diplômes d'études spécialisées complémentaires (D.E.S.C) (7) accessibles aux médecins généralistes, comme nous avons listé précédemment. L'exode des médecins généralistes n'est pas passé inaperçu. En effet, cette réforme de 2017 a fait disparaître les D.E.S.C pour laisser place à des formations spécialisées transversales (F.S.T) (10). Ces dernières permettent aux médecins généralistes d'élargir leur activité, mais elles ne sont qu'au nombre de 6 (douleur, soins palliatifs, médecine du sport, médecine scolaire, médecine légale et d'expertise et addictologie) ce qui limite le choix de sur spécialisation, contrairement à avant. De nombreux diplômes universitaires (D.U) et interuniversitaires (D.I.U) (11) sont tout de même encore accessibles aux internes en médecine générale ou aux médecins généralistes thésés, permettant un élargissement de la pratique.

Nous retrouvons toujours la possibilité de réaliser des capacités une fois le cursus terminé, même si, certaines disparaissent peu à peu comme par exemple la capacité de médecine d'urgence (CAMU) qui n'est plus accessible pour les promotions après 2016.

Certains praticiens ont donc choisi l'option de la médecine générale comme tremplin tandis que d'autres ont eu besoin d'un nouveau départ. Les raisons au changement d'orientation sont très disparates.

- **Qualité de vie et qualité de travail au centre des discussions**

Tous les médecins aspirent à une certaine qualité de vie, et souhaitent disposer de temps libre pour leur vie personnelle et familiale. Cependant, la médecine générale est trop prenante pour certains et la responsabilité incombe notamment aux charges administratives excessives, ainsi qu'à un trop grand nombre d'heures de travail par jour. En effet, les médecins estiment être obligés de faire un quota d'heures de travail quotidien important pour avoir un salaire décent, impactant négativement leur qualité de vie et de famille.

Une étude faite par VEGA A. en 2007, (31) a permis de repérer les principaux facteurs de cessation d'activité précoce ou tardive des médecins généralistes libéraux, via la réalisation de 30 entretiens.

Depuis 1990, le temps de travail des médecins libéraux, est resté stable, de 53 à 60 heures hebdomadaires. Ce temps de travail reste tout de même difficile à mesurer, d'abord parce que l'activité est très variable d'un jour à l'autre en libéral et que l'emploi du temps diffère sensiblement selon les médecins. Malgré tout, la pratique libérale offre la possibilité de gérer son emploi du temps comme on le souhaite. De ce fait, un nombre d'heures travaillées par jour trop important et ne pas avoir un emploi du temps modulable sont des arguments contestables et non recevables comme plaidoirie pour arrêter la médecine générale.

En mai 2019, la DREES (32) a publié une étude réalisée sur 3300 praticiens montrant que sur un temps de travail hebdomadaire moyen de 54 heures, la pratique médicale correspondait à 44 heures soit environ 81% du temps. Parmi les 19% restants, environ 12% correspondent à des tâches administratives et le reste à de la formation continue. La surcharge administrative est une des causes principales du changement d'orientation des médecins généralistes relatées dans les différentes études (6,8) y compris la nôtre.

En effet, tous les médecins de notre étude mettent bien en évidence cette lourdeur administrative et appuient sur le fait que ces tâches ne sont pas valorisées. L'un d'eux dit être le « larbin de la sécu » car tout ce surplus de travail n'est, en effet, ni bénéfique au patient, ni au médecin.

Une enquête observationnelle, réalisée en 2015 par RAKOTOARIVONINA S. (33) lors de 674 consultations de médecine générale, confirme la surcharge du temps de travail des généralistes par des activités diverses autre que médicales (Annexe 6). Ces activités ont un effet délétère pour la qualité de travail, et sont souvent vécues comme une dévalorisation du métier et une perte de sens, par rapport au rôle premier du généraliste.

Le rythme soutenu des consultations et le stress quotidien induit par les taches non médicales, associés à une responsabilité permanente, contribuent à la détérioration des conditions d'exercice et de la qualité des soins. De plus, les médecins se plaignent d'une diminution des gestes techniques en cabinet. Cette plainte est toutefois contestable sachant que rien n'est interdit mais deux types de problèmes se posent. Tout d'abord, les gestes prennent du temps et ne sont pas valorisés par les cotations. D'autre part, l'absence de pratique et donc de technique est source d'angoisse pour les médecins de ville. Seraient-ils vraiment prêts à faire plus de gestes techniques ?

Les médecins déclarent ne pas avoir le temps de prendre en charge correctement leur patient. Une étude réalisée par la DREES en 2019, montre que la durée moyenne de consultation est de 17 minutes. Cependant, ces durées varient en fonction de l'âge du médecin, du volume d'activité, de la région et de la densité médicale de la zone d'exercice. On pourrait se dire qu'il suffirait simplement de prendre plus de temps pour chaque consultation car un médecin généraliste n'a pas d'impératif d'horaires mais derrière cette plainte s'en cache une autre. C'est un cercle vicieux. Plus de temps pour le patient signifie moins de temps pour soi et un impact négatif sur la qualité de vie. A contrario, une meilleure qualité de vie et plus de temps pour soi signifient une diminution de nombre de patients vus et donc une baisse du salaire.

L'aspect financier conditionne donc énormément le nombre de patients à voir par jour.

Par ailleurs, de nombreux médecins de notre étude critiquent le libéral et prône le salariat. Cependant, un bon nombre d'entre eux ont quitté la médecine générale pour une autre profession libérale pure mais certes non conventionnée. On soulève donc le problème financier qui se cache derrière ces requêtes.

- **L'aspect économique : un enjeu primordial**

Le vécu est aussi conditionné par le niveau de reconnaissance, tant symbolique qu'économique, qui y est associé. En France, la médecine générale fait partie des spécialités les moins bien rémunérées avec la pédiatrie et la psychiatrie. La dévalorisation de la profession passe, en effet, par le fait que la rémunération d'une consultation est considérée comme insuffisante pour la majorité des médecins généralistes, et c'est ce qui est fréquemment rapporté dans notre étude. On note également que ces derniers déclarent que beaucoup de responsabilités ne sont pas prises en compte.

C. BOUSSON (35) a réalisé un travail de thèse intitulé « Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux » en 2013, où un sondage sur 195 médecins généralistes libéraux a été fait pour savoir quel était leur avis sur la valeur de l'acte de la consultation. Les résultats montrent que 77% des sondés trouvent la valeur de la consultation insuffisante, 17% la trouvent adaptée, et 6% ne se prononcent pas.

On retrouve dans la littérature une autre enquête réalisée par DOBIGNY A. en octobre 2018 (36) sur l'évolution de la rémunération des médecins généralistes depuis 2005. Selon les données moyennes, une consultation de médecine générale, avec les parts forfaitaires incluses, rapporterait entre 28,9 et 31,5 euros au médecin généraliste.

Ces parts forfaitaires sont les suivantes :

- La ROSP ou rémunération sur objectif de santé publique correspond à une rémunération à la performance fondée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Elle peut apporter jusqu'à 8715 euros à l'année.
- La MPA ou majoration pour personnes âgées, rémunère le médecin en fonction de l'âge du patient et de son statut « ALD » ou non
- Le FPMT ou forfait patientèle médecin traitant, si le médecin consulté n'est pas le médecin traitant, rétribue le praticien de 5 euros par patient.

- Le forfait structure, destiné à prendre en compte une partie des coûts de la structure professionnelle des médecins, peut atteindre 4620 euros au maximum pour 2019

Depuis 1971, les conventions médicales nationales fixent le tarif de la consultation de médecine générale. Elles encadrent les pratiques et déterminent la valeur des forfaits et des actes, en échange d'une prise en charge d'une partie des cotisations sociales des médecins adhérents. Leurs enchaînements successifs ont complexifié la rémunération des médecins libéraux.

En reprenant l'historique de la rémunération des médecins généralistes, on constate que la part principale de la rémunération du praticien est avant tout basée sur la valeur de l'acte plutôt que sur l'application des forfaits. Pourtant, bien qu'en augmentation quasi continue au fil des ans, cette rémunération a stagné pendant 8 ans, entre 2005 et 2013. Cela a été une des raisons qui a conduit à la grève des médecins généralistes en 2014 pour réévaluer les tarifs des actes de consultation. Depuis la convention de 2016, le prix de la consultation est passé à 25 euros, soit une augmentation de 0,6% par an en moyenne (37).

Les hausses de la valeur de la consultation peuvent sembler importantes, mais elles sont à remettre dans les contextes économiques de l'époque. En effet, les chocs pétroliers en 1973 et 1976 ont provoqué une inflation massive qui a fait effondrer la valeur du franc de l'époque.

Ainsi, pour mieux comprendre la valeur de la consultation, il faut prendre en compte l'érosion monétaire liée à l'inflation. En pondérant la valeur de la consultation avec cette érosion, on obtient le tableau suivant :

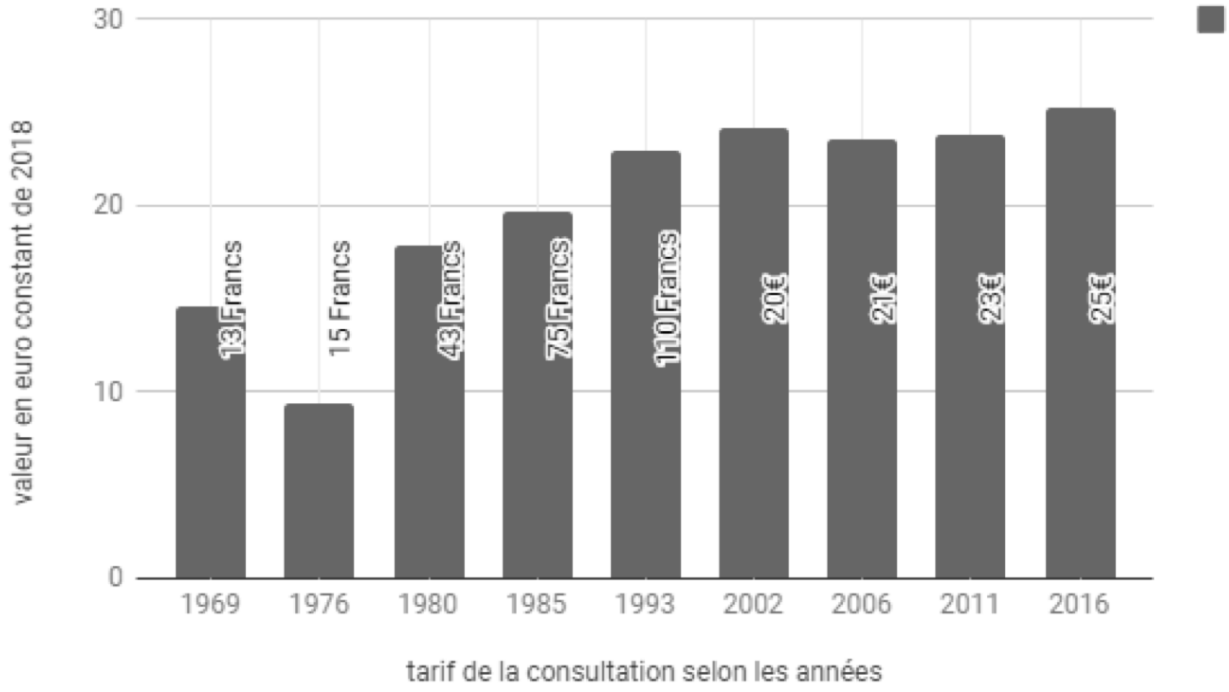


Tableau 3 : évolution du tarif de la consultation pondéré en euro constant de 1969 à 2016

Si les revalorisations du tarif de la consultation ont permis aux médecins généralistes d'avoir un meilleur pouvoir d'achat entre 1976 et 1993, on constate qu'entre 1993 et 2011, malgré l'évolution du tarif de la consultation de 110 francs à 23 euros, le pouvoir d'achat en euros constants est resté quasiment le même. Les revalorisations conventionnelles ont donc tout juste permis aux revenus des médecins généralistes de se maintenir en termes d'euros constants, afin de ne pas perdre en pouvoir d'achat.

Les augmentations du prix de la consultation, permettant véritablement de revaloriser la rémunération des médecins, ont eu lieu entre 1980 et 1993, puis à la dernière convention en date en 2016.

Par ailleurs, s'ajoutent les charges des médecins généralistes libéraux. En effet, le revenu libéral correspond aux honoraires perçus, une fois les charges professionnelles déduites. On comptabilise, parmi les charges, les impôts et taxes professionnelles, les dépenses professionnelles, les cotisations sociales personnelles du praticien et les dotations aux amortissements.

En 2013, le taux de charge moyen des généralistes s'élevait à environ 44,7% de leur chiffre d'affaire (38). Dans ce contexte, sur 25 euros, les médecins généralistes n'en touchent que la moitié soit 12,5 euros ce qui semble être très peu.

Une grande partie des praticiens appuient leurs dires en comparant le salaire des médecins généralistes français à celui des pays voisins comme l'Allemagne, le Royaume-Uni ou encore le Luxembourg. En effet, la rémunération moyenne du médecin généraliste français reste la plus basse. Nous allons illustrer nos propos avec un tableau comparatif de la rémunération annuelle moyenne des différents pays européens selon les données de l'OCDE de 2015 (39) :

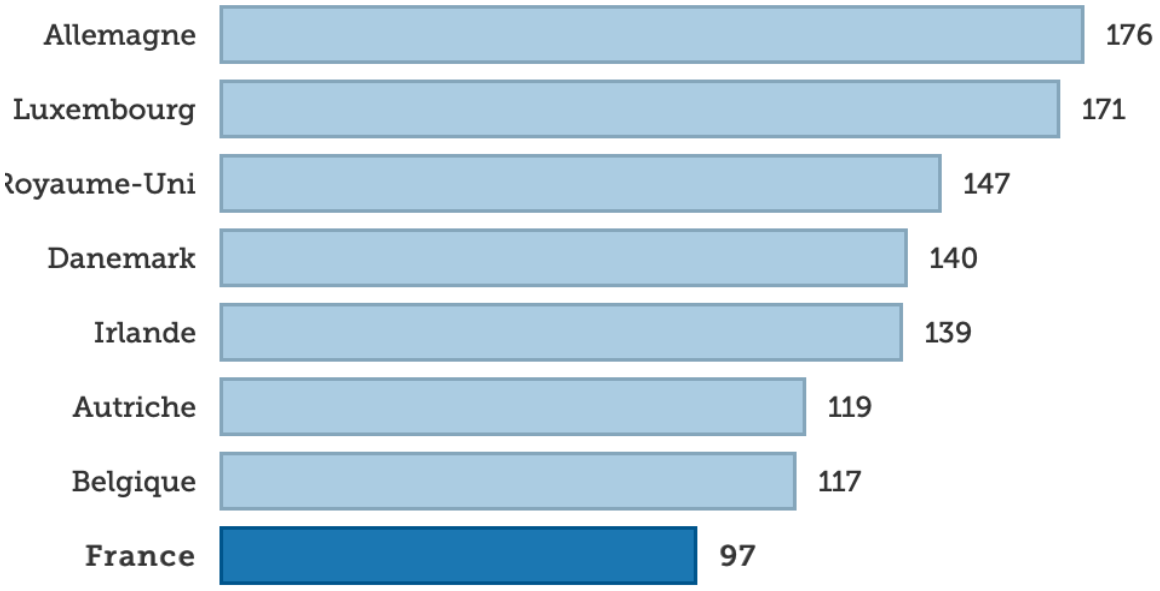


Tableau 4 : Comparaison des salaires des médecins généralistes libéraux européens selon les données de l'OCDE 2015 (en millier de dollars américains)

On peut voir ici un fossé entre la rémunération annuelle d'un médecin généraliste allemand (176000 dollars américains) par rapport à un médecin généraliste français (97000 dollars américains). On note en effet une différence de salaire de 79000 dollars américains ce qui est non négligeable.

La reconnaissance à sa juste valeur de l'acte médical permettrait d'améliorer la qualité de travail des médecins généralistes et aussi leur qualité de vie en évitant les syndromes d'épuisement professionnel.

Le médecin n° 6 parle même de « business plan ». En effet, selon lui, il est primordial d'établir un « business plan » avant l'installation en cabinet de médecine général. Il appuie ses dires en disant que le coût de la vie a augmenté de 30 % alors que le prix d'une consultation est resté quasi identique. C'est une nouveauté d'entendre parler de « business plan » dans la bouche d'un médecin d'autant plus que les études médicales ne prennent pas en compte la formation à la gestion économique d'un cabinet.

- **L'épuisement physique et psychique**

Dans notre étude, les médecins emploient un vocabulaire très poignant avec une charge négative très forte. Certains parlent d'échappatoire ou de fuite, alors que les études de médecins sont longues et prenantes. D'autres se sentent menacés, se comparent à des esclaves et un des médecins parle même d'avoir peur de mourir.

Comme nous l'avons vu précédemment, les conditions de travail des médecins généralistes sont souvent difficiles, et peuvent être marquées par une charge de travail importante, des tâches administratives qui s'accroissent, l'évolution rapide des connaissances, la crainte de l'erreur médicale. Face à ces conditions, les praticiens peuvent manquer de ressources : pénurie de médecins généralistes selon les zones géographiques, normes de pratiques et réalité du métier, isolement dans le travail, plus ou moins marqué selon les médecins. Ce déséquilibre entre conditions de travail et ressources peut expliquer, en partie, l'apparition d'un épuisement physique et surtout psychique. Certains auteurs soulignent, cependant, que l'hyperactivité de certains médecins peut constituer un mode défensif de réponse à l'épuisement professionnel, mode d'ailleurs valorisé par la norme sociale de la profession (« culture de l'endurance ») (2) (13) (22) (23). La société considère les médecins comme des « robots » infatigables comme le rapportent bien les médecins de notre étude.

La santé et notamment la santé mentale des médecins généralistes fait l'objet d'un nombre croissant de recherches indiquant que, par rapport à la population générale, ils souffrent plus fréquemment de pathologies liées au stress, d'anxiété ou de dépression (40).

L'impact négatif sur la santé physique ou psychique des médecins généralistes est revenu fréquemment dans notre étude. En effet, 9/19 médecins disent avoir eu des problèmes de santé et 6/19 parlent de burnout.

En France, une prévalence de burnout de l'ordre de 50 % chez les médecins généralistes a été retrouvée dans de nombreuses études (41,42,43, 44) mais malgré les tentatives du conseil de l'ordre pour pallier ce problème et la presse qui a mis au grand jour ce sujet tabou, celui-ci reste un enjeu de société majeur.

L'épuisement professionnel peut avoir des répercussions importantes sur le travail du médecin : insatisfaction et désengagement au travail, détérioration de la qualité des soins. Il est également significativement associé à une prévalence accrue de problèmes de santé mentale et de consommation de substances psychoactives ou encore de pathologies cardiovasculaires, notamment chez les hommes, ou de troubles du sommeil.

En 2009, H. DUSMESNIL a réalisé (45) une étude auprès de 511 médecins généralistes pour mettre en avant différents facteurs favorisants l'épuisement professionnel. On retrouve :

- Le « faux contrat », qui correspond à la discordance entre ce que les médecins pouvaient attendre de l'exercice de leur métier lorsqu'ils s'y sont engagés et la réalité actuelle. En effet, les termes implicites du contrat du médecin généraliste étaient autrefois les suivants : réaliser des études difficiles et longues et fournir des soins de bonne qualité selon la définition du médecin pour, en retour, recevoir une rémunération raisonnable, déférence et respect, avoir une vie équilibrée entre travail et vie privée et de l'autonomie. Mais les nouveaux impératifs de l'exercice du métier de médecin entrent souvent en contradiction avec ces éléments.

- Des conflits entre vie professionnelle et vie privée. En effet, le travail exercerait une influence sur la vie familiale et réciproquement. Un des médecins interrogés dans notre étude disait : « je me suis rendu compte que j'étais en burnout, quand j'ai divorcé ». Cette phrase illustre bien l'impact de la vie professionnelle sur la vie personnelle.

- La baisse de reconnaissance sociale vis-à-vis du métier de médecin généraliste.

- La surcharge administrative, la surcharge de travail hebdomadaire et l'hyperactivité intellectuelle quotidienne sont également des sources favorisant l'épuisement professionnel.

- Une relation médecin-patient délétère est une des causes fréquemment retrouvées. En effet, les patients exigeants sur une longue période ou la remise en cause fréquente des compétences du médecin engendrent une perception d'iniquité, de manque de réciprocité et de perte de contrôle pour le praticien. Les rapports avec la justice suite à des plaintes constituent également un facteur de risque important de syndrome d'épuisement professionnel.

Tous ces facteurs sont également des arguments évoqués par les médecins de notre étude pour expliquer les causes de leur changement d'orientation professionnelle. On notera tout de même que la relation médecin-patient reste un des facteurs majeurs.

- **Évolution de la relation médecin-patient en médecine générale**

La relation médecin-patient est le pilier de la relation de soin depuis les débuts de la médecine. Elle est en perpétuelle évolution avec les connaissances médicales, mais est aussi influencée par le contexte socio-économique, politique, et juridique (46) De l'antiquité au 20ème siècle, la relation était de type paternaliste. Le médecin, seul détenteur du savoir avait un pouvoir absolu sur ses patients. Les avancées technologiques, médicales et législatives du 20ème et 21ème siècle ont initié de nombreux changements dans la relation de soin. Les soins médicaux sont de plus en plus perçus comme une commodité et, parallèlement, la relation avec le patient est passée d'une relation de confiance à une relation contractuelle. La place du patient dans le système de santé a changé, il est désormais acteur de sa santé et décisionnaire. La diffusion des connaissances médicales notamment via les nouvelles technologies (forums, réseaux sociaux, moteurs de recherche) amène les patients à jouer un plus grand rôle dans le diagnostic et le traitement (47)

Par conséquent, le rôle du médecin est de plus en plus démythifié et son autorité se voit menacée. Il n'y a plus cette notion de "savoir médical prestigieux" lorsque chacun peut y accéder par quelques mots clés.

Le médecin généraliste devient dans ces conditions un conseiller, un technicien ou simple prestataire de service. Internet peut être une aide précieuse facilitant la discussion entre le médecin et son patient mais le principal problème reste la qualité de l'information qu'on y trouve.

Dans ces conditions, le patient en affirmant une liberté dans ses choix, devient un consommateur autonome du système de santé. Le droit français protège essentiellement le consommateur, (considèré comme en état de faiblesse), en lui reconnaissant des droits et pratiquement pas de devoirs (48). Le patient est perçu comme un client exigeant, revendicateur, rabaissant parfois le thérapeute au statut de simple prestataire de service. Cette nouvelle relation de soins montre des comportements abusifs de la part des patients. Elle est source de conflits pouvant aller jusqu'à des poursuites judiciaires en cas d'insatisfaction thérapeutique. Il faut garder en mémoire que la médecine n'est pas une science exacte et que le médecin a obligation de moyen mais pas de résultats. Platon disait : « la médecine est un art fondé sur un savoir, et non un ensemble de recettes ».

Le serment d'Hippocrate (49) élevait l'éthique médicale au-dessus des intérêts personnels de classe et de statut, posant les notions de secret médical, respect du malade, abstention de tout mal, indépendance et responsabilité du médecin, refus de l'euthanasie, de l'avortement. Cependant, si la relation de soins a évolué au fil des ans, ce serment est resté identique et sert de moyen de pression sur les praticiens.

Comme révélé dans notre enquête, face à ces évènements et ce manque de reconnaissance, les médecins se sentent délaissés et dévalorisés. Ils se comparent à des esclaves contraints de capituler face aux menaces des patients et ne sont plus maîtres de leur pratique.

d. <u>La sécurité sociale : un pouvoir quasi absolu</u>

Le conseil de l'ordre des médecins s'assure que tout médecin exerce sa pratique en restant en accord avec le code de déontologie (Articles R.4127-1 à R.4127-112 du code de la santé publique). Les médecins libéraux sont également contrôlés par un autre grand patron qui est la sécurité sociale limitant leurs libertés.

Alors que la médecine libérale traverse une crise, se pose la question du cadre juridique de l'exercice de l'activité des médecins généralistes libéraux. Dans un contexte d'explosion des dépenses de santé, ces derniers apparaissent comme les premiers destinataires de mesures destinées à mieux contrôler un système de sécurité sociale qui échappe aux pouvoirs publics, surtout sur le plan économique.

En France, le médecin généraliste libéral exerce son métier sous sa propre responsabilité et est payé à l'acte. Ses honoraires peuvent être fixes et déterminés par la sécurité sociale ou alors libres ce qui est plus rare. Il existe trois secteurs d'exercice possibles (50) :

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

Le nombre de médecins généralistes déconventionnés est très faible, on en note moins de 1000 en France sur 87 801 en activité.

Le principe d'attraction des médecins libéraux dans le système juridique du conventionnement semble mis en place pour mieux les surveiller, et faciliter leur répression. Les médecins supportent certains coûts liés à l'exercice libéral comme l'installation, par exemple, qui est à leurs frais et risques. En revanche, ils restent les subordonnés d'une administration qui limite leurs revenus et impose ses règles de conduite.

Les conventions passées entre les médecins libéraux et l'assurance maladie placent le médecin au cœur d'un dispositif à la fois contractuel et règlementaire. Le médecin libéral se retrouve avec un statut hybride, prisonnier d'un service public dont il est une pièce essentielle, mais qui tend à faire de lui un serviteur de l'État ne bénéficiant d'aucun des avantages attachés à ce statut. Piégé entre des obligations sanitaires, mais tout autant budgétaires susceptibles d'engendrer des sanctions à son encontre et soumis à des procédures de contrôle, le médecin libéral semble exposé à une vulnérabilité peu compatible avec les libertés et les droits fondamentaux auxquels il peut prétendre (51). Tout ceci remet en question le libéralisme des médecins généralistes. Ils sont considérés par les médecins de notre étude comme des « pseudo-libéraux ».

La Loi santé avec la généralisation du tiers payant, initialement prévue pour décembre 2017, a été reportée mais inquiète tout de même certains praticiens. En effet, de nos jours, les médecins généralistes libéraux sont libres d'adopter le tiers payant généralisé ou non c'est-à-dire être payé directement par la sécurité sociale ou non. Rendre ce dernier obligatoire pose le problème de l'indépendance médicale.

En effet, il donnerait un contrôle total du financement des soins, y compris le paiement des consultations des médecins à la sécurité sociale. Cette dernière exerce déjà un contrôle sur le tarif de la consultation mais également des contrôles réguliers et des sanctions. Nombreux sont les médecins libéraux qui reçoivent des courriers de la CPAM les sommant de se justifier sur leurs prescriptions. Le problème est que la CPAM s'autorise à remettre en cause la prescription médicale en ne tenant pas compte du contexte médical et du dossier du patient, les objectifs étant purement économiques (52). Cette pression permanente exercée sur les médecins généralistes libéraux constitue une des raisons majeures du changement d'orientation des praticiens. Allons-nous vers une médecine générale entièrement contrôlée par l'état ? Signer avec un organisme en faillite ne va-t-il pas causer la perte de la profession ?

Un des médecins interrogés a d'ailleurs soulevé que paradoxalement l'organisme rembourseur est celui qui fixe les tarifs des consultations ce qui peut poser des questions sur l'équité des décisions prises.

3. Solutions et perspectives

a. La réforme « ma santé 2022 »

Une partie des problèmes exposés par les médecins de notre étude vise à être revalorisée par la nouvelle réforme de santé « Ma santé 2022 ».

- **Remodelage des études médicales**

Depuis quelques années, les études médicales sont au centre de débats tumultueux notamment avec le numérus clausus lors du concours de première année de médecine qui est au centre des discussions. A la rentrée 2020, celui-ci disparaitra pour laisser place à un nouveau système de sélection. Désormais, la PACES devra céder sa place. Les étudiants choisiront soit le parcours spécifique accès santé (PASS) soit le parcours licence avec option accès santé (L.AS) (53)**.**

Ce nouveau système vise à pallier les déserts médicaux avec une augmentation du nombre de places selon les besoins des différentes régions. Le but est également d'améliorer la qualité de vie des étudiants en médecine en donnant des possibilités de réorientation faciles.

Par ailleurs, cette nouvelle réforme du plan « ma santé 2022 » va engendrer l'émergence des assistants médicaux. Ces derniers permettront de soulager les médecins des tâches administratives, gérer les missions en lien avec la préparation de la consultation (constantes, vaccination, dépistages, mise à jour du dossier médical) et les missions de coordination notamment avec les spécialistes du parcours de soin. Tout ceci vise à augmenter le temps médical pour une meilleure prise en charge du patient. Cependant, seuls les médecins exerçant en cabinet de groupe pourront obtenir des subventions pour avoir des assistants médicaux. Ceci semble illogique dans le sens où un médecin, exerçant seul, a beaucoup plus de charge administrative à gérer. Il se peut que ce système soit une manière détournée d'obliger les praticiens à travailler en groupe afin de pouvoir mieux les contrôler.

Les réformes de santé ne touchent pas seulement le premier cycle des études médicales. En effet, les épreuves classantes nationales seront également impactées avec leur suppression à partir de la promotion 2023(54). A partir de la rentrée 2020, le nouveau second cycle devra être opérationnel. Les étudiants entrant en 4e année seront évalués sur chaque critère (connaissances, compétences et parcours) et caractérisés par des scores. La suppression des ECN a été très clairement justifiée par le ministère de la Santé : *« La procédure des ECN est jugée rigide et inadaptée aux enjeux de la formation des médecins : l'objectif des étudiants et des formateurs n'est plus de former les étudiants à l'exercice de la médecine ou des fonctions d'interne, mais à obtenir de bons résultats aux ECN »*.

Ces nouvelles modalités visent à mieux préparer les étudiants au choix de leur future spécialité notamment en consacrant la 6ème année à des stages professionnalisants. Si ce nouveau modèle va permettre une meilleure approche des différentes spécialités, il n'en reste pas moins très sélectif et sera source de mécontentement. Est-ce que ce nouveau système va permettre à la médecine générale de se démarquer ? Combien de postes seront ouverts pour la profession ? Et surtout, combien seront pourvus ?

Le 3ème cycle des études médicales va également subir un changement important avec l'apparition d'un nouveau statut, celui de « docteur junior » (55).

A compter du 1er novembre 2020, après avoir soutenu sa thèse et obtenu le diplôme d'état de docteur, l'étudiant pourra être nommé en qualité de docteur junior comme le précise le décret n°2018- 571 en date du 03 juillet 2018 : *les étudiants de 3e cycle en médecine, pharmacie ou biologie médicale qui accomplissent la phase 3 dite « de consolidation » sont dorénavant dénommés « docteurs juniors »*.

Le texte précise que le docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome. Il suit sa formation sous le régime de l'autonomie supervisée. Ce statut de « Docteur junior » rallonge d'un an la formation des internes des différentes spécialités. En médecine générale, le « docteur junior » devra effectuer une année supplémentaire de stage en médecine de ville dans des zones de désert médical afin d'acquérir son autonomie, soit quatre années d'internat au total. Si ce système est fait pour autonomiser les étudiants, il rallonge tout de même des études déjà très longues. Par ailleurs, obliger les internes à faire des stages dans des zones de désert médical n'est pas la meilleure solution pour améliorer leur qualité de vie. Ce système peut conduire à des déviances de l'apprentissage avec des internes en fin de cursus exploités et utilisés comme main d'œuvre peu onéreuse.

Malheureusement, des formations de gestion d'entreprise afin d'apprendre aux futurs médecins généralistes à être un véritable chef d'entreprise ne sont pas au programme de cette réforme, ce qui est bien dommage.

- **Les relations entre professionnels de santé**

Une meilleure organisation des professionnels de santé notamment entre médecins généralistes et spécialistes est nécessaire d'après les médecins de notre étude. La réforme « ma santé 2022 » répond à cette question avec pour objectif de former une grande équipe avec des médecins généralistes et spécialistes qui devront coopérer ensemble pour une prise en charge optimale des patients. Désormais, ces derniers se coordonneront plus efficacement, entre autres grâce au numérique. Pour les y encourager, une réévaluation du financement (56) permettra de sortir de la seule logique du paiement à l'acte au profit de rémunérations au forfait pour certaines pathologies chroniques et de primes à la qualité.

Par ailleurs, un des objectifs de la réforme est de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins dans les territoires (57)**.** Elle donnera la possibilité pour chaque français d'être soigné tous les jours de la semaine jusqu'en soirée et le samedi matin sans devoir passer par l'hôpital, de renforcer les actions de prévention pour prévenir les maladies, de maintenir à domicile le plus possible les personnes fragiles, âgées ou présentant plusieurs pathologies.

La solitude en cabinet de médecine générale est revenue fréquemment au cours des entretiens. Les soins de proximité doivent s'organiser au sein de réseau pluridisciplinaire avec des structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (58). Cet exercice en équipe permet une amélioration de la qualité de travail et de ce fait de la qualité de vie. En effet, les charges administratives et financières sont partagées, le médecin peut prendre des congés sans délaisser sa patientèle et les horaires sont plus facilement modulables. La médecine de groupe est la médecine d'avenir.

Par ailleurs, l'offre hospitalière sera repensée autour des hôpitaux et des services hospitaliers de proximité (59) pour les soins du quotidien (médecine, gériatrie, réadaptation, soins palliatifs), nécessaires dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques. Les autres hôpitaux verront leur activité recentrée sur leur mission première : les soins techniques, nécessitant des équipements adaptés et de pointe.

L'ARS finance des missions d'intérêt général (MIG) (60) qui recouvrent des activités spécifiques et bien identifiées. On peut se demander si une MIG ne serait pas intéressante pour ouvrir des vacations de spécialistes (cardiologue, infectiologue, dermatologue …) dédiées aux consultations d'urgence pour les patients adressés par les médecins généralistes d'un secteur bien défini. Les différents secteurs pourraient être définis selon les zones d'action du SAMU et chaque zone serait rattachée à un hôpital défini. Cela éviterait des délais d'attente interminables ou de surcharger les urgences par défaut de moyens de la part du médecin généraliste.

Toute cette réforme va vers une protocolisation de la médecine générale mais cela risque d'entraîner une perte du libre arbitre des médecins généralistes et un contrôle absolu des instances supérieures.

b. Rémunération et rapports avec la sécurité sociale

La rémunération actuelle des médecins généralistes libéraux français est mixte (paiement à l'acte 87% et forfaits 13%). On recense une étude faite par A.DEHESTRU (61) en 2018 sur 816 médecins généralistes libéraux visant à recueillir les avis des praticiens sur leur désir de voir la part de rémunération forfaitaire augmenter aux dépens de la rémunération à l'acte. Les résultats montrent que la majorité des médecins préfèrent un système de paiement à l'acte par rapport aux forfaits (79,53%). Les principaux désavantages des paiements forfaitaires soulignés sont : la vulnérabilité et la perte d'indépendance vis à vis du centre payeur (82%), la perte de contrôle de sa rémunération (73%) et le problème de confiance évoqué face à un payeur unique (78%). Cela tend à montrer que la défiance à l'égard d'une rémunération forfaitaire reste importante, et que cette dernière n'est pas envisagée comme pouvant supplanter le paiement à l'acte. A contrario, les avantages attendus sont peu convaincants avec une simplification administrative (38%), une rémunération augmentant l'efficience des soins et dégageant du temps médical (30%), une diminution du nomadisme médical et l'amélioration du suivi du patient (30%). Cette étude, comme la nôtre, montre un large mécontentement par rapport à la rémunération actuelle. Elle est source d'insatisfaction, quelles que soient finalement les parts forfaitaires ou à l'acte. Les médecins veulent en effet, une revalorisation à la hausse de leurs revenus.

Ceci pourrait expliquer que le plan santé 2022, a plutôt été accueilli de manière favorable par la majorité des syndicats de médecins libéraux, adeptes d'un changement. Cependant, les moyens de financements préconisés, suggérant un renforcement important des rémunérations forfaitaires, risquent de se heurter à de nombreux freins de la part des médecins. Le problème d'un payeur unique et surtout un payeur déficitaire effraie les praticiens libéraux. Peut-être faudrait-il trouver un organisme payeur différent de l'organisme rembourseur afin d'établir un terrain d'entente et de rassurer les foules sur les réelles intentions de l'état. Des zones d'expérimentation de rémunération forfaitaire pourraient être mises en place afin d'étudier les effets réels de ces changements sur la pratique de la médecine générale.

Il faut tout de même mettre en avant que la revalorisation des actes apparaisse comme un point névralgique des négociations conventionnelles.

MG France demande une consultation à 28€, la Fédération des médecins de France (FMF) demande différents niveaux de rémunération de consultation, et le SNJMG demande un alignement de la rémunération horaire des médecins libéraux sur celle des médecins conseils de l'assurance maladie. Les praticiens de notre étude envisagent, quant à eux, une rémunération de base à 50 euros la consultation en cas de paiement à l'acte, ou alors, un salaire mensuel de cadre supérieur en cas de rémunération forfaitaire. Les perspectives d'évolution sont intimement liées aux propositions syndicales et à leurs négociations.

Certaines de ces propositions sont récurrentes mais se heurtent à des refus ou des lenteurs de la CNAM pour être mises en application, pour des raisons budgétaires. Il n'est pas facile de prévoir les évolutions de la convention. Entre les revendications des syndicats, et la volonté du gouvernement de limiter les dépenses de la Sécurité Sociale, les possibilités restent minces.

Pour l'instant, les revendications des syndicats se basent sur le modèle conventionnel actuel, de paiement à l'acte. Ils proposent la création d'un secteur conventionnel unique, avec une liberté tarifaire ce qui correspondrait à un déconventionnement de tous les médecins généralistes. Le SNJMG, quant à lui, propose une diversification des modes de rémunérations, (actes, forfaits, dotation de fonctionnement) qui ressemble à ce qui a été mis en place dans la convention de 2016 (revalorisation des actes, forfait patientèle, forfait structure, ROSP).

Pour assurer une amélioration du système de santé, il est nécessaire que les médecins généralistes libéraux aient des contacts réguliers et sereins avec le centre payeur qu'est la sécurité sociale. Ceci est déjà mis en œuvre depuis 2004. L'assurance maladie a mis au point un réseau de délégués chargés d'effectuer des visites auprès des médecins généralistes. Ces derniers apportent des recommandations de bonne pratique et aident les médecins dans leur mise en application. X. PAESBRUGGHEA réalisé une étude en 2019 (62) qui montre que les visites des délégués de l'assurance maladie sont une amélioration de la communication entre médecins généralistes et assurance maladie. Cependant, mêmes s'ils sont favorables à un travail de collaboration et qu'ils manifestent de l'intérêt pour les informations administratives qui leur sont apportées, les praticiens émettent un avis réservé sur le contenu scientifique. Les visites sont vécues comme une intrusion dans leur pratique médicale.

L'exposé de leur relevé d'activité et les informations relatives à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) les interroge et ils ressentent une menace pour leur indépendance et leur liberté d'exercice.

Ces résultats coïncident avec les suggestions émises par les médecins de notre étude. En effet, une amélioration des relations entre sécurité sociale et médecins est impérative. Même si les délégués permettent un lien entre les praticiens et la sécurité sociale, ces derniers appliquent seulement les règles qui leur sont imposées. L'assurance maladie doit revoir ses objectifs en tenant compte des différents types de patients et de pathologies rencontrées par les praticiens afin d'obtenir des résultats concordants avec la réalité des choses.

Par ailleurs, le coût de la vie varie d'une ville à l'autre mais pas le tarif de la consultation. Certains médecins de notre étude ont mis en avant le fait qu'il faudrait adapter les tarifs des consultations selon la situation géographique. Cela semble délicat car, dans ce cas-là, il faudrait adapter le montant du SMIC, selon les villes également. Par ailleurs, cela entraînerait un exode des médecins vers les zones aux salaires plus avantageux. Le seul moyen pour avoir un salaire adapté au coût de la vie dans la ville où le praticien exerce, serait d'être déconventionné et d'établir ses propres échelles tarifaires.

c. Modification de la relation de soin

La relation médecin-patient de nos jours est placée au cœur de nouveaux enjeux et débats socio-économiques. Le système de santé a évolué et le patient, devenu plus responsable et autonome face à ses soins a pris une place beaucoup plus importante dans sa prise en charge thérapeutique.

Les médecins de notre étude ont du mal à trouver leur place dans cette nouvelle relation de soin et sont désireux de la voir évoluer. Pour cela, deux grands points sont abordés et nécessite que l'on s'y intéresse.

- **La communication**

La communication est une arme essentielle pour créer une relation médecin-patient de qualité et pour ainsi permettre une prise en charge thérapeutique optimale.
On note deux approches dans la communication (63, 64). En effet, on retrouve la communication non verbale (la posture, les mimiques, le sourire, le contact visuel, le ton de la voix) et la communication verbale. Il faut, en effet, parler de façon claire, chaleureuse et utiliser des phrases courtes afin de rassurer le patient. Il faut faire également attention à ne pas être trop « brut » ou « agressif ».

En pratique quotidienne, il existe une multitude d'échanges avec des patients très différents. Le médecin généraliste étant un être humain comme les autres, il est donc susceptible de ressentir des émotions face à ses patients. Ces émotions varient, en effet, selon les situations et l'état d'esprit du moment. Il peut s'agir notamment de tristesse, d'anxiété, de colère, d'agacement et des émotions plus positives comme la joie ou encore la satisfaction.

Concernant le patient, la relation peut être très variable selon ses traits de la personnalité, son degré d'autonomie, son environnement, son contexte socio-culturel. Lors de ses entretiens, le médecin doit respecter plusieurs principes : une exigence de neutralité affective, morale, politique, religieuse et d'altruisme et il doit s'adapter à son patient.

Cette communication fait le lien entre une médecine fondée sur les preuves et une médecine centrée sur l'individu. B.SALA, a fait une étude en 2018 montrant qu'il existait un manque de maîtrise des outils de communication verbale et non verbale (65). La raison principale évoquée est le manque de formation initiale au cours des études médicales, même si, nombreux sont les soignants qui partagent le sentiment qu'une bonne communication ne peut ni s'enseigner ni s'apprendre, hormis avec l'expérience et le temps. Pour ma part, j'avais eu des cours de théâtre en tant qu'externe notamment sur les consultations d'annonce de pathologies grave ou de passage en soins palliatifs. Ceci était très intéressant pour se mettre dans une situation inhabituelle ou inconfortable et apprendre à gérer la chose. Malheureusement, une heure de mise en situation sur toutes ces années d'études semble futile.

Dans l'étude de B.SALA plusieurs freins à une bonne communication sont évoqués, liés à l'évolution du système de santé, au médecin, ou encore au patient. Le principal est le manque de temps. En effet, une communication optimale peut être chronophage. Or, comme vu précédemment, les praticiens sont souvent limités dans leur temps de consultation.

Ce manque de temps est souvent dû au fait que les patients ont des demandes multiples au cours d'une seule et même consultation. Limiter la consultation à un motif comme c'est le cas notamment en Allemagne, permettrait au médecin de se focaliser sur un seul et même problème et d'avoir plus de temps pour établir un réel lien de communication.

- **Éducation de la patientèle**

L'éducation du patient est souvent employée dans la prise en charge de maladies chroniques (66). Dans notre étude, les médecins pointent un autre aspect avec une éducation du patient qui sort du champ médical notamment avec une remise en cause de leur comportement. Cependant ce concept appelle en lui-même un réel questionnement éthique, personnel et collectif, auquel les réponses peuvent varier de manière importante (67).

Quelle que soit l'option, le médecin et le patient se trouvent en position de vulnérabilité, le médecin pouvant échouer dans ses tentatives de persuasion et perdre en notoriété aux yeux du patient qui, lui-même, peut ressentir la consultation comme une inquisition. Proposer d'éduquer les patients peut être perçu comme un affront, une infantilisation du patient et surtout un retour à l'ancien modèle de relation de soin, dit paternaliste. On demande aux patients de faire des efforts et de se remettre en question mais est ce qu'on leur en donne la possibilité ?

Pour instaurer une relation de confiance entre le médecin et le patient, il faut du temps. Cependant, certains médecins remettent en cause le fait de pouvoir changer de médecin traitant comme on le souhaite et pensent qu'il serait mieux de limiter les changements. Si cette idée part d'une bonne intention, elle n'en reste pas moins discutable. En effet, empêcher le patient de changer de médecin traitant revient à le priver de ses libertés fondamentales. Les patients ont le droit de choisir leur médecin mais qu'en est-il du cas inverse ? Un des médecins de notre étude, parle de sélectionner les patients. Ceci pose un réel problème éthique et déontologique.

Cependant, lorsque la relation de confiance est malmenée, orienter le patient vers un autre praticien ne serait-il pas plus bénéfique que de continuer dans une relation destructrice et malsaine ? D'ailleurs, en dehors de toute urgence vitale, le médecin a le droit de réorienter un patient vers un autre professionnel et de refuser certains soins. L'article L. 2212-8 CSP par exemple énonce qu'« *un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention*».

CONCLUSION

Tout à commencer avec un simple « pourquoi ? ». Pourquoi les médecins généralistes délestent la médecine générale au profit d'une autre spécialité ou d'un autre exercice ? Nous avons voulu comprendre les raisons de ce changement radical de carrière après avoir déjà fait tant de sacrifices pour des études de médecine longues et pénibles. Pour y répondre nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative en réalisant une étude auprès de dix-neuf praticiens n'exerçant plus la médecine générale. L'approche personnelle de ce type d'enquête et la liberté d'expression des participants nous a permis d'établir un lien avec chacun et de récolter leurs ressentis et états d'âme les plus profonds.

La médecine générale et notamment son cursus offre de nombreux débouchés et peuvent servir de tremplin pour se reconvertir. Les compétences des médecins généralistes sont reconnues et appréciées dans des nombreux secteurs d'activité, mais l'acquisition de diplômes supplémentaires est toutefois souvent indispensable.

Malgré la création du D.E.S de médecine générale en 2004, on constate un exode massif des médecins généralistes vers d'autres spécialisations. Les mentalités ont évolué avec un désir de reconnaissance en tant que « personne » et non plus en tant que « robot distributeur de soin ».

La diminution de la qualité de vie et le manque de temps pour soi, des charges administratives excessives, une relation médecin patient délétère, une perte de contrôle de sa pratique, les mauvais rapports avec la sécurité sociale avec un sentiment d'esclavagisme, la solitude, un manque de reconnaissance par ses pairs sont autant d'arguments exprimés par les médecins de notre étude pour expliquer leur changement d'orientation.

Les deux arguments prédominants et en lien avec tous les autres restent tout de même l'épuisement professionnel et surtout l'aspect financier. En effet, de nombreux médecins de notre étude parlent de burnout et d'impact très négatifs de la médecine générale sur leur vie personnelle les ayant poussés à changer de voie. Quant à la rémunération des médecins libéraux actuels, elle reste complexe avec une part forfaitaire et une part basée sur les actes.

Quoi qu'il en soit, cette rémunération est jugée insuffisante par les médecins de notre étude et une revalorisation à la hausse est nécessaire.

Actuellement la médecine générale est considérée par les praticiens comme « pseudo-libérale » avec un contrôle permanent de l'état. Les médecins généralistes de notre étude veulent que les choses évoluent, certains en salariant la profession et d'autres en la libéralisant totalement.

La loi « ma santé 2022 » prévoit de répondre à plusieurs problèmes soulevés dans notre enquête. Cependant cette loi risque de se heurter à de nombreux mécontents en allant vers une protocolisation de la médecine générale.

En complément de cette étude basée sur les médecins n'exerçant plus la médecine générale, on pourrait envisager une étude parallèle en interrogeant des médecins exerçant toujours la médecine générale et n'envisageant pas de se réorienter. Ceci permettrait de mettre en comparatif les doléances de chacun et de remodeler la médecine générale en fonction des différentes attentes.

BIBLIOGRAPHIE

1. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité. 9 mars 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale

2. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.

3. Wonca : « La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. » Wonca europe 2002

4. L'approche par compétences - CGEOI | Collège des Généralistes Enseignants de l'Océan Indien [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: http://www.cgeoi.fr/enseignement/l-approche-par-competence/

5. ECN, Examen classant national - Définition - BNDS [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: https://www.bnds.fr/dictionnaire/ecn.html

6. Diplôme d'étude spécialisée [Internet]. ISNI. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: https://isni.fr/tout-sur-la-formation-pratique-et-theorique-des-internes-et-sur-le-post-internat/diplome-detude-specialisee/

7. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

8. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.

9. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux maquettes de DES | Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: https://cncem.fr/node/267

10. FST : Formations Spécialisées Transversales [Internet]. SSIPI-MG. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ssipi-mg.com/les-fst-et-les-options/

11. DU/DIU – SRP-IMG [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: https://www.srp-img.com/?page_id=226

12. Menguy-Fleuriot A. Quelles professions peut-on exercer avec un diplôme de médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2006.

13. Kansoun Z. Le burnout des médecins en France: Méta-analyse (2000-2017) [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2017.

14. Lebigot F, Lafont B. Psychologie de l'épuisement professionnel. Annales Médico-psychologiques, 8 (1985), 769-775.

15. Canoui P, Mauranges A. Le burnout à l'hopital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Broché, 2008.

16. Freudenberger H. L'épuisement professionnel : la brulure interne (1987).

17. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour, 2 (1981), 99-113.

18. Giorgio MT. Epuisement professionnel, burnout chez les médecins. Les médecins maitres - Toile (2009).

19. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Pour l'URMLPC, 2004.

20. Chan Lin S. Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse d'exercice, Paris 5, 2006.

21. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de champagne-ardenne (2002).

22. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. URML Ile de France, 2007.

23. Picquendar G, Guedon A, Moulinet F, Schuers M. Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study. Fam Pract. 23 2019;36(3):291-6.

24. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste… ou pas ? – Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 9 mars 2020].

25. Etude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/

26. Rouger A-S. La médecine générale : un choix par défaut aux Épreuves Classantes Nationales ? Étude multicentrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux ECN. 3 oct 2013;80.

27. Campus Numérique de Médecine Générale [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdF

28. Martin F. Représentations de la médecine générale auprès des jeunes internes de médecine générale: enquête auprès de 65 internes de médecine générale du Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2010.

29. Berland, Y., Rapport 2006-2007. Synthèse générale pour l'ONDPS. 2008, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. p. 19-20, 60.

30. Bonnard A. Je suis médecin généraliste remplaçant et je le reste ! Pourquoi ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2019.

31. Vega A, France. Ministère du travail des relations sociales et de la solidarité D de la recherche, éditeurs. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. Tome 1. Paris, France: DREES; 2007. 118 p.

32. Renault M-C. Deux tiers des médecins libéraux travaillent plus de 50 heures par semaine [Internet]. Le Figaro.fr. 2019 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://www.lefigaro.fr/conjoncture/deux-tiers-des-medecins-liberaux-travaillent-plus-de-50-heures-par-semaine-20190507

33. Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral: Étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015.

34. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES, Etudes et Résultats. 2012 Mars ; n°797.

35. BOUSSON Clément. Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux. Thèse : Médecine : Université de Franche-Comté. 2013.

36. DOBIGNY A, Évolution de la rémunération depuis l'année 2005, évolutions "souhaitables", réajustement par rapport au temps de travail et comparaison avec quelques pays européens. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. Faculté de Médecine ; 2018.

37. Infographie : le coût moyen des consultations médicales dans 10 pays [Internet]. APRIL International. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://fr.april-international.com/fr/sante-des-expatries/infographie-le-cout-moyen-des-consultations-medicales-dans-10-pays

38. Bachelet M, Mikol F, Mothe J, Pereira E, Pla A, Vergier N. Les revenus des médecins libéraux. Dans : Portrait des professionnels de santé (DREES). Edition 2016.

39. OCDE. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes). 10 nov 2017;162-3.

40. COMMISSION PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE , Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature, 2007

41. VaquinVilleminey C, Wong O. Prévalence du burn-out en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelle, Université René Descartes, 2007

42. Truchot D. Le Burn-out des médecins libéraux de Bourgogne, 2001.

43. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes en Poitou-Charentes, Université de Poitiers, 2004

44. Galam E. Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. Paris, 2007

45. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.

46. Vinas M. L' évolution de la relation patient-praticien de l'Antiquité à nos jours en médecine et en odontologie [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté de chirurgie dentaire; 2017.

47. Anne Sellier de Guis. Impact d'Internet dans la relation médecin patient: une étude en ligne à destination des patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01731994

48. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins, a new patient ?The changes of relationship between the doctor and his patient. Sci Soc Santé.Vol.25(2):43- 66.

49. Hippocrate.Oeuvres complètes d'Hippocrate : traduction nouvelle avec le grec en regard. 1861.477p.

50. Médecin libéral vs médecin salarié - Libizi [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur :https://www.libizi.fr/exercer-en-liberal/activite-liberale/27/medecin-liberal-et-medecin-salarie-quelles differences/article

51. Pradel P-M, Pecheul A, Université d'Angers. UFR de droit d'économie et de gestion. Le médecin libéral face au service public de sécurité sociale. France; 2010.

52. La Sécurité sociale fait pression sur les médecins et les pharmaciens [Internet]. Contrepoints. 2015 [cité 10 mars 2020].

53. Figaro le. La réforme des études de santé enfin dévoilée [Internet]. Le Figaro Etudiant. [cité 10 mars 2020].

54. Fin des ECN : entrée en vigueur en 2019 [Internet]. Remede.org. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: http://www.remede.org/documents/fin-des-ecn-entree-en-vigueur-en-2019.html

55. ARTICLE – « Docteur Junior », un nouveau statut très attendu par les internes – Jurisanté [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: http://www.jurisante.fr/?p=4829

56. DICOM_Lisa.C, DICOM_Lisa.C. Réformer le financement pour encourager qualité et coopération [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/reformer-le-financement-pour-encourager-qualite-et-cooperation

57. DICOM_Anne.G, DICOM_Anne.G. Mieux orienter les patients selon leurs besoins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur:https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/mieux-orienter-les-patients-selon-leurs-besoins

58. DICOM_Lisa.C, Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser

59. DGOS. Permettre une offre de soins au plus près des territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/article/permettre-une-offre-de-soins-au-plus-pres-des-territoires

60. DGOS. Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation - MIGAC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 10 mars 2020].

61. Dehestru A. Intérêt pour la rémunération forfaitaire et son évolution: enquête quantitative auprès de 816 médecins généralistes libéraux français en 2018 [Thèse d'exercice]. [2009-France]: Université de Strasbourg; 2019.

62. Bernard J, Edey Gamassou C, Mias A, Renault E, éditeurs. L'interdisciplinarité au travail: du travail interdisciplinaire à la transformation du travail. Nanterre, France: Presses universitaires de Paris Nanterre; 2020. 189 p.

63. Hausberg MC, Hergert A, Kröger C, Bullinger M, Rose M, Andreas S. Enhancing medical students' communication skills: development and evaluation of an undergraduate training program. BMC Medical Education [Internet]. déc 2012 [cité 1 déc 2018];12(1). Disponible sur: http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-16

64. Baig LA, Violato C, Crutcher RA. Assessing clinical communication skills in physicians: are the skills context specific or generalizable. BMC Med Educ. 15 mai 2009;9:22.

65. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient: une étude qualitative sur la Côte d'Azur [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2018.

66. WHO Europe. Therapeutic patient education – continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group, june 11-14 1997. WHO Regional office for Europe, Copenhagen, 1998, 73 p.

67. LAZARUS A. Ethique, éducation pour la santé et exercice du pouvoir. In : FOURNIER C et al (sous la direction de). Education pour la santé et éthique. Séminaire international de Dourdan, 27 – 28 janvier 2000, Editions CFES, Vanves, mars 2001, 143 p.

ANNEXES

Annexe 1

ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Instructions pour le calcul des indices de l échelle de Maslach

EPUISEMENT PROFESSIONNEL
Questions 1.2.3.6.8.13.14.16.20
Degré de burn out
Total inférieur à 17 = bas
Total compris entre 18 et 29 = modéré
Total supérieur à 30 = élevé

DEPERSONNALISATION
Questions 5.10.11.15.22
Degré de burn out
Total inférieur à 5 = bas
Total compris entre 6 à11 = modéré
Total supérieur à 12 = élevé

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL
Questions 4.7.9.12.17.18.19.21
Degré de burn out
Total supérieur à 40 = bas
Total compris entre 34 et 39 = modéré
Total inférieur à 33 = élevé

Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

Si vous avez obtenu :
Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière : vous sentez vous épuisé(e) professionnellement en ce moment

Si vous avez obtenu :
Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière : vous êtes loin d'être épuisé(e).

Annexe 2

Questionnaire

1. Quel était votre choix de spécialité initial au début des études de médecine ?
2. Ce choix a t'il changé au cours des années ?
3. Pourquoi avoir choisi la médecine générale ?
4. Avez-vous exercé la médecine générale avant de changer d'orientation professionnelle ?
5. Avez-vous totalement quitté le système libéral ?
6. Est-ce qu'il y a eu un facteur déclenchant à ce changement d'orientation (procès, problème avec la patientèle, changement situation familiale, burn out...) ?
7. Quelles formations avez-vous suivi au cours de votre exercice pour parvenir à votre ré-orientation professionnelle ?
8. Quel était le but de ce changement de carrière ?
9. Que vous apporte cette « nouvelle » spécialité par rapport à la médecine générale ?
10. Quels aspects de la médecine générale devraient être modifiés, selon vous ? Quel serez, selon vous, le mode d'exercice optimal pour les futurs médecins généralistes ?

Annexe 3

Consentement

Je soussigne de lare accepter, librement, et de fac
e lairée, de participer comme sujet a 'e ude intitule :

Pourquoi les médecins généralistes se détournent -ils de la médecine générale au profit d'une médecine spécialisée ?

Sous la direction de (nom du directeur de thèse) : Dr MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès

Investigateur principal : Mlle ROUX Marion Interne en DES de médecine générale

But de l'e de :

1- Comprendre les causes contribuant au désintérêt de la médecine générale pour pouvoir y palier
2- Eviter les mauvais choix de carrière entrainant par la suite des médecins frustrés, des burnout...

Engagement du participant : l'e ude va consister en la réalisation d'entretien semi-dirigé auprès des praticiens n'exerçant plus la médecine générale dans la région PACA et autres jusqu'à saturation des données. L'entretien sera enregistré via un dictaphone et retranscrit informatiquement tout en préservant l'anonymat du participant.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage a mener cette recherche selon les dispositions e hiques et de ologiques, a prote r l'inte te physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et a assurer la con fidentialite des informations recueillies.

Liberte du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut e re retire a tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilite ni conse nce. Les re es aux questions ont un caracte facultatif et le de ut de re e n'aura aucune conse nce pour le sujet.

Information du participant: le participant a la possibilite d'obtenir des informations supple entaires concernant cette e ude aupre de l'investigateur principal.

Con fidentialite des informations : toutes les informations concernant les participants seront conserve s de fac anonyme et con fidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberte (le droit d'acce et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caracte psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Se clat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-me cale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scienti fique sera elle aussi anonyme.

De tologie et e ique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent a pre erver absolument la con fidentialite et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles3, 9 et 20 du code de de ologie des psychologues, France).

Fait a e e n 2 exemplaires

Signatures :

Le participant **L'i nvestigateur principal**

Annexe 4

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2214520 v 0

du 24 juillet 2019

Madame ROUX MARION
3 RUE DES MIMOSAS
34990 JUVIGNAC

A LIRE IMPERATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Madame ROUX MARION

Service :

Adresse : 3 RUE DES MIMOSAS

Code postal : 34990
Ville : JUVIGNAC

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0670258508
Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

Fait à Paris, le 24 juillet 2019

Annexe 5

Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2019-17-09-001
Dossier suivi par :DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le mercredi 18 septembre 2019

Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal, MARTIN SAVELLI Marie Agnès, Docteur en médecine générale et médecine d'urgence au Centre hospitalier de Hyères et l'investigatrice secondaire, ROUX Marion Interne en DES de médecine générale, Aix-Marseille université intitulé **«Pourquoi les médecins généralistes se détournent ils de la médecine générale au profit d'une médecine spécialisée (médecine esthétique, médecine du travail, médecine du sport, pratique de l'échographie, médecine vasculaire ...) ?»** a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du mardi 17 septembre 2019.

Après audition des rapporteurs et validation du sujet par le Département de Médecine générale de l'Université d'Aix-Marseille, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou règlementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller



Université d'Aix-Marseille - Jardin du Pharo - 58 boulevard Charles Livon - 13284 Marseille cedex 07 - France
Tél. : +33 (0)4 91 39 65 00 - Fax : +33 (0)4 91 31 31 36 - www.univ-amu.fr

Annexe 6

Grands types de tâches	Détails des tâches	
CERTIFICATS	**Obligatoires :** - Arrêt de travail - Non contre-indication - Dispense sport - Admission en sport-étude - Sport de haut niveau et Espoirs - Certificat de grossesse - Certificat de décès - Carnet de santé - Carnet suivi grossesse - Aptitude à l'exercice de la fonction d'interne des hôpitaux - Certificat accident du travail - Certificat d'accouchement (enfant né sans vie) - Certificat de décès - Certificat en vue d'un aménagement d'un examen ou concours pour le candidat handicapé - Certificat de maladie professionnelle - Certificat pédiatrique (8ème jour, 9ème mois, 24ème mois). - Choix du type d'hospitalisation sans consentement - Certif de non admission (détenu) - Constatation de coups et blessures) - Hospitalisation à la demande d'un tiers - Hospitalisation sans consentement - Interruption volontaire de grossesse - Sauvegarde de justice, curatelle et tutelle, Mandat de protection future	**Non obligatoire/Inutiles/Interdits :** - Dispense cantine - Absence d'allergie - Admission à l'école élémentaire - Admission en crèche - Admission en école maternelle - Autorisation de sortie ou voyage scolaire - Certificat d'embauche - Certificat de non-contagion - Certificat médical et divorce - Certificat prénuptial - Inaptitude au poste de travail - Certificat d'insalubrité - Prise de médicaments à l'école ou à la crèche - Réintégration à la crèche - Remboursement de la cantine scolaire - Reprise du travail
TACHES DE PRESCRIPTIONS	- Demande entente préalable - Ordonnance spécifique - Prescription médicale de transport - Arrêt de travail - Autres documents Cerfa	
DOSSIERS LOURDS	- APA - MDPH/AAH - ALD - Sauvegarde de justice - Demande d'EHPAD - Autres élaboration de dossiers	
PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES SOINS	- Déclaration de médecin traitant - Feuilles de soin électroniques - Feuilles de soin papier - Télétransmission - Gestion tiers payants - Gestion des impayés - Relation avec Sécurité sociale, mutuelle - Demande de contrôle médical - Demande renseignements administratifs par la Sécurité sociale - Renseignements statistiques - Etude de cas demandée par la Sécurité sociale - Autres demandes de la Sécurité sociale	
TACHES DE SECRÉTARIAT	- Gestion des rendez-vous - Courriers aux spécialistes - Appels pour demande d'examens ou consultation - Appels des services de soins - Appels prises de rdv - Appels de transport - Appels de pharmacies - Réalisation d'ordonnances non faits par les services de soins - Ordonnances itératives/rattrapages	
GESTION DE L'ACTIVITE LIBERALE	- Gestion comptabilité - Gestion fiscalité - Gestion URSSAF, CARMF - Gestion du personnel - Gestion matériel - Relation Ordre des médecins - Maintenance informatique - Gestion de pannes	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RÉSUMÉ

Introduction : De nos jours, les praticiens qui exercent la médecine générale stricto sensu se font de plus en plus rares. Les quotas de médecins généralistes ne sont donc que rarement atteints et le phénomène de la réorientation professionnelle n'améliore pas ce déficit. Notre objectif était donc de connaitre et surtout comprendre pourquoi, après de longues et pénibles études, un interne ou un médecin expérimenté, ayant choisi médecine générale s'en désintéresse au profit d'autres médecines plus spécialisées.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur ayant arrêté la médecine générale. Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone numérique puis retranscrits sous la forme de verbatim, en respectant l'anonymat. Une analyse manuelle systématique a permis d'extraire du discours des médecins des mots clés puis des notions, colligés dans des tableaux.

Résultats : Au total, l'échantillon contenait dix-neuf médecins de profils variés. La qualité de vie et le manque de temps pour soi, des charges administratives excessives, une relation médecin patient délétère, une perte de contrôle de sa pratique, des mauvais rapports avec la sécurité sociale avec un sentiment d'esclavagisme, la solitude, un manque de reconnaissance par ses pairs sont autant d'arguments exprimés par les médecins de notre étude pour expliquer leur changement d'orientation. Les deux arguments prédominants et en lien avec tous les autres restent tout de même l'épuisement professionnel et surtout l'aspect financier. Les principales solutions envisagées face à cet exode massif des médecins généralistes est un remodelage total du système de santé et une révision à la hausse de la rémunération des praticiens. La principale limite serait la perte totale d'indépendance des médecins libéraux.

Discussion : La comparaison aux données de la littérature a permis une triangulation des données. Une ouverture a ensuite été faite sur les solutions visant à améliorer le quotidien des médecins généralistes afin d'éviter les changements de carrière. Une réflexion a également été centrée sur l'impact de la qualité de vie, de la relation médecin malade, de la relation avec les autres spécialités et la sécurité sociale sur le vécu des médecins généralistes et les risques d'épuisement professionnel.

Conclusion : Au terme de notre étude, on constate que l'argument de la qualité de vie et de la qualité de travail est au centre des discussions pour expliquer le changement d'orientation. Mais derrière ces requêtes se cache celle de la rémunération. Une revalorisation à la hausse des salaires des médecins libéraux permettrait d'allier épanouissement professionnel et personnel. Tout ceci nécessite de passer par un remodelage total du système de santé.

Mots clés : médecins généralistes/ reconversion/ épuisement professionnel/ spécialisation/ Provence Alpes Côte d'Azur